

Takk!

En masteroppgave skriver seg ikke selv. Dessverre. Så det har blitt mange lange kvelder på lesesalen, spesielt de siste månedene. Det har vært krevende og utfordrende. Men det har vært verdt det, for nå er jeg i mål!

Å produsere en slik forskningsoppgave får man ikke til alene. Det er mange som har bidratt og hjulpet til, og de vil jeg takke.

Først og fremst takk til studiens modige og sterke informanter; Isolde, Daisy, Lily, Iris, Rosa og Jasmin. Takk for at dere ville fortelle historiene deres til meg. Det har vært svært lærerikt, også langt utover oppgavens tema. Oppgaven hadde ikke blitt til uten dere.

Så, tusen takk til min faglige veileder Berit Berg. Takk for god og inspirerende veiledning! Det har vært en glede å samarbeide med deg.

De som også skal takkes er familien min. De som alltid er der. Ikke bare har dere gitt meg muligheten til å fullføre denne mastergraden ved å bidra økonomisk, men dere har også gitt meg omsorg, støtte og kjærlighet gjennom hele prosessen. Takken strekker seg ikke bare til de siste to årene, men til hele min lange studentkarriere. Takk for at dere alltid har oppmuntret meg.

Også takk til Britt Elin for språkvask av oppgaven, og Maren for hjelp med den engelske oversettelsen av intervjuguiden og informasjonsbrevet.

Til slutt, John Magne. Takk for hjelp med gjennomlesning av oppgaven, råd og ros. Men mest av alt, takk for at du gjør meg så glad.

Kristine Ragnhildsdatter Kojedal
Trondheim, mai 2015

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Den norske befolkningen har i de senere år blitt mer kulturelt mangfoldig. Flertallet av nyankomne innvandrere er unge voksne, og flere av dem vil få sitt første møte med norsk helsevesen i forbindelse med svangerskap og fødsel. Det norske helsevesen må tilpasse seg en mer flerkulturell befolkning, og mødreomsorgen må være klar for å yte omsorg til flere og flere innvandrerkvinner. Det har vært utført lite forskning i Norge på innvandrerkvinner møter med mødreomsorgen, og deres opplevelser og erfaringer, spesielt med tanke på kultursensitivitet.

Metode:

Denne kvalitative studien baserer seg på semi-strukturerte intervjuer med seks innvandrerkvinner fra ulike land, og med ulik kulturell bakgrunn. To intervjuer ble utført på engelsk, resten på norsk. Forskningsspørsmål som ble stilt gikk ut på om innvandrerkvinner opplevde kontakten med norsk helsepersonell som trygg, og om de hadde tillit til sine hjelpere. Møtte de kulturelle utfordringer, og følte de at deres individuelle livssituasjon ble tatt hensyn til? Opplevde de et kulturelt krysspress, og hvilke tanker hadde de omkring det å bli mor i Norge?

Resultat og konklusjon:

Målet med denne studien var å få frem innvandrerkvinner opplevelser med svangerskaps-, fødsels og barselomsorgen i Norge. Innvandrerkvinnene i denne studien hadde stort sett positive erfaringer med norsk mødreomsorg. De uttrykte tillit til, og trygghet hos, helsepersonellet. De forteller om noen kulturelle utfordringer og noen antydninger til krysspress, men gjengir stort sett å være fornøyd med omsorgen og det å bli mor i Norge. Dog hadde noen av kvinnene enkelte negative opplevelser, og peker på rom for forbedringer. Resultatene viser også, i likhet med annen internasjonal forskning, at kvinnene ikke først og fremst ønsket seg et helsepersonell som fokuserte på å tilrettelegge for kulturell omsorg. Informantene ønsker seg primært en individuelt tilpasset mødreomsorg med snille og respektfulle ansatte.

Nøkkelord: Svangerskapsomsorg, fødselsomsorg, barselomsorg, innvandrerkvinner, migrasjon, helsepersonell, tillit og kultur.

ABSTRACT

Background:

The Norwegian population has in recent years become more culturally diverse. This is a trend that will continue in the years to come. The majority of recent immigrants are young adults, and several of them will have their first encounter with Norwegian healthcare related to pregnancy and childbirth. The Norwegian health care system must adapt to the increasingly multicultural population, and maternal care must be given to a rising number of immigrant women. There has been little research conducted in Norway on immigrant women's experiences with maternity care, especially in terms of cultural sensitivity.

Methods:

This qualitative study is based on semi-structured interviews with six immigrant women from different countries and with different cultural backgrounds. Two interviews were conducted in English, the rest in Norwegian. The research questions posed referred to immigrant women's experienced contact with Norwegian healthcare professionals, and whether they felt safe and trusted their helpers. Did they meet cultural challenges? Did they feel that their individual circumstances were taken into account? And what thoughts did they have about becoming a mother in Norway?

Results and conclusion:

The aim of this study was to highlight immigrant women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care in Norway. Their experiences were mainly positive. They expressed confidence in the health personnel and felt safe during the entire process. Some experiences with cultural challenges were uncovered, along with some recollections of vague cross-pressure, but they were overall satisfied with the care given and becoming a mother in Norway. Some of the women spoke of negative experiences that still leave room for improvement. The results also show, like in other international research studies on this subject, that women do not primarily want a healthcare focused on facilitating cultural care. The informants would rather emphasize their wish for an individualized maternity care with a kind and respectful staff.

Keywords: Maternity care, immigrant women, experience of care, migration, labour and birth, trust and culture.

INNHold

Forord
Sammendrag
Abstract
Innholdsfortegnelse

1 INTRODUKSJON	1
1.1 Tema for oppgaven.....	1
1.2 Forskningsspørsmål.....	1
1.3 Mål for studien og oppgavens formål	2
1.4 Oppgavens struktur	3
2 TEORI	5
2.1 Innvandrerbefolkningen	5
2.1.1 Historisk utvikling	5
2.1.2 Sosial ulikhet og likeverdige tilbud	5
2.1.3 Helseutfordringer hos innvandrerbefolkningen.....	6
2.2 Reproduktiv helse.....	7
2.2.1 WHO og reproduktiv helse.....	7
2.2.2 Fruktbarhet.....	8
2.2.3 Risikofaktorer ved svangerskap og fødsel.....	8
2.2.4 Gravide innvandrerkvinner og møtet med helsevesenet	11
2.3 Norsk svangerskaps- og fødselsomsorg	11
2.3.1 Fremvekst av svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg	11
2.3.2 Helhetlig omsorg og brukererfaring	12
2.4 Kultur.....	13
2.4.1 Kultur som begrep.....	13
2.4.2 Medisinsk antropologi.....	14
2.4.3 Kulturelt syn på helse og sykdom.....	14
2.4.4 Sosiokulturell fødsel	16
2.4.5 Medikalisering.....	17
2.4.6 Medikalisert fødsel	18

2.4.7	<i>Overgangsritualer og sårbarhet</i>	20
2.5	Trygghet, tillit og stereotypier	21
2.5.1	<i>Trygghet</i>	22
2.5.2	<i>Tillit</i>	23
2.5.3	<i>Stereotypier</i>	24
2.6	Kommunikasjon, språk og bruk av tolk	24
3	METODE	27
3.1	Design	27
3.2	Problemstillinger og intervjuprosessen	27
3.2.1	<i>Valg av metode</i>	27
3.2.2	<i>Litteratursøk</i>	28
3.2.3	<i>Intervjuguiden og praktisk gjennomføring av intervjuene</i>	29
3.2.4	<i>Etiske overveielser</i>	30
3.2.5	<i>Meg og informanten</i>	32
3.2.6	<i>Min rolle</i>	33
3.2.7	<i>Førforståelse</i>	34
3.3	Fremgangsmåte	35
3.3.1	<i>Rekruttering</i>	35
3.3.2	<i>Utvalgskriteriene</i>	36
3.3.3	<i>Språklige utfordringer</i>	37
3.3.4	<i>Opplevelser ved intervjuprosessen</i>	38
3.4	Pålitelighet og gyldighet	39
3.4.1	<i>Gyldighet og overførbarhet</i>	39
3.4.2	<i>Pålitelighet og troverdighet</i>	41
3.5	Analyseprosessen	41
3.5.1	<i>Forskningsspørsmål</i>	42
3.5.2	<i>Grounded theory som inspirasjon for analysen</i>	42
3.5.3	<i>Fasene av dataanalysen</i>	42

4 RESULTATER OG DISKUSJON	45
4.1 Kontakt med helsepersonellet	45
4.1.1 <i>Mødreomsorg i kvinnenes hjemland</i>	45
4.1.2 <i>Bruk av helsevesenet</i>	47
4.1.3 <i>Møte med norsk helsepersonell</i>	49
4.1.4 <i>Barseltid</i>	52
4.1.5 <i>Kommunikasjon</i>	53
4.1.6 <i>Informasjon</i>	57
4.1.7 <i>Oppsummering</i>	59
4.2. Sårbarhet, trygghet og tillit.....	60
4.2.1 <i>Familie og nettverk</i>	60
4.2.2 <i>Beslutningstaking og autonomi</i>	62
4.2.3 <i>Oppsummering</i>	63
4.3 Kulturelle utfordringer	64
4.3.1 <i>Kultur og medisinsk teknologi</i>	64
4.3.2 <i>Kultur og smerte</i>	65
4.3.3 <i>Kulturelle praksiser</i>	67
4.3.5 <i>Utfordringer og mestring</i>	71
4.3.6 <i>Oppsummering</i>	74
5 AVSLUTNING OG REFLEKSJON	77
5.1 Studiens resultater	77
5.1.1 <i>Møte med mødreomsorgen</i>	77
5.1.2 <i>Kultur</i>	79
5.2 Konklusjon	81
5.3 Veien videre	82
6 KILDEHENVISNING	83

Vedlegg

1. Godkjenning fra NSD
2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring – engelsk
3. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring – norsk
4. Intervjuguide – engelsk
5. Intervjuguide – norsk

1 INTRODUKSJON

1.1 Tema for oppgaven

Min faglige bakgrunn inneholder en bachelor i samfunnsvitenskap, med fordypning i Afrikastudier, i tillegg til at jeg er utdannet sykepleier. Denne blandingen med både klinisk helsefag og kulturelle samfunnsfag, har utviklet mitt engasjement og interesse for den sosiokulturelle måten å se helse og sykdom på. Da jeg begynte på en mastergrad i helsevitenskap, ble det en god mulighet til å fordype seg i en kombinasjon av disse fagfeltene.

Norge har alltid hatt en befolkning med ulik kulturell bakgrunn. I de siste årene har mangfoldet blitt større da det har vært en kraftig vekst i innvandringen til Norge (Statistisk Sentralbyrå, 2015). Flertallet av nyankomne innvandrere er unge voksne, og mange av dem vil få sitt første møte med norsk helsevesen i forbindelse med svangerskap og fødsel (Ahlberg & Vangen, 2005). Det norske helsevesen vil derfor i årene som kommer måtte tilpasse seg en mer flerkulturell befolkning, og mødreomsorgen må være klar for å yte omsorg til flere og flere innvandrerkvinner. Ahlberg & Vangen (2005) skriver i en artikkel om svangerskap og fødsel i det flerkulturelle Norge, at tidligere forskning innen kultur- og samfunnsvitenskapelige fag har vært rettet mot majoritetskvinnenes fødsels erfaringer. Mens forskning på innvandrerkvinnens møter med mødreomsorgen, spesielt med tanke på kultursensitivitet, er dessverre mangelfull. Dette faktum økt min interesse for feltet, og da jeg skulle gå i gang med masteroppgaven falt valget på denne problemstillingen; hvordan opplever gravide innvandrerkvinner sine møter med den norske svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen.

1.2 Forskningsspørsmål

Spørsmålet som reiser seg er hvordan det oppleves for innvandrerkvinner å møte den norske mødreomsorgen. Møter de kulturelle utfordringer? Føler de seg trygge, eller sårbare? Har de tillit til de som skal hjelpe dem gjennom graviditet, fødsel og den første tiden som mor? Jeg undres også over om de har opplevd et kulturelt krysspress. Dette kan oppstå om man føler seg fanget av tradisjoner og forventninger fra både sitt opprinnelsesland og sitt nye hjemland. Til slutt lurer jeg på om de følte seg forberedt til fødselen, og om hvilke tanker de hadde rundt det å bli mor i Norge. Dette er forskningsspørsmål som har vært stilt til seks

innvandrerkvinner. Deres utsagn og fortalte opplevelser har blitt analysert, tolket og diskutert i denne oppgaven.

Å være ny i et fremmed land kan føre til usikkerhet. Selv om det i dag er liten fysisk risiko med å føde på norske sykehus, så kan forløpet utløse psykologisk stress for nyankomne innvandrerkvinner (Ahlberg & Vangen, 2005). Kvinnene er ikke nødvendigvis mer sårbare enn norske kvinner, men det er viktig å være bevisst de ekstra utfordringene som innvandrerkvinner går igjennom (Bandyopadhyay et al., 2010). Helsepersonell kan også handle ut fra stereotypiske antagelser om innvandrere, og motsatt. Så i slike møter er det viktig med en god krysskulturell kommunikasjon for å sikre at moderskap i et nytt land går mest mulig smertefritt for seg (Ahlberg & Vangen, 2005).

Den fysiologiske fødsel er stort sett lik over hele verden, og i alle samfunn. Men den sosiale og kulturelle rammen rundt barnefødsler kan ha stor variasjon. Lokale oppfatninger av graviditet og fødsel, kalles for fødekulturer, og de fleste kulturer holder hardt på sin fødekultur. Det er derfor interessant å se om migrasjon får innvirkning på synet på fødekulturer, og om det skaper krysskulturelt stress for kvinnene, familien og samfunnet. Fokuset i denne oppgaven vil derfor ligge på graviditet, fødsel og barselomsorg, og de sosiale og kulturelle prosessene som de består av.

1.3 Mål for studien og oppgavens formål

Først og fremst har denne masteroppgaven gitt meg kunnskap og forståelse om innvandrerkvinner og deres møter med den norske mødreomsorgen. Men håpet er også at kunnskapen som har kommet frem gjennom denne studien vil kunne bidra til større innsikt på temaet. Kanskje vil studiens resultater også bidra til en forbedret praksis hos helseinstitusjoner som skal gi omsorg og behandling til innvandrerkvinner.

Denne studien er liten. Utvalget er lite, og funnene kan ikke direkte generaliseres til alle innvandrerkvinner i Norge. Men det betyr ikke at vi ikke kan lære noe av det som kommer frem. Opplevelser og erfaringer som informantene i studien forteller om kan gi kunnskap og refleksjon. Gjennom denne masteroppgaveprosessen har det kommet frem mange svar, men det har også dukket opp mange nye spørsmål. Det er mange tema som kunne, og burde, vært

studert nærmere. Forhåpentligvis vil dette feltet vekke interesse hos flere samfunnsforskere i fremtiden.

1.4 Oppgavens struktur

Kapittel to fungerer som et bakteppe for de tema som blir tatt opp i diskusjonen. Det blir sett på innvandrerbefolkningen og deres helseutfordringer. Videre til reproduktiv helse på verdensbasis og i Norge. Risikofaktorer ved svangerskap og fødsel, og spesielt angående innvandrerkvinner. Den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen blir beskrevet, i tillegg til brukererfaringer gjort av både norske og utenlandske kvinner. Så blir det sett på kultur som begrep, og ulike kulturelle syn på helse og sykdom. Da går jeg dypere inn på områdene medisinsk antropologi, den sosiokulturelle fødsel, medikalisering og den medikaliserte fødsel. Ritualer, overgangsfase og sårbarhet blir også kommentert, likeså en redegjørelse av begrepene trygghet, tillit og stereotyper. Avslutningsvis skriver jeg om kommunikasjon, språk og bruk av tolk.

I kapitlet tre redegjør jeg for den metodiske prosessen frem til et ferdig sluttprodukt. Jeg starter med å si litt om valg av metode og den praktiske gjennomføringen av intervjuene. Jeg tar for meg mine møter med informantene, de ulike rollene jeg hadde og litt om forforståelse. Så redegjøres det for rekruttering, utvalgskriterier, språklige utfordringer og opplevelser under intervjuprosessen. Pålitelighet og gyldighet blir også diskutert. Og tilslutt blir det sett på analyseprosessen og bruken av grounded theory som inspirasjon for analysene mine. Etske refleksjoner er gjennomgående i dette kapitlet.

I kapittel fire blir mine funn diskutert sammen med tidligere forskning. Det er delt i tre delkapitler som omhandler kontakten med helsepersonell, sårbarhet, trygghet og tillit, og kulturelle utfordringer. Hvert delkapittel avsluttes med en oppsummering. I kapittel fem oppsummeres studiens resultater med en tilhørende konklusjon.

Som vedlegg ligger intervjuguiden, på norsk og engelsk, som var en ledesnor under intervjuene. Informasjonsbrev og samtykkeerklæring finnes også der, i tillegg til NSDs godkjenning av studien.

2 TEORI

2.1 Innvandrerbefolkningen

Dette teorikapittelet starter med å gi en kort innføring i status for den norske innvandrerbefolkningen, inkludert den historiske bakgrunnen for migrasjon. Så blir det sett på sosial ulikhet og helseforskjeller, som kan være en spesiell utfordring for innvandrerbefolkningen.

2.1.1 Historisk utvikling

Begrepet innvandring har hatt forskjellig meningsinnhold i ulike sammenhenger og tidsepoker. Men fellestrekk er oppbrudd, reise og tilpasning. Forflytninger og vekslinger mellom faste bosetninger har preget mennesket som art. Folkevandringer, eller migrasjon, er ikke noe nytt, men har skjedd gjennom hele den menneskelige historien. Dette har ført til spenninger og konflikter, men også fornyelse og endring. Innvandring til Norge er heller ikke noe nytt. Men innvandrerbefolkningen er i dag vesentlig mer mangfoldig når det gjelder kulturell, nasjonal og religiøs bakgrunn enn tidligere (Brochmann, 2006). I tillegg til at migrasjon representerer endring av oppholdssted og andre livsbetingelser, handler det også om en form for reorientering når det gjelder roller, egen posisjon og opplevelser av hvem man er. Migrasjon kan utfordre både den individuelle og den kollektive identiteten (Berg, 2011).

Det har vært en kraftig vekst i innvandringen de siste ti årene i Norge. Innvandrerne i Norge utgjør nå omkring 805 000 personer, eller 15,6 prosent av befolkningen. 136 000 av disse er født i Norge med to innvandrerforeldre. Innvandrerne har bakgrunn fra 222 land og selvstyrete regioner. Det er flest innvandrere fra Sverige, Polen og Litauen (Statistisk sentralbyrå, 2015). Befolkningsfremskrivninger konkluderer med at migrasjonen til Norge vil vare eller øke (Helsedirektoratet, 2009). Flertallet av nyankomne innvandrere er unge voksne (Ahlberg & Vangen, 2005) der halvparten av innvandrerbefolkningen er mellom 20 og 40 år (Statistisk Sentralbyrå, 2015).

2.1.2 Sosial ulikhet og likeverdige tilbud

På midten av 1800-tallet fant den norske samfunnsforskeren Eilert Sundt helseforskjeller mellom arbeiderklassen og middelklassen i Christiania, dagens Oslo. Han kom frem til at sykdom kunne være en konsekvens av fattigdom. Etter andre verdenskrig ble det spådd at

fremveksten av velferdsstaten ville redusere helseforskjellene (Elstad, 2000), men mønstrene er de samme. Grupper med lav sosioøkonomisk status har fortsatt dårligere helse enn grupper med høyere sosial status (Folkehelseinstituttet, 2015b). Mange innvandrere har lav sosioøkonomisk status og det er dokumentert tydelige helseulikheter mellom innvandrere og resten av befolkningen. Det ses også helseulikheter mellom ulike etniske grupper (Ramin-Osmundsen, 2010). Det offentlige tjenesteapparatet er pålagt å gi et likeverdig helsetilbud til alle, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet eller funksjonsnivå. Tjenestene skal være like gode for alle brukere og alle skal ha like god tilgang på tjenestene (Berg, 2011, Ramin-Osmundsen, 2010). Det påpekes i Stortingsmelding nummer 47, at det ikke skal utvikles unødvendige særomsorgsordninger, men at det allikevel skal fokuseres på de ulike minoriteters spesifikke utfordringer (St.meld. 47 (2008-2009)).

2.1.3 Helseutfordringer hos innvandrerbefolkningen

Ulike innvandrergrupper kan ha ulike helseutfordringer. Disse utfordringene kan være mangelsykdommer, livsstilsykdommer, infeksjonssykdommer og psykiske problemer (Goth, 2014). Innvandrere kommer til et nytt land med ulik kultur som kan oppleves som stressende. De har ofte mistet mye av sine kjente omgivelser og kanskje også familie og venner og det kan herske usikkerhet omkring hva det nye livet vil gi. Disse typer tap og stress kan føre til en helserisiko, men det varierer imidlertid fra individ til individ hvor mye stress man tåler før det får helsemessige konsekvenser (Magelssen, 2008). Selv om Norge har en egalitær, likeverdig, samfunnsmodell, med fokus på likeverdige helsetjenester, så finner vi også her sosiale ulikheter i helse som tidligere presentert (Kumar, 2010).

I 2005 og 2006 ble det utført en levekårsundersøkelse blant innvandrere i Norge.

Innvandrerne ble bedt om å vurdere sin egen helse, og de angav den da som dårligere enn befolkningen for øvrig. En større andel så på sine helseproblemer som alvorlige, og de rapporterte mer psykiske problemer enn befolkningen som helhet. Kvinnene er sykere enn menn, og helsen svekkes relativt mer med alderen blant innvandrerne. Gode sosiale og materielle ressurser gir imidlertid mindre helseproblemer (Blom, 2011). Det finnes flere hypoteser om hva årsaken til disse ulike helseforskjeller er. Det har blitt påpekt konsekvenser av migrasjon og ulikheter i sosioøkonomisk status. Men også ulike kulturelle livsstiler, genetiske eller biologiske faktorer kan være årsaker. Noen innvandrere oppsøker også helsevesenet sjeldnere (Kumar, 2010).

I følge Folkehelseloven er det et mål om å nå alle innvandrere med sykdomsforebygging og helsefremmende strategier for å bevare helsen. Det er mange nyankomne innvandrere som har begrenset kunnskap om fastlegeordningen og det norske helsevesenet, som kan være svært annerledes enn det helsesystemet de kjenner fra sitt eget hjemland (Goth, 2014). Noen innvandrere vil forvente å få tilgang til helsetjenester på sykehus eller på en poliklinikk, men som i Norge blir utført på fastlegens kontor (Lien, Nafstad & Rosvold, 2008). Mange mener at det tar for lang tid å få time hos sin fastlege, og bruker derfor legevakten fremfor fastlegen når de trenger medisinsk hjelp (Goth, 2014, Goth & Berg, 2011). Innvandrere bruker oftere fastlegen hvis de er kjent med et slikt system fra hjemlandet (Goth & Berg, 2011). Ikke-vestlige innvandrere er mindre fornøyde med konsultasjonene hos fastlegen sin, enn etniske nordmenn (Lien, Nafstad & Rosvold, 2008), og de anser oftere fastlegen som uprofesjonell eller uvitende. Selv om de fleste innvandrerne til Norge har de samme juridiske rettighetene til helsevesenet som etniske nordmenn, så er det i praksis ikke lik tilgang på og bruk av helsetjenester (Goth & Berg, 2011).

2.2 Reproductiv helse

I dette delkapittelet blir først reproductiv helse definert, før det blir gitt noen tall på fruktbarheten i Norge. Så blir det gjort rede for mange av risikofaktorene ved svangerskap og fødsel. Til slutt nevnes det kort om gravide innvandrerkvinnens møter med helsevesenet.

2.2.1 WHO og reproductiv helse

Verdens helseorganisasjon (WHO) (2015) definerer god reproductiv helse som fysisk, mentalt og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom og plager. Reproductiv helse handler om at folk skal kunne ha et ansvarlig, tilfredsstillende og trygt seksualliv, og evne til reproduksjon, gjennom frie valg. Implisitt i dette er en rettighet for menn og kvinner til informerte, trygge, effektive, rimelige og akseptable metoder for reproduksjon. Dette handler også om en rettighet til nødvendige helsetjenester som vil gi kvinner en trygg graviditet og fødsel, og den beste muligheten for å få et friskt barn (Verdens helseorganisasjon, 2015).

2.2.2 Frukthbarhet

Frukthbarheten til norske kvinner lå på 1,88 barn per kvinne i 2011 (Folkehelseinstituttet, 2015a). Befolkningsveksten er likevel økende i Norge på grunn av innvandringen, men innvandrernes bidrag til frukthbarheten gir bare en liten økning i samlet frukthbarhetstall (Noack, 2010). For også hos innvandrerkvinnene i Norge har frukthbarheten gått ned de siste årene. I 2012 ble det født 2,1 barn per innvandrerkvinne. Hovedtrekket er at frukthbarheten synker i takt med hvor lenge kvinnene har bodd i Norge. Det viser seg også at nyankomne innvandrerkvinner får færre barn enn de nyankomne fikk før (Statistisk sentralbyrå, 2015). Frukthbarheten varierer ut fra hvilket land kvinnen kommer fra. Kvinner fra India, Iran og Vietnam har et frukthbarhetsmønster som ligner det norske gjennomsnittet. Mens kvinner fra Somalia og Irak har høyest frukthbarhet blant de store ikke-vestlige innvandrergroppene i Norge, henholdsvis 4,4 og 4,3 (2004). Gjennomsnittsalderen for alle fødsler samlet var 30,4 år i 2012 i Norge. Høy alder blant fødende kvinner ses over hele Europa. Fødealderen i ulike etniske grupper i Norge følger samme tendens som frukthbarhetstallene. Kvinner som i 1994-2000 innvandret til Norge i voksen alder, fødte flest barn da de var mellom 20 og 24 år gamle. De som innvandret til Norge som barn, fikk de fleste barna i alderen 25-34, på samme måte som etnisk norske kvinner (Folkehelseinstituttet, 2015a).

2.2.3 Risikofaktorer ved svangerskap og fødsel

I rike land dør kvinner sjelden på grunn av komplikasjoner under svangerskap og fødsel. I Norden ligger antallet på mellom fem og ti per 100 000 levendefødte (Kvåle & Aasen, 2006). I Norge tilsvarer dette fire døde kvinner årlig. Det afrikanske kontinentet ligger dårligst an angående mødredødelighet, her vil en av 31 kvinner dø. Afghanistan er det enkeltlandet som har høyest risiko. Her dør en av 11 i forbindelse med svangerskap og fødsel. 99 av 100 dødsfall skjer i utviklingsland. Det viser at mødredødeligheten først og fremst er et fattigdomsproblem, og mange dødsfall kunne med enkle tiltak vært unngått (Jentoft, Nielsen & Roll-Hansen, 2011). Ett av FNs tusenårsmål er å bedre mødrehelelsen. Et av to delmål er å redusere sannsynligheten for å dø i forbindelse med svangerskap og fødsel (Jentoft, Nielsen & Roll-Hansen, 2011, Kvåle & Aasen, 2006). Det er ansett som en grunnleggende menneskerettighet med adekvat helsehjelp og omsorg i forbindelse med svangerskap og fødsel. Dette har flere internasjonale deklarasjoner og konvensjoner slått fast, og de fleste land i verden har sluttet seg til dette. Allikevel er sikkerheten for fødende kvinner svært dårlig i mange fattige land. Men det finnes noen lyspunkter. Det fattige landet Sri Lanka har oppnådd

sterk reduksjon i mødredødeligheten på grunn av sterk politisk vilje og statlige tiltak. Og Brasil er et land som har utviklet en strategi for å bruke menneskerettstilnærming for å redusere mødredødeligheten (Kvåle & Aasen, 2006).

Innvandrerkvinner er ikke generelt sykere i svangerskapet enn norske kvinner, men kan ha andre problemer og være utsatt for større risiko for andre sykdommer (Holan, 2010). Bollini et al. (2009) finner i sin studie at innvandrerkvinner i Vesten er betydelig mer vanskeligstilte sammenlignet med majoritetsbefolkningen, og at deres svangerskap betydelig oftere ender i ugunstige utfall. I en studie utført i Finland så hadde innvandrerkvinner dårligere helse enn befolkningen for øvrig. Og det var kvinner fra Afrika som hadde spesielt dårlig helse gjennom svangerskap og fødsel, og høyest perinatal dødelighet (Malin & Gissler, 2009). Perinatal død, er dødsfall som skjer mellom 28. svangerskapsuke og den første uken etter fødsel (Store Norske Leksikon, 2015). I en svensk studie kom det også frem en økt risiko for perinatal død blant kvinner fra Afrikas Horn (Somalia) enn innfødte svenske mødre (Essén et al., 2002). Det ses også forskjeller når det kommer til morbiditet, sykkelighet, hos fødselskvinner. Gjennom en undersøkelse utført i Storbritannia kom det frem klare forskjeller i alvorlig sykkelighet mellom ulike etniske grupper. Alvorlig sykkelighet ble sett mer enn halvannen ganger oftere hos ikke-hvite kvinner enn hos hvite kvinner. Og mer enn dobbelt så ofte hos kvinner med afrikansk eller karibisk bakgrunn. Denne økte risikoen så ut til å være uavhengig av alder, sosioøkonomisk status, kroppsmasseindeks, antall fødsler og om kvinnene røykte. Årsaker kan være allerede eksisterende medisinske forhold som ulik genetikk og miljømessig påvirkning (Knight et al., 2009).

Det er altså stor variasjon i risikoprofilen utfra hvilke land kvinnene kommer fra. Noen migrantgrupper har flere keisersnitt, høyere perinatal dødelighet og hyppigere forekomst av enkelte fødselskomplikasjoner enn de norske kvinnene. Dette kan komme av sykdomsmønstre i opprinnelseslandet (Ahlberg & Vangen, 2005). Hyperemesis gravidarum, alvorlig svangerskapskvalme, som krever innleggelse er sjelden, men ikke-vestlige gravide kvinner har en signifikant høyere risiko for denne tilstanden. Årsaken ses som multifaktoriell, men er ikke fullstendig kartlagt. Kvinner fra Nord-Afrika og Sør-Asia har særlig høy risiko for svangerskapsdiabetes og diabetes type 2. Ikke-vestlige kvinner har også større risiko for mangel på vitamin-D, folat og jern. Signifikant flere innvandrerkvinner blir henvist på slutten av svangerskapet på grunn av intrauterin vekstretardasjon. Dette gjelder særlig små asiatiske kvinner. En undersøkelse i Oslo og Akershus i 1998-2003 viste at ikke-vestlige gravide

kvinner i mindre grad fulgte svangerskapsprogrammet eller de rådene som ble gitt ved risikotilstander (Norske Legeforening, 2008).

Morsmelk er den beste næringen for spedbarnet, og amming har en rekke fordeler for mor. Helsedirektoratet anbefaler fullamming i seks måneder og en samlet ammeperiode på minst 1 år. Det er en sterk ammekultur i Norge, med høy ammeforekomst (Hansen, 2010). Men det ses en stor variasjon angående amming hos innvandrerkvinnene. Noen ammer i to uker, mens noen ammer i to år. Ikke-optimalt ammemønster og ammeproblemer er registrert hyppigere hos ikke-vestlige kvinner (Norske Legeforening, 2008).

Kvinnelig omskjæring eller kjønnslemlestelse er en betegnelse som omfatter alle typer inngrep der ytre kjønnsdeler fjernes eller skades, der inngrepet foretas uten medisinsk indikasjon. Praksisen er knyttet til etnisk tilhørighet og geografisk område, og de fleste inngrep skjer i de nordlige deler av Afrika. Alle former for kjønnslemlestelse av jenter er forbudt i Norge. Kjønnslemlestelse har alvorlige medisinske konsekvenser, både akutte og kroniske. Smerter, blødning og infeksjoner. Plager ved vannlatning, menstruasjon og samleie. Mange får også psykiske traumer (Norske Legeforening, 2008). Kvinnelig omskjæring gir økt risiko for fødselskomplikasjoner. Skader under fødsel, unødvendige keisersnitt, forlenget fødselsforløp og dårlig Apgar-skår/første respons hos barnet. Kjønnslemlestedede kvinner trenger godt planlagte fødsler, deinfibulering (åpning) og adekvat smertelindring (Vangen et al., 2004).

Å få et barn er en stor emosjonell hendelse for de fleste kvinner. Mange blir lett beveget og gråtårlig. Dette kalles barseltårer, og er en normal tilstand som opptrer hos 50-80 prosent av barselkvinner. Dette anses som utløst av hormonelle faktorer, eller mangel på søvn. Barseldepresjon derimot er en depresjon som oppstår i barseltiden. I Norge er det årlig mellom 3000 og 9000 kvinner som rammes. Disse har nødvendigvis ikke en klinisk depresjon. Internasjonale studier viser at forekomsten varierer med levekår. At barseldepresjoner er mindre hyppig i Norge, kan ha noe med vår begrensede fattigdom, og mange rettigheter. Men et manglende sosialt nettverk og aleneansvar kan innvirke som risikofaktor for barseldepresjon. Barselomsorgen kan ha betydning for forekomsten av depresjon, da hvile, omsorg og støtte synes beskyttende (Folkehelseinstituttet, 2015c).

2.2.4 Gravide innvandrerkvinner og møtet med helsevesenet

Gravide innvandrerkvinner som føder kan ha svært ulike behov for helsehjelp. En kvinnelig asylsøker som kommer fra et krigsherjet land og føder kort tid etter ankomst Norge, kan ha svært reduserte muligheter til å uttrykke seg overfor helsepersonell, og være helt ukjent med norske helseforhold. Mens en annen innvandrerkvinne kan ha bodd i Norge i flere år, behersker norsk og vet hva hun kan forvente seg av norsk helsepersonell. De vil selvfølgelig ha ulike behov. Dog er alle tilfeller unike, og helsepersonellet må tilpasse seg den enkelte kvinnen og hennes situasjon (Holan, 2010). Dette kan være en utfordring for jordmødre og helsesøstre (Lyberg et al., 2012). Noen innvandrerkvinner kan komme fra kulturer som setter liten eller ingen verdi på kvinners helse, eller kan ha kulturelle verdier som utelukker obstetriske og gynekologiske undersøkelser. Andre igjen kan ha sverget til tradisjonelle metoder ved behandling av sykdom, eller har en mistillit til vestlige medisinske teknikker (Kemp & Rasbridge, 2004). Mer om ulike graviditets- og fødselstradisjoner senere i kapittelet.

2.3 Norsk svangerskaps- og fødselsomsorg

I det følgende blir fremveksten av den norske mødreomsorgen beskrevet, og brukererfaringer med svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen blir presentert.

2.3.1 Fremvekst av svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg

For bare noen generasjoner siden var det vanlig i Norge å føde barna hjemme. Det var først hjelpekoner som stod for fødselshjelpen, siden jordmødre. På 1800-tallet dukket Fødestiftelsen i Christiania opp som den første i sitt slag. Men fremdeles var det mange som valgte å føde hjemme, på grunn av høy dødelighet ved Stiftelsen. Rundt 1920 var det tre fødeinstitusjoner i Norge, men frem til 1970 økte antallet til nærmere 200. På 70-tallet skjedde den en sterk sentralisering da flere og flere ønsket å føde ved de store institusjonene. Antallet er redusert til i underkant av 60 fødeinstitusjoner, og flere av de minste blir diskutert nedlagt (Heiberg, 2008). Mannens deltagelse under fødsel ble sjeldnere etter at kvinnene fikk fødselshjelp av profesjonelle og begynte å føde på institusjon. Mannen fikk ikke adgang til fødestuen igjen før på 1970-tallet (Eberhard-Gran et al., 2003). Sammen med fødselshjelpens utvikling finner vi barselomsorgens fremvekst (Heiberg, 2008). Barseltiden var i Norge, og er i mange religioner og kulturer, definert til omtrent 40 dager. I mange samfunn er det knyttet spesielle skikker til denne perioden. Skikkene omfatter isolasjon, kosthold, hvile og

avlastning. Mellom de ulike kulturene er det påfallende store likheter (Eberhard-Gran et al., 2003). Det blir redegjort nærmere om kulturelle ritualer senere i kapittelet.

Svangerskapsomsorgen i dag skal være frivillig og autonomibasert med kvinnen i fokus. Omsorgen skal ivaretas av leger og jordmødre, der kvinnen selv bestemmer hvem hun vil følges opp av. I de senere år har helsestasjoner i større grad blitt trukket inn i omsorgen. De nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler at det legges mindre vekt på fysiske parametre og mer vekt på psykososiale behov. Et annet mål er få til en høy grad av kontinuitet. En god svangerskapsomsorg skal føre til vekst og modenhet til morsrollen, og en tilknytning til fosteret. Her ligger den en utfordring siden mange kvinner føler seg uforberedt på overgangen til morsrollen (Hamre, 2010).

2.3.2 Helhetlig omsorg og brukererfaring

Stortingsmelding nummer 12, «En gledelig begivenhet», kom i 2009 og har som mål at gravide, fødende og familien skal oppleve en helhetlig og sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg som en gledelig begivenhet. Meldingen kom under Stoltenberg II-regjeringen og de ønsket å bygge videre på den daværende svangerskapsomsorgen som et samlet forebyggende og behandlende helsetjenestetilbud gjennom svangerskapet. De ønsket at grupper med særlige behov, herunder kvinner med innvandrerbakgrunn, skulle prioriteres (St.meld.12 (2008-2009)).

I Stortingsmeldingen ble det etterlyst en nasjonal undersøkelse omkring brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. I 2011 ble det derfor utført en pilotundersøkelse av Nasjonalt kunnskapssenteret for helsetjenesten. Resultatene derfra viste at både kvinner og deres partnere har positive erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen, men at det er rom for forbedringer på flere områder. Kvinnene og partnere vurderte svangerskapskontroller hos jordmor mer positivt enn hos fastlegen, og gav mer positive vurderinger av fødeavdelingen enn barselavdelingen ved sykehuset. Temaet informasjon får gjennomgående lavere skår enn andre temaområder (Iversen, Holmboe & Kjøllesdal, 2011). I 2012 gjennomføres det en større spørreundersøkelse, også den av Kunnskapssenteret. 4904 kvinner og 1764 partnere svarte på spørsmål om svangerskapsomsorgen, fødeavdelingen, barseloppholdet og helsestasjonen. Som i pilotundersøkelsen så har mange positive erfaringer, men flere områder har forbedringspotensial. Også her fikk fødeavdelingene den mest positive

beskrivelsen og erfaringer fra barsel fikk den minst positive. Det ble gitt høye skår på spørsmål om ivaretagelse av partner på fødeavdelingen og spørsmål om jordmortjenesten under svangerskapskontrollen. Informasjon om kvinners egen helse på helsestasjonen fikk lavest skår (Sjetne, et al., 2013).

Av de 4904 kvinnene som svarte på undersøkelsen var det 450 kvinner fra Vest-Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand. Og 426 kvinner var fra Asia, Afrika, Latin-Amerika, Oseania og Øst-Europa. De sistnevnte kvinnene angir høyere skår angående informasjon ved svangerskapskontroll enn de andre gruppene med respondenter. Fra fødeavdelingen har disse kvinnene en mer negativ erfaring med ivaretagelse av partner. Om relasjoner til personalet ved både fødeavdeling og ved barselopphold har de svart mer negativt enn de norske kvinnene. Begge gruppene med utenlandske kvinner angir dårligere erfaringer med personalet ved helsestasjonene enn de norske kvinnene (Sjetne, et al., 2013). Også i studien til Hannegan, Redshaw & Miller (2014) fra Australia, og i oversiktsartikkelen til Small et al. (2014) med studier fra fem land, angir innvandrerkvinner dårligere skår på mottatt omsorg sammenlignet med majoritetskvinnene.

2.4 Kultur

I dette delkapittelet går vi nærmere inn på graviditet og fødsel som kulturelle og sosiale hendelser. Det startes med å si noe om det vanskelige begrepet kultur, og om kulturelt syn på helse og sykdom. Det fortsettes med å se litt på forskningsfeltet medisinsk antropologi og den sosiokulturelle fødsel. Så blir medikalisering og den medikaliserte fødsel presentert, før det avsluttes med å se på overgangsritualer og sårbarhet.

2.4.1 Kultur som begrep

Tidligere så man på kultur som synonymt med sivilisasjon og dannelsen. Man tenkte seg en utviklingsprosess fra et primitivt stadium frem mot komplekse samfunn med vitenskap og kunst. På denne måten ble mennesker fra andre kulturer sett på som mindreverdige og tilbakestående. I dag er mange gått bort fra et evolusjonistisk syn, til å se på kulturbegrepet fra et mer relativistisk perspektiv. Nå blir et samfunns trosforestillinger og skikker forstått ut fra de verdier og standarder som gjelder akkurat der (Ingstad, 2007). Kultur rommer både affektive, kognitive og psykomotoriske dimensjoner, og involverer dermed følelser, tanker og handlinger (Magelssen, 2008). Det har vært mye diskusjon rundt begrepet kultur og hva man

legger i det, og det skal finnes opp mot 150 forskjellige definisjoner (Ingstad, 2007, Magelssen, 2008). Enkelte teoretikere vil ikke engang forsøke å definere begrepet (Bøhn & Dypedahl, 2009). Når det snakkes om kultur, menes det ikke de aspektene ved mennesket som er medfødte eller naturlige, men om de tillærte og fremdyrkede aspektene som medlemmene av samfunnet får gjennom den livslange sosialiseringprosessen (Magelssen, 2008). Disse ulike tillærte aspektene skyldes at mennesker som har levd på ulike steder og i ulike samfunn har skaffet seg forskjellige ferdigheter og kunnskaper fordi samfunn og naturmiljø har krevd det. Generelt kan man si at alt som er lært er kulturelt, mens alt som er medfødt er naturlig (Eriksen & Sajjad, 2011). Kultur kan si oss noe om hvem vi er og hvordan verden skal forstås. Kultur gir også struktur og forutsigbarhet, og opptrer som regler for hvordan vi kan og skal oppføre oss. Kultur er ikke statisk, men forandrer seg hele tiden, og innenfor enhver nasjonal kultur finnes det parallelle delkulturer (Bøhn & Dypedahl, 2009).

2.4.2 Medisinsk antropologi

Antropologi betyr læren om mennesket. Det er en holistisk, helhetlig, studie av menneskeheten, og dens opprinnelse, utvikling, sosiale og politiske organisering, religioner, språk, kunst og redskaper (Helman, 2007). Antropologer er først og fremst opptatt av de sosiale relasjonene og det som ligger *mellom* menneskene. Siden 1950-tallet har medisinsk antropologi vært en voksende retning innenfor antropologien. Den henter forskningstemaene fra samfunnsmedisinen og metoden fra antropologien (Magelssen, 2008). Feltet befinner seg mellom samfunnsvitenskapen og de naturvitenskapelige fagene, og blir ansett som biokulturelt. Medisinsk antropologi tar for seg hvordan disse to ulike områdene har samhandlet gjennom historien og påvirket helse og sykdomsforståelsen, og den har sett på hvordan folk med ulik kulturell bakgrunn og sosial gruppetilhørighet forklarer årsakene til dårlig helse. Medisinsk antropologi omfatter også studiet av sammenhenger mellom hva folk praktiserer, og hva dette fører til av psykologiske, biologiske og sosiale endringer i den menneskelige organismen, både når det gjelder helse og sykdom (Helman, 2007).

2.4.3 Kulturelt syn på helse og sykdom

Oppfatningen av kropp og helse er ikke naturgitt og universell, men består av kulturelle konstruksjoner. Fortsatt preges vestlig tenkemåte av oppfatninger om kropp og sjel som to adskilte enheter. Denne oppfatningen kalles den kartesianske dualismen, etter den franske filosofen Descartes, som så på kroppen som en maskin. Denne ideen har frem til vår tid preget

den medisinske vitenskaps fremste syn på menneskekroppen (Eriksen & Sajjad, 2011, Helman, 2007). Dualismen finner man igjen i begrepene disease og illness. Disease er en sykdom eller svekket funksjon i biologiske eller psykologiske prosesser, og tar for seg de mer eller mindre observerbare eller målbare sidene av en sykdom. Begrepet illness viser derimot til det subjektive opplevelsesaspektet ved det å være syk. Illness handler om personlige, kulturelle og sosiale forhold (Hanssen, 2005, Magelssen, 2008).

I mange ikke-vestlige samfunn anser man kropp og sjel som en enhet, hvor det blir meningsløst å snakke om en psykisk helse og en fysisk helse som to adskilte fenomen. Alt henger sammen i et «hele». Kroppen kan også bli sett på som et sosialt og ikke som et personlig anliggende (Eriksen & Sajjad, 2011). Hvilke tanker mennesker har om psyken, kroppen og det livet man lever, varierer fra samfunn til samfunn. Også fra individ til individ innenfor et gitt samfunn. Sykdom er ikke bare en fysisk tilstand, men har også et personlig meningsinnhold og en symbolsk betydning (Hanssen, 2005). Altså mer illness enn disease. Dette kan være sterkt påvirket av utdanning, kulturbakgrunn, religion og egne erfaringer. Hvordan sykdom forstås og behandles, utgjør to viktige aspekter ved ethvert medisinsk system (Hanssen, 2005). Så sykdom og lidelse kan være universell, men definisjonen på helse, tolkningen av symptomer og behandling, er forskjellig i ulike kulturer (Kemp & Rasbridge, 2004). Mestringsprosesser, og det å gi mening til hendelsen, blir i likhet med selve sykdommen, også kulturelt formet (Ingstad, 2007).

Innvandrere som kommer til Norge kan ha vidt forskjellige erfaringer med vestlig medisin, og tar med seg sine kulturelle trosforestillinger og praksiser. Disse kan stå i sterk kontrast til vertslandets normer og prosedyrer (Kemp & Rasbridge, 2004). Helsepersonell kan oppleve innvandrerpasienter som «vanskelige». Dette kan komme av ulikheter i forklaringsmodeller for helse og sykdom (Ingstad, 2007). Dersom helsepersonell og pasient tror på ulike helse- og behandlingssystemer og har forskjellige sykdomsforklaringer, kan dette føre til problemer (Hanssen, 2005). Samarbeidsproblemer kan også skyldes ulike oppfatninger av hvordan pasient-lege-forholdet skal være, samt misforståelser i tolkningen av hverandres adferd (Ingstad, 2007). Hvis helsepersonell innehar kulturell kompetanse og kultursensitivitet, så er sjansen større for at de ansatte kan oppnå respekt hos innvandrerene. Da er sannsynligheten stor for at medisinske regimer vil bli fulgt (Kemp & Rasbridge, 2004) og pasienten vil oppleve møtet med helsevesenet mer positivt (Hanssen, 2005).

2.4.4 Sosiokulturell fødsel

Et viktig område for medisinsk antropologi er studien av den menneskelige livssyklus, fra fødsel til død. Inntil nylig har mannlige antropologer vært lite interessert i å forske på «kvinnenes verden», herunder barnefødsler. De har også mer eller mindre vært lukket fra dette fagfeltet, og ikke hatt tilgang til de innerste hemmeligheter når det kommer til tro og praksis relatert til seksualitet, svangerskap, fødsel og menstruasjon. Men i de senere år, har et stort antall etnografiske studier blitt utført på dette området, og da spesielt av kvinnelige antropologer (Helman, 2007, Jordan, 1993).

Antropologer har i den senere tid forsket på forskjeller i oppfatninger av unnfangelse, svangerskap og fødsel blant ulike kulturelle grupper, både i industrielle og ikke-industrielle samfunn. Disse ulike oppfatningene blir kalt for «fødekulturer» (Helman, 2007). Den fysiologiske fødsel er på mange måter den samme overalt i verden, men samtidig er den utført på mange ulike måter av ulike mennesker. Det er ikke funnet noen samfunn hvor en fødsel bare blir sett på som en fysiologisk og biologisk hendelse (Jordan, 1993, Helman, 2007, Blix, 2010a). Den er i alle samfunn sosiokulturell og blir behandlet og markert som en livshendelse, som er påvirket av, og utviklet gjennom den lokale historien, økologi, sosial struktur og teknologisk utvikling. En fødselshendelse kan bli sett på som en medisinsk prosedyre i et samfunn, eller som en stressende, men normal del av familiens liv i et annet samfunn. I et tredje samfunn kan en fødsel bli sett på som en naturlig prosess, mens i et fjerde som en intens og personlig prestasjon. Det lokale synet på de ulike fødselspraksisene virker som en guide for gjennomføring av fødselsforløpet. Det som blir sett på som nødvendig, naturlig og fornuftig innenfor en fødekultur, kan i en annen kultur bli sett på som uforsvarlig og upassende (Jordan, 1993). Hva som er normalt omkring svangerskap og fødsel, er med andre ord kulturelt konstruert, og det finnes mange definisjoner på hva som karakteriseres en normal fødsel. Man kan si at det normale er det som samfunnet mener er rimelig av lidelse, tiltak, smertelindring og organisering rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen, og de utfall som regnes som rimelige eller akseptable (Blix, 2010a). Ingstad (2007) mener vi må vokte oss for å idyllisere «eksotiske» eller «naturlige» praksiser i den grad at vi ikke også ser ulempene ved dem.

Vestlige medisinerne har tatt med seg vestlig fødselshjelp til utviklingsland, og alternative fødemåter har kommet til Vesten. De fleste kulturer holder hardt på sin fødekultur da de finner den overlegen andre metoder. Utøverne av kulturen forblir resistente mot og ofte

uinformert om alternative måter å føde på. Å endre på en fødekultur kan bli ansett som uetisk, dårlig medisin, og rett og slett farlig, og eksperimentering innad et system blir ansett for å være hasardiøst og tidvis umulig. Derfor trengs det, i følge antropolog Brigitte Jordan (1993), god krysskulturell forskning og sammenligning, som kan gi informasjon og en bedre forståelse rundt ulike fødselsprosesser.

I alle kulturer blir fødende kvinner assistert gjennom fødselen av en eller flere hjelpere. Dette kan være kvinnelige slektninger eller venner, en tradisjonell jordmor eller fødselshjelper, eller en medisinsk kvalifisert fødselslege på sykehus. Generelt så har mannen blitt ekskludert fra fødselen i de fleste kulturer. Unntak er noen grupper av indianere, inuitter, afrikanere og maorigrupper. I den moderne vestlige verden, spesielt under innflytelse av kvinnebevegelsen og trenden med mer naturlige barnefødsler, så har menn blitt mer og mer involvert i deres partners svangerskap og fødsel. Allikevel mangler de en klar rituell rolle, som er karakteristisk i flere tradisjonelle samfunn (Helman, 2007). I Skottland er barnefødsler et symbol på mannens og kvinnens forhold, mens blant de kinesiske kvinnene handler det mer om den utvidede familie. Dette viser seg ved de forventningene som de skotske kvinnens har til at mannen skal være tilstede under fødselen, mens kinesiske kvinner ønsker å ha sin mor eller svigermor til stede (Cheung, 2002).

2.4.5 Medikalisering

I den vestlige verden har begrepene helse og sykdom i nyere tid blitt utvidet til å omfatte et bredere spekter av menneskers liv, og stadig flere områder blir definert som medisinsk anliggende. For eksempel så forventes det nå å gi behandling for naturlige prosesser og aldring. Slik som menstruasjon, graviditet, fødsel og overgangsalderen. Det skal også være mulighet for å endre på karaktertrekk, småplager, sosiale problemer og avvikende handlinger, slik som sjenanse, sorg, kosmetiske ujevnheter og avhengigheter. Og det skal være mulig å redusere risikoen for fremtidig sykdom gjennom overvåkning, forebygging og genteknologi (Lian, 2007).

Medikaliseringen er en omfattende prosess som fører til utstrakt bruk av medisinsk ekspertise og terminologi, slik at store deler av folks dagligliv blir relevant for medisinsk intervensjon, og legges inn under helsetjenestenes ansvarsområde (Lian, 2007, Helman, 2007). Det som tidligere ble ansett som normalt, blir nå definert som unormalt og behandlingstrengende.

Medikalisering innebærer at flere syke har blitt hjulpet, samtidig som flere friske har blitt sykeliggjort. Når denne sykeliggjøringen blir trukket langt så kan det oppstå uheldige konsekvenser, slik som svekket toleranse for variasjoner i menneskelig kjennetegn og levemåter. Det som før ble ansett som samfunnsproblemer blir nå sett på som individuelle problemer. Medikalisering kan endre vår vilje og evne til å mestre livets utfordringer og ta vare på hverandre. Det kan også utfordre vår oppfatning av oss selv som ansvarlige og autonome mennesker (Lian, 2007).

Medikaliseringen vises ved økt forbruk av medisinske varer og tjenester, økt antall leger per innbygger, antall årsverk utført i helsetjenesten, økonomiske kostnader, legemiddelsalg og antall konsultasjoner. Medikalisering kan ses på som et mer vestlig fenomen. For det er store forskjeller mellom rike og fattige land, hvor rike land er over-medikalisert, mens fattige land er under-medikalisert (Lian, 2007). Som tidligere beskrevet, så har kroppen blitt sett på som en maskin, strippet for sin sosiale og kulturelle kontekst. Med dette synet så kan medikalisering virke mer logisk (Helman, 2007).

2.4.6 Medikalisert fødsel

Hva som karakteriserer en normal fødsel er, som sagt, ulikt, men også i stadig endring. I vesten har fødselsforløpet blitt mer og mer en medisinsk hendelse (Blix, 2010a) med mange teknologiske prosedyrer og medisinske praksiser (Ingstad, 2007). Den vestlige fødekulturen har med andre ord blitt medikalisert. Mye positivt har kommet ut av dette, blant annet en suksess med å redusere mødre- og spedbarnsdødelighet. Allikevel har fødselsleger blitt kritisert for å medikalisere fødselen, og å gjøre selv de enkleste og naturlige fødsler til kirurgiske prosedyrer (Helman, 2007). Samtidig så vet vi at dersom slike medisinske teknikker ikke er tilgjengelige så vil opptil en prosent av fødende kvinner dø i fødsel (Ingstad, 2007). Verdens Helseorganisasjon anbefaler at fødsler skal være demedikalisert, og at det skal brukes minst mulig teknologi (Blix, 2010a).

Det medisinske feltet har blitt kritisert for å ignorere den meningen som kvinnene legger i både det å gå gravid og deres fødselsopplevelser (Helman, 2007). Og det stilles spørsmålsteget med det tidvis ensidige fokuset på fosteret (Helman, 2007, Singer & Baer, 2012). Antropolog Tsipy Ivry (2010) skriver om dette temaet i sin bok «Embodying culture», hvor hun sammenligner svangerskapsomsorgen i Japan med sitt hjemland, Israel. Graviditet i Japan er

like medikalisert, overvåket og sosialt påvirket som i Israel. Men i Japan er det medisinske regimet orientert mot å få kvinnene til å gi fosteret best mulig helse, mens i Israel er det rettet mot å diagnostisere fosteret direkte (Ivry, 2010). Fremveksten og økt bruk av ultralydundersøkelser gir en mulighet til «å se» inn i kroppen til kvinnen, og på den måten overvåke både henne og det ufødte barnet. En kontakt som før bare eksisterte mellom mor og barn, finnes også nå mellom barnet og omverdenen. Ved å se på graviditeten som en medisinsk hendelse, så blir ikke svangerskapet sett på som en del av kvinnens livserfaring, men behandles som en isolert hendelse. Kvinner blir sett på som pasienter og kommer inn under medisinsk behandling ved starten av svangerskapet, og forlater medisinsk behandling etter fødselen. Men for mor er svangerskap og fødsel en integrert del av hele hennes liv (Helman, 2007).

Ivry mener at medisinske antropologer i de senere år har blitt mer opptatt av reproduksjonsteknologi, som assistert befruktning og fosterdiagnostikk, på tross av at de fleste graviditetene i verden fortsatt er unnfanget på normalt vis. Hun mener det legges for stor vekt på de store hendelsene, som befruktning og fødsel, i stedet for den totale naturlige prosessen. Å være gravid er en mye vanligere opplevelse enn å være i fødsel, og kvinner tilbringer mye mer tid med å være gravid, enn å føde barnet. Ivry hevder at det er lite sannsynlig at graviditeten, som både er en fysisk og sosial opplevelse, er mindre innflytelsesrik enn den relativt korte fødselsopplevelsen. Hun skriver at ved å fokusere på den medikaliserte fødsel, så neglisjerer antropologene den store menneskelige opplevelsen, og det blir mer fokus på teknologi i stede for kultur (Ivry, 2010).

Som tidligere nevnt er mange kvinner ambivalente når det gjelder teknologisk fødselshjelp og diagnostikk (Maternity Center Association, 2004). Til tross for mye kritikk mot bruk av teknologi, så skal det sies at kvinner ikke ser på medikaliseringen som en dårlig ting, men tar den i mot med glede (Helman, 2007). Det kan være innvandrerkvinner som opplever det å føde på norske sykehus som trygt, fordi det er tilgang på høyteknologi og opplært personell. Men dette gjelder ikke nødvendigvis alle (Holan, 2010). Noen vil kanskje være ukjent med denne medikaliseringen og ukomfortabel med konseptet med å føde på et sykehus (Kemp & Rasbridge, 2004).

2.4.7 Overgangsritualer og sårbarhet

Begrepet ritual har blitt definert på mange ulike måter. Men fellestrekket for alle ritualer er at det er en form for gjentagende atferd, som ikke har en direkte praktisk årsak. For de det gjelder har ritualer viktige sosiale, psykologiske og symbolske dimensjoner (Helman, 2007). I alle samfunn finner vi overgangsritualer. Dette er skikker og seremonier knyttet til overgangen fra et livsstadium til et annet. Fødsler er også et slikt overgangsritual (Schieffloe, 2011), og slike ritualer finnes det mange ulike av i verden (Holan, 2010).

En fødsel er, som tidligere påpekt, ikke bare en biologisk hendelse. Det er også en sosial overgang fra å være kvinne til å bli mor (Ulvund, 2010b, Kemp & Rasbridge, 2004, Helman, 2007, Kitzinger, 1982, Cheung, 2002). Alle kulturer deler en overbevisning om at kvinnen og fosteret er sårbare under svangerskapet. Denne sårbarhetsperioden kan vare til etter fødsel og en stund ut i barselperioden (Helman, 2007, Jordan, 1993). Ritualer kan være til hjelp under denne fasen (Blix, 2010a, Kemp & Rasbridge, 2004, Helman, 2007, Kitzinger, 1982, Cheung, 2002). I mange kulturer så tror man at mors oppførsel, hennes diett, fysiske aktivitet, sinnstilstand, moralske oppførsel, alkohol-, narkotika- og tobakksvaner, kan påvirke reproduksjonsfysiologien og å skade det ufødte barnet. Antropologer har hevdet at ikke alle restriksjoner forbundet med gravide kvinner kan ses på som beskyttelse mot fysisk skade, men også som et vern mot en sosial sårbarhet. Ritualer og tabuer rundt graviditet tjener derfor ikke bare til å markere denne overgangen, men også for å beskytte mor og foster under denne risikable perioden (Helman, 2007). Å være gravid er en tilstand hvor kvinnen ennå ikke er blitt sosialt en mor, og dette er derfor en usikker periode (Cheung, 2002). Svangerskap og fødsler kan assosieres med en eksistensiell usikkerhet (Jordan, 1993, Ivry, 2010, Ulvund, 2010b), og ritualer kan brukes til å mestre engstelse og frykt for det ukjent (Blix, 2010).

Å gå fra å være kvinne til å bli mor, er en overgangsfasen som inneholder slik som andre faser, en form for tilbaketrekning fra samfunnet, før de blir «gjenfødt» med en ny sosial status. Overgangen kan innebære en «infantifisering», der kvinnen blir nedgradert til et lite og avhengig barn, før den nye statusen tas i bruk (Helman, 2007, Kitzinger, 1982). En slik tilbaketrekning og hvileperiode for den nybakte moren er vanlig i de fleste kulturer (Helman, 2007). Denne perioden blir også ansett som en sårbar tid for kvinnen og barnet. Som forklart tidligere så inneholder denne barselperioden ritualer som kan være påbud og forbud for den nye moren, og disse reglene varierer i ulike samfunn, men det finnes også mange likheter. Innenfor islam, kristendommen og jødedommen defineres barselperioden til 40 dager. Under

disse 40 dagene blir kvinnen ofte ansett som uren, og skal derfor ikke vaske eller lage mat. Konsekvensen blir at hun får hjelp av andre kvinner og får dermed avlastning og tid til hvile. I Jemen og i Latin-Amerika praktiseres det også et påbud med 40 dagers hvile, hvor kvinnen får hjelp til husarbeid (Eberhard-Gran et al., 2003, Ingstad, 2007). Likeså i Kina og Taiwan, hvor det heter «doing the month» (Helman, 2007). Mens babyen har vært sentrum for bekymring gjennom svangerskapet og fødsel, så er det nå moren som har den posisjonen i denne barselperioden (Cheung, 2002). I blant annet India og Japan så reiser kvinnen hjem til sin mors hus for å få omsorg og støtte etter fødselen (Eberhard-Gran et al., 2003). Likeså i Botswana (Ingstad, 2007). I Nigeria og hos Masai-folket i Øst-Afrika blir kvinnen isolert og skal bare fokusere på å hvile, spise og ta seg av barnet (Eberhard-Gran et al., 2003).

Denne 40 dagers lange barselperioden finner vi også i middelalderens Norden. Kvinnen skulle ikke være alene (Eberhard-Gran et al., 2003), og det var vanlig at nabokoner trådte til med både barselgrøt og hjelp til husarbeid og barnestell (Heiberg, 2008). Det er lite igjen av disse gamle barselskikkene i Norge i dag. Opphold på barselavdelingen på sykehusene har, i likhet med mange andre land, gått betraktelig ned. I 1950-årene kunne kvinnene ligge på barselavdeling i opptil to uker, og på 60-tallet skulle moren ikke reise hjem før etter åtte dager. På 90-tallet var oppholdstiden på sykehus sunket til 4-5 døgn og i dag ligger kvinnene gjerne bare ett til to døgn. Til tross for kort liggetid på sykehus, så har ikke tilbudet til oppfølging hjemme av helsepersonell økt tilsvarende (Eberhard-Gran et al., 2003). De nye retningslinjene for barselomsorgen anbefaler hjemmebesøk (Helsedirektoratet, 2013).

Selv om kvinnene mottar kommunale tilbud, så er det lite igjen av det personlige nettverket som eksisterte tidligere i Norge, og som fungerer i mange andre land. I dag er de fleste norske kvinner yrkesaktive, og de kvinnefellskapene som tidligere bidro med hjelp og støtte til barselkvinnene, er der ikke lenger. Det kan derfor tenkes at kvinnene som er hjemme i barselpermisjon i dag kan føle seg ensomme og isolerte (Eberhard-Gran et al., 2003), og tryggheten med å ha erfarne barselkvinner rundt seg er ikke lenger alle forunt.

2.5 Trygghet, tillit og stereotypier

Nedenfor presenteres det kort om faktorer som er ønskelig mellom den vordende mor og helsepersonellet ved graviditet og fødsel, nemlig trygghet og tillit. Det blir også sett på fenomenet stereotypier som kan ødelegge for slik tillit og trygghet.

2.5.1 Trygghet

Selv om utrygghet av og til kan være mulighetsskapende og risiko kan være spennende, så har mennesker overalt og til alle tider vært trygghetssøkende. Det er et grunnleggende ønske for mennesker med trygghet. I en tid med raske forandringer er det mange som legger ned mye oppfinnsomhet og energi i forsøket på å skape forutsigbarhet, kontinuitet og tilhørighet. Begrepet trygghet er problematisk å definere, men blir sett på som en følelse av sikkerhet. Sårbarhet kan stå som motsetning til trygghet (Hylland-Eriksen, 2006).

Emile Durkheim var en sentral trygghetsteoretiker og var bekymret for at moderniteten med individualisme og raske endringer ville gi et tap av samfunnsmessig samhold. Ingen samfunn, grupper eller individer er immune mot utrygghet, og alle har sin måte å håndtere utfordringer knyttet til trygghet på. Mange tror at utrygghet er mer utbredt i dagens globale tidsalder enn det var i tidligere tider. Dette stemmer ikke om man ser på historien. Mennesker i tradisjonelle samfunn var, eller er, heller ikke nødvendigvis tryggere i sin tilværelse enn vestlige mennesker. Men, i følge sosialantropolog Thomas Hylland Eriksen, så finnes det et trygghetstrekk ved tradisjonelle samfunn, og det er at menneskene tilhører et fellesskap fra fødselen av. I denne tilhørigheten vet de hvem de skal søke råd hos i vanskelige tider, og de lever med en klar oppfatning om de moralske kodene. Hvis det stabile samfunnet man lever i plutselig raskt endrer seg, så kan det gi sosial utrygghet. En reaksjon på denne utryggheten kan være tilbaketrekning, eller å prøve å endre situasjonen til noe kjent. Lojalitet til en tradisjon, slik som religion eller kultur, kan gi trygghet som oppleves som en frihet fra vanskelige valg og tyngende ansvar. Hvis man mister sin kultur og tradisjoner er det lettere å falle utenfor og bli ensom. Dette kan skje raskere i et abstrakt storsamfunn, enn i et konkret småsamfunn (Hylland-Eriksen, 2006).

Tillit er et nøkkelbegrep når det er snakk om trygghet. Norge er tryggere, både objektivt og subjektivt, enn de fleste andre samfunn vi kjenner til. En viktig årsak til dette er at de relativt små klasseskillene bidrar til å skape tillit. Det har vist seg å være en tydelig sammenheng mellom trygghet og livskvalitet på den ene siden, og velstandsforskjeller på den andre siden. Men selv om Norge er et trygt og rikt land å bo i, så er det ikke nødvendigvis alle som deler den økonomiske og sosiale tryggheten. Utrygghet kan oppleves av alle, men minoritetsbefolkningen kommer ofte dårligst ut (Hylland Eriksen, 2006).

2.5.2 Tillit

Trygghet og tillit hører som sagt sammen. Tillit er vanskelig å definere, og gis ulikt meningsinnhold. Men tillit kan sies å være en frivillig handling basert på forventninger til hvordan andre vil opptre overfor oss. Å gi tillit innebærer å ha tiltro til noen eller å overlate noe til en person. Den som gir tillit kan dermed stå i en sårbar situasjon preget av risiko og utrygghet. Ved å ta denne risikoen får vi forventninger om at vi vil bli møtt med velvillighet og fordelaktige handlinger i retur. Tillit reduserer samhandlingens kompleksitet og øker forutsigbarheten. Tillit fremmer samarbeid, solidaritet og fellesskapsorientering, og har en integrerende funksjon. Det er et fenomen som inneholder både emosjonelle, sosiale, etiske og kognitive aspekter (Lian, 2007). De nordiske landene anses som høytillitsland, mens land som Italia og Hellas er mer lavtillitsland. I alle land, med noen unntak, så mener folk at landsmenn er mer pålitelige enn utlendinger. I dag reiser, flytter og flykter folk mer enn før, og møter flere mennesker enn tidligere, også fra andre kulturer. Dette krever at mennesker må inngå i nye relasjoner og finne nye måter å forholde seg til hverandre på. Det har vist seg å være lettere for folk å stole på noen som er lik dem selv, med tanke på kultur, religion, kjønn og utseende (Grimen, 2009).

Å stole på noen som er lik dem selv finner vi også innen helsevesenet, hvor pasienter stoler mer på leger som har samme etnisitet, kjønn, språk, kultur og alder som dem selv (Grimen, 2009). For å få til en velfungerende relasjon mellom lege og pasient trengs det en grunnleggende tillit mellom partene. Selv om tilliten bør være gjensidig, så er det legen som er mest avhengig av å få tillit. Denne tilliten må være personlig, og vinnes av den enkelte. Det er en asymmetrisk relasjon mellom lege og pasient som kan skape makt. Legens faglige kompetanse og posisjon gjør at de har kontroll over ressurser som pasienten ønsker seg eller har behov for. Men tilliten bygger også på en systemtillit til legene som profesjon, til medisinen som vitenskap og til helsevesenet som system. For at pasienter skal ha tillit til personalet i helsetjenesten så må aktørene jobbe for å fortjene tillit gjennom sannhet, rettferdighet, etterrettelighet, upartiskhet og likhet (Lian, 2007). Pasienter kan ha dårlig erfaring med enkelte leger, men det trenger ikke å medføre mistillit til legeprofesjonen. Men hvis legene systematisk bryter med det rettledende grunnlaget, så kan pasienter få mistillit til hele profesjonen (Grimen, 2009). På den andre siden så kan pasienter ha mistillit til helsevesenet og moderne medisin, men likevel ha tillit til dets representanter (Lian, 2007). Hvis innvandrerkvinner har dårlig erfaring angående tillit til helsepersonellet i sine hjemland, så kan de også ha problemer med å stole på norsk personell (Lyberg et al., 2012).

2.5.3 Stereotypier

En stereotypi kan defineres som en generalisert og forenklet beskrivelse av en gruppe mennesker. De er ofte basert på personlige erfaringer eller allmenne forestillinger om hvordan en gruppe mennesker oppfører seg, tror og tenker. Mennesker har mange stereotype oppfatninger fordi vi er mentalt anlagt til å tenke i kategorier. Vi er avhengig av stereotype forventninger til hvordan folk rundt oss skal oppføre seg, for å slippe å lure på hva som skal skje hele tiden (Bøhn & Dybdahl, 2009). Helsepersonell kan komme til å møte gravide innvandrerkvinner med stereotypiske antagelser fordi de virker like (Ahlberg & Vangen, 2005). Det er vanlig at mennesker leter etter noe homogent innenfor hver kultur, og dermed ikke ser de endringer og variasjoner som finnes innad i kulturen (Cheung, 2002). Problemet med stereotypier er at vi risikerer å ta beslutninger basert på forventninger som ikke stemmer med virkeligheten. Det er en glidende overgang fra negativ stereotypier til fordommer, og de alvorligste formene for fordommer er rasisme. Rasisme kan i verste fall bety at man vurderer en gruppe mennesker som mindreverdige (Bøhn & Dypedahl, 2009).

Til alle tider har mennesker hatt en tendens til å sette sitt eget perspektiv og sin egen kultur i sentrum når man betrakter verden. Dette kalles etnosentrisme, og gjøres ganske ofte og ubevisst. Indirekte gir vi uttrykk for at vi er bedre enn andre. Det er risikofyllt å skulle forutsi menneskelige handlinger og holdninger med utgangspunkt i kulturell bakgrunn. Man bør være forsiktig med å tillegge individer holdninger de ikke har. Det trengs en balanse mellom det å være sensitiv med hensyn til kulturelle forskjeller og det å ikke forhåndsdomme individer ut fra antatte holdninger og verdier. Det kan være vanskelig å vite hvilke forhold som er universelle, hvilke forhold som er kulturelt betinget og hvilke forhold som er individuelt bestemt (Bøhn & Dypedahl, 2009).

2.6 Kommunikasjon, språk og bruk av tolk

Helt til slutt i dette teorikapittelet blir det sett på en viktig del av innvandrerkvinnens møter med det norske helsevesenet, nemlig kommunikasjon. Språk og kultur henger nært sammen, og ord og begreper oppstår og utvikles fordi vi har behov for å uttrykke noe. Men når helsepersonell og innvandrerkvinner ikke snakker samme språk, vil tolk være et nødvendig hjelpemiddel. Det har vist seg at til tider at det er stor forskjell mellom det som er offentlige anbefalinger på tolkefeltet, og det som utføres i praksis (Berg, 2011).

Det har eksistert lite systematisk kunnskap om erfaringer med språklige barrierer og bruk av tolk i det norske helsevesen. Men i 2004 ble det utført en spørreundersøkelse blant et utvalg av helsepersonell i Oslo om bruk av tolk (Kale, 2006). Og i forlengelsen av denne undersøkelsen ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Det konkluderes med at tolkesituasjonen er bekymringsfull ut fra et rettssikkerhetsmessig perspektiv. Og at kvalitetssikringen bør forbedres for å sikre de grunnleggende rettighetene til minoritetsspråklige (Kale, Ahlberg & Duckert, 2010). I 2015 kommer Gry Sagli med en rapport om den samlede forskningen på tolking i helsetjenesten og har fokus på spørsmålet om når tolk bør tilkalles (Sagli, 2015). Alle tre publikasjoner påpeker et stort underforbruk av profesjonelle tolkere i det norske helsevesen. Dette underforbruket av tolker blir av helsepersonell begrunnet med at det er dyrt, at det finnes for få kvalifiserte tolker, og at tolkene ikke er tilgjengelige når behovet er der (Berg, 2011, Sagli, 2015). Noen har også den oppfatningen at innvandrere bare har godt av å prøve seg på norsk (Berg, 2011). Helsepersonell mener også at bruk av tolk er tidkrevende, upraktisk, sjenerende og at de ønsker å kommunisere direkte med pasienten. De peker også på uklare bestillings- og betalingsprosedyrer (Berg, 2011).

Hvor mye norsk som er nødvendig for å kunne gjennomføre en samtale vil variere. Men nivået av viktighet vil avgjøre om det er nødvendig å tilkalle tolk (Sagli, 2015). Selv personer med brukbare norskkunnskaper kan ha behov for språklig bistand når det dreier seg om en komplisert samtale (Berg, 2011). Selv om innvandrere har tilegnet seg mye av det norske språk, så kan det å meddele viktige følelser og å beskrive symptomer, behov og ønsker i dramatiske livssituasjoner, være utilstrekkelig. Flere kan oppleve sorg og frustrasjon over ikke å kunne uttrykke det de ønsker (Holan, 2010). Det er vanlig at helsepersonell bruker pårørende som tolk. Til og med barn. Dette skjer tidvis fordi pasientene selv ønsker dette, da de ikke stoler på en fremmed. Slik språkhjelp fra familie og venner frarådes da det kan føre til feil informasjon. Pårørende kan ha manglende kjennskap til medisinsk terminologi, men de stilles også mange etiske betenkeligheter med å tolke for noen man kjenner. Sensitive, og tabu- og konfliktfylte temaer kan bli oversett og tiett om (Sagli, 2015).

Flere rapporterer om dårlige erfaringer med bruk av tolk, og er derfor skeptisk (Berg, 2011). Dårlige erfaringer har vært at tolken ikke har beregnet god nok tid, har snakket med pasienten uten å oversette og ikke har god nok kjennskap til medisinsk terminologi. At tolkene opptrer profesjonelt er viktig. Profesjonalitet som tolk handler om å inneha språklige ferdigheter,

kommunikasjonsferdigheter, tolketekniske ferdigheter og evne til innlevelse og distanse. De skal ha evne til å tåle forskjellighet, tålmodighet, kulturkompetanse og evne til å tåle stress ved ikke å intervensere eller overta kontrollen i situasjonen. I tillegg kommer etiske prinsipper som å overholde taushetsplikten og diskresjon, å være upartisk og å oversette alt. Disse etiske prinsippene er spesielt viktig for å skape tillit (Sagli, 2015). Det er avgjørende med en god tolk for å få til en vellykket samtale, men det er like viktig at samtalepartene kan bruke tolk (Berg, 2011). I den offentlige helsetjenesten er det helsepersonellet som har det institusjonelle ansvar for at partene forstår hverandre (Sagli, 2015). Det er også helsepersonellens ansvar å gi informasjonen som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Lovdata, 2015).

Hjelpeapparatet kan ha en tendens til å forklare mye av samhandlingsproblemer med kulturforskjeller. Men ofte kan det vise seg at det egentlig handler om språklige utfordringer (Berg, 2011, Sagli, 2015). En tolk kan være et nødvendig første ledd for å klargjøre hva som forårsaker kommunikasjonsproblemene (Sagli, 2015). Språkproblemer kan skape misforståelser som i verste fall kan få direkte følger for pasientens ve og vel (Berg, 2011). Når kommunikasjonsevnen i tillegg er svekket på grunn av smerter, feber og andre sykdomstilstander, kan språkbarrierer føre til en rekke alvorlige skadelige konsekvenser for pasienter. God kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er nødvendig for at helsetjenesten skal bli i stand til å tilby pasientene gode tjenester. Bruk av kvalifisert tolk er viktig for å nå målet om likeverdige helsetjenester når språkbarrierer gjør det vanskelig å forstå hverandre (Sagli, 2015).

3 METODE

3.1 Design

Bakgrunnen for denne oppgaven har vært en undersøkelse av hvordan det er for innvandrerkvinner å møte den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen. Studien er basert på seks intervjuer med innvandrerkvinner i alderen 27 til 37 år fra ulike ikke-vestlige-land. Informantene har vært i Norge mellom 3 og 11 år. Intervjuene har vært retrospektive hvor informantene ser tilbake på sine opplevelser og erfaringer. Målet med studien er å se den sosiale fødsel i en sosiokulturell kontekst. Temaer som ble tatt opp under intervjuet var barnefødsler i informantenes hjemland, hvordan det var å være gravid i Norge, deres opplevelser med det norske helsepersonell, og om deres livssituasjon ble tatt hensyn til. Jeg ønsket å finne ut om de opplevde et kulturelt krysspress, om de møtte noen kulturelle utfordringer og om hvordan de opplevde det å bli mor i Norge.

3.2 Problemstillinger og intervjuprosessen

3.2.1 Valg av metode

«Det er mer som teller enn det som kan telles». Ord er også meningsbærende, skriver Bjørndal, Flottorp & Klovning (2007). Kvantitativ forskning resulterer i funn som kan telles og generaliseres, mens i kvalitativ forskning fokuseres det mer på å få forståelse for, og innsikt i, mindre grupper og tema (Tjora, 2010). Kvalitativ metode kan også få fram personlige erfaringer, tanker og følelser (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007, Dalen, 2011, Tjora 2010). Gjennom mine forskningsspørsmål, søker jeg nettopp å få en innsikt i informantenes personlige erfaringer. Derfor ble det naturlig å velge kvalitativ metode i min forskningsstudie.

I masteroppgaven ønsket jeg å få belyst temaer som svangerskap og fødsel i informantens hjemland, og svangerskap og fødsel i Norge. Om pårørendes tilstedeværelse, kommunikasjon med helsepersonell og opplevelse av tillit og trygghet. Men samtidig ville jeg være åpen for at informantene kunne komme med ny tematikk underveis i intervjuet. Derfor valgte jeg en semi-strukturert tilnærming som gir en friere samtale. Risikoen ved strukturerte intervjuer er også den at man kan komme til å måle informantenes syn på forskerens måte å se på verden på, heller enn deres egne opplevelser som semi-strukturerte intervjuer kan få frem (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007).

Jeg vurderte også en stund å supplere de individuelle intervjuene med bruk av fokusgrupper. Slike grupper kan egne seg godt til å studere samhandling og felles erfaringer (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007). Hvis jeg hadde hatt mer tid til rådighet, så hadde kanskje en slik kombinasjon blitt utprøvd. I følge Bjørndal, Flottorp & Klovning, (2007) kan det være en styrke om flere metoder blir brukt i samme prosjekt, men det må også tas hensyn til at desto mer sensitivt forskningstemaet er, og jo mer utrygge informantene er, jo mer fornuftig er det å intervju en og en. Det kan også være hensiktsmessig å anvende mer enn en informantgruppe til å belyse problemstillingene. For eksempel så kan ulike grupper få frem ulike nyanser av temaet (Dalen, 2011). Helt på starten av masteroppgave-prosessen så jeg på muligheten med også å intervju helsepersonell og få frem hvordan de opplevde det å yte svangerskaps- og fødselsomsorg til innvandrerkvinner. Et tredje perspektiv jeg vurderte i tillegg til innvandrerkvinnene selv, var å intervju profesjonelle tolker. Hvordan opplevde de det å bistå i kommunikasjonen mellom helsepersonell og innvandrerkvinner? Ved å ha et slikt tre-delt perspektiv, ville jeg fått fram et mer nyansert bilde av møtet mellom innvandrerkvinner og norsk helsepersonell, i tilknytning til svangerskaps- og fødselsomsorg. Men på grunn av at masteroppgaven har en kort tidsbegrensning, så valgte jeg bare å intervju kvinnene.

Som en forberedelse til valg av informanter foreslår Dalen (2011) å drive litt oppsøkende virksomhet ved at forskeren spaner feltet, gjennom observasjoner og feltbesøk. Det hadde vært interessant å få hospitere for eksempel hos flyktningehelsetjenesten, hos en fastlege eller på fødeavdelingen på St. Olavs Hospital. Slike besøk kunne gitt meg et innblikk i innvandrerkvinnenes møter med helsepersonellet og vært en god erfaring å ha med seg videre i oppgaveskrivingen. Men slike feltobservasjoner har flere etiske aspekter med seg. Det er ikke alle som liker å bli observert. Spesielt under fødsel kan det kanskje være belastende å ha en fremmed observatør tilstede. Feltbesøkene, og ikke minst planleggingen av dem, ville også vært tidskrevende. Det ble derfor ikke utført slike feltbesøk.

3.2.2 Litteratursøk

I starten av masteroppgaveprosessen våren 2014 da jeg var i ferd med å bestemme meg for valg av tema, utførte jeg et enkelt litteratursøk, både for å se om det tidligere var forsket mye på feltet i Norge, men også for å sette meg litt inn i temaet og få en oversikt over hvilke problemstillinger som kunne være aktuelle. Utpå høsten før intervjuprosessen startet hadde jeg et bredere litteratursøk, mens i januar og februar 2015 ble søkene mer dypere og mer

tilspisset. Til sammen har det blitt utført søk etter relevante artikler igjennom «Google Scholar», den medisinske søkemotoren «PubMed», «Norske og nordiske tidsskriftsartikler (NORART)» og gjennom «Idunn – Nordiske tidsskrifter på nett». Litteratursøk har også blitt gjort gjennom «Digitalt vitenskapelig arkiv – Diva», «Norwegian Open Research System in Norway- NORA» og «Current Research Information System in Norway – Cristin». Det har blitt søkt etter relevante publikasjoner hos «Helsedirektoratet», «Institutt for Samfunnsforskning» og «Norsk kompetansesenter for minoritetshelse- NAKMI». Og det har blitt søkt etter artikler, bøker og avhandlinger gjennom biblioteksystemet BIBSYS. Søkeord som er benyttet ved litteratursøkene er: «Svangerskapsomsorg», «barselomsorg», «innvandrere», «innvandrerkvinner», «minoritetskvinner», «minoritet», «kultur», «migrasjon», «barsel», «fødsel», «immigrant», «reproductive health», «maternity care», «immigrant women», «experiences of care», «communication», «migrant women», «labour», «birth», «culture». Det ble også søkt etter «medisinsk antropologi», «medical anthropology», «anthropology of reproduction», «anthropology of pregnancy», «sosial fødsel» og «kulturell fødsel», «kontroll», «autonomi», «selvbestemmelse», «tillit», «trygghet» og «medikalisering».

I tillegg til å ha søkt i disse ulike databasene og på disse ulike nettsidene, har jeg lest igjennom litteraturlistene til en del av de bedre artiklene som jeg har benyttet. Her fant jeg både artikler, publikasjoner og bøker som var relevante for oppgaven. Jeg har også sett på litteraturlistene i ulike bokkapitler, mastergrader og offentlige publikasjoner. God nytte fikk jeg av Chamila T. Attanapola (2013) sin publikasjon «Migration and Health», som er en litteraturstudie om innvandrerhelse i Norge. På temaet reproduktiv helse var de fleste publikasjonene om somatiske helseutfordringer blant innvandrerkvinner, men under andre temaer i heftet fant jeg publikasjoner som var nyttige for oppgaven.

3.2.3 Intervjuguiden og praktisk gjennomføring av intervjuene

Før intervjuet tok til, presenterte jeg meg selv og fortalte hva studien gikk ut på. Intervjuet starter med ti bakgrunns spørsmål om alder, opprinnelsesland, sivilstatus, utdanningsnivå, jobb/utdanning, antall barn, alder på barnet og fødested. Slike innlednings spørsmål kan fungere som oppvarming, da de er enkle og konkrete (Tjora, 2010), og de gir informanten tid til å føle seg vel og avslappet (Dalen, 2011). Spørsmål nummer 11 gav informanten anledning til å fortelle både bredt og dypt om sitt opprinnelsesland, men de trengte ikke gå inn på

personlige opplevelser her. Noen valgte å gjøre det. Fra spørsmål nummer 12 og utover, blir spørsmålene mer personlige. Det var ikke alle som sa så mye på disse første personlige spørsmålene. Flere av kvinnene trengte noen oppfølgingsspørsmål for å komme i gang. De fleste fortalte mer og mer på spørsmålene utover i intervjuet. Alle spørsmålene ble grundig besvart, om ikke i direkte rekkefølge. Noen informanter svarte helt konkret på spørsmålet som ble stilt dem, mens andre pratet om mange temaer samtidig. Enkelte kom med digresjoner, og fortalte om situasjoner som ikke direkte hadde noe med spørsmålene å gjøre, men mange av disse viste seg å være interessant og lærerike. Flere av informantene åpnet seg mer opp på slutten av intervjuet. Det var også her de ble gitt anledning til å si litt mer om hva de selv hadde på hjertet. Da intervjuene var ferdige og alle spørsmålene var stilt, så tok jeg meg tid til å snakke litt om andre tema. En avsluttende samtale som Dalen (2011) kaller den. Noen hadde kommet med flere personlige betoelser, og jeg tenkte det var lurt med en myk avslutning. Hva vi snakket om varierte. Det ble presisert at de kunne ta kontakt med meg om de hadde noe å si, eller noe de lurte på.

Jeg spurte ikke informantene om klassetilhørighet, eller sosioøkonomisk status. Det kunne hatt betydning for analysen, men jeg anså det spørsmålet som både litt påtrengende, og også litt vanskelig å definere. Så det ble utelatt. Etter at intervjuene var utført gjorde jeg meg noen tanker om intervjuguiden. Det var noen spørsmål som overlappet, men dette var en grei måte å sikre seg at spørsmålene som jeg ønsket svar på ble stilt. Jeg vurderte om det var noen spørsmål som jeg ikke hadde trengt å stille, men det var ingen av spørsmålene som utpreget seg som overflødige eller irrelevante. Jeg synes ingen av spørsmålene var direkte ledende, men av og til kunne oppfølgingsspørsmålene virke slik. For eksempel på spørsmål 14 der jeg lurer på hva kvinnen tenkte rundt det å skulle føde i Norge. Hvor jeg etterpå spør om hun grudde seg. Kanskje jeg ville fått andre svar om jeg ikke hadde kommet med slike oppfølgingsspørsmål, men noe ganger anså jeg dem som nødvendig for å hjelpe informanten i gang. Intervjuguiden på engelsk og norsk ligger som vedlegg nr. 4 og 5.

3.2.4 Etiske overveielser

Alle som blir spurt om å delta i et forskningsprosjekt, skal bli bedt om samtykke til dette. Samtykke skal være frivillig, tilstrekkelig informert og uttrykkelig. Dette betyr at informantene skal være klare over at det er absolutt frivillig å delta, at de skal få forståelig informasjon om studien, og at det er lov å trekke seg når som helst. Samtykket skal kunne

dokumenteres (Fossheim, 2015). Under rekrutteringsprosessen sørget jeg for å sende informasjonsbrevet til informantene, ofte både på norsk og på engelsk. De ligger som vedlegg 3 og 2. Før intervjuene startet spurte jeg om informanten hadde lest og forstått brevet og hva studien gikk ut på. Jeg gjentok at deltagelsen var frivillig og anonym. Og at de kunne trekke seg når som helst. De ble også oppfordret til å gi beskjed om det var noe de ikke forstod, og de fikk beskjed om at ingen svar var feil, og at jeg var der for å lære av dem. De kunne fortelle meg hva som helst, det vil ikke bli brukt mot dem, men de trengte heller ikke fortelle noe hvis de ikke ønsket det. Jeg informerte også om at jeg kom til å ta intervjuet opp på lydbånd, og at dette kom til å bli slettet så raskt som mulig, når transkriberingen var overstått. Som oftest etter en til to dager etter intervjuet. På slutten av intervjuet, gjentok jeg at studien var frivillig, anonym og at det var lov å trekke seg. Jeg gav beskjed om at de kunne kontakte meg om det var noe de ønsket at jeg skulle tilføye eller utelate fra intervjuet. De ble også gitt anledning til å stille spørsmål. Noen informanter hadde spørsmål om de kunne risikere å bli gjenkjent i den publiserte teksten. Dette avkreftet jeg. De mottok ingen form for honorar. Samtykkeerklæringene, som de signerte, ble oppbevart innelåst sammen med de transkriberte dataene frem til prosjektet var over og dokumentene ble destruert. Samtykkeerklæringene og de transkriberte dataene kunne ikke knyttes sammen.

Dersom formålet med et forskningsprosjekt er å «skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom», så skal det sendes en søknad til Regional forskningsetisk komite (REK) i følge Helseforskningsloven (NTNU, 2015). I min studie er ikke målet å finne ny kunnskap om direkte helseutfordringer. Studien min tar for seg svangerskap og fødsel i en mer sosiokulturell kontekst. Derfor var det ikke nødvendig å søke REK. Men alle forskningsprosjekter, som ikke faller inn under helseforskningsloven, men der personopplysninger skal behandles elektronisk, eller det skal opprettes manuelt personregister med sensitive opplysninger, skal det sendes inn meldeskjema til personvernombudet. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) er personvernombud for NTNU (NTNU, 2015). Jeg sendt inn søknad 10.09.14 og fikk forskningsstudien godkjent av NSD den 06.10.14. Vedtaket ligger som vedlegg 1.

Både NSD og REK fungerer som portvakter for forskere (Dalen, 2011). De sørger for at forskningsprosjekter er gjennomtenkte, etisk forsvarlige og at personvern er i varetatt. De grunnleggende personvernprinsipper er at sensitive personopplysninger, slik som blant annet etnisitet, religiøs oppfatning og helseforhold, skal brukes til det bestemte formålet og bare til

dette. Uvedkommende skal ikke ha tilgang til disse opplysningene (Langtvedt, 2015b). Dette ble det tatt hensyn til ved at lyddataene ble slettet så raskt som mulig, og de transkriberte dataene ble holdt innelåst. Navn og personnummer, eller annet direkte identifiserbare karaktertrekk ble ikke notert eller brukt i oppgaven. Alle kvinnene fikk hvert sitt tilfeldige «Blomsterpike»-navn av meg (Rosa, Isolde, Daisy, Jasmin, Lily og Iris). Allikevel så kan opplysninger fra intervjuet, spesielt bakgrunnsinformasjonen, indirekte identifisere informantene. Dette kan skje ved at en kombinasjon av opplysningene kan gjøre at materialet peker tilbake på et så lite antall personer at de i praksis kan fremstå som identifiserbare (Langtvedt, 2015a). Denne sjansen er ekstra stor siden de er innvandrerkvinner. På grunn av dette måtte jeg være spesielt oppmerksom under analyseringen av data og publiseringen av forskningsfunnene. Det krevde også at jeg sørget for at rådatamaterialet ble holdt vekk fra uvedkommende som tidligere nevnt. Gjennom intervjuene fikk jeg også tilgang til opplysninger om personlige forhold, som ikke regnes som allment kjent, og faller derfor under taushetsplikten. Jeg har i utgangspunkt taushetsplikt om alle opplysninger som jeg møter som forsker. Taushetsplikten følger enten loven (Forvaltningsloven eller Helsepersonell-loven) eller er selvpålagt, som regel i form av et løfte til informanten (Langtvedt & Ingierd, 2015). Denne plikten kommer frem i informasjonsbrevet under punktet om konfidensialitet. Der informanten var hentet fra mine egne nettverk ble det også presisert at jeg ikke ville fortelle noe om det som ble sagt til andre i nettverket.

3.2.5 Meg og informanten

Et forskningsintervju kan anses som en ujevn maktsituasjon, så jeg har tilstrebet at informantene skulle føle seg avslappet og ivaretatt. Siden intervjuene hadde et retrospektivt perspektiv så var det forhåpentligvis lettere for informanten å snakke om den gangen hun var i en sårbar situasjon, enn om situasjonen var i nær fortid. Jeg prøvde å ta hensyn til at intervjuet kunne reaktivere gamle vonde minner, og at informanten kunne oppleve intervjuet som ubehagelig. Jeg følte aldri at informantene hadde det vondt under intervjuet, til tross for at noen fortalte sterke historier. Forhåpentligvis så følte de at de ble sett og hørt. Før intervjuene anså jeg det som sannsynlig at informantene ville samarbeide med meg, og slik opplevde jeg det også. Det var alltid en god tone mellom meg og informantene. Latter preget alle intervjusituasjonene, noen mer enn andre. Og av og til var kanskje latteren der for å dekke over nervøsitet både hos intervjuer og informant.

3.2.6 Min rolle

Når jeg møtte kvinnene så bar jeg på flere roller. Først og fremst skulle jeg inneha forskerrollen. Men jeg er også utdannet sykepleier og den rollen hos meg kom også tidvis frem. Jeg møtte dem også som kvinne, som barnløs og som nordmann. Jeg tror det har vært en fordel at jeg selv er kvinne når jeg skulle intervju om kvinnehelse og fødsler. At jeg personlig ikke har gjennomgått svangerskap og fødsel, ser jeg mest på som en fordel. Jeg har ingen egen fødselsopplevelse å sammenligne med, og jeg har ingen egen «fasit». Deres opplevelser kunne vært min egen. Jeg ble aldri fristet til å fortelle om mine egne opplevelser og erfaringer. Informantenes historier forble i fokus.

Før noen av intervjuene fortalte jeg at jeg er utdannet sykepleier. Dette tror jeg i de fleste tilfellene var positivt, og tillitsskapende. Jeg opplevde aldri at denne bakgrunnen var negativ for samspillet under intervjuene, noe jeg hadde vært bekymret for på forhånd. Jeg var redd de ville se på meg som en representant for helse-Norge, og dermed holde tilbake negative bemerkninger om helsepersonell generelt. Dette kan jeg selvfølgelig ikke være helt sikker på.

Under alle intervjuene opplevde jeg mange fordeler med å inneha medisinsk kompetanse og sykepleiererfaring. Selv om intervjuene skulle handle om sosiologiske forhold, så ble det fortalt om mange medisinske tilstander, som det var greit å ha en viss oversikt over fra før. Det gjorde at jeg lettere kunne stille oppfølgingsspørsmål, og få frem mer om opplevelsene rundt disse tilstandene. Det gav nok også mer utslag i empati fra min side. Dette var også et punkt hvor min rolle som forsker ble utfordret. Når jeg snakket med kvinnene som hadde opplevd vonde erfaringer og fortalte om stressende livshendelser, så ble det vanskelig bare å være en profesjonell forsker. Sykepleieren i meg kom frem. Jeg ønsket å trøste, forklare og være enig. Både under og etter intervjuene tenkte jeg på disse rollene, og om jeg forvaltet dem riktig. Men når jeg ser tilbake så syns jeg det gikk greit. Jeg fikk svar på det jeg lurte på som forsker, og omsorgsgiveren i meg sørget for at informantene var i varetatt. Allikevel så tok jeg med meg disse refleksjonene inn i analyseprosessen. Jeg erfarte også at det å bare ramse opp spørsmål ikke ville få informantene til å åpne seg. Det gikk bedre når samtalen liknet mer på en dialog. Det følte underlig å bare si «hmm» og «ja», men samtidig så skulle jeg holde egne innspill til et minimum, så lenge informanten fortalte. Det viktigste en intervjuer gjør er å lytte, og å vise en genuin interesse for det informanten forteller (Dalen, 2011). Dette følte jeg at jeg fikk til. Jeg mener at jeg ikke verken argumenterte eller moraliserte over informantene og deres valg, noe som ikke hører hjemme i et forskningsintervju. Målet er også å finne den

rette balansen mellom nærhet og distanse til informantene (Dalen, 2011). Jeg synes det gikk fint.

3.2.7 Førforståelse

All forståelse vi har er bestemt av en førforståelse. Denne omfatter oppfatninger og meninger som vi på forhånd har i forhold til det fenomenet som skal studeres. Det gjelder å være bevisst sin egen førforståelse og å bruke den på en måte som gir en størst mulig forståelse av informantenes uttalelser og opplevelser (Dalen, 2011). Under intervjuene forsøkte jeg å være bevisst at kulturelle forskjeller mellom meg og informanten kunne føre til utfordringer og misforståelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette følte jeg sjelden ble et problem. Kanskje hadde jeg en fordel med min bachelorgrad innenfor samfunnsvitenskap med fordypning i Afrikastudier. Gjennom den har jeg opparbeidet meg en grei kulturell kompetanse. Jeg merket også at det var en fordel at jeg har vært i praksis ved et sykehus i Tanzania. Da den ene informanten fortalte om lange køer av gravide kvinner der, så var det lett å se dem for seg. Mye kunnskap om temaet kan være en fordel for å kunne stille presise spørsmål, men det kan også være en ulempe ved at man er forutinntatt (Tjora, 2010). Jeg har vært oppmerksom på å se informantene som ulike individer, og ikke som en homogen gruppe fordi de er innvandrere. Dette var også sjelden vanskelig. Når jeg satt ansikt til ansikt med en informant så ble det lett å se henne som en egen person med en unik livshistorie, de ulike kulturelle utgangspunktene falt ofte i bakgrunnen.

Før intervjuprosessen startet hadde jeg trodd at informantene skulle komme med mer kritiske kommentarer rettet mot helsevesenet. Jeg så for meg at de ville fortelle om mer diskriminering og dårlige erfaringer, og jeg trodde at noen av informantene ville være mer skeptisk til det institusjonaliserte og medikaliserte fødetilbudet. Disse tankene som jeg hadde, er summen av eget pessimistisk tankegods, og av litteratur som ble lest på forhånd. Kemp & Rasbridge (2004) skriver blant annet at noen innvandrerkvinner kan være ukjent med medikalisering, og kanskje også være ukomfortable med å skulle føde på et sykehus. Ingen av informantene i denne studien fortalte slike historier. Om alle kvinnene hadde født barn i sitt hjemland så hadde de trolig kunne kommentere mer rundt ulikheter og likheter mellom landenes fødetilbud.

3.3 Fremgangsmåte

3.3.1 Rekruttering

Rekrutteringsprosessen startet allerede i april 2014 da jeg tok kontakt med Dialogsenteret i Trondheim. Dette er et flerkulturelt informasjonssenter som skal fungere som en møteplass mellom innvandrere, myndigheter og majoritetsbefolkningen, og skal være med å styrke kommunens integreringsarbeid. Her forhørte jeg meg om muligheten for å få hjelp til rekrutteringen til høsten. Det sa de seg villige til og i oktober satte de meg i kontakt med flere mulige informanter. Enhet for voksenopplæring har også vært veldig hjelpelige, og hjalp meg med å skaffe de siste informantene i januar 2015. Jeg har også vært i kontakt med Flyktningehelsetjenesten og den kommunale jordmortjenesten. Har i tillegg fått hjelp av forskningsansatte ved NTNU, venner og kollegaer, til å komme i kontakt med aktuelle innvandrerkvinner.

Å få hjelp av andre sine nettverk har vært avgjørende for å komme i kontakt med de fleste av studiens informanter. «Snøballmetoden» er når jeg ber de informantene jeg allerede har, til å spørre sine bekjensker, med de aktuelle kriteriene, om de vil stille opp i studien (Tjora, 2010). Denne metoden ble ikke benyttet så mye i rekrutteringsprosessen min. Enten var informantens venner ikke aktuelle, eller så ønsket de ikke å stille opp, eller så ble de ikke spurt da jeg hadde oppnådd ønsket antall informanter. Dette er også en metode man skal være litt forsiktig med, da det kan resultere i små og «skjeve» utvalg (Dalen, 2011). Hadde jeg bare brukt denne metoden kunne jeg fått flere informanter fra samme land og samme bakgrunn, og jeg ville ikke da oppnådd en slik bredde i utvalget som jeg ønsket.

Til tross for god hjelp så var det ikke alltid så lett å komme i kontakt med kvinnene, eller få til en avtale. Dette kunne ha med språk å gjøre, og skepsis til forskningsprosjektet. Flere har vært skeptiske til anonymitetsprinsippet, men har blitt beroliget av ytterligere informasjon. Det har ikke alltid vært klart for meg hvilken informasjon de mulige informantene først ble presentert med, og det hadde kanskje vært bedre om jeg selv kunne møtt dem ansikt til ansikt i rekrutteringsprosessen. Bare i få tilfeller hadde jeg møtt informanten før vi avtalte et møte. Kanskje flere ville vært med på prosjektet om de var mer klar over hva prosjektet gikk ut på og hvem intervjueren var. Hadde jeg hatt bedre tid, ville jeg muligens forsøkt en slik metode for rekruttering. Men det er ikke sikkert at det ville vært praktisk mulig. Informantene som jeg

endte opp med å intervju, er rekruttert fra ulike hold og dermed også ulike land og bakgrunner. Dette er jeg fornøyd med.

3.3.2 Utvalgskriteriene

Et strategisk utvalg er et bevisst utvalg av noen typer informanter som velges ut på grunnlag av noen bestemte kriterier (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007). I mitt tilfelle ønsket jeg å snakke med innvandrerkvinner som var relativt nyankomne til landet. Men med tanke på mestring av språk, norsk eller engelsk, så måtte de fleste ha vært her noen år for å innfri språkkriteriet. Tanken bak prosjektet mitt var at kvinnene skulle se tilbake på opplevelsen med fødsel i Norge, retrospektivt, og på den måten ha en viss avstand til den. På denne måten ville antagelig ikke informantene være like sårbare. Av samme etiske utgangspunkt ønsket jeg ikke å snakke med noen som var under 20 år, og kvinnene måtte ha oppholdstillatelse i Norge. Hvis de ikke hadde det, ville det kanskje blitt vanskeligere å få tillatelse av NSD til å gjennomføre studien, da flyktninger og asylsøkere anses som en sårbar gruppe som krever ekstra vern og hensyn. Kvinnene skulle være fra ikke-vestlige land, og jeg hadde en ambisjon om å få informanter fra alle verdens hjørner. Det fikk jeg også. Ved å få informanter fra mange ulike land, så vil de også ha ulik kulturell og religiøs bakgrunn, og vil ha ulike perspektiver og erfaringer. Dette var noe jeg ønsket å oppnå. Forskere anbefales å sette sammen et utvalg som gjenspeiler en maksimal variasjon innenfor det fenomenet som skal studeres (Dalen, 2011). Sist, men ikke minst, kvinnene måtte ha født minst ett barn i Norge. Helst skulle de ha fått barnet innen ett-tre år etter ankomst. Det trengte ikke være deres første graviditet, og de kunne gjerne ha fått barn i sitt hjemland. Informanten som hadde fått et barn i sitt hjemland, før hun fødte barn nummer to i Norge, kom med flere betraktninger som var interessante. Kanskje burde inklusjonskriteriet vært at alle kvinnene skulle ha født et barn i sitt hjemland før ankomst Norge. Men dette ville gjort rekrutteringsprosessen vanskeligere.

Utvalget mitt ble seks innvandrerkvinner i alderen 27 til 37 år. De er fra Sør-Amerika, Sentral-Asia, Øst-Afrika og Øst-Europa. De har ulik religiøs bakgrunn. Fire er gift med en mann fra sitt hjemland, ei er gift med en norsk mann og ei er ugift. De har vært i Norge i mellom 3 og 11 år. Informantene har kommet til Norge gjennom familiegjenforening, som kvoteflyktning og som student. Alle har videregående utdanning, eller tilsvarende. Halvparten har i tillegg høyere utdanning. Kvinnene er i jobb, arbeidspraksis eller utdanning. Fire av kvinnene har to barn, mens de to andre har ett barn hver.

I starten av studien var jeg usikker på hvor mange informanter jeg skulle intervjuer. Det sies at man skal avslutte datainnsamlingen når man opplever en informasjonsmetning, som er når det ikke kommer frem flere nye synspunkter (Tjora, 2010). På grunn av begrensningene i tid så jeg meg nødt til å sette sluttstrek med seks informanter. Men selv om antallet var lavt, så satt jeg igjen med store mengder med rådata. For det kan komme frem mye informasjon ved å gå i dybden sammen med noen få personer (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007).

3.3.3 Språklige utfordringer

I starten av planleggingen av masteroppgaven, tenkte jeg mye på dette angående språk. Skulle jeg gå for bare å intervjuer på norsk, eller skulle jeg prøve å sikre at informantene ville bli hørt på deres eget morsmål, og dermed bruke profesjonell tolk. Dette er noe som blir anbefalt (Dalen, 2011). Men å engasjere profesjonelle tolker koster penger, og det ville blitt mer tidkrevende. Jeg så meg derfor nødt til å klare meg uten profesjonell tolk. Det er også flere utfordringer med å bruke tolk. For det første kan det være vanskelig å finne en egnet og kvalifisert tolk. Tolken må ikke bare kunne språket, men skal også være personlig egnet til å være med i intervjusituasjonen. Og tolken må kunne gi trygghet og tillit (Dalen, 2011). Dette så jeg på som spesielt viktig, da informantene kunne komme til å fortelle om vanskelige opplevelser. Ved bruk av tolk kan det oppstå språklige misforståelser, også fordi tolken ikke alltid har kjennskap til temaet som diskuteres. Man kan risikere at tolken tar en for stor del i samtalen, og ikke bare holder seg til oversetting. Bruk av tolk kan også gjøre det vanskelig med nærhet mellom informant og intervjuer (Dalen, 2011). Resultatet ble at jeg intervjuet kvinnene på enten norsk eller engelsk. På denne måten utelukket jeg kandidater som ikke behersket disse språkene. Etisk sett så kan det diskuteres om man på denne måten utelukker noen grupper som aldri blir hørt, men siden dette bare er et masterprosjekt så jeg meg nødt til å gjøre slike begrensninger. I starten av masteroppgaveprosessen ønsket jeg også å få laget informasjonsskriv på informantenes morsmål. Og på den måten å være sikker på at de hadde forstått hva de skulle være med på. Men å oversette dokumenter profesjonelt er dyrt, så resultatet ble at informantene fikk informasjonsskrivet på norsk og/eller engelsk. Dette har, som jeg opplevde det, fungert fint.

Det hadde vært en fordel om jeg kunne alle morsmålene som informantene bruker. Da kunne man fått frem flere nyanser og kanskje skapt en sterkere tillit. Men alt sett under ett, så synes

jeg at det var få språklige utfordringer under intervjuene. Et av intervjuene utpreget seg kanskje mer, da norskkunnskapene hennes var litt begrenset. Selv om jeg trodde at dette intervjuet kom til å bli vanskelig og lite givende, så viste det seg å gi meg masse god data å jobbe med. Det krevde bare litt mer tid og flere spørsmål for å få bekreftet hva hun mente. Profesjonell tolk er å foretrekke, men erfaringsmessig synes jeg at vi kom langt med norsk og engelsk, god tid, Google translate og kroppsspråk.

3.3.4 Opplevelser ved intervjuprosessen

Jeg og noen medstudenter hadde planlagt å utføre prøveintervjuer på hverandre før vi gikk i gang med forskningsintervjuene. Men plutselig var den første intervjuavtalen på plass i november 2014, før noen prøveintervju var utført. Allikevel gikk det første intervjuet bra. Jeg valgte ikke å endre på noen av spørsmålene etterpå, men jeg registrerte at jeg gav henne litt liten tid mellom hvert spørsmål. Det tok jeg med meg videre til de andre intervjuene, og prøvde å holde litt på disse «pinlige pausene» slik at informantene fikk mer tid til å reflektere rundt spørsmålet. Av og til tok jeg meg en vel plassert drikkepause for å gi dem mulighet til å tilføye noe til svarene deres.

Resten av intervjuene ble utført i januar 2015. Intervjuene varte mellom 30 minutter og halvannen time. Tre intervju ble utført på bibliotek, to intervju ble gjennomført hjemme hos informanten selv og et intervju ble gjennomført på et grupperom ved en institusjon. Det har vært kvinnene som har tatt avgjørelsen om hvor intervjuene skulle finne sted. Jeg kom av og til med forslag. At informantene har følt at de har vært på et trygt sted hvor anonymiteten har vært ivaretatt under intervjuet, har vært et hovedfokus for meg. Intervjuene ble tatt opp på bånd, noe som anbefales av flere forskere (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007, Dalen, 2011, Jacobsen, 2010). Jeg tilstrebet at vi skulle ha god tid til intervjuet, og informanten kunne fortelle uten tidspress. Dette lyktes alle gangene bortsett fra ved ett intervju. Da hadde jeg tatt feil av bibliotekets åpningstider og vi fikk derfor litt liten tid. Jeg vurderte å utsette intervjuet, men når tiden var ute så hadde jeg fått svar på spørsmålene mine likevel. Det kan dog tenkes at om vi hadde hatt bedre tid, og jeg hadde stilt flere oppfølgingsspørsmål, så kunne informanten kommet med flere historier eller betraktninger. Dette er uvisst.

Noen av informantene virket litt nervøse ved starten av intervjuene, men dette så ut til å gå seg til etter hvert. Sjelden opplevde jeg informantene som ukonsentrerte. Hvis de virket uklare

spurte jeg samme spørsmål om igjen, men på en litt annen måte, eller jeg gjentok det de sa sist, og spurte om jeg hadde forstått dem riktig. Det kunne av og til være vanskelig å høre hva informanten sa på lydbåndet, på grunn av at språket var litt gebrokkent, eller det var mumling eller annet støy i rommet. Der jeg var usikkert på hva informanten sa, hørte jeg flere ganger igjennom lyddataene. Ofte så fikk jeg mer klarhet etter flere avspillinger. Noen uttalelser som var for vanskelig til å høre eller forstå, ble utelatt ved transkriberingen. Jeg er av den oppfatning av dette var ord eller uttalelser som ikke ville endret det helhetlige datamaterialet. Under transkriberingen prøvde jeg å få med meg alle detaljer. Datamaterialet ble nedskrevet på norsk, selv om intervjuet var på engelsk, og tidvis gebrokkent. Det kan selvfølgelig tenkes at noe har gått tapt i oversettelsene, men jeg er ikke av den oppfatning om at dette har vært betydelig. Jevnt over opplevde jeg at informantene snakket sant, og at det var en oppriktig og åpen stemning. De virket alle fortrolig med lokalene for intervjuet. Ved et av intervjuene var det litt støy fra naborommet, men dette så ikke ut til å forstyrre informanten. Og ved et annet intervju var et barn til stede, som innvirket litt på intervjusituasjonen, men dette påvirket ikke mengden av gode data. Alle intervjuene unntatt ett ble utført på formiddagen. Det var å foretrekke, da sannsynligheten for at både intervjuer og informant var velopplagte.

3.4 Pålitelighet og gyldighet

Også kvalitative metoder trenger en kritisk drøfting når det skal vurderes om konklusjonene er gyldige og til å stole på (Jacobsen, 2010). I dette kapittelet har jeg gjort rede for den metodiske prosessen ved oppgaven min. Jeg har forsøkt å reflektere rundt rekrutteringsprosessen og intervjusituasjonen, og de etiske aspektene ved datainnsamlingen. Under intervju så er forskeren et mellomledd som kan påvirke det materialet som innhentes. Det er derfor viktig med kritisk refleksjon (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007) og i det følgende skal jeg diskutere gyldighet og pålitelighet ved mine data ytterligere.

3.4.1 Gyldighet og overførbarhet

Validiteten, eller gyldigheten, til datamaterialet har med utvalg og innsamling av data å gjøre (Everett & Furuseth, 2012). I mitt utvalg er det seks innvandrerkvinner fra ulike land, religioner og kulturer. Det er et lite utvalg og funnene kan derfor ikke generaliseres til en større populasjon. Men målet mitt har ikke vært å generalisere funnene mest mulig, men å få frem perspektiver og erfaringer som kan fortelle oss noe om hvordan det var for disse kvinnene å møte den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen. Det som kommer frem av

beskrivelser, erfaringer og begreper i denne studien kan ha en mening i andre sammenhenger. For å hevde at funnene mine kan gjelde for en større gruppe, må jeg finne støtte for dette i andre undersøkelser. På denne måten vil gyldigheten være styrket om mine funn samsvarer med tidligere forskning. Hvis flere studier, fra ulike kontekster, påviser det samme, så kan man hevde at fenomenet kan generaliseres til flere enheter. Dette gjelder også om ulike metoder gir samme resultat (Jacobsen, 2010). Jeg vurderte bruk av flere metoder og ulike informantgrupper, som kunne ha styrket funnenes gyldighet, men på grunn av den begrensede tiden så ble det ikke gjort.

Eksklusjonskriteriet i studien angående språk har gjort det slik at en del kvinner har blitt utelatt. Det viser seg at innvandrere som ikke snakker engelsk kan lettere bli ekskludert fra studier (Hannegan, Redshaw & Miller, 2014). Noen kvinner som fikk tilbudet om å delta i denne studien takket nei, og de har heller ikke blitt hørt. Hva disse kvinnene hadde kunne fortelle er uvisst. Kanskje ville det være historier som liknet på dem jeg allerede har fått presentert, eller kanskje noen helt andre historier. Hvorfor noen valgte å takke nei, er også uvisst. Det samme gjelder årsaken til at de seks informantene valgte å stille opp. Jeg spurte aldri dette spørsmålet direkte, men det kan være av nysgjerrighet, ønske om å bli hørt, ønske om å bidra eller en pliktfølelse.

Det er en forskningsetisk utfordring ved at det er noen grupper som sjelden blir hørt i studier. Generelt så er det vanskelig for forskere å få med seg informanter også fra de laveste samfunnslag. Lav deltagelsesrater er ofte et problem og en utfordring ved innvandrerstudier (Lien, Nafstad & Rosvold, 2008, Bandyopadhyay, 2010, Jomeen & Redshaw, 2013). Sannsynligheten for deltagelse øker om informantene får tilbud om å svare på undersøkelsen via telefon og ved bruk av tolk (Jomeen & Redshaw, 2013, Redshaw & Heikkilä, 2011), eller om de fikk svare på sitt eget språk (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Men når tid og økonomi blir avgjørende så er det vanskelig å få til studier av analfabetiske kvinner, eller kvinner som ikke snakker norsk eller engelsk.

Ved å stille gode spørsmål som gir informanten anledning til å komme med innholdsrike og fyldige uttalelser så vil validiteten i datamaterialet styrkes (Dalen, 2011). Nesten alle kvinnene i denne studien kom med fyldige svar på nesten alle spørsmålene. Jeg føler at jeg stod igjen med et rikt materiale. Det ble som nevnt ikke utført prøveintervju, som kunne ha kvalitetssikret intervjuguiden, men jeg tok lærdom av intervjuene underveis.

En nær tilknytning til det fenomenet som studeres kan påvirke tolkningen av resultatene (Tjora, 2010). Nå er jeg ikke nært berørt av studiens problemstilling eller informanter. Jeg er verken innvandrer eller har født barn. På denne måten ser jeg meg ikke blind på historier som blir fortalt, og jeg vil ha mulighet til å analysere datamaterialet på en mer distansert måte. Dog er jeg ikke uberørt av deres historier og vil alltid ha med meg min forforståelse. Dette var jeg bevisst da jeg tolket materialet.

3.4.2 Pålitelighet og troverdighet

Dersom data ikke er pålitelige, så vil de ikke kunne fortelle noe om problemstillingene (Everett & Furuseth, 2012). Informantene kan påvirkes av konteksten, stedet og situasjonen, som intervjuet utføres i. Jeg forsøkte å få informantene til å føle seg avslappet og ivaretatt. Det var alltid en god tone mellom meg og informanten. Kvinnene fikk god tid til å forberede seg før intervjuet. Som oftest var intervjuet avtalt flere dager, om ikke flere uker, på forhånd. Informantene valgte tid og sted. På denne måten fikk kvinnene anledning til å påvirke konteksten for intervjuet, og dette har forhåpentligvis gjort at de følte seg trygg og kunne fortelle de historiene de ønsket. Jeg føler at de dataene som har kommet frem er pålitelige, og at kvinnene ikke kom med løgn, eller holdt noe tilbake. Et intervju kan oppleves som en ujevn maktsituasjon. Jeg forsøkte derfor å være tydelig på at jeg var der for å lære av dem, og at det var de som bestemte hva de ville fortelle eller ikke fortelle.

I kvantitative undersøkelser vil troverdighet til funnene forutsette at fremgangsmåten ved innsamling og analyse skal kunne etterprøves nøyaktig av andre forskere. I en kvalitativ studie blir dette vanskelig. Det er derfor viktig å være nøyaktig i beskrivelsen av de enkelte delene av forskningsprosessen. Dette er noe jeg har forsøkt å få til i dette kapittelet.

3.5 Analyseprosessen

En analyse som er gjennomarbeidet og veldokumentert skiller «synsing» fra vitenskapelig tilnærming (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007). I det følgende beskrives først mine forskningsspørsmål, og så blir analysemetoden og analyseprosessen forklart og beskrevet.

3.5.1 Forsknings spørsmål

Målet for oppgaven har vært å finne ut hvordan innvandrerkvinner opplever møtene med den norske svangerskaps og fødselsomsorgen. Det som interesserte meg mest var om de møtte på noen kulturelle utfordringer, om de følte seg sårbare eller trygge, og om de hadde tillit til det norske helsepersonellet.

3.5.2 Grounded theory som inspirasjon for analysen

Grounded theory er en metode som ble utviklet av sosiologene Barney Glaser og Anselm Strauss. Det var en reaksjon mot de tradisjonelle induktive og deduktive metodene på 1960-tallet. Metoden er tverrfaglig og generell, og kan brukes i både kvalitativ og kvantitativ forskning (Gynnild, 2014). Denne analysemetoden ble valgt som utgangspunkt fordi den fokuserer på mønstre for menneskelig samhandling, noe som er sentralt i min studie. I Grounded theory er det informantenes egne oppfatninger og perspektiver som danner utgangspunktet for analysene, ved at metoden tar utgangspunkt i det empiriske datamaterialet og på den måten er «grounded» i data. Gjennom en kodingsprosess utvikles det teori om sentrale fenomener i det empiriske datamaterialet (Dalen, 2011). Det har ikke vært et mål for denne oppgaven å komme frem til en ny teori.

Siden man sjelden går inn i et forskningsfelt uten en forforståelse og kunnskap på området, så kan det bli utfordrende å la empirien stå alene for teoriutviklingen. I denne oppgaven har analysen av datamaterialet ikke fulgt Grounded Theory slavisk, men analysen har vært inspirert av metoden. Det har for eksempel blitt gjennomført en konstant sammenligning av data for å forsøke å finne likheter og forskjeller innenfor datamaterialet og på den måten få frem variasjoner og nyanser. Hensikten har vært å finne mer egnede kategorier som gir muligheter for å forstå innholdet på et mer fortolkende og teoretisk nivå (Dalen, 2011).

3.5.3 Fasene av dataanalysen

En grounded theory utvikles gjennom tre faser; åpen, selektiv og teoretisk. Bruk av kodeprosesser er et godt verktøy for å oppdage momenter som ikke nødvendigvis synes ved vanlig gjennomlesning. Det første jeg gjorde var å foreta en åpen koding. Ved åpen koding gis det navn til utsagn eller hendelser i datamaterialet. Hvert utsagn som blir identifisert får sin egen kode, eventuelt den samme koden som andre lignende utsagn. Kodene skal si noe om innholdets substans, og navnet på kodene blir gjerne et fagbegrep eller et hverdagsbegrep.

Ved åpen koding skal det ikke søkes etter helhetlige inntrykk, for da kan detaljer og sammenligninger overses. Det gjelder å søke etter bredde og mangfold. Muligheten med åpen koding er å se en retning i materialet før den selektive prosessen starter (Hjälmhult, 2014).

Jeg tok for meg de transkriberte datautskriftene, og fjernet alle spørsmålene. På den måten ble jeg mindre opptatt av helheten og kunne konsentrere meg mer om detaljene. Jeg gikk så i gang med å markere ulike koder ut fra teksten. Disse kodenavnene jeg brukte var «svangerskap og fødsel i hjemlandet», «fødselsritualer i hjemlandet og i Norge», «sted for fødslene i hjemlandet», «til stede under fødsel i hjemlandet», «til stede under fødsel i Norge», «fødselshjelper i hjemlandet», «fulgt opp av helsepersonell i Norge», «omvisning på sykehuset», «svangerskapskurs», «barselgruppe», «lengde på barselopphold», «forventninger», «trygghet», «stolthet og mestring», «komplikasjoner før, under og etter fødsel», «smertelindring», «negative opplevelser», «positive opplevelser», «morskap og familie», «kultur», «tillit», «kommunikasjon», «informasjon», «ensomhet» og «fremtiden».

Så gikk jeg i gang med å bearbeide dataene under hver kode, for å prøve å få til å samle flere av disse temaene i grupper. Dette for å utvikle ulike kategorier. En kategori er noe som flere intervjuer belyser (Jacobsen, 2010). Når man identifiserer det mest betydningsfulle i materialet, og man ser konturene av deltakernes hovedutfordring og kjernekategori, da går man fra åpen til selektiv koding (Satinovic, 2014). Kategoriene jeg da endte opp med var; «morskap, kjønnsroller og krysspress», «medikalisering», stolthet og mestring», trygghet og tillit», «kommunikasjon og informasjon», «ensomhet og tapsfølelse», «sosioøkonomisk status» og «kultur». Raskt ser jeg at kategorien «trygghet og tillit» samler mye av mitt datamateriale og står frem som et hovedpunkt.

4 RESULTATER OG DISKUSJON

Seks innvandrerkvinner ble intervjuet i denne studien, som resulterte i gode data med interessante historier og erfaringer. I dette kapittelet blir disse resultatene presentert, og diskutert, sammen med tidligere forskning på innvandrerkvinnens møter med mødreomsorgen. Det er ikke utført så mange studier om dette temaet i Norge, så det henvises derfor til forskningslitteratur fra ulike vestlige land. Artiklene er av både eldre og nyere dato, og belyser dermed feltet over tid. Alle sitatene er på norsk. Det betyr at noen er oversatt fra engelsk, og noen sitatene er også renskrevet uten at innholdet er endret. Der hvor informantene har oppgitt sitt opprinnelsesland i sitatene, så er dette byttet ut med «hjemlandet». Resultatene presenteres i tre delkapitler. Kontakt med helsevesenet, kulturelle utfordringer og sårbarhet, trygghet og tillit. Alle delkapitlene avsluttes med en oppsummering.

4.1 Kontakt med helsepersonellet

Dette delkapitlet omhandler innvandrerkvinnens møte med norsk helsepersonell, et tema som dekker flere av forskningsspørsmålene i denne masteroppgaven. Det startes med å gjenfortelle informantens erfaringer fra helsevesen og helsepersonell i sitt eget hjemland. Så handler det om bruken av helsevesenet i Norge, og så om møtet med norsk helsepersonell. Videre fortelles det om barseltiden og om opplevelser rundt det, før kommunikasjon og informasjon blir diskutert. Det er informantenes historier som kommer frem, supplert med tidligere internasjonal forskning på de samme temaene.

4.1.1 Mødreomsorg i kvinnenes hjemland

Som beskrevet i teorikapitlet så er det sjelden at kvinner og barn dør i forbindelse med svangerskap og fødsel i den rike delen av verden, men at dette er desto vanligere i de fattigere landene. Flere av informantene i denne studien forteller at det ikke er så lett å bli mor i hjemlandet, og at det kan være svært risikofylt. På noen helseinstitusjoner kan det være trangt om plassen, og fasilitetene kan være så dårlige at mange mødre velger å reise tidlig hjem fra sykehuset. Å komme til et norsk sykehus ble derfor for noen av innvandrerkvinnene en stor positiv opplevelse.

«Det er masse sykdom. Det er ikke lett egentlig. Det kan jeg ikke si. Det er mange mødre som mister livet når dem får barn.» Daisy

«Når du drar til sykehuset og du har smerter, så vil du finne omtrent 30 kvinner som alle skal føde. Og så er det fem stykker som skal hjelpe alle. Det er derfor at det er noen barn som dør, for de får ikke hjelp. Og det er vanskelig å sove, for det kan ligge 2-3 i samme seng. Så ting er vanskelig. Hvis du da ikke har penger, for da kan du dra på en privat klinikk. Og det er det ikke mange som gjør, for det er ikke mange som har mye penger. Så det er veldig hardt.» Lily

«Sammenlignet med fasilitetene i hjemlandet, så er de norske veldig gode. I hjemlandet må mødrene av og til dele seng. (...) Det er som et hotell for meg.» Rosa

Informantene i min studie snakker om varierende svangerskapsomsorgen i de ulike hjemlandene, og innad landene. I noen land går ikke kvinnene til legekonsultasjon før etter lang tid. Jasmin fra Øst-Europa sier tolv uker i sitt hjemland, mens Lily fra Øst-Afrika sier at det ikke er vanlig å dra til lege før etter seks måneder ut i svangerskapet. Dette har med ressursmangel å gjøre sier hun. Isolde fra Sør-Amerika forteller at i sitt hjemland drar kvinnene til lege med en gang de vet at de er gravide.

Hvem som er fødselshjelper og hvor fødselen finner sted, varierer i informantenes hjemland. Jordmor er vanligst, men i enkelte land er det lege. I landene hvor hjemmefødsler er normalen, så kan det være en kvinne uten utdanning, men med erfaring, som er fødselshjelper. Jasmin uttaler at tidligere var det mer vanlig å føde hjemme, men at det nå, etter at det ble fred, er bygget flere sykehus, og at det derfor fødes mer på institusjon. Isolde sier at det tidligere var vanlig å føde på sykehus, men at det nå er flere og flere som føder hjemme med hjelp fra lege. Det kan også variere mellom by og landsbygda. Daisy fra Sentral-Asia forteller at det ikke nødvendigvis er så stor forskjell på å føde hjemme eller på sykehus, da utstyret ofte er dårlig og det er lite utdannet personell. Noen få har penger slik at de kan føde på privatklinikker. Men det er det få som har i følge Lily.

«Det er vanlig å få hjelp fra en nabo eller en eldre kvinne som kanskje har flere barn. Som har opplevd sånt før. Men det er vanlig å dra til sykehus hvis man bor i byen.» Iris

«Det er stort sett hjemmefødsler. Men i hovedstadsområdet og i de større byene, føder noen på sykehus. Jeg kan ikke si at det er store forskjeller mellom hjemme og sykehus, det er ikke lett. Men det er stort sett hjemmefødsler. Men de bruker ikke sånn lege eller jordmor. De bruker noen som har erfaring. De har ingen utdanning, men de har gjort det før og har erfaring. Det er derfor det er så mange som mister livet.» Daisy

Informantene hadde ulike opplevelser med helsevesenet og helsearbeidere i sitt hjemland. Flere beskriver helsepersonell, blant annet jordmødre, som ikke tar ansvar eller behandler kvinnene bra. Iris fra Øst-Afrika forteller at noen jordmødre er snille og passer på, men ikke alle. Hovedårsaken ser ut til å gjelde tid. Det fortelles om helsepersonell som har lite tid til å

svare på spørsmål, lite tid til å hjelpe og lite tid til hver kvinne. Lily informere om at i hennes hjemland sier legene hva de vil og at de ikke bryr seg om hva de gjør. Hun forteller også at valgmulighetene er små og gravide kvinner får lite informasjon.

«Men helsepersonellet kan ikke bruke tid på å snakke når de har så mange pasienter. Helsepersonellet har det veldig travelt, så da gjør man som dem sier. Så det er slikt. Så hvis du ringer på en søster, fordi du er i smerter, så sier hun; hei du må vente på tur. Så ingen kommer for å snakke med deg. (...) Sånn er det. Afrika er crazy. De bryr seg ikke om hva de gjør. Det er mange folk.» Lily

4.1.2 Bruk av helsevesenet

Som tidligere poengtert så skal svangerskapsomsorgen i Norge ivaretas av jordmødre og leger. Hvem kvinnen vil følges opp av, velger hun selv. I denne studien gikk fem av informantene til kontroller både hos lege og jordmor under svangerskapet. Den siste ble bare fulgt opp av lege. To av kvinnene ble også fulgt opp av Flyktningehelsetjenesten. Det er et kommunalt helsetilbud til asylsøkere og innvandrere, familiejenforente og enslige mindreårige, som oppholder seg i Trondheim kommune (Trondheim kommune, 2015). En av informantene forteller varmt om all den hjelpen og støtten hun fikk fra helsesøster og jordmoren hos Flyktningehelsetjenesten, mens den andre kvinnen ikke var helt fornøyd med den hjelpen hun fikk fra dem.

Å komme til et nytt land, hvor helsesystemet er annerledes, kan være en utfordring for innvandrerkvinner. Mange kan være ukjent med hvordan de skal bruke helsevesenet, og hva de kan forvente (Boerleider et al., 2013). I studien til Lyons et al. (2008) fra Irland, forteller helsepersonell at det gav ekstraarbeid for dem når kvinnene ikke brukte helsevesenet riktig. Det var ofte en bekymring for de kvinnene som tok sent eller aldri kontakt med helsevesenet før fødsel. Dette gav lite rom for planlegging og oppfølging. I en rapport fra Storbritannia viste det seg at innvandrerkvinner hadde større sannsynlighet for å oppdage svangerskapet senere og ta kontakt med helsevesenet senere enn britiske kvinner (Knight et al., 2009). Dette kom også frem i Essén et al. (2002) sin studie i Sverige, hvor innvandrerkvinner var senere ute med å avtale tid for kontroll og ultralyd, og gav ikke beskjed om manglende fosterbevegelser. Innvandrerkvinnene i denne studien ble ikke spurt om de gikk glipp av oppfølgingskontroller, men de virket fornøyd med tilbudet. Ikke kom de sent til fødeavdelingen heller. Fire av de seks informantene kom så tidlig til sykehuset at de ble sendt hjem igjen for å vente til fødselen var kommet mer i gang.

I en norsk studie forteller jordmødre at det kan bli et problem med kontinuitet i svangerskapsomsorgen, når ikke alle innvandrerkvinner kommer til alle svangerskapskontrollene (Lyberg et al., 2012). I studien til Liamputtong, Rice & Naksook (1998) derimot, så innvandrerkvinnene på svangerskapsomsorgen som en viktig del av svangerskapet. Kvinnene dro rett til legen når de fikk vite at de var gravide og de kom på alle kontrolltimene. Det er altså forskjeller i hvordan innvandrerkvinner ser på svangerskapstilbudet. Det er også ulikheter når det kommer til hvor mye oppfølging som ønskes og forventes av de gravide kvinnene. Rosa, en av informantene fra Sentral-Asia, peker i denne studien på ulikheten mellom sitt hjemland og Norge, når det kommer til å få time hos legen. I Norge må man ha en avtale hos sin fastlege, mens i hjemlandet er det bare å møte opp så lenge man kan betale. Informanten synes de ofte må vente lenge på time, og at de ikke alltid blir tatt alvorlig når de kommer med sine bekymringer.

«Når jeg går til legen må man ha en avtale. Og det må være alvorlig. I hjemlandet kan man bare gå til legen, betale og så får man en time. Her må man ha en avtale. Vi må ofte vente lenge. De tar det kanskje ikke helt alvorlig. De spør; er det så alvorlig? Trenger du virkelig en legetime?» Rosa

Isolde synes det er lite med bare en standard ultralydundersøkelse som er tilbudet i Norge, sammenlignet med hennes hjemland, hvor man kan få så mange slike undersøkelser man selv vil. Disse ulikhetene samsvarer med annen forskning. Lyberg et al. (2012) skriver om innvandrerkvinner som forventer å få komme til svangerskapskontroll utenom de fastsatte timene. I Lyons (2008) sin studie anser helsepersonellet enkelte innvandrerkvinner for å være forlangende når de ønsker seg flere ultralydundersøkelser enn tilbudet. Isolde føler seg litt redd og bekymret for om barnet har det bra, når det er så få undersøkelser. Både hun og Rosa beskriver lattermildt den avslappede holdningen hos legene.

«Ja, for i hjemlandet når du vet at du er gravid, så drar du til legen med en gang. De begynner med å snakke med deg, og å måle og sjekke og sånt. Men her i Norge går det lengre tid før de begynner å gjøre noe. For eksempel, i hjemlandet så kan jeg ta en ultralyd når jeg vil. Her tar man bare en. Og du vet ikke om barnet ditt er bra eller friskt, om det har... om det har alt på plass. Men her er det litt sånn... Ok, du er gravid. Da er du gravid. Ferdig med det. Når barnet kommer drar du på sykehus.» Isolde

«Her i Norge når vi går til legen sier han; ta det med ro, det er normalt. Slapp av.» Rosa

4.1.3 Møte med norsk helsepersonell

Som beskrevet i kapittel to, så kan gravide innvandrerkvinner ha ulike behov når de kommer i kontakt med den norske svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Behovene og ønskene vil variere ut fra hvor kvinnen kommer fra, hvor lenge hun har vært i landet og hvilke erfaringer hun har. Helsepersonellet skal gi tilpasset omsorg til den enkelte kvinnen og hennes situasjon. I forskningslitteraturen finnes det flere studier som går på innvandrerkvinnenes møter med mødreomsorgen i sitt nye hjemland. Det beskrives mange positive møter og erfaringer. For eksempel i Small et al. (2002) sin studie så de kvinnene at helsepersonellet var veldig omsorgsfulle, snille, behagelig, forpliktet, gjorde alt de kunne for å hjelpe, og var varme og vennlige. De la også vekt på at det var de små handlinger av godhet fra personalet som betydde mest for dem. Et smil, en berøring, eller bare å være der, betydde mye, spesielt for de som ikke kunne engelsk så godt. Flere av de somaliske informantene i studien til Wiklund (2000) var fornøyd og takknemlig for hjelpen fra helsevesenet og de ansatte. Andre kvinner forteller at pleien gjennom svangerskapet var god (Liamputtong Rice & Naksook, 1998) og de ansatte var flotte (Jomeen & Redshaw, 2013).

Stort sett så har informantene i denne studien positive opplevelser og erfaring med det norske helsepersonellet når det kommer til omsorg. Alle beskriver snille leger og jordmødre. De forteller også at helsepersonellet var hjelpsomme, tålmodige, respektfulle og ansvarsfulle. Flere sier at de var veldig fornøyde med den hjelpen og omsorgen de fikk. Jasmin påpeker at personalet var i godt humør og snakket mye med henne. Lily sier at alt var perfekt, Daisy mener at ingenting var dårlig.

«Så jeg synes at jordmødre i Norge er veldig bra. Jeg var veldig fornøyd.» Iris

«... De var veldig snille. Jeg føler ikke at noe var dårlig. Jeg følte at de hadde god omsorg.» Daisy

«Måten hun behandlet meg på og snakket med meg på var bra. Hver gang jeg ringte på til henne, så følte jeg meg ikke alene.» Lily

«Jeg er veldig fornøyd med servicen. Jeg er fullt og helt tilfreds.» Rosa

«Jeg fikk all den tid og hjelp jeg trengte. De var veldig tålmodige. Veldig, veldig, tålmodige. Alt var bra.» Isolde

«Det beste er om de kan være slik som de er. Ikke forandre seg. Jeg synes de var veldig snille.» Lily

Flere av informantene mener at de følte seg trygge på sykehuset. Og at de stolte på helsepersonellet. At kvinnene hadde møtt helsepersonellet på et tidligere tidspunkt og var kjent, hjalp på trygghetsfølelsen. Dette samsvarer med det som ble funnet i studien til Small et al. (2002). Lily forteller at hun var veldig glad for at hun fikk en jordmor som hun hadde møtt tidligere. Kort tid etter fødselen ble det vaktskiftet, og en mannlig jordmor kom på vakt. Men informanten følte seg fremdeles trygg fordi hun hadde hilst på han tidligere.

«Så sa hun at det var en annen jordmor som jeg har møtt før som skulle overta. Vet du hvem som skal komme? Den mannen som du har møtt før skal komme. Husker du? Jaja, sa jeg. Han var veldig snill han også. Selv om det var en mann som skulle komme etter henne, så brydde jeg meg ikke. For jeg hadde møtt han tidligere. Og han var veldig snill han også.» Lily

Generelt så forteller informantene i denne studien om positive erfaringer. Men noen av dem har også dårlige erfaringer, da som oftest med legene. Flere kommenterte at de syntes fastlegen var for opptatt, men at det var bedre tid for spørsmål og omsorg hos jordmor. Også i forskningslitteraturen finnes eksempler på negative opplevelser i møte mellom gravide innvandrerkvinner og helsepersonell. I forskningen til Jomeen & Redshaw (2013) beskriver innvandrerkvinner opplevelser der de ikke blir trodd. Ikke alle følte at de ble lyttet til eller at deres bekymringer og smerter ble tatt på alvor. Isolde var sterkt plaget av svangerskapskvalme under begge sine svangerskap. Hun følte ikke at hun ble hørt når hun fortalte om sin bekymring til legen sin. Hun valgte å ta med seg sin mann, som er norsk, for å få hjelp til å forklare sin tilstand, men hun følte ikke at dette heller hjalp. Hun skulle ønske at legen kunne tatt litt mer hensyn og snakket mer med henne om svangerskapet. Hun ønsket at han skulle bruke litt mer tid. I studien til Reitmanova & Gustavson (2008) var det også enkelte kvinner som følte at legen var så travel, og at alt var rutine. Her ønsket også kvinnene at legen skulle snakke mer om følelsesaspektet ved det å være gravid.

«Jeg var veldig syk i begge svangerskap. Kom til å kaste opp blod. Fordi jeg klarte ikke å spise noen ting. (...) Jeg var mange ganger til lege. Jeg var veldig syk. Og orket ikke spise. Men dem sa bare at det kom til å gå over. Det tok lang tid. Mer enn vanlig. Så jeg begynte å bli bekymret. Jeg ble så slank, og det var bare magen som kom frem. (...) Nei, han hørte ikke på meg. Jeg tok mannen min med meg en gang. For da skulle han kanskje klare å forklare. Men nei, det går over. Ok. Jeg vet ikke.» Isolde

Det kan være vanskelig å snakke om følelser med legen sin for innvandrere, spesielt med tanke på begrensede språkkunnskaper. Daisy beskriver den første tiden i Norge som vanskelig. Hun var skeptisk til hva hun kunne fortelle og snakke med legen om. Hun var

fortalt av venner at man ikke skal snakke så mye om følelser til leger, at det var annerledes her i Norge. Dette gjorde henne utrygg, men hun tenkte at de er jo helsepersonell, da skal man kunne fortelle alt. Så hun snakket. Dessverre opplevde hun å ikke bli hørt, eller tatt alvorlig av sin behandlende lege. Ved flere anledninger, også med tolk, tar hun opp at hun savner familien sin og gråter mye. Hun har mareritt og dårlig søvn, er trist og ensom. Beskjeden hun får er at dette er normalt. Hun tenker selv at hun er deprimert. Hun snakker med jordmor også, men heller ikke hun forstår. Tre uker etter fødsel blir Daisy dårligere. Hun sover ikke, gråter og er redd. Igjen ber hun om hjelp, til tross for språkutfordringer. Mannens familie misforstår og tror hun ikke vil bo med mannen sin lenger. Helsepersonell på legevakta tror det er problemer i ekteskapet, og gir henne telefonnummeret til politiet. Det er hennes egen familie i hjemlandet som tilslutt forstår at hun er syk og ber mannen ta kontakt med lege igjen. Endelig blir hun hørt og tiltak satt i gang. Det viser seg at hun har barseldepresjon. Informanten er lei seg for at ingen forstod, og mener at hvis hun hadde blitt hørt og fått behandling tidligere, så hadde det ikke trengt å bli så ille. Som tidligere forklart så kan manglende nettverk og stress medvirke til barseldepresjon. Studien til Collins, Zimmerman & Howard (2011) foreslår derfor at helsepersonell i mødreomsorgen anser alle nyankomne innvandrerkvinner som i risikogruppen for å utvikle barseldepresjon, og sørger for at disse kvinnene får den støtten og oppfølgingen som de trenger.

Under gjennomgangen av tidligere internasjonal forskning så kommer det frem mange historier om innvandrerkvinner som sitter igjen med følelsen av å bli forlatt og ignorert av jordmoren, og tilbringer mye tid alene, både under fødsel og på barselavdelingen (Small et al., 2002, Jomeen & Redshaw, 2013, Liamputtong Rice & Naksook, 1998, Wiklund, 2000). Det blir også beskrevet opplevelser av at personalet er lite hjelpsomme, lite omsorgsfulle, lite støttende og oppmuntrende (Small et al., 2002, Reitmanova & Gustafson, 2008, Liamputtong Rice & Naksook, 1998, Wollett & Dosanjh-Matwala, 1990). Kvinner ønsker at pleierne skal være mer sensitive og støttende (Small et al., 2002, Bandyopadhyay et al., 2010), og at de skal lytte mer (Small et al., 2002, Wollett & Dosanjh-Matwala, 1990).

Innvandrerkvinner har i noen tilfeller blitt møtt med lite respekt, snakket til på en arrogant måte og har opplevd helsepersonellet som uhøflige (Jomeen & Redshaw, 2013, Small et al., 2002, Wollett & Dosanjh-Matwala, 1990). Kvinner forteller også om følelser av å være mindreverdig, som en byrde og et irritasjonsmoment (Jomeen & Redshaw, 2013). Det skrives også om helsepersonellens holdninger til de innvandrerkvinnene som de skal hjelpe før, under

og etter fødsel. En og annen har satt spørsmålsteget om hvorfor innvandrerkvinnene kommer til landet, legitimiteten og om de var genuine eller ikke (Lyons, 2008). Noen jordmødre anså asiatiske kvinner som overforbrukere eller misbrukere av helsevesenet på grunn av stor barneflokk. De gikk også ut i fra at de asiatiske kvinnene ikke var interessert i familieplanlegging. Andre helsepersonell mente at asiatiske kvinner manglet morsinstinkt, og bare favoriserte guttebarn over jentebarn (Bowler, 1993). Innvandrerkvinner har ønsket om å bli behandlet som en person og ikke som en del av et rutinefylt standardisert prosess. Ikke som å være en del av inventaret eller som en gjenstand på et samleband (Jomeen & Redshaw, 2013). Men det rapporteres også om at kvinner har opplevde mye støtte fra helsepersonell (Small et al., 2002, Jomeen & Redshaw, 2013). Resultatene fra denne studien inneholder også eksempler på at informantene har opplevd god støtte og ros fra norske helsearbeidere.

«Jordmora hjalp meg mye og sa: you can do it, you can do it!» Rosa

«Og dem kom til meg, når jeg hadde fått barn. Så sa de at du ja, du har vært flink og du har vært sterk. Og det følte jeg var en bra tilbakemelding. Så da tenkte jeg at jeg har gjort en tøff jobb. (...) Når hun sa det, at jeg har hatt det vanskelig, og et veldig vanskelig svangerskap, men at jeg var tøff og gjorde det bra. Da følte jeg at jeg hadde fått god støtte.» Daisy

4.1.4 Barseltid

Som beskrevet i teorikapittelet, så er tiden på barselavdelingen i Norge og i andre deler av den vestlige verden blitt kortere. Resultatet er mindre hvile, mindre tid til å bli kjent med barnet, mindre avlastning og veiledning (Ingstad, 2007). Intensiteten og oppfølgingen under svangerskap og fødsel kan resultere i et tomrom når barnet er kommet til verden. I litteraturen finner vi mange eksempler på at kvinner opplever barselomsorgen som mangelfull og til dels kritikkverdigg. Den fallende interesse for barselkvinnenes ve og vel var for mange innvandrerkvinner i studien til Jomeen & Redshaw (2013) ufattelig, og fikk dem til å føle seg ille til mote. Kvinner forteller at de skulle ønske de kunne få mer hjelp med barnet på barselavdelingen slik at de fikk hvile og sove (Wollett & Dosanjh-Matwala, 1990, Reitmanova & Gustafsen, 2008, Yelland et al., 1998), spesielt de som hadde vært igjennom keisersnitt (Jomeen & Redshaw, 2013). Flere kvinner har opplevd at når de spør om hjelp til barnepass mens kvinnen dusjer eller hviler seg, får hun beskjed om at det er hennes barn, og det er hun som må passe på det (Wollett & Dosanjh-Matwala, 1990, Reitmanova & Gustafsen, 2008, Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Enkelte barselkvinner har også rapportert at når de bad om hjelp til amming eller annen bistand fra jordmor, opplevde de å bli

skreket til (Small et al., 2002) og kjeftet på (Wollett & Dosanjh-Matwala, 1990, Reitmanova & Gustafsen, 2008). I studien til Wollett & Dosanjh-Matwala (1990) var det bare to av 32 informanter som sa at de hadde fått nok hvile på barselavdelingen. Flere mente de vil få mer hvile hjemme, og noen valgte å reise hjem tidlig (Wollett & Dosanjh-Matwala, 1990, Jomeen & Redshaw, 2013). Det har også vært et ønske om at jordmor skal ha mer tid til å hjelpe kvinnene med amming (Jomeen & Redshaw, 2013).

I Jomeen & Redshaws (2013) studie følte flere kvinner seg presset til å dra hjem tidligere enn de selv ønsket. Årsaken til at de ville bli lengre var at de enten hadde lite eller ingen familie i landet som kunne hjelpe til, mannen var i arbeid, eller de hadde et barn hjemme. Kvinnene i denne studien var på barselavdelingen på sykehuset mellom en dag og ei uke etter fødsel. Tre dager var det vanlige. Noen ønsket å reise hjem tidlig av eget ønske, og noen ble lengre på sykehuset på grunn av komplikasjoner eller oppfølging. Jasmin trengte et lengre sykehusopphold på grunn av komplikasjoner, og var veldig fornøyd med den oppfølgingen hun fikk. Personalet var veldig hjelpsomme, snakket til henne, hjalp henne med barnet og med amming. Rosa ble også noen dager ekstra, og forteller at hun var veldig fornøyd med servicen som hun fikk på sykehuset. Iris fremstiller også sitt barselopphold som bra, og at helsepersonellet hjalp henne mye med ammingen.

«Ja, det var bra. Veldig, veldig hjelpsom på Kvinne-barn-senteret. Gynekologer og jordmor. De snakker til meg, går det bra, eller ikke bra. Hjalp til. Sa at jeg måtte drikke vann. Passet på at jeg spiste.» Jasmin

«Jeg var veldig fornøyd. Jeg var fire dager på sykehus. De hjalp meg veldig mye. (...) De satt sammen med meg og lærte meg hvordan jeg skulle amme. (...) Jeg spurte mange ganger, men de var veldig snille.» Iris

«Jeg er glad jeg kunne bli på sykehuset i lang tid. Jeg er veldig fornøyd med servicen. Jeg er fullt og helt tilfreds. Selv om jeg ikke kan snakke norsk, så hjalp de meg mye.» Rosa

4.1.5 Kommunikasjon

En god kommunikasjon mellom innvandrerkvinner og helsepersonell er avgjørende for å gi, og motta, et godt og likeverdig helsetilbud. Men det kan by på utfordringer når man ikke snakker samme språk, om det seg være muntlig språk eller kulturelt språk. Krysskulturell, eller interkulturell, kommunikasjon, er kommunikasjon mellom mennesker som har ulike kulturelle bakgrunner. Utgangspunktet for god kommunikasjon, og konstruktiv dialog, er

følelsen av gjensidig respekt og forståelse. Et problem kan være at vi tror at andre er som oss. Slik er det nødvendigvis ikke. Handlemåter og kommunikasjonsformer som vi synes er merkelige, kan være vanlige og kanskje vel så hensiktsmessige, i andre kulturer (Bøhn & Dypedahl, 2009). Informanten Daisy mener at det varierer fra land til land hvor direkte man er i kommunikasjonen, også med tanke på bruk av kroppskontakt. Noen innvandrerkvinner vil kanskje foretrekke mer støttende ord, mens andre vil like mer omsorgsfull berøring. Daisy mener at slike ting kan være viktige, og at man må spørre personen hva hun liker. Hun peker også på at ikke alle kvinner liker å snakke om følelser direkte.

«Kvinner fra andre land, er ikke så direkte, slik som nordmenn, kanskje de er litt annerledes. Hvert land er forskjellig. Noen liker mer kroppskontakt, andre er mer med ord. Hvordan er personen? Det kan være viktig. Sånne ting kan være viktig.» Daisy

Det kan også variere hvor komfortable folk er med å snakke om kropp med fremmede, og spesielt om sin egen. I studien til Bandyopadhyay et al. (2010) var både innvandrerkvinnene og majoritetskvinnene like komfortable med å snakke med helsepersonell om helseproblemer etter fødsel. Dette kan ha noe med hvilken kulturell bakgrunn informantene hadde. Daisy forteller at i hennes hjemland, så er mange kvinner sjenerte og oppdratt til ikke å snakke om kropp og menstruasjon. Hun mener dette ikke er bra, og at det er viktig at kvinner skal kunne snakke om kroppen sin om man er syk eller har ubehag. For som hun sier, det kan jo være noe alvorlig.

«Det er ikke noe godt helsetilbud for kvinner. Det er ikke noe særlig, ingen god kontakt med lege og sånt. Og kvinner er litt sjenert om det å snakke om kropp. Og det er ikke lett for dem å si fra når dem er syk, og sånn. (...) Moren min sier, du må ikke snakke om det.» Daisy

Å måtte forholde seg til mange ulike mennesker med varierende bakgrunner og preferanser kan gi usikkerhet. Gjennom flere studier kommer det frem at helsepersonell er usikre om de klarer å gi god nok pleie og omsorg til gravide innvandrerkvinner. Helsepersonellet kan føle at de ikke får ordentlige pasientopplysninger og informasjon om svangerskapet på grunn av mangel på gode språkkunnskaper hos innvandrerkvinnene. Det kan blant annet bli vanskelig å innhente informert samtykke (Lyons et al., 2008). Helsepersonell kan være usikre på om beskjedene de gir blir oppfattet riktig, og om de selv oppfatter kvinnene rett (Lyberg et al., 2012). Ikke alle føler seg godt nok rustet til å hjelpe innvandrerkvinner på grunn av språkforskjeller (Hannegan, Redshaw & Miller, 2014). Språkproblemer kan føre til alvorlige misforståelser (Wiklund, 2000, Bowler, 1993), eller gjøre det vanskelig for kvinnene å inngå i

en relasjon med helsepersonellet (Bowler, 1993). Det er utført studier hvor det kom frem at kvinner med få ferdigheter i språket i vertslandet, har større risiko for å føde barnet ved hjelp av tang eller vakuumsug. Og dobbelt så stor risiko for å bli forløst ved keisersnitt (Small et al., 1999).

Det er ikke alltid at helsepersonellet innser ansvaret med å gi god informasjon til innvandrerkvinner, som kanskje har sitt første møte med helsevesenet i sitt nye land (Lyons et al., 2008). I studien til Wollett & Dosanjh-Matwala (1990) mener flere kvinner at personalet er lite til stede. Forfatterne mener at dette kan være en strategi som personalet har utviklet for å mestre vanskelighetene med å gi pleie og omsorg til kvinner som de har vanskeligheter med å kommunisere med. Noen ansatte har også følt at kommunikasjonsproblemer hos innvandrerkvinner utgjør en ekstra byrde til arbeidsoppgavene deres, siden det tar mer tid (Lyons et al., 2008, Bowler, 1993). Helsepersonellet har også blitt oppfattet som usympatiske når det gjaldt kvinnens problemer med å forstå språket. Kvinner har blitt ropt til, ignorert eller kjeftet på (Small et al., 1999, Small et al., 2002). Innvandrerkvinner kan i noen tilfeller være bedre i vertslandets språk, enn hva de fremstår som. Mens andre velger å være tause fordi de er flau over manglende kunnskap, eller de har opplevde at helsepersonellet har blitt irritert siden kommunikasjonen går tregt. Helsepersonell har også blitt fornærmet fordi kvinnene ikke snakker høflig nok og fremstår som beordrende i tonen (Bowler, 1993). Selv om innvandrerkvinner har bodd mange år i Norge, så betyr det ikke nødvendigvis at kvinnene snakker godt norsk, og at det ikke er behov for tolketjenester. Dette gjelder spesielt de kvinnene som ikke er i arbeid, eller i annen aktivitet utenfor hjemmet.

Flere av kvinnene i denne studien snakket litt engelsk. Noen behersket engelsk veldig godt, og brukte det under kommunikasjon med helsepersonellet. Disse kvinnene brukte sjelden tolk. Flere kvinner mener at kommunikasjonen på sykehuset foregikk uten problemer, og at helsepersonellet anstrengte seg for å prøve å forklare det som kvinnene ikke forstod. Rosa forteller at hun var fornøyd med kommunikasjonen, og at hun håpet at alle andre også var så heldige som det hun hadde vært. I studien til Wollett & Dosanjh-Matwala (1990) var det også de kvinnene som kunne godt engelsk som var bekymret for kvaliteten på pleien som ble gitt til de ikke-engelsk-talende kvinnene. Kvinner med gode språkkunnskaper rapporterte oftere at jordmoren hadde vært veldig hjelpsom, enn kvinner som hadde dårligere ferdigheter i vertslandets språk. Det samme gjaldt å beskrive fødselsomsorgen som god, og å være fornøyd med oppholdet på sykehuset (Small et al., 1999).

Som forklart i kapittel to, så anbefales det å bruke profesjonell tolk ved kommunikasjon mellom helsepersonell og fremmedspråklige for å sikre gode helsetjenester. Generelt så vil fravær av tolk gi økt risiko for manglende valgmuligheter, informert samtykke og tilgang på ulike helsetilbud (Jomeen & Redshaw, 2013). I litteraturen finner vi kvinner som har opplevd usikkerhet og redsel når det ikke har vært tolk til stede for å fortelle hva som skjer under fødsel (Small et al., 2002). Informanter kan fortelle at de ikke alltid er fornøyd med tolketjenesten (Wiklund, 2000, Lyons et al., 2008), mens andre er direkte misfornøyd (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Dette kan det være flere årsaker til. Det er ikke alltid at tolken tolker alt riktig (Small et al., 1999) eller at alt som sies blir tolket (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Dette kan komme av at ikke alle tolker har kjennskap til medisinsk terminologi (Lyons et al., 2008). Kvinner har også hatt erfaring med at tolken var sen eller ikke møtte opp (Lyons et al., 2008, Lyberg et al., 2012, Small et al., 1999). Telefontolk har fungert greit for mange, og beskytter anonymiteten, men har også sine begrensninger (Lyberg et al., 2012). For innvandrerkvinner så kan bruk av mannlig tolk, være utfordrende (Lyons et al., 2008), og noen studier forteller om kvinner som har hatt dårlig erfaring med mannlig tolk (Lyberg et al., 2012). Det skal sies at kvinner også snakker om gode opplevelser med bruk av profesjonell tolk (Small et al., 1999).

I min studie fikk flere av kvinnene spørsmål om de ønsket tolk under svangerskapskontroller og fødselen. Dette var det flere som avslo og mente at de klarte seg godt uten. De kvinnene som brukte tolk under svangerskapet hadde ulike erfaringer med dette. Noen kvinner sier at det gikk greit, mens andre har mindre positive erfaringer. Daisy forteller at tolkene som oftest tolket det hun sa, men at de av og til ikke forstod henne, og da satt hun igjen med følelsen av at de ikke så på henne som et individ og hennes situasjon som unik.

«Jeg synes de.., de blir vant, ikke sant, de tolkene. Kanskje de har hatt ti av de samme typer kvinner. De føler ikke de samme følelsene som jeg. Jeg sier at jeg har vondt. Men de sier; hun har bare litt vondt. Det blir normalt for dem. Samme smerte, som det de andre kvinnene har sagt. Ikke noe særlig. (...) Når andre skal si dine ord. De klarer ikke å si dine ord. Selv om jeg kan norsk, så kan jeg ikke det hundre prosent. Jeg kan ikke si mine følelser, med samme ord som det dere bruker på følelser.» Daisy

Å ha en tolk til stede under fødselen kan være en god bidragsyter for bedre kommunikasjon, men selv med tolk kan kommunikasjon være vanskelig under en fødsel (Hannegan, Redshaw & Miller, 2014). Ingen av informantene i denne studien hadde tolk under fødselen. Jasmin

hadde en venninne som fungerte mye som tolk, men for de fleste var det kvinnenens menn som hjalp til med kommunikasjonen. Av og til fordi mannen var bedre i norsk, men også fordi det var slitsomt for kvinnene å skulle snakke et fremmedspråk under fødselen. Spesielt når smertene ble store, kunne det bli mye informasjon å ta inn over seg.

«Av og til vil du ikke høre på noen ting. Nei, jeg vil ikke høre, ikke snakk til meg. Jeg orker ikke. Så han tok i mot informasjonen. Så slapp jeg å tenke på det.» Isolde

«Noen ganger følte jeg at jeg ville si noe, men jeg kom ikke på hva det var på engelsk. Vanskelig under smerter.» Daisy

I undersøkelsen til Small et al. (1999) og Wiklund (2000) var det flere kvinner som var mer komfortable med å snakke selv med helsepersonellet, uten noen tolk som mellommann. Dette fant jeg også i min studie. Det var ikke alle som følte seg like trygge på tolkene, og noen ønsket å stå for kommunikasjonen selv.

«Jeg vil ikke at noen skal oversette. Jeg vet ikke hvorfor, men jeg liker å snakke med noen selv.» Lily

«Jeg bor i Norge, jeg vil snakke norsk, jeg vil lære.» Iris

«Noen tolker, man føler seg ikke trygg med dem. Noen er bra, noen er ikke.» Daisy

I internasjonal forskning kommer det frem at familiemedlemmer ofte blir brukt som tolk. Under svangerskap og fødsler blir det da mannen til kvinnen som ofte står for tolkingen (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Noen kvinner har kvaler med dette, da det går på tvers av konfidensialiteten (Lyons et al., 2008). Mens andre kvinner har pekt på at mannen hennes kjenner henne best og forstår situasjonen hennes bedre enn tolken, og dermed vil være en bedre tolk. Andre igjen viser til at den profesjonelle tolken tolker alt, mens mannen ikke nødvendigvis gjør det (Small et al., 1999). I denne studien kommer Daisy med ett ønske om at helsepersonellet ikke skal belage seg på å bruke mannen som tolk.

«Noen ganger hadde vi ikke tolk, og det var mannen min som tolket, og det synes jeg ikke noe om. Ikke bruk det på den måten.» Daisy

4.1.6 Informasjon

Mødreomsorgen i Norge skal være frivillig og autonomibasert, som presisert i kapittel to. For å oppnå dette trenger kvinnene tilgang på god, tilstrekkelig og forståelig informasjon. Alle informantene i denne studien hevder at de fikk god informasjon fra helsevesenet. Det motsatte

fant Reitmanova & Gustafson (2008) i sin studie, hvor flere av kvinnene rapporterte at de ikke fikk nok informasjon om fysiske og mentale endringer under svangerskapet, om ernæring og trening, eller om fødselsforløpet og smertelindring. Flere følte seg dermed dårlig forberedt på fødselen. Informasjon ble ikke rutinemessig gitt til dem, men de måtte i stedet spørre selv etter informasjon. Kvinnene følte at de ble avhengig av å få informasjon fra andre kilder, slik som venner, naboer og annet nettverk. Men dette var vanskelig for mange da de ikke alltid hadde dannet nettverk i det nye landet. Isolde og Jasmin var de eneste i denne studien som fikk informasjon på sitt eget morsmål i tilknytning til svangerskap og fødsel. Daisy er usikker på om hun fikk informasjon på sitt språk også. De andre fikk skriftlig informasjon på engelsk eller norsk.

Svangerskapskurs er en måte å nå ut med informasjon til gravide kvinner på. Om det er passende for alle er et annet spørsmål. I Reitmanova & Gustafson (2008) sin studie var det flere informanter som så på svangerskapskurs og omvisning på sykehuset som noe de ikke hadde nytte av. Andre hadde ikke blitt fortalt om disse tilbudene. For mange var det vanskelig å bli med på slike tilbud, da kvinnene ikke hadde barnepass til de andre barna sine. Flere reagerte også på at kursene ikke bare var for kvinner, men at også menn deltok. Dette fikk flere kvinner til å føle seg ukomfortable. I Liamputtong, Rice & Naksook (1998) sin studie gikk de fleste kvinnene på svangerskapskurset, og mente at det var viktig. Men også her var det noen som ikke ville delta på grunn av frykt og flauhet. Det å se en film om en kvinne i fødsel, når det var menn i rommet, syntes en informant var flaut og usømmelig (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). To av seks informanter i denne studien deltok på svangerskapskurs. Rosa mener hun lærte mye under svangerskapskurset, og følte seg mer forberedt etterpå. Fire av seks fikk omvisning på sykehuset før fødselen, og Lily uttrykte at det er bra med alt man vet på forhånd. Jasmin forteller om en lærerik omvisning.

«Den siste måneden jeg var gravid, så fikk jeg omvisning på fødeavdelingen. Ble vist alle sykehusrommene. Hva jeg skulle gjøre, hvordan puste. Når fødselen begynner må jeg dra til St.Olavs. Begynner det å gjøre vondt, da er det fødsel. Hvor mange minutter i mellom. Det gjør vondt, vondt. Mannen min hjalp til med å skrive ned.» Jasmin

Det var bare Isolde som var med i en barselgruppe av studiens seks informanter. Hun ble rådet til dette av en sykepleier, og var veldig fornøyd, og syntes det var et bra tilbud, spesielt for utlendinger. Hun fant det veldig læringsrikt. Av de andre informantene så var det ikke alle

som visste om et slikt tilbud, eller om det fantes på bostedet. For en annen så passet ikke tidspunktet, og for en tredje så gjorde komplikasjoner etter fødselen det vanskelig å delta. Under en norsk studie hvor en helsesøster og fem jordmødre ble intervjuet om det å gi mødreomsorg til innvandrerkvinner, kom det frem at de ikke anså innvandrerkvinnene som like interessert i informasjon som norske kvinner (Lyberg et al., 2012). I min studie derimot forteller flere kvinner som en trygghetsfølelse de fikk etter å ha fått informasjon. Daisy legger ut om fordeler med å vite om hva som skjer med barnet i løpet av svangerskapet.

«Under det andre svangerskapet fikk jeg ei bok som jeg kunne lese uke for uke om hva som skjedde med barnet. Det var en helt annen opplevelse. Å lese om hva som skjer med kroppen og med babyen. Da føler man seg trygg, ikke sant? Det var en god følelse mellom meg og mitt barn.» Daisy

Funn fra tidligere forskning viser at flere kvinner føler en mangel på god kommunikasjon med helsepersonellet. I studien til Reitmanova & Gustafson (2008) gjengir en kvinne sin fødsel som fikk et komplisert forløp. Hun opplevde at hun ikke ble fortalt hva som skulle skje av helsepersonellet, og følte derfor på frustrasjon og sinne. I min studie hadde en av informantene hatt dårlig erfaring fra sitt hjemland, men opplevde å få bedre informasjon i Norge. Lily satte stor pris på å få vite hva som kom til å skje, steg for steg, under fødselen.

«En ting jeg liker med Norge er at de forteller deg ting. All smerte, alt du føler, det forklarer de for deg. Du føler dette på grunn av det og det. Når dette skjer vil du føle dette. På den måten forstår du hva som skjer, men i Afrika vet du ingenting og ingen vil fortelle deg noe. Du må bare sitte der og vente. Du vet ikke hva som foregår, eller hva som skjer, men her forteller noen deg det. For eksempel, sykepleieren vil si, før jeg får mye smerte, nå vil du føle masse smerte. Så du vil forstå og være forberedt.» Lily

4.1.7 Oppsummering

Kvinnene har varierende erfaringer med helsevesenet og helsepersonellet i hjemlandet. Det snakkes om lite ressurser. Det varierer også hvor fødslene finner sted, og hvem som hjelper til. Bare en informant har fått barn i hjemlandet, så de fleste hadde sin første fødsel i Norge.

En av kvinnene ble bare fulgt opp av lege, de andre av både lege og jordmor. Flere kunne tenkt seg flere kontrolltimer og ultralydundersøkelser. Ingen uttrykte at de ønsket mindre oppfølging. Stort sett så har informantene i denne studien positive opplevelser og erfaringer med det norske helsepersonellet når det kommer til omsorg. De beskriver leger og jordmødre som stort sett snille, hjelpsomme, tålmodige, respektfulle og ansvarsfulle. At de følte seg

trygge og stolte på dem. De fikk god støtte og ros. At kvinnene hadde møtt samme helsepersonellet tidligere, hjalp på trygghetsfølelsen. To av informantene forteller historier om ikke å bli hørt og sett av helsepersonellet.

Informantene ble på barselavdeling mellom en dag og ei uke. Ingen uttrykte at de skulle ønske at de fikk bli lenger. Flere mener at kommunikasjonen på sykehuset var god, og at de ansatte anstrengte seg for å forklare slik at kvinnene forstod. Flere av kvinnene fikk spørsmål om de ønsket tolk. Noen takket ja. Ingen hadde tolk til stede under fødsel. Det var varierende erfaringer med bruk av tolk. Det gikk greit for noen, andre følte at de ikke ble forstått. Som oftest var det mannen til kvinnen som stod for tolkingen. Noen ønsket å kommunisere selv. To informanter mottok skriftlig informasjon på sitt morsmål, resten på norsk eller engelsk. Ingen uttrykte misnøye med dette. To av seks deltok på svangerskapskurs, bare en var med i en barselgruppe. De som deltok følte det var lærerikt. Fire fikk omvisning på sykehuset, dette ble også ansett som positivt. Informantene fremstod som veldig mottakelig for informasjon, og flere uttrykte en trygghetsfølelse av å få kunnskap om graviditet og fødsel, og å få vite hva som skulle skje.

4.2. Sårbarhet, trygghet og tillit

I dette delkapittelet skal det handle om familie og nettverk, og om beslutningstaking og autonomi. Å migrere til et fremmed land kan by på følelsesmessige utfordringer. Som tidligere påpekt i teorikapittelet så kan migrasjon utfordre den kollektive og den individuelle identiteten, og det kan oppstå endringer i kjønnsstrukturer. Det kan også oppleves tungt å ikke ha sin familie tilstede når kvinnen venter barn, og det kan føles tøft når man mister kontroll over deler av sitt liv.

4.2.1 Familie og nettverk

Familie og nettverk er for alle mennesker viktig. Ved migrering er det vanlig å miste nærkontakten med disse viktige personene. Innvandrerkvinner kan bære med seg en sorg og følelsen av et tap ved å forlate familien, sitt hjemland og det de kjenner til. Disse følelsene kan bli forsterket når familien venter barn, og omsorgen og hjelpen fra den utvidede familie mangler (Holan, 2010). Flere internasjonale studier peker på at innvandrerkvinner er sårbare for sorg og ensomhet under svangerskapet og i barselperioden. Sammenlignet med majoritetskvinnene i England bekymret innvandrerkvinner seg dobbelt så mye ifølge studien

til Redshaw & Heikkilä (2011). Innvandrerkvinner kan også ha større risiko for barseldepresjon (Redshaw & Heikkilä, 2011, Lyberg et al., 2012, Bandyopadhyay et al., 2010). Kvinnene savner ofte sine mødre, søstre og kvinnelige slektninger i hjemlandet (Lyberg et al., 2012, Wiklund, 2000, Reitmanova & Gustafson, 2008, Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Noen kvinner kan også føle seg isolert, og savner det å ha venner og nettverk, spesielt kvinnenettverk, i det nye landet (Bandyopadhyay et al., 2010, Wiklund, 2000, Reitmanova & Gustafson, 2008). Det kan også føles fremmed på flere innvandrerkvinner at fødselen er blitt en individuell måloppnåelse og ikke et kollektivt anliggende slik som de er vant med fra hjemlandet (Wiklund, 2000). På denne måten kan den grunnleggende tryggheten kan være fraværende.

Alle informantene i min studie hadde opplevd minst en fødsel uten å ha sin mor eller den nærmeste familie til stede under fødsel. Det var flere av kvinnene som ønsket at familien hadde vært nærmere når de fikk barn, og at de helst ville hatt sin mor nær når de var gravid. Noen beskriver ensomhet. Andre om vanskeligheter med å være alene etter fødselen når man ikke har noen som kan hjelpe til med barnet. Daisy forteller om to ulike fødselsopplevelser med og uten sin mor til stede.

«Under den første fødselen ville jeg rope på mor. Få hjelp. Men så husket jeg at mor ikke var der. Og jeg hadde det tungt og jeg tenkte at dette klarer jeg ikke. Jeg ønsket å snakke med moren min når jeg hadde smerter og trengte hjelp. Men under den andre fødselen da var moren min her, og da var det helt annerledes. Hun var her en del av svangerskapet og under fødselen. Da var det mer støtte. Da var mamma der.» Daisy

Å gå igjennom svangerskap, fødsel og barselperiode uten det lokale kvinnenettverket fra hjemlandet som kunne gi støtte, råd og avlastning, kan for mange innvandrerkvinner bli tøft. Ved dette fraværet av slektninger og nettverk, så er det mange kvinner som setter pris på å ha mannen sin til stede under fødselen (Reitmanova & Gustafson, 2008, Liamputtong Rice & Naksook, 1998, Wiklund, 2000). Dette fant jeg også i min studie hvor fem av seks kvinner hadde mannen sin til stede. Informantene beskriver menn som blir rørt og som gråter, men også menn som er redd for hva som skjer og er engstelig for blod og sprøyter. I følge kvinnene var mennenes stort sett snille og støttende. De var utholdende under lange fødsler og hjalp til med praktiske ting. Rosa peker på at mannen hennes fikk en større forståelse for hva det vil si å føde, ved å være til stede under fødselen.

«Ja, han var med meg. I 40 timer. Han var som en norsk mann. Han var veldig snill. Jeg har ikke familie her, så det var greit å ha han der. Det var så bra.» Iris

«Her i Norge kan faren se hva som skjer. Han kan se hva hun føler og gjennomgår. Men i hjemlandet da vet ikke ektemennene hva kvinnene gjennomgår.» Rosa.

Det kan være en oppfatning om at innvandrer menn er svært tradisjonelle og gir mindre støtte på områder som husstell og barnestell. Men fra forskningen til Badyopadhyay et al. (2010) i Australia rapporterte flere kvinner at mannen deres var den viktigste kilden til praktisk og emosjonell støtte etter fødsel, og at de er fornøyd med deres bidrag i hjemmet. Endringer i kjønnsstrukturer kan komme av nye situasjoner og posisjoner etter migreringen. En studie fra Sverige tar for seg slike endringer i kjønnsroller. Somaliske menn beveger seg over i kvinnens sfære når han følger sin kone til fødsel. Dette gav utslag i ambivalente følelser hos begge kjønn. Både kvinner og menn syntes det var ubehagelig, skamfullt og flaut. Mennene var også bekymret og påvirket av fødselssituasjonen. Noen følte på et kultursjokk, var utrygg, sårbare og redd for å miste kontroll og status. Kvinnene følte også på ubehag og ville ikke stille sensitive kvinnespørsmål når mannen var i rommet (Wiklund, 2000). Den vestlige ideen om at far skal være tilstede under fødsel kan altså være en kilde til ubehag hos innvandrerkvinner (Kemp & Rasbridge, 2004).

I de fleste av informantens hjemland i denne studien, er det ikke lov eller vanlig for mannen å være til stede under fødsel. Enkelte steder kan han sitte utenfor døra og vente. Noen steder kan han velge, mens andre steder er det helsepersonellet som bestemmer. Flere av kvinnene i min studie uttrykte at de satte pris på å ha mannen sin hos seg, men følte seg også forlegen, sjenert og skamfull. For noen gikk dette over under fødselen.

«Ja, i starten var jeg litt forlegen og skamfull, vi er fra en annen kultur. Men etter noen timer så glemte jeg det, på grunn av all smerten.» Rosa

«Ja, han var med, men i den tida følte jeg meg litt sjenert. (...) Jeg følte ikke at han skulle være med å se ting som skulle skje. Han var i rommet, men satt bak en gardin. Jeg følte meg ikke så bra i den tida. Man den andre gangen, da satt han ved siden av.» Daisy

4.2.2 Beslutningstaking og autonomi

Mødreomsorgen i Norge skal, som tidligere nevnt, være frivillig og autonomibasert med kvinnen i fokus (Hamre, 2010). Informantene i denne studien gjengir ingen følelser av press og tvang på dette området. Isolde og Rosa uttaler derimot at de var fornøyd med å få lov til å

være med å bestemme, og ha valgmuligheter under fødselen. Rosa beskriver en situasjon der hun skulle bli undersøkt av en student under fødsel. Hun var da svært sliten og smertepåvirket og sa nei til å bli undersøkt. Det gledet henne at hennes ønske ble tatt til følge.

«Da ble jeg glad. I mitt land kan vi ikke gjøre det. Vi kan ikke si nei.» Rosa

Funn fra studien til Hennegan, Redshaw & Miller (2014) i England derimot, tyder på at innvandrerkvinner har mindre fleksibilitet og valgfrihet rundt sine fødsler enn majoritetsbefolkningen. Det var mer sannsynlig at de hadde kontinuerlig elektronisk overvåkning og at fødeposisjonen var på ryggen eller på siden. De hadde også større sannsynlighet for å bli klippet eller få vaginale rifter. Dette kan bety at disse kvinnene var mindre aktive i sin egen fødsel, at de tar færre valg og at de har en mer medikalisert fødsel. Ved ikke å få være involvert i beslutningstaking rundt egen helse og fødsel, kan kvinnenes generelle tilfredshet med svangerskaps- og fødselsomsorgen reduseres (Small et al., 2002). Å bli ekskludert, eller å få sine kunnskaper og erfaringer neglisjert kan føre til sinne og skuffelse (Jomeen & Redshaw, 2013).

For innvandrerkvinner så kan det å måtte følge instruksjonene til personalet, spesielt det som går på tvers av tradisjonelle praksiser, føre til misnøye med mødreomsorgen (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Som tidligere forklart så kan det være en fordel for samhandlingen, om helsepersonellet har en viss kultursensitivitet. Det er, for eksempel, mange innvandrerkvinner som ønsker seg helst en kvinnelig lege og jordmor under fødsel (Helman, 2007, Goth & Berg, 2011). I studien til Reitmanova & Gustafson (2008) så ønsket alle de muslimske kvinnene å ha kvinnelige hjelpere under fødselen, og de var fornøyde hvis systemet var fleksibelt på dette punktet. Enkelte får oppfylt dette ønsket (Lyons, 2008), men kvinner har også fått beskjed om at dette er noe hun ikke kan be om (Jomeen & Redshaw, 2013). Det er også mange kvinner som aksepterer mannlige leger (Small et al., 1999). I min studie var det ingen av informantene som kommenterte noe særlig angående kjønnet på legen eller fødselshjelperne. Bortsett fra Lily som hadde en mannlig jordmor rett etter fødselen, og var fornøyd med det.

4.2.3 Oppsummering

Det opplevdes for informantene tøft å ikke ha familie og slektninger til stede under svangerskap og fødsel. Det ble uttrykt et savn etter mor og kvinnelige slektninger.

Fem av de seks informantene hadde mannen sin til stede under fødsel, og de fleste var fornøyd med dette, og opplevde han som støttende og hjelpsom, men noen følte på forlegenhet og skam også. Ingen av kvinnene i studien forteller om press eller tvang på noen måte i forbindelse med svangerskap og fødsel. Derimot påpeker flere en glede med å få lov til å være med å bestemme og ha valgmuligheter omkring sin egen fødsel.

4.3 Kulturelle utfordringer

I det følgende blir det sett på de kulturelle utfordringene som informantene møtte på i forbindelse med mottatt omsorg. Først om kultur og medisinsk teknologi og smerte. Så blir det sett på kulturelle praksiser, herunder fødselsritualer, religion og matvaner. Det avsluttes med å vise til informantenes erfaringer med utfordringer, mestring og morsrollen.

4.3.1 Kultur og medisinsk teknologi

Som påpekt i teorikapittelet så kan det bli problemer dersom helsepersonell og pasient, her gravide innvandrerkvinner, tror på ulike helse og behandlingssystemer (Hanssen, 2005). For eksempel så kan det være ulike oppfatninger blant innvandrerkvinner omkring bruk av moderne medisinsk teknologi. Kvinnene kan være mindre kjent med medisinske intervensjoner og bli stresset av dette (Hennegan, Redshaw & Miller, 2014). I en studie fra Sverige var det flere av de somaliske kvinnene som var skeptiske til fosterovervåkning, da de var redde for at det kunne skade barnet (Wiklund, 2000). En annen svensk studie kan fortelle at flere somaliske kvinner velger å spise lite gjennom svangerskapet for å få en liten baby, og dermed redusere risikoen for keisersnitt. Dette fordi de har erfaring fra hjemlandet om at keisersnitt ikke er et livreddende tiltak, men et livstruende inngrep (Essén et al., 2002). I en studie fra Skottland fant Cheung (2002) at kinesiske kvinner som hadde tilpasset seg den vestlige kulturen så, i likhet med skotske kvinner, på teknologi som betryggende for deres og barnets helse og sikkerhet. Men de så også på det som truende i den form at de kunne komme til å miste kontroll over deres egen kropp. Desto mer tradisjonell de kinesiske kvinnene var, desto mer var de tiltrukket til ikke-medisinske ressurser og var mindre klar for å motta intervensjoner under fødsel (Cheung, 2002).

4.3.2 Kultur og smerte

Det finnes mange definisjoner på smerte. Kortversjonen er at smerte er noe som gjør vondt. Det er vanlig, negativt og stort sett uønsket (Fors, 2012). Smerte har alltid vært en del av menneskenes liv, og smerte ved fødsel har vært en del av kvinnelivet. Smertene under en fødsel påvirkes av hvordan fenomenet fødsel forstås. En fødsel kan, som tidligere poengtert, forstås som en medisinsk tilstand, eller som en eksistensiell livshendelse for kvinnen og familien. Enkelte kulturer undrer seg over den sterke vektleggingen og behandlingen av smerter innad vestlige kulturer, og at smerten isoleres fra resten av fødselen (Ulvund, 2010a). Å snakke om opplevelsen med smerte kan også være kulturelt forankret. For eksempel så snakket skotske kvinner mer om fenomenet enn kinesiske kvinner i studien til Cheung (2002). I nesten alle samfunn er smerte anerkjent og forventet under fødselsforløpet. Men synet på smerte, og hvor mye det blir fokusert på, varierer fra ulike kulturer. I noen fødekulturer er smertestillende tilgjengelig, men det er helsepersonellet som bestemmer om kvinnen skal få det. Kanskje kvinnen må overbevise helsepersonellet om at hun trenger det. I andre kulturer har kvinnene mer kontroll og bestemmer selv hva de vil bruke av smertelindring. Det finnes også samfunn hvor det er lite bruk av smertestillende og kvinnene etterspør det derfor sjelden (Jordan, 1993).

I studien til Hennegan, Redshaw & Miller (2014) fant de ingen forskjell i bruk av smertestillende under fødsel mellom innvandrerkvinner og australske kvinner. Det ble heller ikke funnet noen ulikheter når det kom til smertelindring mellom skotske kvinner og kinesiske kvinner, i en studie fra Skottland. De kinesiske kvinnene hadde et ønske om å oppføre seg normalt i det nye landet, men de var generelt mistenksomme overfor farmakologisk smertelindring fordi de anså dette som farlig for barnet. Selv om mange kinesiske kvinner tok imot smertelindring så var det en kulturell forventning om ikke å bruke smertestillende og å komme igjennom fødselen i stillhet (Cheung, 2002). Smertepåvirkede kvinner fra en annen kultur enn omsorgsgiveren, kan ende opp med å gi mindre uttrykk for smerter enn når omsorgsgiveren er fra samme kultur (Ulvund, 2010a). En høylytt mestringsstrategi under smerter kan bli forvekslet med sterke smerter, og helsepersonell kan ende opp med oftere å tilby smertestillende eller epidural til disse kvinnene, enn hos de som føder mer i stillhet (Cheung, 2002). I studien til Bowler (1993) anså jordmødre asiatiske kvinner for å ha lav smerteterskel, noe de mente gjorde det vanskelig å yte omsorg. Forskeren undrer seg over om dette handler om at jordmødrene syntes det ville bli for mye styr å forklare ulike smertelindrende tiltak for kvinnene, siden de ikke kunne engelsk så godt. Det finnes også

generaliseringer hvor helsepersonellet tror at innvandrerkvinner foretrekker å få mindre smertestillende under fødsel (Lyons, 2008).

Å tape ansikt kan være en stor skam i kinesisk kultur, og fødende kvinner har vist seg å være redd for å lage for mye lyd eller skjemme seg ut på fødeavdelingen (Cheung, 2002).

Thailandske kvinner har fortalt at i hjemlandet deres så kan man få kjeft hvis man skriker ut høyt under fødsel, mens i Australia kunne de gjøre som de ville (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Innvandrerkvinner har fått beskjed om å dempe seg under fødsel i sitt nye hjemland (Small et al., 2002), og blitt sett på som oppmerksomhetssøkende fordi de har laget for mye lyd under fødsel (Bowler, 1993). Andre helsepersonell har blitt forundret fordi kvinner de antok ville lage mye lyd, ikke gjorde det (Small et al., 1999). Informantene i denne studien forteller ikke utbroderende om smerteopplevelsen under fødsel. Men på spørsmål om de fikk smertestillende så har de noen historier.

På spørsmål angående bruk av smertestillende under fødsel hadde fire av seks av informantene fått epidural smertelindring. Epiduralanalgesi, er å injisere et smertestillende middel inn i epiduralrommet i kvinnens korsrygg. Det er en svært effektiv smertelindrende metode som har vært brukt i Norge siden 1966. Prosedyren utføres av en anestesilege (Ulvund, 2010a). Selv om bruken av denne typen smertelindring er effektiv, så gir ikke metoden nødvendigvis en bedre fødselsopplevelse for kvinner på lang sikt. Det kan også oppstå bivirkninger, hvor bruk av epidural kan føre til en lengre fødsel og flere inngrep i fødselsforløpet (Blix, 2010b). Noen av informantene takket ja til tilbudet om epidural med en gang, mens andre diskuterte det med sin mann eller en venn før de ble overbevist. Daisy tok gledelig imot epidural ved første fødsel, men var mer skeptisk ved den andre fødselen. Hun hadde hørt fra andre kvinner at man kunne få vondt i ryggen, og hadde ikke tenkt til å benytte seg av dette tilbudet ved fødsel nummer to. Men på grunn av sterke smerter og anbefaling fra helsepersonellet, og forsikring om at det ikke hadde noen konsekvenser, så fikk hun epidural andre gangen også.

«Første gangen hadde jeg så store smerter, så når de spurte om jeg ville ha det, så sa jeg ja med en gang. Men neste gang. Jeg har hørt mye. Jeg har hørt mye fra andre kvinner. Det er mange som sier at det ikke er bra for kroppen. At man får vondt i ryggen. Så jeg tenkte at neste gang skulle jeg ikke bruke det. Men det var mye smerte og de anbefalte at jeg skulle ta imot det. Jordmor og lege sa at de ville anbefale det, for smertene ville bli verre etter hvert. De sa at det var for å hjelpe meg, og at det ikke har noen konsekvenser. Så jeg tok imot gang nummer to også.» Daisy

Iris fikk ikke epidural selv om hun bad om det flere ganger på grunn av smertene. Hun vet ikke hvorfor de ikke ville gi det til henne, men hun lurte på om de var redd for konsekvensene. Konsekvenser ble det for Jasmin som ved fødsel nummer to, og andre gang med epidural, fikk postspinalhodepine i etterkant. Dette er en hodepine som kommer av feil innleggelse av epiduralkateteret. Hodepinen fremprovoseres ved aktivitet, og kan lindres med sengeleie, smertestillende, koffein og væsketilførsel (Ulvund, 2010a). Jasmin forklarer at mye hodepine hemmet henne etter fødselen. Hun ble liggende med disse smertene i lang tid som resulterte i at hun ikke kunne bidra hjemme med matlaging og husstell. Heller ikke det å ta seg av barna eller å amme var enkelt, og hun måtte ofte inn til kontroller på sykehus.

«Den andre gangen hadde jeg mye vondt. Klarte ikke hjelpe til hjemme. Har vondt, vondt. Klarer ikke å lage mat, eller passe på mine barn. Får ikke til å amme. Jeg må inn på sykehus fire ganger. (...) På ett år kan jeg ikke sitte normalt.» Jasmin

4.3.3 Kulturelle praksiser

I følge tidligere forskning har innvandrerkvinner blitt møtt med ulike holdninger av helsepersonell, når det kommer til kulturelle praksiser. I studien til Reitmanova & Gustafson (2008) rapporterte innvandrerkvinner at helsepersonell uttrykte frustrasjon og sinne når informantene bad om å få sine kulturelle og religiøse behov respektert. Kvinner har opplevd bemerkninger som var fornærmende, ufølsomme og basert på stereotypier (Reitmanova & Gustafson, 2008, Jomeen & Redshaw, 2013). Eller de har vært redd for å bli ignorert når de ønsket å fortelle om sine kulturelle praksiser (Small et al., 1999). Det er også mange kvinner som ikke blir spurt om sine kulturelle praksiser i forbindelse med fødsel og barseltid (Small et al., 1999). Informanten Rosa ble hørt da hun ønsket å få avspilt bønnemusikk under fødselen. Musikken hadde en avslappende effekt på henne og jordmora bidro til at hun fikk fordel av dette.

«Jeg er buddhist. Vi hører på bønnesang. Noe som er bra for mange ting. Så mannen min spurte jordmora om han kunne dra hjem for å hente vår laptop der vi har sånn bønnemusikk. Når jeg hører på det så klarer jeg å roe meg. Men jordmora sa at vi ikke trengte å dra hjem. Hun fant frem en skjerm og tastatur, og så fant hun den på internett. Fra internett lastet vi den ned. Hun hjalp oss med dette. Så jeg følte ikke at jeg ikke var i hjemlandet. Jeg uroet meg ikke for dette. Selv om jeg var i Norge så hadde jeg alt.» Rosa

På spørsmål om hvilke fødselsritualer kvinnene i denne studien er vant med fra sitt hjemland, svarte de fleste at de ikke hadde noen spesielle ritualer. Flere virket uforstående til spørsmålet.

Når de blir spurt litt mer konkret forteller de at ritualer og tradisjoner rundt svangerskap og fødsel varierer hvor i hjemlandet man er i fra, og om de er fra by eller bygd. De påpeker at det finnes mange ulike religioner og kulturer innad hjemlandet, og at noen ritualer som ble utført tidligere, ikke praktiseres like mye lenger. Det virker som om kvinnene har latt en del ritualer og tradisjoner bli igjen i hjemlandet. Dette kan også henge sammen med hvor lenge kvinnene har bodd i landet. Desto lenger kvinner har vært i sitt nye land, desto mindre er behovet for å utføre tradisjonelle ritualer i følge Small et al. (1999). Daisy forklarer at i hjemlandet så kan de nyfødte barna bli pyntet, eller dekket til med sjal. Dette kan variere fra familie til familie, og ble gjort mer før, ikke så mye nå lenger. Hun sier også at enkelte muslimer drikker hellig vann fra Mekka etter en fødsel. Dette var ikke noe de gjorde. Iris forteller at det er vanlig i hennes hjemland at de kysser bakken eller gulvet når det har kommet et barn til verden. Dette for å takke Gud. Hun avkreftet at de selv gjorde det her i Norge etter at barnet hennes ble født. Jasmin forklarer at noen barn i hennes hjemland blir pakket stramt inn i kleder, såkalt reiving, når barna er små. Dette for å roe barnet, og bare i korte perioder. Hun ble selv reivet da hun var barn, men hun liker ikke praksisen og har ikke utført dette på sine egne barn her i Norge.

«Det er noen forskjeller. Noen må pynte barna etter fødsel, pynte øynene, men vanligvis her i Norge gjør man ikke det. Men i hjemlandet kanskje, litt mer sånn. Men det er sånn fra familie til familie. Det er noen som bruker skjurf. Noen dekker hele kroppen til barnet. Det har vært mer vanlig før, men ikke så mye nå.» Daisy

«Når kvinner får barn, så kyskes gulvet. Det er vanlig. Det betyr takk til Gud.(...) Jeg vokste opp i byen, så vi gjorde ikke sånne ting. Bare vanlig bønn. Så vi sa takk for at det gikk bra.» Iris

«Det er hvis barnet er stresset og barnet skal sove. Og barnet våkner og stresser. Mine barn ble ikke. Barna hadde vanlige klær. Men når jeg var et lite barn, da ble jeg reivet.» Jasmin

For nyankomne innvandrerkvinner kan det å skulle føde på vertslandets sykehus være en potensiell kilde til psykososialt stress. De kan oppleve et miljø som er nytt og ukjent, og føle på et krysspress i forhold til tradisjonell praksis fra hjemlandet, og de rådene som helsepersonellet gir (Ahlberg & Vangen, 2005). I Cheung (2002) sin studie følte de kinesiske kvinnene på et sosialt press for å tilpasse seg den nye kulturen, samtidig som de prøvde å beholde noen av sine opprinnelige kulturelle praksiser. Kvinnene rekonstruerte det som var kjent for dem, for å mestre endringer og utfordringer i det nye sosiale og kulturelle miljøet i Skottland. Dette samsvarer med det Hylland-Eriksen har hevdet, som nevnt i kapittel to. En reaksjon på utrygghet er å prøve å endre situasjonen til noe kjent. I studien til Small et al.

(1999) følte enkelte kvinner seg nesten tvunget til å handle mot sin kulturelle overbevisning. Wollett & Dosanjh-Matawala (1990) skriver at kvinner i deres studie som responderte bra på sykehusenes praksis, ble sett på som normale, mens de kvinnene som reagerte annerledes ble sett på som vanskelige.

I forskningslitteraturen finner vi eksempler på kulturelt krysspress, blant annet det som omhandler barselkvinneres forhold til hygiene og mobilisering. En vietnamesisk kvinne forteller at man ikke skal dusje etter fødsel, da man lett kan bli forkjølet. Man vasker seg, men ikke håret (Small et al., 1999). I Latin-Amerika skal ikke barselkvinnene bade eller utsettes for vind i løpet av de første 40 dagene. I Kina skal kvinnen heller ikke gå ut av huset da hun må beskyttes fra vind og kulde (Eberhard-Gran et al., 2003). Noen kvinner gjengir at helsepersonell har uttrykt sterkt at det skal dusjes og mobiliseres etter fødsel. Dette kan oppleves som vanskelig for kvinnene, da deres egne tradisjoner fraråder at de skal gå rundt med vått hår, og bevege seg mye utenfor sengen (Small et al., 1999). Uten en kultursensitivitet så kan helsepersonell misforstå disse ritualene og oppfatter mangelen på interesse av å dusje, som latskap (Liamputtong Rice & Naksook, 1998). Ingen av informantene i denne studien nevner problemstillinger angående hygiene og mobilisering.

Andre ritualer og tradisjoner som kan bidra til misforståelser finner vi i asiatiske kulturer der det er vanlig å basere sin helseoppfatning på likevekten mellom varmeskapende og kuldeskapende påvirkninger. Denne balansen blir forstyrret under graviditet og må gjenopprettes etter fødsel. Dette kan skje blant annet gjennom kostholdet, og maten vil derfor spille en rolle i den første tiden etter fødsel (Holan, 2010). Maten er delt inn i kald og varm mat. Dette handler ikke om temperatur, men om gruppering. Mat av kald karakter slik som kaldt vann, frisk frukt og fiberrik mat, anses ikke som bra for ammende kvinner (Cheung, 2002). Det kan skape utfordringer på sykehuset om helsepersonellet ikke forstår hva som menes med kald og varm mat.

I forskningslitteraturen finner vi innvandrerkvinner som satte pris på maten på sykehuset, mens andre følte at mattilbudet var problematisk. Ikke alle blir spurt om deres matpreferanser ved innleggelsen på sykehuset, og noen kvinner anså seg avhengig av mat fra familie og venner (Reitmanova & Gustafson, 2008). Kvinnene i denne studien spiste stort sett som normalt under svangerskapet, med noen unntak. For eksempel så holdt Rosa seg unna ananas og reker, da dette ble ansett som farlig for barnet under svangerskapet. Jasmin fikk råd fra

helsesøster om å ikke spise tomater. Flere fikk råd om å passe på væskeinntaket. Etter fødsel er det få som endrer dietten, og de fleste spiste det som ble servert på sykehuset.

«Akkurat som her, som dere nordmenn gjør. Spiser vanlig mat. Men vi tar mer hensyn til å drikke mer. Vi drikker mye mer juice og sårne ting. Vann. Ikke noe spesielt.» Isolde

*«Ingen tradisjon i hjemlandet. Kan spise alt. Men, venninnen min sa; drikk mye te med melk.»
Jasmin*

Daisy gav beskjed til sykehuset om at hun ønsket halal-mat (mat tillat innenfor Islam). Iris spiste mest medbrakt grøt, som er vanlig å spise etter fødsel i hennes afrikanske hjemland. Grøt er også vanlig i Lily sitt hjemland, men hun holdt seg mest til den tradisjonelle norske brødskrivematen. Hun forteller lattermildt om alle de spørsmålene hun fikk av sine slektninger i Afrika om hvorfor hun i all verden spiste brød.

«Her i Norge, spiser vi brød. Hva!? Brød!? Sa alle i Afrika, når jeg sa at jeg spiste brød. Hvorfor spiser du brød!? Ja sånn er det.» Lily

Daisy beskriver at når hun fødte i Norge kort tid etter ankomst, så følte hun på et ønske om å kunne lukte og smake kjent mat. Men at det bare var ukjent mat og lukter her i det nye landet.

«Her drikker man kaldt vann. Det er veldig vanlig. Vi drikker varmt vann. Og jeg tenkte hvordan kan jeg spise mat. Andre smaker, og når man nettopp har fått barn så vil man ha noen lukter man liker og kjenner igjen. Bare ukjent mat og sånt.» Daisy

Daisy fikk mat brakt til sykehuset av slekt og venner, og kan fortelle at helsepersonellet da ofte kommenterte dette, og spesielt lukten av maten. Personalet kunne si at maten luktet godt, men Daisy oppfattet det slik at de egentlig ikke mente det. Hun bad derfor sin slektning om ikke å ta med mat til sykehuset mer. Hun syntes kommentarene var ubehagelige og følte at personalet ikke tok hensyn.

De to afrikanske kvinnene fortalte om tradisjonen i hjemlandet med at venner og slektninger kom til den nybakte moren og lagde mat til henne. Begge fortalte at kvinnen ikke skulle gå ut av huset, vaske eller lage mat før etter førti dager. Kvinnen skal bare være inne, spise, slappe av og passe på barnet. Dette samsvarer med det som har blitt beskrevet tidligere om den førti dager lange barselperioden. Iris fikk ikke mat brakt til seg av slektninger eller venner her i Norge, fordi hun og mannen ikke hadde etablert et slikt nettverk. Det ble dermed mannen hennes som stod for barselgrøten.

«Jeg savnet familie før jeg fødte og etter jeg fødte. Men mannen min er veldig snill, han passet på meg og jenta mi. Han lagde mat i to måneder etterpå. Jeg gjorde ingenting. Han lagde grøten.» Iris

Da Lily kom hjem etter fødselen fikk hun besøk av venner som hadde med seg mat. Men førti dager er lang tid, så hun ble etter hvert nødt til å gå på butikken selv siden hun var alene. Hvis hun ble sett utenfor døren av noen hun kjente, så måtte hun bare påpeke at dette var Europa. Her er det annerledes.

Her måtte jeg dra til butikken alene hvis jeg trengte noe. Man går jo vanligvis ikke i butikken. Men hvis noen så meg, så bare; det er Europa!» Lily

Flere av informantene har fått råd og formaninger fra venner og familie om hva som bør, og ikke bør, gjøres. For eksempel så forteller Rosa at den norske legen gav henne lov til å sykle under graviditeten, mens moren frarådet henne dette.

«Hvis jeg spør legen her om jeg kan sykle, så sier han hvis du vil så kan du sykle. Så sa jeg det til min mor, og hun sa nei, det kan du ikke gjøre. Ikke gjør noe, ikke gå ut. Noen ganger sier hun; bli inne. Vi får ikke lov til å gjøre noe arbeid. Men her er det helt annerledes. Her gjør man det man gjorde før.» Rosa

4.3.5 Utfordringer og mestring

Informantene i studien påpeker emosjonelle utfordringer og endringer i tilknytning til barnefødsler og det å bli mor. Daisy forteller om hvordan det er å leve i et land i borgerkrig. Hun sier at hun ikke var så redd for krigen og at hun ønsket å leve i hjemlandet sitt. Men da hun ble gravid endret dette seg, både hos henne selv, men også hos hele familien. Moren hennes syntes ikke det var et trygt nok sted å få barn, og ønsker at hun flytter til Norge hvor hennes mann allerede hadde fått opphold.

«Da jeg ble gravid ble hele familien bekymret. Moren min hadde ikke lyst til at jeg skulle flytte til Norge, for hun ville at jeg skulle være der hos dem, nær dem. Men da jeg sa at jeg var blitt gravid, da sa hun... ååå, du må begynne prosessen med å flytte til Norge.»

Daisy ble redd for at graviditeten skulle forhindre innreise til Norge, og hun opplevde den første delen av svangerskapet som en svært stressende og usikker tid. Hun følte sorg over at mannen hennes ikke var sammen med henne i denne tiden, da han allerede var i Norge. Hun mente at det var best å ha hele familien samlet når kvinnen er gravid. Den siste delen av

svangerskapet var i Norge hvor mye var nytt. Hun ble skilt fra familien som hun aldri hadde vært borte fra før. Hun befant seg i et nytt land, med ny familie og en mann hun knapt kjente.

«Den første graviditeten min var ikke så god. Halvparten av den var jeg i hjemlandet. Et utrygt land. Visste ikke hva som kom til å skje med meg. Venter på beskjed om tillatelse for å komme hit. Masse stress. Og den andre delen var når jeg kom hit. Jeg var seks måneder gravid. Og når jeg kom hit var det en helt annen følelse. (...) Jeg gråt mye den tida. Jeg savnet mine foreldre. (...) Helt ny familie her. Et nytt land. Ikke en god opplevelse egentlig.»
Daisy

Isolde, som er gift med en norsk mann, forteller om forskjeller mellom norsk barneoppdragelse og den hun kjenner fra sitt hjemland. Hun mener at man må være litt mer bestemt med barna enn hva som er tradisjonen her til lands. Hun vil overhode ikke slå, det er ikke tradisjon der hun kommer fra, men hun mener at det er foreldrene som skal bestemme over, for eksempel, hva barna skal spise. Det er foreldrene som er ansvarlige for å oppdra barna sine. Hun mener at det norske samfunnet blander seg vel mye inn i familielivet og i barneoppdragelsen. Hun har hatt ambivalente følelser rundt dette, og av og til tenkt at hun gjør noe galt. Slektninger har fortalt at hvis hun gjør sånn eller sånn, så vil det komme noen å snakke med henne. Hun har derfor vært forsiktig og usikker.

«For eksempel da svigermor kom. Hun sa; nei ikke gjør sånn. Det er feil. Men for meg var det ikke feil. Så det var litt sånn krangling. Og etterpå fikk jeg vite om barnevernet og masse rart. Man blir sånn, oi, hva er det som er riktig? Hva er det som skjer? Det var litt sånn skummelt (...) Alt var nytt. Språket. Landet. Familie. Barn. Jeg ble litt sånn. Oi, litt forsiktig med alt. Litt press også.» Isolde

En av informantene har opplevd en traumatisk fødselsopplevelse i hjemlandet. I tillegg blir hun stående med aleneansvaret for sitt andre barn, som hun føder i Norge. Hun har ingen som kan hjelpe til i hverdagen siden hun ikke har noen familie her.

«Det er veldig vanskelig. Du er redd du skal bli gal. Hvis du har en baby alene, så kan du bli gal. (...) Her, mitt barn, vil ikke ha noen andre enn meg. Selv om jeg er trøtt, så er det ingen som kan hjelpe for hun vil bare være hos meg. Så jeg er den så må...ååå, det er ikke lett. Noen ganger så sov vi ikke om natta, og om morgenen så kan ingen passe henne. Bortsett fra meg. Ingen kan hjelpe meg. I Afrika, er i det minste familiene store. I et hus kan det bo 8-10 personer. Så babyen kjenner dem alle. Så hvis du ikke er hjemme, så kan noen andre passe babyen. Men her...» Lily

Daisy sier at hun har opplevd en følelsesmessig endring etter barnefødselen. Da hun vokste opp i sitt hjemland så var hun den tøffe jenta i gata som turte å gjøre ting som de andre jentene ikke turte. Ikke gråt hun så mye heller. Men nå føler hun at hvis hun ser eller opplever

noe som er urettferdig, og ønsker å bruke sin stemme til å si ifra, så begynner hun bare å gråte. Hun misliker sterkt denne endringen, og mener den kom etter den første barnefødselen.

«(...)Men nå hvis jeg ser noe urettferdig så tenker jeg at jeg må bruke min stemme, å snakke ut og vise at nå har det skjedd noe urettferdig. Men jeg klarer ikke det lenger, da begynner jeg å gråte, og det liker jeg ikke. Og det har begynt etter fødselen. Etter det som har skjedd. Etter den tida. Det liker jeg ikke.» Daisy

Jasmin forteller at hun i begynnelsen av sin første fødsel ikke gråt eller skrek, men bare smilte, og at helsepersonellet derfor ikke skjønnte at hun var i fødsel. Hun begrunner dette med at i hjemlandet hennes i Øst-Europa skal man ikke vise så mange følelser.

«Jeg sitter og smiler, gråter ikke, skriker ikke. Jeg sitter og smiler hele dagen. Smil, smil, smil. De tenker at det ikke er vondt for meg. Jeg gråter ikke fordi jeg liker ikke å gråte foran mennesker. Det liker jeg ikke. (...) Jeg liker ikke at andre ser at jeg har det vondt.» Jasmin

Mange innvandrerkvinner er komfortable i rollen som mor, og ser på morskap som karriere (Lyberg et al., 2012). Da er det ikke så lett når man skal kombinere morskapet med en yrkeskarriere. Daisy påpeker hvor vanskelig det kan oppleves å være mor i Norge hvor det er vanlig for kvinner å være i arbeid. Hun sier at i hjemlandet er du mor og du har fullt ansvar for barna. Det er mange kvinner som ikke jobber der, og det er helt normalt å være hjemme. Her i Norge er det annerledes. Samfunnet ønsker at kvinner skal være i jobb, og man må være forsiktig slik at man ikke mister jobben sin. For har du ingen jobb, så har man ingen inntekt. Hun synes det å være mor i Norge er bra, men beskriver også at det er tøft å være arbeidende mor, spesielt når barna er syke.

«Jeg føler at det er godt å være mor her i Norge. Men det er litt tungt å ha ansvar når barnet er syk, og du må på jobb. Når hun er litt syk, men ikke for syk til å være hjemme. Da føler man på litt dårlig samvittighet.» Daisy

I studien til Cheung (2002) utrykte majoriteten hos både de kinesiske kvinnene og de skotske kvinnene følelser av tilfredshet, modenhet og kompletthet i livet etter å ha fått et barn. Flere av informantene i denne studien utrykte også glede over å bli mor.

«Jeg gledet meg veldig mye. Har tenkt på det siden jeg var liten. Jeg vil være mor.» Isolde

Andre av informantene i denne studien var mer spente på det å bli mor, da de enten var i en vanskelig livssituasjon, eller hadde dårlig erfaring fra før. Lily syntes det var skummelt med fødsel nummer to, da det første barnet kom til verden gjennom keisersnitt, og hun ikke hadde født vaginalt før. Hun hadde også vært igjennom en rekke spontanaborter, og var av den

grunn nervøs for at hun skulle miste barnet hun bar når som helst. Allikevel forteller hun at ved barn nummer en var hun redd for forandring, mens med barn nummer to var hun blitt sterkere som person.

«Ja, men av og til må du være sterk, for hvis det er dette du møter, så hva kan du gjøre? (...) Jeg tror at alle kan være en sterk kvinne. For når det skjer med deg, må du bare gå igjennom det. Så jeg tror at alle kan være sterk.» Lily

Noen av kvinnene ønsker seg flere barn. Men noen ønsker å utsette det til de er ferdig med studier, eller de ønsker å jobbe en stund først. Andre ønsker ikke flere barn, eller er usikker, på grunn av belastningene og påkjenningene det er å få barn.

«Nei, ikke nå, men jeg vil ha en til. Jeg har lyst på to barn. Men nå vil jeg jobbe.» Iris

«Hadde jeg ikke hatt så mye smerter. Jeg hadde lyst på flere barn. Men det er ikke lett. Å få barn.» Daisy.

«Vi ønsker oss flere barn, men først vil vi avslutte studiene. Og så må vi tenke på det.» Rosa

«Dårlig følelse med fødselen. Det blir ikke barn i år, eller neste år.» Jasmin

Jeg spurte dem også om hvordan det var å få barn i Norge. Om det kjentes trygt.

«Tenkte at det var trygt å få barn i Norge. Her er det helsesikkerhet, og legene har gode apparater, de kan hjelpe, legene kan være til stede. Trygt på den måten.» Daisy.

«Jeg har lest på internett at Norge er et bra land å bli mor i. Så vi bestemte oss for å få et barn.» Rosa

«Glad jeg fødte barn i Norge.» Jasmin

4.3.6 Oppsummering

Informantene i denne studien ytrer ingen spesielle tanker rundt den norske fødekulturen, som er relativt medikalisert. Kvinnene beskriver ikke egne smerteopplevelser i større ordelag. Av smertelindring mottok fire av seks epiduralbedøvelse under fødsel. En av dem ønsket å få slik smertestillende, men fikk det ikke. En annen kvinne opplevde dessverre å få postspinalhodepine.

Kvinnene påpeker at ritualer og tradisjoner rundt svangerskap og fødsel varierer ut i fra hvor i landet man er i fra, hvilken religion og kultur man har. En del ritualer ble utført tidligere, men ikke nå lenger. Kvinnene har også latt en del tradisjoner bli liggende igjen i hjemlandet.

Informantene gjengir noen begrensninger i matvaner, men de spiste stort sett som tidligere, før og etter fødsel. Enkelte prøvde å vedlikeholde tradisjonen med å spise barselgrøt. Men det viser seg vanskelig å opprettholde den tradisjonelle førtidagers-hvileperioden, hvor man mottar hjelp av venner og familie til matlagning og husstell. De fleste av kvinnene har ikke opparbeidet seg et slikt nettverk i Norge ennå. Allikevel får de ulike råd og formaninger fra kjente i Norge og venner og familie i hjemlandet.

De fleste utrykte positive tanker rundt det å bli mor i Norge. Men de forteller også om utfordringer med det å være alene uten nettverk eller å måtte tilpasse seg svigerfamilien. Å være arbeidende mor byr også på bekymringer. Kvinnene forsøker å gjøre det beste ut av det. De er alle usikre på om de ønsker seg flere barn på grunn av belastninger og påkjenninger med å bli mor, og flere ønsker å avvente med tanke på jobb og utdanning.

5 AVSLUTNING OG REFLEKSJON

Hensikten med denne oppgaven har vært å formidle historier og erfaringer til innvandrerkvinner og deres møter med den norske svangerskaps-, fødsel- og barselomsorgen. Oppgavens mål har vært å svare på de forskningsspørsmålene som ble stilt i introduksjonskapittelet, og handler om kulturelle utfordringer, sårbarhet og tillit. Gjennom intervju av seks informanter og analyse av det materialet som kom frem, i tillegg til en gjennomgang av tidligere internasjonal forskning, så har det kommet frem noen svar på disse spørsmålene. I det følgende blir denne kunnskapen oppsummert.

5.1 Studiens resultater

5.1.1 Møte med mødreomsorgen

To av mine forskningsspørsmål handler om trygghet og tillit. Opplevde innvandrerkvinnene kontakten med det norske helsepersonellet som trygt? Og, hadde kvinnene tillit til sine hjelpere? Det er gledelig at funnene fra denne studien kan fortelle at alle informantene gjengir positive opplevelser og erfaringer med helsepersonellet. De forteller at både jordmødre, leger og annet personell, stort sett var snille, hjelpsomme, tålmodige, respektfulle, støttende og ansvarsfulle. Flere påpeker at de nettopp følte seg trygge, og hadde tillit til de ansatte. Enkelte av kvinnene legger også vekt på hvilken fordel det er om de kjenner helsepersonellet før fødselen. Dette har også kommet frem i andre studier der kvinnene føler seg ekstra trygge og ivaretatt når de bare trenger å forholde seg til få omsorgspersoner (Small et al., 2002, Lyberg et al., 2012).

Studien fikk også frem noen negative beretninger. Informantene Daisy og Isolde opplevde dessverre å ikke bli sett eller trodd, når de fortalte lege og jordmor om en vanskelig livssituasjon og problemer. Isolde som ble rammet av plagsom svangerskapskvalme, ville muligens fått mer hjelp og råd hvis hun også hadde blitt fulgt opp av jordmor, og ikke bare av lege. Jordmødrene har mer tid, og kanskje mer erfaring med å rådgi angående svangerskapsplager. Kanskje Isolde burde ha blitt henvist til jordmor. For det er viktig at gravide kvinner blir fortalt om det tilbudet som finnes, spesielt gjelder dette innvandrerkvinner og de som ikke kjenner til det norske helsevesenet like godt. Som påpekt i teorikapittelet så skal alle i Norge ha like god tilgang på helsetjenester, og tilbudet skal være likeverdig uansett etnisitet. Tilgang til helsetjenester for vordende mødre er også en rettighet i

følge WHO. I konklusjonene til Reitmanova & Gustafson (2008) og Small et al. (2014), fremhever også de hvor viktig det er å sørge for tilstrekkelig med informasjon. Det viser seg også hvor viktig det er å lytte til kvinnene og deres erfaringer som blant annet Liamputtong Rice & Naksook (1998) konkluderer med. Kanskje både Isolde og Daisy hadde opplev bedre hjelp om de hadde blitt lyttet til. Og ikke minst opplevd mer trygghet og tillit.

Svangerskapskurs og omvisning på fødeavdelingen kan bidra til å gi god informasjon, og øke tryggheten blant de gravide. Det var to informanter i denne studien som deltok på svangerskapskurs, og fire fikk omvisning på sykehuset. Kvinnene mener at disse tilbudene var lærerike, positive og betryggende. Slike tiltak kan også være med på å gjøre kvinnene mer forberedt på fødsel. Bare en av informantene i denne studien deltok i en barselgruppe etter fødsel. Isolde mener hun fikk godt utbytte av denne gruppen, og at det kunne være spesielt bra for innvandrerkvinner. Siden mange av innvandrerkvinnene mangler et sosialt nettverk i Norge, så er det en fordel at kvinnene får et slikt tilbud. I følge informantene så var det tøft for dem å ikke ha familie og slektninger til stede under svangerskap og fødsel. Det ble uttrykt et savn etter mor og kvinnelige slektninger. Både Malin & Gissler (2009) og Wollett & Dosanjh-Matawala (1990) minner oss på i sine konklusjoner at enkelte innvandrerkvinner vil være sårbare, og vil ha behov for økt hjelp og støtte etter en barnefødsel. På norske sykehus er det redusert liggetid etter fødsler og mange reiser tidlig hjem. En barselgruppe kan dermed være til hjelp i barseltiden for støtte og diskusjon. En slik sosial gruppe vil også kunne fungere som en start på dannelse av nye nettverk, og fungere som integrering inn i det norske samfunnet. Det er et paradoks at svangerskap- og fødselsomsorgen også i Norge er blitt så medikalisert med undersøkelser og overvåkning, mens barselomsorgen derimot reduseres, og oppfølgingen etter fødsel fra helsevesenet kan være sparsommelig.

Hennegan, Redshaw & Miller (2014) og Small et al. (2014) konkluderer i sine studier med at helsepersonellet må være klar over språkutfordringer og må huske å tilpasse omsorgen til dette. Angående skriftlig informasjon så mottok to av informantene informasjon på sitt morsmål, mens resten fikk informasjon på norsk eller engelsk. Ingen uttrykte misnøye med dette. Informantene kan fortelle at kommunikasjonen på sykehuset var god, og at de ansatte anstrengte seg for å forklare slik at kvinnene forstod. Kvinnene ble tilbudt tilstedeværelse av profesjonell tolk, og tidvis ble det brukt. Ingen av kvinnene hadde tolk til stede under fødselen. Da var det som oftest mannen som stod for tolkingen. Kvinnene hadde varierende erfaringer med bruk av tolk. Noen hadde godt utbytte av det, mens andre følte at tolken ikke

gjorde en god nok jobb. Andre ønsket å stå for kommunikasjonen selv. Å ha tillit til den som skal tolke er viktig. Å få bistand fra den samme tolken under svangerskap, eventuelt fødsel, og i barseltiden vil være en fordel, men kanskje vanskelig å få til i praksis.

5.1.2 Kultur

Et av spørsmålene som det ble ønsket svar på var om innvandrerkvinnene møtte kulturelle utfordringer i sammenheng med kontakten med det norske helsevesenet. På verdensbasis er det forskjellige oppfatninger av unnfangelse, svangerskap og fødsel i ulike kulturer. Såkalte fødekulturer. Fødsler er i alle samfunn en sosiokulturell hendelse. Kvinnene i denne studien forteller om ulike fødekulturer i sine hjemland, men har få personlige beretninger, da bare en av dem har fått barn i sitt hjemland. Men kvinnene sier at de er fornøyd med å ha fått barn i Norge, hvor fødselsomsorgen føles trygg. Ingen av informantene ytrer noe negativt omkring den mer eller mindre medikaliserte fødekulturen på norske sykehus. Nesten alle informantene mottok epidural smertelindring, og var fornøyd med dette. Bortsett fra Jasmin som fikk komplikasjoner, men selv ikke hun uttrykker direkte bitterhet overfor helsevesenet. Lyons (2008) avslutter sin studie med å mene at innvandrerkvinner er forventet til å tilpasse seg den vestlige medisinske modellen. I denne studien kan det virke som at informantene fant det trygt med en medikalisert fødekultur. De beskriver heller ikke at familien i hjemlandet hadde noen formeninger om selve fødselspraksisene i Norge. Der familien har ytret noe, så var det mer en lettelse over den tryggheten som en fødsel i Norge innebar. De kunne med andre ord ikke fortelle om noen følelse av kulturelt krysspress angående fødslene, som også var et av forskningsspørsmålene i denne studien.

Ingen av kvinnene i denne studien har uttalt at de har vært utsatt for noen form for press eller tvang fra helsevesenet i forbindelse med svangerskap og fødsel. Ingen gav uttrykk for å ha blitt diskriminert av noen slag, og i de tilfellene at kvinnene ikke følte seg godt ivaretatt, så nevner ingen at de tror dette har med deres etnisitet eller kulturelle bakgrunn å gjøre. Derimot forteller flere om gleden med å få lov til å være med å bestemme og ha valgmuligheter omkring sin egen fødsel. Fem av de seks informantene hadde mannen sin til stede under fødsel, og de fleste var fornøyd med dette, og opplevde han som støttende og hjelpsom. Men noen følte også på forlegenhet og skam. De fleste utrykte positive tanker rundt det å bli mor i Norge. Men det har også vært utfordringer med å være alene uten nettverk, eller det å måtte tilpasse seg svigerfamilien. Å være arbeidende mor byr også på bekymringer. Enkelte

informanter fikk også noen råd og formaninger fra venner og familie. Kvinnene i studien fremstår som sterke og gjør det beste ut av det. De er alle usikre på om de ønsker seg flere barn på grunn av belastninger og påkjenninger ved det å bli mor. Og flere ønsker å avvente med tanke på jobb og utdanning.

Det siste forskningsspørsmålet tar for seg om det ble tatt hensyn til innvandrerkvinnenes individuelle livssituasjon. Forskningslitteraturen viser at innvandrerkvinner setter pris på en kultursensitiv og respektfull omsorg (Small et al., 2014). Omsorgen bør også inneha valgfrihet og muligheter for alternative verdier (Wiklund, 2000). Den bør være fleksibel og tilpasses til kvinnenes behov (Lyberg et al., 2012). Malin og Gissler (2009) mener det er et poeng å kurse helsesøstre, jordmødre og leger i kultursensitivitet, og Lyberg et al. (2012) mener helseutdanningene bør undervise i minoritetshelse. Det kan nok være en fordel, da den norske befolkningen i Norge stadig blir mer mangfoldig. Det var få informanter som hadde klare ønsker til helsepersonellet om mer kultursensitivitet. Men Daisy påpeker at helsepersonellet på sykehuset kunne ta mer hensyn når det kom til innvandrerkvinnens matvaner, og at leger og jordmødre måtte være klar over at kvinner kunne ha vanskeligheter med å snakke direkte om kropp og følelser med helsepersonellet.

Selv om innvandrerkvinner ønsker at helsepersonellet skal være kultursensitive, så tyder også forskning på at kvinnene helst vil ha et fokus på den individuelle omsorgen. Dette gjelder også mine informanter. I avslutningen på studien til Small et al. (1999) vises det til at kvinner ønsker seg ikke først og fremst et fokus på kulturelle praksiser når de er i kontakt med helsevesenet. De ønsker seg en omsorgsgiver som er snill, har tid, er grundig og er god på å forklare. Det samme finner vi i Yelland et al. (1998) og Jomeen & Redshaw (2013) sine studier. Kvinnene ønsker å bli behandlet individuelt gjennom svangerskap og fødsel. For når det kommer til kultur er ingenting statisk eller likt. Som Reitmanova & Gustafson (2008) påpeker; innvandrerkvinner er ikke en homogen gruppe. Helsepersonell må være fleksible når de skal møte religiøse og kulturelle behov. Det må også derfor jobbes mot diskriminering, og bruk av stereotypier, som gjør at de individuelle behovene til kvinnene forsvinner og omsorgen blir dårlig (Bowler, 1993, Redshaw & Heikkilä, 2011, Small et al. 2014).

Informantene i denne studien forteller at ritualer og tradisjoner rundt svangerskap og fødsel varierer fra hvor i landet man er i fra, hvilken religion og kultur man har. En del ritualer ble utført tidligere, men ikke nå lenger. Kvinnene har også latt en del tradisjoner bli liggende

igjen i hjemlandet, og noen har tilpasset seg norske vaner og praksiser. Det kan dermed ikke hevdes at kvinnene slavisk følger sitt lands stereotypiske vaner og tradisjoner. Hvor mye innvandrere tilpasser seg den norske kulturen kan ha med hvor lenge de har bodd i landet. Gravide innvandrerkvinner kan ha svært ulike behov for helsehjelp, utfra hvor lang botid de har, fra hvilket land hun kommer fra, hvilken sosioøkonomisk status hun har, og om hun har født tidligere. Det blir derfor nødvendig å tilpasse seg den aktuelle kvinnen. Første steg for å få dette til er gjennom kommunikasjon.

Innvandrerkvinner, skal som alle andre gravide kvinner, bli møtt med omsorg og respekt av helsevesenet. Det er viktig at de får god og forståelig informasjon. Helst skriftlig på deres morsmål om ønskelig og hensiktsmessig. Tolk skal brukes ved behov, og det skal være helsepersonellet som skal ta initiativ til dette. Det er ønskelig om kvinnene bare trenger å forholde seg til den samme tolken gjennom svangerskap og fødsel. Det samme gjelder omsorgspersoner. Dette vil kunne skape tillit og trygghet. Innvandrerkvinnene må få informasjon om helsetilbudet, inkludert muligheter for oppfølging av jordmor, om svangerskapskurs, omvisning på sykehus og barselgrupper. De skal også informeres om risiko ved bruk av medisinske og kirurgiske prosedyrer under fødsel. Det er viktig å lytte og spørre. Helsepersonell bør sørge for valgmuligheter og gi oppmuntring til selvbestemmelse. Det bør gis oppmerksomhet til barnets far, som kan føle på kulturelt press og frustrasjon rundt sin rolle. Det bør også fokuseres på bruk av stereotyper, og jobbes mot diskriminering.

5.2 Konklusjon

Helsepersonell trenger ikke nødvendigvis å vite alt om alle lands kulturer og tradisjoner. Dette er umulig da det kan variere veldig fra hvor i landet kvinnen er fra, om hun er fra en by eller fra landsbygda, hvilken sosioøkonomisk status og utdanning hun har, hvilken religion hun tilber, og ikke minst hvem hun er som individ. Det kan dog være et poeng å ha kunnskap om kulturelle ulikheter når det kommer til helse og sykdom. Det kan være smart at helseutdanningene har kurs i medisinsk kulturforståelse. Å vite om ulikheter kan bidra til at helsepersonell vil stille flere spørsmål til de vordende mødrene. For det viktige er å spørre kvinnene selv, om hvilke ønsker og behov de har. I denne studien, som i flere andre studier (Small et al., 1999, Yelland et al., 1998, Jomeen & Redshaw, 2013), så ligger ikke informantenes fokus på å få en kulturelt tilpasset mødreomsorg, men en individuelt tilpasset

omsorg og behandling. En individuelt tilpasset omsorg vil bidra til å gi alle kvinner i Norge et likeverdig mødrehelsetilbud.

5.3 Veien videre

Oppgavens tema om hvordan innvandrerkvinner blir møtt av helsepersonell, er det forsket en del på i Australia og England. Det er dessverre ikke forsket så mye på dette i Norge. Forskningsstudiene til Lyberg et al. (2012) og Small et al. (2014) avslutter med et ønske om at det skal forskes mer på innvandrerkvinnens syn på mødreomsorgen, for å møte behovene deres på en bedre måte. Denne masteroppgaven er et bidrag til dette. Men en større forskningsstudie på dette feltet hadde vært ønskelig. Det hadde vært interessant å se hva som kunne kommet frem i en bredere nasjonal undersøkelse med langt flere innvandrerkvinner som informanter. Det hadde vært en fordel om man også slapp til kvinner som verken snakket norsk eller engelsk, men som kunne blitt intervjuet på sine egne språk. Kanskje gruppeintervjuer kunne fått frem flere aspekter? Det ville også være heldig om informantene hadde født barn i sitt hjemland, før de fødte et barn i Norge. På denne måten hadde de hatt et sammenligningsgrunnlag, og man ville kanskje fått frem mer om synet på ulike fødekulturer. Det kunne også vært en anledning til også å intervjuer jordmødre om deres opplevelser ved å gi helsehjelp til innvandrerkvinner. Og ikke minst så hadde det vært interessant å fått frem hva de vordende fedrene hadde av erfaringer rundt den norske svangerskap-, fødsel- og barselomsorgen.

6 KILDEHENVISNING

Ahlberg, N. & S.Vangen (2005) Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge, *Tidsskriftet*, 5, 125:586-8

Attanapola, C. T. (2013) *Migration and Health – A literature review of the health of immigrant populations in Norway*, Rapport 13 – Mangfold og Inkludering, Humanistisk fakultet, Trondheim, NTNU Samfunnsforskning

Bandyopadhyay, M., Small, R., Watson, L.F. & S. Brown (2010) Life with a new baby: How do immigrant and Australian-born women's experiences compare? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34:412-421

Berg, B. (2011) «Lost in translation?» Om kulturell brobygging og bruk av tolk som kommunikasjonsmiddel, I: Berg, B. & T. A. Ask (red.) *Minoritetsperspektiver i sosialt arbeid*, Oslo: Universitetsforlaget

Bjørndal, A., Flottorp, S. & A. Klovning (2007) *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*, 2.utg., Oslo: Gyldendal akademisk

Blix, E. (2010a) Ulike syn på svangerskap og fødsel I: Brunstad, A. & E. Tegnander (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*, Oslo: Akribe

Blix, E. (2010b) Åpningsfasen I: Brunstad, A. & E. Tegnander (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*, Oslo: Akribe

Blom, S. (2011) Dårligere helse blant innvandrere, *Samfunnsspeilet*, 2011/2

Boerleider, A., Wiegers, T. A., Manniën, J., Francke, A. L., W.L.J.M, Devillé (2013) Factors affecting the use of prenatal care by non-western women in industrialized western countries: a systematic review, *BMC Pregnancy & Childbirth*, 13:81

Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & B. Kupelnick (2009) Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature, *Social Science & Medicine*, 68:452-461

Bowler, I.M.W. (1993) Stereotypes of women of Asian Descent in midwifery: some evidence, *Midwifery*, 9:7-16

Brochmann, G. (2006) *Hva er innvandring?* Oslo: Universitetsforlaget

Bøhn, H. & M. Dybedahl (2009) *Veien til interkulturell kompetanse*, Bergen: Fagbokforlaget

Cheung, N.F. (2002) The cultural and social meanings of childbearing for Chinese and Scottish women in Scotland, *Midwifery*, 18:279-295

Collins, C. H., Zimmerman, C. & L. M. Howard (2011) Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors, *Archives of Women's Mental Health*, 14:3-11

- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*, 2.utg, Oslo: Universitetsforlaget
- Eberhard-Gran, M., Nordhagen, R., Heiberg, E., Bergsjø, P. & A. Eskild (2003) Barselomsorg i et tverrkulturelt og historisk perspektiv, *Tidsskriftet*, nr.24, 123:3553-6
- Elstad, J.I. (2000) Social inequalities in health and their explanations, Rapport 9/00, Oslo: NOVA
- Eriksen, T. H. & T. A. Sajjad (2011) *Kulturforskjeller i praksis – Perspektiver på det flerkulturelle Norge*, 5.utg, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Essén, B., Bödker, B., Sjöberg, N.O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S. & P.O. Östergren (2002) Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to suboptimal perinatal care services? *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109:677-682
- Everett, L. E. & I. Furseth (2012) *Masteroppgaven – Hvordan begynne og fullføre*, 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Folkehelseinstituttet (2015a) *Fruktbarhet, Fødealder og helse – faktaark med statistikk* (Publisert/oppdatert: 06.12.13/16.12.13) [internett] Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6665&MainContent_6263=6464:0:25,6666&List_6212=6218:0:25,6682:1:0:0:::0:0 [Lest: 04.02.15]
- Folkehelseinstituttet (2015b) Sosial ulikhet i helse – et faktaark [internett] Tilgjengelig fra: www.fhi.no/artikler/?id=54765http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6603&MainContent_6263=6464:0:25,6604&List_6212=6218:0:25,6605:1:0:0:::0:0 [Lest:18.02.15]
- Folkehelseinstituttet (2015c) *Depresjon i forbindelse med fødsel (Fødselsdepresjon) Faktaark* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=66503> (Publisert: 25.10.07, endret:19.08.14) [Lest: 18.02.15]
- Fors, E. A. (2012) *Hva er smerte?* Oslo: Universitetsforlaget
- Fossheim, H.J. (2015) *Informert samtykke* (Oppdatert: 22.06.09) De nasjonale forskningsetiske komiteene [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/> [Lest: 12.01.15]
- Goth, U.G.S & J.E. Berg (2011) Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants, *European Journal of General Practice*, 17:28-33
- Goth, U.S (2014) Migrasjonshelse, I: Goth, U.S (red.) *Folkehelse i et norsk perspektiv*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Grimen, H. (2009) *Hva er tillit?* Oslo: Universitetsforlaget

- Gynnild, A. (2014) Introduksjon til grounded theory, I: Hjälmhult, E., Giske, T. & M. Satinovic, *Innføring i grounded theory*, Oslo/Trondheim: Akademika Forlag
- Hamre, B. (2010) Svangerskapsomsorg I: Brunstad, A. & E. Tegnander (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*, Oslo: Akribe
- Hansen, M. N. (2010) Mor-barn-vennlig sykehus I: Brunstad, A. & E. Tegnander (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*, Oslo: Akribe
- Hanssen, I. (2005) *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn*, 3.utg, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Heiberg M. (2008) Barselomsorg gjennom tidene. *Tidsskrift for jordmødre*, 114,4, 15-7
- Helman, C.G. (2007) *Culture, Health and Illness*, New York: Oxford University Press
- Helsedirektoratet (2009) *Migrasjon og helse – Utfordringer og utviklingstrekk*, IS-1663, Oslo
- Hennegan, J., Redshaw, M. & Y. Miller (2014) Born in another country: Womens experiences of labour and birth in Queensland, Australia, *Women and Birth*, 27: 91-97
- Helsedirektoratet (2013) *Retningslinjer for barselomsorgen – Nytt liv og trygg barseltid for familien*, Nasjonale retningslinjer, IS-2057
- Hjälmhult, E. (2014) Å identifisere hovedutfordring til deltakerne – nøkkelen til teorien? I: Hjälmhult, E., Giske, T. & M. Satinovic, *Innføring i grounded theory*, Oslo/Trondheim: Akademika Forlag
- Holan, S. (2010) Fødselshjelp i et flerkulturelt Norge I: Holan, S. & M.L., Hagtvedt (red.) *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*, 2.utg., Bergen: Fagbokforlaget
- Hylland Eriksen, T. (2006) *Trygghet*, Oslo: Universitetsforlaget
- Ingstad, B. (2007) *Medisinsk antropologi*, Bergen: Fagbokforlaget
- Iversen, H. H., Holmboe, O., & J. G. Kjøllesdal (2011) *Kvinnens og partners erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen – resultater fra en pilotundersøkelse*, Notat fra Kunnskapssenteret, Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
- Ivry, T. (2010) *Embodying culture - Pregnancy in Japan and Israel*, London: Rutgers University Press
- Jacobsen, D.I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring – Innføring i metode for helse og sosialfagene*, 2.utg., Kristiansand: Høyskoleforlagene
- Jentoft, S., Nielsen, V.O. & D., Roll-Hansen (2011) Hvor mange kvinner dør i svangerskap? Mødre dødelighet i et internasjonalt perspektiv, *Samfunnsspeilet*, 25, 2/2011
- Jomeen, J. & M. Redshaw (2013) Ethnic minority women's experience of maternity services in England, *Ethnicity & Health*, 18, 3:280-296

Jordan, B. (1993) *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, 4.ed., Long Grove, Illinois: Waveland Press

Kale, E. (2006) «Vi tar det vi har» - Om bruk av tolk i helsevesenet i Oslo. En spørreundersøkelse, *NAKMIs skriftserie om minoriteter og helse*, 2/2006

Kale, E., Ahlberg, N. og F. Duckert (2010) Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet, *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47:818-823

Kemp, C. & L.Rasbridge (2004) *Refugee and Immigrant Health, A Handbook for Health Professionals*, Cambridge: Cambridge University Press

Kitzinger, S. (1982) The Social Context of Birth: Some Comparisons between Childbirth in Jamaica and Britain, I: MacCormack, C. (red.) *Ethnography of Fertility and Birth*, London: Academic Press

Knight, M., Kurinczuk, J.J., Spark, P. & P. Brocklehurst (2009) Inequalities in maternal health: national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities, *BMJ*, 338:542

Kumar, B. N. (2010) Migrasjon, etnisitet og helse I: Kumar, B.N. & B.Viken (red.) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*, Bergen: Fagbokforlaget

Kvale, S. & S. Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvåle, G. & H.S. Aasen (2006) Svangerskapsomsorg – En menneskerett også for fattige kvinner, *Norsk Tidsskrift for menneskerettigheter*, 24:4, 291-300

Langtvedt, N. J. (2015a) *Personopplysninger* (Publisert: 04.04.09) [internett]Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Personopplysninger/> [Lest:12.01.15]

Langtvedt, N. J. (2015b) *Personvern* (Publisert: 04.04.09) [internett]Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Personvern/> [Lest: 12.01.15]

Langtvedt, N.J. & H. Ingierd (2015) *Taushetsplikt* (Publisert:10.10.14) [internett] Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Taushetsplikt/> [Lest: 19.01.15]

Liamputtong Rice, P. C. Naksook (1998) The Experience of pregnancy, labour and birth of Thai women in Australia, *Midwifery*, 14:74-84

Lian, O.S. (2007) *Når helse blir en vare, Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*, 2.utg., Kristiansand: Høyskoleforlaget

Lien, E., Nafstad, P. & E.O. Rosvold (2008) Non-western immigrants' satisfaction with the general practioners' services in Oslo, Norway, *International Journal for Equity in Health*, 7:7

- Lovdata (2015) Pasientrettighetsloven, §3-5 [internett] Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3 [Lest: 13.02.15]
- Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M. & E. Severinsson (2012) Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women, *Journal of Nursing Management*, 20: 287-295
- Lyons, S.M., O’Keeffe, F.M., Clarke, A.T., A. Staines (2008) Cultural diversity in the Dublin maternity services: the experiences of maternity service providers when caring for ethnic minority women, *Ethnicity & Health*, 13, 3:261-276
- Magelssen, R. (2008) *Kultursensitivitet. Om å finne likheter i forskjellene*, 2.utg. Oslo: Akribes
- Malin, M. & M. Gissler (2009) Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland, *BMC Public Health*, 9:84
- Maternity Center Association (2004) Recommendations from Listening to Mothers: The first National U.S. Survey of Women’s Childbearing Experiences, *Birth*, 31:1
- Noack, T. (2010) Fødemønsteret i Norge I: Holan, S. & M. L. Hagtvedt (red.). *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*, 2.utg., Bergen: Fagbokforlaget
- Norske Legeforening (2008) *Likeverdig helsetjeneste? - Om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere*, Oslo: Den Norske Legeforening.
- NTNU (2015) *Regional forskningsetisk komité (REK) og Personvernombudet for forskning* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.ntnu.no/svt/forskning/innmelding> [Lest:28.01.15]
- Ramin-Osmundsen, M. (2010) Likeverd i helsetjenesten? Mindre fragmentering og mer helhetlig tilnærming I: Kumar, B.N. & B.Viken (red.) *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*, Bergen: Fagbokforlaget
- Redshaw, M. & K. Heikkilä (2011) Ethnic differences in women’s worries about labour and birth, *Ethnicity & Health*, 16, 3:213-223
- Reitmanova, S. & D.L. Gustafson (2008) “The Can’t Understand It”: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland, *Maternity Child Health Journal*, 12:101-111
- Sagli, G. (2015) «Når trenger jeg å tilkalle tolk?» Forskning om tolking i helsetjenesten, *FLEKS - Scandinavian Journal of Intercultural Theory and Practice*, vol.2, no.1
- Satinovic, M. (2014) Identifisering av kjernekategori – et svar på hvordan hovedutfordringen håndteres I: Hjälmhult, E., Giske, T. & M. Satinovic, *Innføring i grounded theory*, Oslo/Trondheim: Akademika Forlag
- Schiefloe, PM. (2011) *Mennesker og samfunn – Innføring i sosiologisk forståelse*, 2.utg., Bergen: Fagbokforlaget

Singer, M. & H. Baer (2012) *Introducing medical anthropology – A discipline in action*, 2.ed., Plymouth: Altamira Press

Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H., & O. Holmbo (2013) *Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Nasjonale resultater*, PasOpp-rapport 4/2013, Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Small, R., Rice, P.R., Yelland, J. & J. Lumley (1999) Mothers in a New Country: The role of Culture and Communication in Vietnamese, Turkish and Filipino Women's Experiences of Giving Birth in Australia, *Women & Health*, 28 (3):77-101

Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., McCourt, C. & A. Gagnon (2014) Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:152

Small, R., Yelland, J., Lumley, J., Brown, S. & P. Liamputtong (2002) Immigrant Women's Views About Care During Labor and Birth: An Australian Study of Vietnamese, Turkish, and Filipino Women, *Birth*, 29:4

Statistisk sentralbyrå (2015) *Nøkkeltall for innvandring og innvandrere* (Publisert: 08.04.15) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall> [Lest:13.04.15]

St.meld.12 (2008-2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling, på rett sted, til rett tid*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Store Norske Leksikon (2015) *Perinatal dødelighet* (Publisert:24.01.14) [Internett] Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/perinatal_d%c3%b8delighet [Lest: 02.05.15]

Tjora, A. (2010) *Fra nysgjerrighet til innsikt – Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, 2.utg., Trondheim: Sosiologisk forlag

Trondheim kommune (2015) *Flyktinghelsetjenesten* (Oppdatert: 17.06.14) [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.trondheim.kommune.no/flyktning/> [Lest: 18.04.15]

Ulvund, I. (2010a) Fødselssmerte og smertelindring I: Brunstad, A. & E. Tegnander (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*, Oslo: Akribe

Ulvund, I. (2010b) Psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet I: Brunstad, A. & E. Tegnander (red.) *Jordmorboka – Ansvar, funksjon og arbeidsområde*, Oslo: Akribe

Vangen, S., Johansen, R.E.B., Sundby, J., Træen, B. & B. Stray-Pedersen (2004) Qualitive study of perinatal care experiences among Somali women and local health care professionals in Norway, *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 112: 29-35

Verdens helseorganisasjon (2015) *Reproductive Health* [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ [Lest: 04.02.15]

Wiklund, H., Aden, A.S., Högberg, U., Wikman, M. & L. Dahlgren (2000) Somalis giving birth in Sweden: a challenge to culture and gender specific values and behaviours, *Midwifery*, 16, 105-115

Wollett & Dosanjh-Matawala (1990) Postnatal care: the attitudes and experiences of Asian women in east London, *Midwifery*, 6:178-184

Yelland, J., Small, R., Lumley, J., Liamputtong Rice, P., Cotronei, V. & R. Warren (1998) Support, sensitivity, satisfaction: Filipino, Turkish and Vietnamese women's experiences of postnatal hospital stay, *Midwifery*, 14:144-154

VEDLEGG 1-5



Berit Berg
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 06.10.2014

Vår ref: 39763 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39763	<i>Innvandrerkvinnens møter med den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen. Kulturelle utfordringer, sårbarhet og tillit</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Berit Berg</i>
<i>Student</i>	<i>Kristine R Kojedal</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.04.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kristine R Kojedal kristine.kojedal@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39763

Formålet er å se på den sosiale fødsel i en sosiokulturell kontekst. Det er ønskelig å finne ut hvordan det oppleves for relativt nyankomne innvandrerkvinner å motta svangerskapsomsorg og fødselshjelp her i Norge.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Det tas høyde for at det vil kunne bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 15.04.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak

Request for participation in research project

"Immigrant women's experiences with the Norwegian maternity care. Cultural challenges, vulnerability and trust"

Background and purpose

My name is Kristine and I am writing a master thesis in Health Science at NTNU. I want to find out how newly arrived immigrant women feel about receiving prenatal care and antenatal care here in Norway. Therefore, I want to talk to some women, including you.

I hope that this study, with your help, can create an increased focus on this subject. And that we can provide more knowledge about how it is for immigrant women to meet maternity care in Norway.

Who I'd like to talk to?

I want to talk to immigrant women who are over 20 years and have a residence permit in Norway. You were either pregnant when you came to the country, or became pregnant within one to three years after arrival. It doesn't need to be your first pregnancy. We can communicate in English if that is preferable for you.

What will happen during the interview?

We will first find a suitable place where we can have a conversation in privacy about your experiences with the Norwegian maternity care. I will have with me a list of questions, and the interview will be recorded. I will also make some notes. The interview will take about 30-60 min.

Topics we will talk about are childbirth in your country, what it was like to be pregnant in Norway and what experiences you have with the Norwegian health care. I will ask if you experienced a cultural pressure, whether you met some cultural challenges, and how you found it to be a mother in Norway.

What happens to your information?

All personal information will be treated confidentially. It's just me and my supervisor who will have access to what you have said. What comes up during the interviews will not be traced back to you. Sound recording and written data will be kept locked in. Sound data and notes will be erased when the study is over and the thesis is going to be submitted April 2015. In the thesis everything you have said will be anonymous and you will not be recognized.

Voluntary participation

It is voluntary to participate in the study, and you can at any time withdraw your consent without giving any reason. If you withdraw, all that you have said will be deleted.

If you wish to participate or have any questions about the study, please contact graduate student Kristine R. Kojedal, mob.: 90525812, e-mail: kristine.kojedal@hotmail.com or professor/supervisor Berit Berg, 73592556, e-mail: berit.berg@svt.ntnu.no

The study is reported to the Privacy Ombudsman for Research, Norwegian Social Science Data Services. (Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.)

Consent for participation in the study

I have received information about the study and are willing to participate

(Signed by informant, date)

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Innvandrerkvinner møter med den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen. Kulturelle utfordringer, sårbarhet og tillit.”

Bakgrunn og formål

Jeg heter Kristine og skriver en masteroppgave i helsevitenskap ved NTNU. Jeg ønsker å finne ut hvordan det oppleves for relativt nyankomne innvandrerkvinner å motta svangerskapsomsorg og fødselshjelp her i Norge. Derfor ønsker jeg å snakke med noen kvinner, inkludert deg.

Jeg håper at denne studien, ved din hjelp, kan bidra til å sette et økt fokus på, og å gi mer kunnskap om, hvordan det er for innvandrerkvinner å møte svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge.

Hvem ønsker jeg å snakke med?

Jeg ønsker å snakke med innvandrerkvinner som er over 20 år og har oppholdstillatelse i Norge. Du skal enten ha vært gravid når du kom til landet, eller blitt gravid innen ett til tre år etter ankomst. Det trenger ikke være din første graviditet. Du må kunne kommunisere uanstrengt på norsk. Engelsk vil bli benyttet som hjelpespråk om mulig og nødvendig.

Hva vil skje under intervjuet?

Vi vil først finne et passende sted hvor vi kan ha en samtale i fred og ro om dine erfaringer med den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen. Jeg vil ha med meg en liste med spørsmål, og intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Jeg vil også gjøre noen notater. Intervjuet vil ta ca.30-60 min.

Temaer vi skal prate om er barnefødsler i ditt hjemland, hvordan det var å være gravid i Norge, hvordan du opplevde kontakten med norsk helsepersonell og om din bakgrunn og livssituasjon ble tatt hensyn til. Jeg vil spørre om du opplevde et kulturelt krysspress, om du møtte noen kulturelle utfordringer, og om hvordan du opplevde det å bli mor i Norge.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er bare jeg og min veileder som vil ha tilgang til det du har fortalt. Det som kommer frem under intervjuene vil ikke spores tilbake til deg. Lyddoptak og skriftlig datamaterialet vil bli oppbevart innelåst. Lyddata og notater vil bli slettet når studien er over og masteroppgaven er innlevert i april 2015. I masteroppgaven vil det som du har sagt være anonymisert og du vil ikke bli gjenkjent.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alt som du har sagt bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Kristine R Kojedal, mob.: 90525812, e-post: kristine.kojedal@hotmail.com eller professor/veileder Berit Berg, 73592556, e-post: berit.berg@svt.ntnu.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av informant, dato)

Interviewguide

Background information

1. In what country were you born?
2. What year were you born?
3. How many years have you lived in Norway?
4. What is your marital status? (Single, samboer, married, divorced, widow).
5. In which country is your partner / father of your children born?
6. What is your highest level of education? (Elementary, middle school, high school, higher education, 3-4 years, 5-6 years higher education.)
7. Are you working? School?
8. How many children have you given birth to?
9. In which year were the children born?
10. Where did the birth take place? (Country, city, institution)

Pregnancy and birth in the home country

11. Can you tell me in general about pregnancy and birth in your country? (Location of birth, midwife, respect, caring, rituals before and during birth, who is present, the father's role?)
12. What thoughts did you have about pregnancy and birth before you got pregnant?

Pregnancy and birth in Norway

13. Did you have any contact with the Norwegian health care system before pregnancy?
14. What did you think about giving birth in Norway? (Did you know anything about Norwegian antenatal care and maternity care in advance?)
15. Can you tell me about the antenatal care you received here in Norway, and how you experienced it? (General practitioner, gynecologist or midwife? Did you visit the maternity ward? Information material (which language?). Childbirth classes/svangerskapskurs?)
16. How did you experience (opplevde) the Norwegian healthcare system? (Respect for differences (culture, religion, rituals), care, safety, trust, kindness, communication, availability).

17. Can you tell me about the birth process, and how you experienced it? (Did you feel well received? Vulnerability, helplessness, insecurity, powerlessness, fear, loneliness? Did you experience something you felt was discriminatory? Did you feel that there was something missing? Something you missed? Use of pain relief?)

Relatives

18. Did you bring a relative to pregnancy-related meetings?
19. Did you have a relative with you during labor? (Who? Present in the room? Participating? Experience of care and support?)
20. Did your dependents ever assisted as an interpreter/translator/tolk? How did that work out?

Communication

21. How did you feel about the communication between you and the people working in the Norwegian healthcare system? (Did you feel that you could express yourself? Did you feel that you were heard? Misunderstandings?)
22. Was there a professional interpreters present during birth or other pregnancy-related meetings? (How did you experience this use of an interpreter? Did you trust this person?)

Barseltid/puerperium

23. Did you get the opportunity to conduct cultural rituals on the maternity ward if you wanted to? (Food, rituals.)
24. Do you remember how long you stayed in the maternity ward before you went home?
25. Did you join an arranged postnatal group (barselgruppe)? How did you find it?
26. Can you tell me a little about the period after childbirth? The first weeks home? (Support from the health care system? Feelings about becoming a mother in Norway? When did you go back to work?)

Summary

27. When you think back, is there anything you wish you knew before birth? Did you wish that you were better prepared? (When it comes to health services in Norway, is there anything you want to say to the Norwegian health professional? Things that could have been different?)
28. Is there anything else you would like to add? Questions?

Intervjuguide

Generell bakgrunnsinformasjon

1. I hvilket land er du født?
2. Hvilket år er du født?
3. Hvor mange år har du bodd i Norge?
4. Hva er din sivilstatus? (Singel, samboer, gift, skilt, enke.)
5. I hvilket land er din partner/faren til barna dine født?
6. Hva er din høyeste fullførte utdanning? (Barneskole, ungdomsskole, videregående skole, høyere utdanning 3-4 år, høyere utdanning 5-6 år.)
7. Er du i jobb? Går du på skole? Hjemmeværende?
8. Hvor mange barn har du født?
9. I hvilke(t) år ble barn(a) født?
10. Hvor fant fødselen(e) sted? (Land, by, institusjon)

Svangerskap og fødsel i hjemlandet

11. Kan du fortelle meg om svangerskap og fødsel i ditt hjemland (generelt)? (Sted for fødsel, fødselshjelper, respekt, omsorg, ritualer før og under fødsel, hvem er til stede, fars rolle?)
12. Hvilke tanker hadde du omkring fødsel før du selv ble gravid?

Svangerskap og fødsel i Norge

13. Hadde du hatt kontakt med det norske helsevesen før svangerskapet?
14. Hva tenkte du om det å skulle føde i Norge? (Visste du noe om norsk svangerskap- og fødselsomsorg på forhånd?)
15. Kan du fortelle meg om svangerskapsomsorgen du mottok her i Norge, og hvordan du opplevde den? (Fastlege, gynekolog eller jordmor? Omvisning på fødeavdeling? Informasjonsmateriell (hvilket språk?). Svangerskapskurs?)
16. Hvordan opplevde du møtet med norsk helsepersonell? (Respekt for ulikheter (kultur, religion, ritualer), omsorg, trygghet, tillit, vennlighet, kommunikasjon, tilgjengelighet).
17. Kan du fortelle meg om fødselsforløpet, og hvordan du opplevde det? (Følte du på; sårbarhet, hjelpeløshet, usikkerhet, avmakt, redsel, ensomhet? Opplevde du noe du følte var diskriminerende? Tenkte du at det var noe som manglet, noe du savnet? Tilbud om smertestillende?)

Pårørende

18. Hadde du med deg en pårørende på svangerskapsrelaterte møter?
19. Hadde du med deg en pårørende under fødsel? (Hvem? Tilstede? Deltakende? Opplevelse av støtte og omsorg.)
20. Bistod dine pårørende noen gang som tolk? Hvordan fungerte det synes du?

Kommunikasjon

21. Hva følte du omkring det å kommunisere med norsk helsepersonell? (Fikk du uttrykt deg? Følte du at du ble hørt? Misforståelser?)
22. Ble det brukt profesjonell tolk under fødsel eller andre svangerskapsrelaterte møter? (Hvordan opplevde du bruken av tolk? Stolte du på vedkommende? Synes du tolken gjorde en god jobb?)

Barseltid

23. Fikk du anledning til å gjennomføre kulturelle ritualer på føde/barselavdelingen, hvis du ønsket det? (Mat, ritualer.)
24. Husker du hvor lenge du lå på barselavdelingen før du dro hjem?
25. Ble du med i en barselgruppe? Hvilke erfaringer hadde du med den?
26. Kan du fortelle med litt om tiden etter fødselen/barseltiden hjemme? (Tiden hjemme, tilbake i jobb?, oppfølging fra helsevesenet, følelser rundt det å bli mor i Norge.)

Avslutning

27. Når du tenker tilbake, er det noe du skulle ønske du visste før fødselen? Er det noe du ønsker du var bedre forberedt på? (Når det gjelder helsetilbudet i Norge. Er det noe du vil si til norsk helsepersonell? Ting som kunne vært annerledes?)
28. Er det noe mer du ønsker å tilføye?
29. Spørsmål?