

Innvandrerkvinneres erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge - en kvalitativ studie

Hilde Egge, Kristine Kvellestad og Kari Glavin

Hilde Egge, høyskolelektor, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo
hilde.egge@vid.no

Kristine Kvellestad, tjenesteutvikler, Grorud helsestasjon, Oslo

Kari Glavin, professor, VID Vitenskapelige Høgskole, Oslo

Abstract

Immigrants' experiences of pregnancy, childbirth and the postnatal period in Norway - a qualitative study

Right to equal healthcare is statutory in Norway, but there is little knowledge of immigrant women's experiences of health- and welfare services during pregnancy and the postnatal period. Immigrant women are at higher risk for a number of complications related to this period. The purpose of this study was to acquire deeper insight into immigrant women's needs and experiences during their pregnancy, childbirth and the postnatal period in Norway. The study has a qualitative design using in-depth interviews with immigrant women during pregnancy and the postnatal period. The results are divided into four categories; networks, health professionals have different approaches, the father's role, and knowledge and information. Results show that language is an important prerequisite for equitable and culture-sensitive health services. Mutual understanding has to be established for the woman's needs to be met and to experience co-determination and recognition. More attention to the father's role is suggested.

Keyword/nøkkelord

*equal healthcare; immigrant women; qualitative design; birth; postnatal period
likeverdige helsetjenester; innvandrerkvinner; kvalitativt design; fødsel;
barseltid*

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4295>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

I Stortingsmelding nr. 12, En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg (St.meld. nr. 12. (2008–2009) 2009) hevdes retten til likeverdige helsetjenester for gravide og fødende kvinner. Grupper med særlige behov, herunder kvinner med innvandrerbakgrunn, skal prioriteres.

Med likeverdige helsetjenester menes at alle skal ha lik tilgang til tjenestene, uavhengig av økonomiske, organisatoriske og språklige barrierer, at individuelle behov skal dekkes og at helsetilbudet skal utvikles med stor nærhet til brukerne (Helse-og omsorgsdepartementet 2013). Økt mangfold i befolknings-sammensetningen gir helsearbeidere en utfordring i forhold til å gi hver enkelt innbygger tilpassede tjenester. Ved inngangen til 2017 utgjorde innvandrere 33 prosent av Oslos befolkning, mens andelen varierer på bydelsnivå fra 17% til over 50% (SSB 2017). For mange nyankomne innvandrerkvinner blir svangerskap og fødsel deres første møte med norsk helsevesen.

Målrrettede virkemidler skal tas i bruk mot denne brukergruppens behov, og tiltak skal iverksettes for å møte innvandrernes særlige utfordringer. Hva pasienter med ulik innvandrerbakgrunn opplever som god og tilstrekkelig helse- og omsorgstjeneste, og hvilke forventninger de har til tjenesteapparatet, er det imidlertid liten kunnskap om (Helse-og omsorgsdepartementet 2013).

Studier viser at innvandrerkvinner har høyere risiko for en rekke komplikasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid, som lav fødselsvekt, for tidlig fødsel, perinatal dødelighet og medfødte misdannelser. Risikoen var signifikant mindre i land med en god integreringspolitikk (Bollini, Pampallona, Wanner og Kupelnick 2008). En svensk studie finner sammenheng mellom kort botid i landet og risiko for både for tidlig og for sen fødsel (Khanolkar, Wedrén, Essén, Sparén og Koupil 2015). Andre internasjonale studier viser økt risiko blant innvandrerkvinner for keisersnitt (Janevic et al. 2014) og barseldepresjon (Falah-Hassani, Shiri, Vigod og Dennis 2015; Hennegan, Redshaw og Kruske 2015; Kingston et al. 2011). En norsk studie viser til dobbelt så mange dødfødsler blant ikke-vestlige fødende sammenlignet med vestlige fødende (Saastad, Frøen og Vangen 2007).

Høyere risiko for komplikasjoner blant fødende kvinner med innvandrerbakgrunn kan tyde på at helse- og velferdstjenestene i for liten grad er tilpasset denne målgruppen, og Stortingsmelding nr. 12 (St.meld. nr. 12. (2008–2009), 2009) peker altså på et behov for å gjøre disse tjenestene mer likeverdige og kultursensitive. Kultur defineres av Magelssen som «de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av et samfunn» (2008 s.15), og omfatter både en kognitiv, affektiv og psykomotorisk dimensjon. Kultursensitivitet handler om å møte andre mennesker med både følelser og

fornuft, - det handler om å ha en fordomsfri, aksepterende og lyttende innstilling i tillegg til en evne til empati. En sensitiv kommunikasjon innebærer bruk av flere sanser for å fange opp intensjonen bak de konkrete ordene (Magelssen 2008).

Kvinner i svangerskap og barseltid er i utgangspunktet i en sårbar fase hvor kropp og sinn er i stadig endring (Birss 2018). Når de da samtidig skal integrere seg i et nytt samfunn vil de være utsatt for det sosiologen Aron Antonovsky kaller stressorer, faktorer som leder til stress, og som kan påvirke helseutviklingen (Antonovsky 2012). Et sentralt begrep i Antonovskys salutogene teori er generelle motstandsressurser (GMR). Interne motstandsressurser kan være god selvfølelse, intellektuell kapasitet, god fysisk form og materielle ressurser. Eksterne motstandsressurser kan være sosial støtte som venner, familie, naboer og samfunnsmessige strukturer i form av velferdsordninger. Generelle motstandsressurser bidrar til mestring som igjen fører til bedre helse. Det andre sentrale begrepet i Antonovskys mestringsteori er «Opplevelsen av sammenheng» (OAS) (Antonovsky 2012). OAS innbefatter begrepene forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet og uttrykker i hvilken grad en innehar en grunnleggende tillit til at indre eller ytre stimuli er forklarlige, at en har ressurser til å håndtere dem og at det vil kjennes meningsfylt å engasjere seg i utfordringene.

Med erfaringsbakgrunn fra helsestasjonstjenesten, har vi ønsket å få brukerkunnskap om hvordan vi best kan gjøre tjenestene mer likeverdige og kultursensitive, med bakgrunn i innvandrerkvinnens mestring av foreldrerollen i et fremmed land. Hensikten med denne studien var derfor å få en dypere innsikt i innvandrerkvinnens behov og erfaringer gjennom svangerskap, fødsel og barseltid i Norge.

Metode

Studien har et kvalitativt design med individuelle dybdeintervjuer som metode. Dette er en egnet metode for å få frem deltakerens opplevelser og erfaringer. Metoden gir også mulighet til oppfølgingsspørsmål og utdyping (Malterud 2017). Det ble utarbeidet to intervjuguider som hjelp til å føre intervjuene fremover. Intervjuguiden for de gravide kvinnene inneholdt demografiske data og erfaringer med å være gravid i Norge. Intervjuguiden i oppfølgings-intervjuet omhandlet oppholdet på sykehuset, barseltiden hjemme og erfaringer med helsestasjonen. Oppfølgingssspørsmål ble stilt ved behov.

Utvalg

Inklusjonskriterier var kvinner med innvandrerbakgrunn. De skulle være født utenfor Norge og selv ha innvandret hit. Kvinnene skulle være gravide, gå til svangerskapsoppfølging hos jordmor på helsestasjonen og planlegge å føde i

Norge. Jordmor på helsestasjonen rekrutterte kvinnene i svangerskapet ved å informere muntlig om studien og dele ut informasjonsskriv. Ingen av forskerne var kjent med kvinnene fra før. Forskerne fikk navn og telefonnummer til de som var interessert i å delta i studien, og kontaktet kvinnene for intervjutidspunkt på helsestasjonen. Til sammen 16 gravide passet inklusjonskriteriene. Av disse svarte åtte ja, tre nei, og fem fikk vi ikke kontakt med. For å få kvinnenes erfaringer gjennom hele forløpet med nærhet i tid valgte vi å intervjuer kvinnene både i svangerskap og etter fødsel.

Åtte kvinner mellom 24 og 42 år ble intervjuet i svangerskapet. Alle var gift, men ingen av kvinnene hadde egen familie i Norge utenom mannen. To hadde svigerfamilie her. Fire av kvinnene var førstegangsfødende, mens de andre hadde ett eller to barn fra før. En av kvinnene hadde gjennomgått en spontanabort omtrent halvveis i forrige svangerskap. Kvinnene hadde vært relativt kort tid i Norge på intervjutidspunktet (median 3 år), bortsett fra kvinnen som hadde flyktet til Norge for rundt 14 år siden. Fire av deltagerne i studien kom opprinnelig fra ulike land i Afrika, mens de øvrige fire kom henholdsvis fra Sør-Asia, Midtøsten, Latin-Amerika og Europa. De fleste hadde kortere, eller lengre opphold i andre land før de kom til Norge, mens tre av kvinnene kom direkte hit. Fire av kvinnene hadde høyere utdanning fra universitet eller lignende. To hadde fullført videregående, mens det for to av kvinnene var uklart rundt utdanningen. Fire av kvinnene hadde jobb, to var uten jobb, mens for to mangler denne informasjonen. En kvinne hadde keisersnitt mens de andre hadde vaginal fødsel.

Datainnsamling

De åtte kvinnene ble intervjuet første gang i svangerskapsuke 28-35 med et oppfølgingsintervju seks uker til tre måneder etter fødselen, da det ikke passet for alle å komme akkurat seks uker etter fødselen. En kvinne var ikke mulig å få tak i til andre gangs intervju, slik at det totalt ble gjennomført 15 individuelle intervjuer. Alle intervjuene ble gjennomført på helsestasjonen hvor kvinnene var kjent. Artikkelforfatterne vekslet på å gjennomføre intervjuene, og på 12 av dem var to forfattere til stede. Fem av kvinnene trengte tolk i intervjusituasjonen. Intervjuene varte mellom 37 og 78 minutter. Det ble benyttet lydopptaker og intervjuene ble transkribert ordrett.

Dataanalyse

Data ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim og Lundman 2004). Alle forfatterne var involvert i analysen av intervjuene for å oppnå en felles forståelse og for å styrke troverdigheten. De transkriberte intervjuene ble gjennomlest flere ganger og meningsbærende enheter ble identifisert. Teksten ble forkortet til kondenserte meningsenheter som ble abstrahert og kodet.

Kodene ble kategorisert i underkategorier som så munnet ut i fire hovedkategorier. Eksempel på analyseprosessen er fremstilt i tabell 1.

Tabell 1: Eksempel på analyse

Meningsbærende enhet	Kondensering	Kode	Underkategori	Hovedkategori
.. jeg tenker at hun sitter der for å hjelpe meg (jordmor), så det var lett for meg å ta opp ting med henne	Lett å ta opp ting med jordmor	Åpen atmosfære	Anerkjennelse	Ulik tilnærming fra helsepersonell
Og etter jeg og legen planla keisersnitt....	Samarbeid med legen	Bruker-medvirkning		
I was also feeling pain, but they said everything was OK. So... I... They gave us a taxi and I was brought home.	I was feeling pain, but they did not listen	Lukket atmosfære	Ignorering	

Etiske hensyn

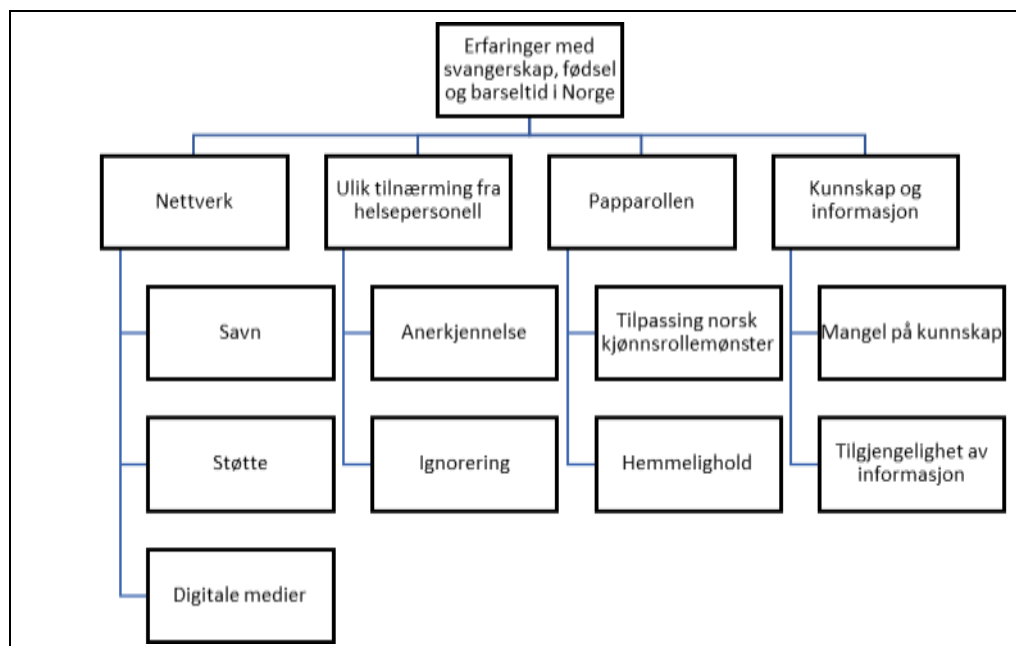
Det har i rekrutteringsprosessen vært lagt stor vekt på å gi hver enkelt deltaker tilstrekkelig og forståelig informasjon om prosjektet muntlig, om nødvendig med tolk, og skriftlig på eget morsmål, slik at de kunne ta en informert beslutning om deltagelse. Informasjonsskrivet inneholdt opplysninger om studien, anonymisering, frivillig deltagelse og retten til å trekke seg. Det ble presisert overfor deltakerne at det ikke var noen sammenheng mellom deres deltagelse i studien og tjenestene de mottok.

Det var tolk til stede under intervjuene når kvinnen ikke behersket norsk eller engelsk. Tolken var ukjent for kvinnene. Det ble tatt høyde for at noen kvinner kunne ha traumatiske erfaringer fra svangerskap -, fødsel og barselperioden som ennå ikke var tilstrekkelig bearbeidet, og bydelens jordmødre og helsesøstre ville følge opp sine brukere dersom noen av kvinnene skulle få sterke emosjonelle reaksjoner i forbindelse med intervjuet. Ingen av kvinnene fikk reaksjoner. Studien ble fremlagt for REK og ble vurdert til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde (2014/1330). Studien er meldt til NSD som har tilrådd at studien gjennomføres (39607).

Resultat

Studiens hensikt blir på bakgrunn av analysen av kvinnenes erfaringer med svangerskap, fødsel og barseltid i Norge besvart gjennom de fire kategoriene;

nettverk, ulik tilnærming fra helsepersonell, papparollen, kunnskap og informasjon (fig. 1).



Figur 1: Innvandrerkvinnens erfaringer med svangerskap, fødsel- og barseltid i Norge.

Nettverk

Å flytte til et nytt og fremmed land, noen også som gravide, innebar tap av nærkontakt med familie og venner. Å ikke kjenne noen, og heller ikke forstå språk og systemer bidro, sammen med savnet av sine nærmeste, til at enkelte av kvinnene gikk inn i et lavt stemningsleie en periode etter ankomst. Enkelte av kvinnene i studien kom alene til Norge for å bo sammen med en mann som allerede hadde bodd i landet i mange år, som hadde jobb, lært seg språket og hadde etablert et sosialt nettverk. Kvinnene hadde god nytte av at mannen kunne språket, men opplevde det vanskelig å gli inn i mannens vennekrets. Til tross for at de var fra samme land, kunne de ha forskjellige dialekter, ulik bakgrunn og sosial rang; «Ja, det var ikke mine venner egentlig, så det var ikke så lett at de bare skulle bli venner med meg bare på grunn av mannen min....» Kvinner som kom til Norge sammen med sin mann hadde en å dele sin forhistorie og erfaringer med, og de hadde begge samme utgangspunkt når de skulle gjøre seg kjent med språk og norske forhold. De jobbet seg gjennom vanskelighetene sammen.

Enkelte av familiene hadde opplevd hyppig flytting mellom ulike asylmottak, også under svangerskapet, og siden mellom ulike byer, noe som hadde vanskeliggjort opprettelse av kontaktnett. At kvinnene ikke hadde egen familie i Norge utgjorde et stort savn som ble erstattet av mann, barn, venninner eller

andre; «*Den tryggheten de (familien) kan gi, kan ingen andre gi*». Mange av kvinnene fremhevet familien, og spesielt de eldre kvinnene, som de viktigste støttespillerne i forbindelse med fødsel og barseltid i hjemlandet. En latinamerikansk kvinne fortalte at mødrene alltid kom for å hjelpe til med husstellet etter døtrenes fødsel der hvor hun kommer fra. Da hun selv fikk sin første datter etter å ha flyttet til Vest-Europa, kom moren og bodde hos henne i 2,5 måneder. En annen kvinne fortalte at det i hennes hjemland er vanlig at gifte kvinner flytter inn hos mannens familie, og der lever under stor innflytelse av svigermor, på godt og vondt, - også når det gjelder familieforøkelse; «*Mammaen til mannen din sier hva du skal gjøre, og da skal du gjøre det.*» «*Ja, de bor i samme hus, og da bruker du liksom erfaring fra moren til mannen din.*»

Flere av kvinnene kom fra land med relativt høy spebarns- og mødredødelighet, og fryktet både fødselssmerter, døden, ikke å bli forstått og ikke å skulle klare seg i barseltiden uten familien rundt seg. En mor fortalte at mye tid alene med en datter som sov lite og ville ha mat hele tiden bidro til depresjon etter forrige fødsel. Mange vonde minner dukket opp fra hjemlandet hvor hun hadde vokst opp med langvarig krig og konflikt. I tillegg var hun svært redd for at hun skulle falle med datteren på armen og slik forårsake datterens død. Hun orket ikke å ta dette opp på helsestasjonen, da det var så mye hun måtte fortelle om tidligere vonde opplevelser for at de skulle kunne forstå hvordan hun hadde det. Hun forsøkte å hjelpe seg selv ved å gå turer og snakke med mannen, som hjalp til det han kunne.

En av kvinnene prøvde seg i barselgruppe etter forrige svangerskap, men samtalen gikk for fort, og når kvinnen prøvde å bidra, var samtalen over på et annet tema. Ingen av kvinnene hadde deltatt på barselgrupper etter denne fødselen. De som hadde fått tilbud syntes det ble for vanskelig med språket. Informantene hadde ellers fått venner gjennom skole, jobb eller kirketilhørighet.

Utviklingen av digitale medier mente kvinnene hadde hatt en revolusjonerende effekt på mulighetene for kontakt med familie og venner i hjemlandet. Tidligere gikk store deler av lønningene til telefonregninger og frimerker, mens de nå holdt kontakten gratis via Skype.

Ulik tilnærming fra helsepersonell

Alle informantene følte seg godt ivaretatt av det norske helsevesenet, men kunne likevel fortelle om ulike tilnæringsmåter. Kvinnene foretrakk å snakke med jordmor om svangerskapet framfor fastlegen, da «*jordmor er opptatt av det kvinner er opptatt av, og har spesialkunnskap om svangerskap og fødsel*». De møtte oppmerksomhet hos jordmor for den situasjonen de var i, og syntes dessuten det var lettere å spørre jordmor fordi hun hadde bedre tid. De erfarte at jordmor ga god oppfølging. Hvordan en av kvinnene beskrev at hun og legen planla keisersnitt sammen illustrerer opplevelsen av anerkjennelse.

Det fremkom imidlertid også historier om ignorering. En av kvinnene kunne fortelle at hun i sitt forrige svangerskap ble bedt om å dra hjem fra sykehuset etter indusering av fødselen med beskjed om at det ville gå lang tid før det skjedde noe, og at hun bare kunne komme tilbake hvis riene startet. Kvinnen hadde sterke smerter, var uten bil og nektet å sette seg på bussen hjem. Mannen ble i tillegg ringt etter for sent, og kvinnen måtte føde alene. En annen kvinne opplevde i et tidligere svangerskap i Norge at fosteret døde noen dager etter at hun hadde fått beskjed på sykehuset om at alt var bra. Hun fortalte at hun tross dette opplevde å få god oppfølging og omsorg i etterkant, både på sykehuset og på helsestasjonen, og at hun var glad det skjedde i Norge. Etter denne siste fødselen fikk alle mødrene tett oppfølging fra helsesøster og bekymret seg lite. De satte pris på hjembesøk, all informasjonen fra helsesøster, de hyppige konsultasjonene og at helsestasjonen lå i nærområdet.

Papparollen

Noen av deltagerne i studien fortalte at de kom fra land hvor det ikke var sosialt og kulturelt akseptert for menn å delta under fødselen og i barseltiden. Som oftest var det mor, søster, svigermor eller andre kvinner i familien som hadde og tok dette ansvaret. Kvinnen fra Sør-Asia fortalte at det i hennes hjemland var forventet at mennene trakk seg helt tilbake, eller forlot huset når fødselen begynte. Mennene ble da vanligvis borte i flere dager. Deres rolle ble hovedsakelig å skaffe penger til familien, mens kvinnene i familien samlet seg rundt moren og det nyfødte barnet. En kvinne fra Midtøsten sa at hun trodde mange menn egentlig ville valgt å bli med på fødselen hvis det hadde vært sosialt akseptert, og at mannen hennes ikke hadde noen problemer med å være med her i Norge; «*Mannen min var med meg når jeg fødte begge sønnene mine. Det ville ikke skjedd i*».

Kvinnene opplevde at de blivende pappaene raskt tilpasset seg det norske kjønnsrollemønsteret. De hjalp mer til enn mennene i hjemlandet, og viste mer forståelse for kvinnens tilstand og behov enn hva som er vanlig der de kommer fra. Kvinnene opplevde at de kunne snakke med mannen sin om vanskeligheter i svangerskapet. De ble med til jordmor og de deltok under fødselen. I noen av kulturene kvinnene kom fra var dette veldig fremmed, og de fortalte at noen menn ikke fortalte familien sin om det; «*Han syntes det var greit å være med på fødselen. Han har aldri sagt det til familien, for det er tabu.*» Etter hjemkomst fra sykehuset bisto de med å bade barnet, kontaktet helsestasjonen, og erstattet familien så godt de kunne. Mødrene var godt fornøyde med at mannen stilte opp, og de syntes det var bra med pappapermisjon etter fødselen. De opplevde at dette var noe de var sammen om.

Kunnskap og informasjon

Språket var en utfordring for kvinnene, og de åtte informantene var på ulike nivåer når det gjaldt å mestre dette. Noen gikk på norskkurs, og noen ble «tvunget» til å snakke norsk med sine «norske» barn eller på jobb. Andre mistet muligheten til å lære seg norsk på jobb fordi det meste foregikk på engelsk. De syntes det var lettere å forstå norsk enn å snakke selv, men sa det kom litt etter litt.

Informasjon og kunnskap om svangerskap og fødsel hentet kvinnene fra internett, bøker og brosjyrer på engelsk og norsk. De kvalitetssikret informasjonen de fant på nettet med jordmor. Fra helsevesenet likte de best å få informasjonen både muntlig og skriftlig, for da kunne de finne tilbake til ting de hadde glemt. Mennene hjalp til med å oversette hvis informasjonen var på norsk. Det ble uttrykt ønske om mer informasjon oversatt til engelsk. Kun en av kvinnene hadde fått omvisning på sykehuset før fødselen, noe som skyldtes at hun gikk til oppfølging der for høyt blodtrykk.

Noen av kvinnene fortalte at de kommer fra land hvor mange ikke har grunnleggende kunnskap om sin egen kropp og reproduktive helse, og hvor det også er tabu å snakke om disse temaene; «*Ja, du blir gift, også vet du ikke hva du skal gjøre med mannen din når du blir gift. Det er jo forferdelig. Du må jo vite, ikke sant?*» Det lille de visste hadde de ofte lært fra de eldre kvinnene i familien, eller svigermor. En av informantene fikk, som en av få jenter på den tiden hun vokste opp, ta høyere utdanning ved et universitet i hjemlandet. Likevel kjente hun ikke til kvinners anatomiske forhold før hun selv skulle føde; «*Ingen forteller deg hvordan kroppen fungerer, ikke på universitetet heller*», sa hun. Kvinnene som fikk tilbud om tolk under fødselen, hadde takket nei. De ønsket heller å bruke mannen i en så intim situasjon, mens de på konsultasjoner på helsestasjonen syntes det var bra med tolk. Venninner ble også brukt som tolk.

Det fremkom under intervjuene at ikke alle kvinnene kjente til velferdsordninger som permisjon med lønn, fødselspenger, sykepenger og barnetrygd, og om de kjente til dem kunne det være en utfordring å få tilgang til ordningene. En av kvinnene beskrev prosessen med å søke penger fra NAV (Arbeids- og Velferdsetaten) som stressende og komplisert; «*Så du går dit som en blind person (ler litt). Du vet ikke hvor du skal gå*». For en annen av kvinnene kom informasjonen for sent i svangerskapet, slik at hun tross dårlig form sto i sitt arbeid helt frem til fødselspermisjonen og måtte ha hjelp av mannen sin til å utføre det. Kvinnene ønsket også mer informasjon om oppfølging etter fødselen og tilbud i barseltiden.

Diskusjon

Nettverk

Som gravide kvinner i fremmed land, savnet kvinnene nettverket sitt i hjemlandet. De savnet den praktiske hjelpen som var vanlig å gi hverandre, og de savnet kunnskapen som var vanlig å få fra de eldre kvinnene i familien ved at de delte sine mange fødselserfaringer. Uten familien rundt seg var de bekymret for fødselssmerter, om de ville dø under fødselen, om de ville klare å gjøre seg forstått og om de ville klare å ta vare på barnet etter fødselen. Tidligere hendelser kunne være med å sette sitt preg på svangerskapet og fødselen.

Fødselsforberedende kurs som i Norge tilbys på helsestasjonen, sykehuset eller privat, ofte med omvisning på føde - og barselavdelingen, kunne være et tiltak som kunne erstatte nettverket de savnet, både den sosiale siden ved det og kunnskapsdelingen. Kun en av våre informanter hadde imidlertid benyttet seg av dette tilbudet. Disse kursene holdes i de aller fleste tilfellene på norsk, noe som gjør det vanskelig for mange nyankomne innvandrere å delta. I tillegg har de gjerne en dyr kursavgift. Flere av kvinnene i studien har bakgrunn fra land med en tydelig kjønnsrollefordeling hvor kun familiens kvinner er involvert i fødsel- og barseltid. Spesielt i den muslimske kulturen er det liten aksept for samhandling mellom menn og kvinner (Ververda og Ismail 2017), og tilgangen for menn på svangerskapskurs kan hindre kvinner i å takke ja til dette tilbudet (Higginbottom et al. 2015). Egne fødselsforberedende kurs for innvandrerkvinner med tolk anbefales (Glavin og Sæteren 2016; Higginbottom et al. 2015). På steder hvor det ikke arrangeres svangerskapsforberedende kurs kunne organiserte besøk på fødeavdelingen med følge og tolk være et mulig tiltak.

Kvinnene i vår studie fortalte at de eldre kvinnene i familien er viktige støttespillere under og etter fødselen i deres kultur, og at det er et større fokus på mor enn barnet etter fødsel. Dette bekreftes i studien til Glavin og Sæteren (2016) hvor de somaliske kvinnene beskriver hvordan mor får hvile etter fødselen ved at familien lager mat, vasker og passer barn. Den sosiale isolasjonen i fremmed land står i sterk kontrast til den oppfølgingen som vanligvis gis i hjemlandet i barseltiden, og kan medvirke til utvikling av psykososiale problemer. Kultursensitive helsesøstre spiller en avgjørende rolle i møte med disse kvinnene (Higginbottom et al. 2015; Ververda og Ismail 2017).

Gratis kontakt med familien via digitale medier kan bidra positivt til å forhindre ensomhet, men kan samtidig ha en negativ effekt hvis det medfører en nedprioritering av å knytte nye kontakter. Språkbarrieren vanskeliggjør mulighet for å etablere nytt nettverk samtidig som innlæring av fremmed språk forutsetter samtalepartnere. I Glavin og Sæterens (2016) studie konkluderes med at kvinnene burde deltatt i barselgruppe for bedre integrering og for å få muligheter til kontakt med norske kvinner. Sosial støtte og vennskap er i følge Antonovsky

(2012) eksterne motstandsressurser som bidrar til mestring og dermed bedre helse. Oppretting av kontakt er imidlertid ikke så lett når de ikke klarer å delta i samtalen, noe en av våre informanter hadde tidligere erfaring med. Språkproblemer var begrunnelsen for at ingen av kvinnene i vår studie hadde deltatt på barselgruppe etter denne fødselen. Deres integrering foregikk ved hjelp av venner gjennom skole, jobb eller kirketilhørighet. Her får de hyppig og jevnlig språktrening istedenfor mer sporadisk i en barselgruppe. Når språket ikke lenger er en hindring for kontakt, kan tverrkulturelle barselgrupper være et godt tilbud. Som et rent støttetiltak i en vanskelig livsfase, kan barselgrupper med kvinner fra samme kultur være et helsefremmende tiltak.

Ulik tilnærming fra helsevesenet

Informantene fortalte at de stort sett følte seg godt ivaretatt gjennom hele svangerskaps- og fødselsforløpet i Norge. Positive erfaringer med helsevesenet er i studier forbundet med å bli behandlet med godhet og respekt og bli tatt på alvor med sine bekymringer (Small et al. 2014). Til tross for enkeltstående opplevelser med feilvurderinger i tidligere svangerskap, ga kvinnene uttrykk for å ha blitt tatt på alvor i det norske helsevesenet, noe som ifølge Robertson (2015) kan ha en direkte helsefremmende effekt. God selvfølelse er nevnt som en av Antonovskys interne motstandsressurser som gjennom bedre mestring bidrar til bedre helse (Antonovsky 2012). Når kvinnene i Robertsons (2015) studie ble møtt med tillit og omsorg av helsepersonalet økte selvtilliten, og gjorde dem i stand til å hente fram sine egne ressurser.

En av informantene opplevde i et tidligere svangerskap i Norge å ikke bli tatt på alvor da hun med sterke smerter ble bedt om å dra hjem fra sykehuset. Ufølsomhet hos personalet for innvandrerkvinner fødselssmerte beskrives også i andre studier (Small et al. 2014). Dette er uforenlig med jordmødrenes yrkesetiske retningslinjer som sier at jordmødre skal ivareta kvinnenes psykologiske, fysiske og emosjonelle behov. Omsorgen skal ytes med respekt for kulturelt mangfold, og i relasjonen mellom jordmor og kvinne skal brukermedvirkning vektlegges (Den norske jordmordforening 2016). En slik tilnærming går også på tvers av Antonovskys helsefremmende teori hvor positiv respons på uttrykte behov som uttrykk for anerkjennelse er viktig for at livet skal kjennes meningsfylt (Antonovsky 2012).

At våre informanter gjennomgående opplevde seg respektfullt og godt ivaretatt av helsevesenet står i kontrast til flere internasjonale studier hvor innvandrerkvinner forteller om umyndiggjøring i forhold til keisersnitt, sårende kommentarer i forhold til omskjæring, og konflikter knyttet til atferd i barseltiden (Higginbottom et al. 2015; Small et al. 2014). Andre studier forteller om vanskeligheter med å følge egne tradisjoner på sykehuset med hensyn til mat og ikke dusjing etter fødsel (Small et al. 2014). Noen er også blitt møtt med negative holdninger til å føde mange barn (Glavin og Sæteren 2016). En mulig

årsak til at tilsvarende erfaringer ikke ble fanget opp i vår studie kan være at våre informanter representerte stor bredde i kulturbakgrunn, og dermed ulike forventninger, men det kan også skyldes den senere tids økte fokus på innvandrerkvinnens behov, og bevisstgjøring og kompetanseheving i kjølvannet av dette hos helsepersonell.

Kvinnene i studien uttrykte stor tilfredshet med helsestasjonstilbudet, noe som samsvarer med erfaringer i en annen norsk studie (Glavin og Sæteren 2016). Men til tross for at kvinnene i Glavin og Sæterens studie fremhever helsesøster som en snill og god person, og sammenligner henne med en søster de hadde kjent i mange år, fremkommer det at helsearbeideres manglende kulturelle sensitivitet kan føre til at kvinner ikke ber om hjelp. En mor i vår studie unnlot å ta opp sin depresjon med helsesøster fordi den hadde sitt utgangspunkt i mange tidligere opplevelser som var en forutsetning å kjenne til for å forstå morens reaksjoner. Kulturell sensitivitet innebærer å åpne opp for den historien og forståelsen av den som kvinnene har med seg i bagasjen fra hjemlandet (Jareg og Pettersen 2006).

Å oppsøke hjelp kan i noen kulturer være skambelagt eller uttrykk for svakhet. Mange innvandrerkvinner har dessuten verken kunnskap om eller ord for depresjon og er dermed ikke i stand til selv å oppfatte symptomene på det. Ulike kulturer kan dessuten ha ulike uttrykk for samme tilstand. Der hvor somaliske kvinner klager over at de er slitne, kan tyrkiske kvinner klage over hodepine. For noen er depresjon en straff fra Gud. Det kan derfor være vanskelig for helsepersonell å fange opp symptomer på depresjon. Ved å stille spørsmål og være gode til å lytte kan helsepersonell få innsikt i kvinnenes kulturelle bakgrunn, deres tanker og erfaringer (Ververda og Ismail 2017). Tidspress hos helsepersonell kan imidlertid være et hinder for å snakke om følelser (Higginbottom et al. 2015), og særlig hvis tilstanden har sin bakgrunn i en lang forhistorie som hos vår informant. Behov for utvidet konsultasjonstid bør vurderes. For en god psykososial oppfølging er det i tillegg til forståelse for den kulturelle manifestasjonen og den kulturelle konteksten for barseldepresjon viktig med god tverrfaglig kommunikasjon (Higginbottom et al. 2015).

Et nyttig verktøy til å fange opp barseldepresjon hos kvinner er EPDS-skjema (Edinburgh Postnatal Depression Scale). EPDS er et enkelt spørreskjema som tar utgangspunkt i hvordan kvinnen har følt seg de siste syv dagene, - om hun har ledd, gledet seg til ting, vært lei seg, grått osv. og er en inngangsport til å snakke om følelser. Skjemaet er oversatt til flere språk og er brukt i flere internasjonale studier for å identifisere barseldepresjon hos innvandrerkvinner (Ganann, Sword, Thabane, Newbold og Black 2016; Løvlie og Madar 2016). For å sikre korrekt forståelse er det også her viktig å vurdere behovet for tolk.

Papparollen

For mange av kvinnene i vår studie viste det seg unødvendig å bekymre seg for hvordan de ville klare seg på egenhånd etter fødselen uten familien rundt seg. De nybakte pappaene tok på seg nye oppgaver i nytt land, og gjorde sitt beste både med å erstatte savnet av familien og å utføre de tradisjonelle praktiske kvinneoppgavene. Uavhengig av kulturell og religiøs tilhørighet opplevde informantene at mennene raskt tilpasset seg den norske papparollen, og ble en deltagende, støttende og involverende mann som de kunne snakke med om hvordan de hadde det. At fedrene i ganske stor grad påvirkes av normer, verdier og forventninger til papparollen i det nye landet de bor i, og inntar en mer aktiv og tilstedeværende farsrolle enn mange ville blitt forventet å ta i hjemlandet bekreftes også i andre studier (Taniguchi, Shimada, McIntyre 2015; Ny, Plantin, Dejin-Karlsson og Dykes 2008). Mennene inntar med dette en ny posisjon som ikke nødvendigvis er verdsatt av familien i hjemlandet, og som det kanskje kunne være behov for et støttende mannsnettverk for. En pappa-gruppe for innvandrerfedre hvor de kan være til gjensidig støtte for hverandre vil være et helsefremmende tiltak også for mor, da fars rolletilpasning har stor betydning for mors håndtering av sin nye livssituasjon. Far er for mor en viktig ekstern motstandsressurs i tilpasningen til en ny kultur (Antonovsky 2012). I en artikkel om en pakistansk kvinnes barseldepresjon etter et keisersnitt beskrives hvordan far selv kan stå i fare for å utvikle barseldepresjon på grunn av manglende støtte og kunnskap om fenomenet (Khan, Arif, Tahir og Mudassir 2009). Tidlig involvering av far i omsorgen for barna er derfor viktig (Taniguchi, Shimada, McIntyre 2015).

Kunnskap og informasjon

Våre informanters frykt hadde sin årsak i manglende kunnskap om egen kropp, graviditet og fødsel, og ikke alle turte spørre. Usikkerhet og frykt knyttet til fødselen går igjen i flere studier med innvandrerkvinner. De har ikke fått tilstrekkelig med informasjon om hvordan de skal forberede seg til fødselen, og språket blir et hinder for helsehjelp (Akhavan 2012; Glavin og Sæteren 2016; Higginbottom et al. 2015; Saastad et al. 2007). I en rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten var 89 av 692 avviksmeldinger for uheldige hendelser under svangerskap, fødsel-og barseltid knyttet til språk (Saastad, Kirschner og Flesland 2015). Sykehusene har for liten tilgang på kvalifiserte tolker, og bruk av mann eller annen familie kan ofte føre til misforståelse (Saastad et al. 2007).

Kvinner med stress og engstelse prenatalt har vist seg å ha høy risiko for barseldepresjon (Higginbottom et al. 2015), noe som er i tråd med Antonovsky's teori om stressorerers påvirkning på helseutviklingen (Antonovsky 2012). Bruk av tolk i svangerskapsomsorgen, især når det gjelder formidling av kunnskap omkring fødselsprosessen og hva som skjer på sykehuset kan bidra til økt

forståelse mellom den gravide og jordmor, og dermed redusere engstelse og bekymring (Glavin og Sæteren 2016). Forståelse er en av dimensjonene i Antonovskys begrep «Opplevelse av sammenheng», og som bidrar til økt stressmestring (Antonovsky 2012).

De åtte kvinnene vi intervjuet var på ulikt norskspråklig nivå. Til tross for frykt for både fødselen i seg selv og for ikke å bli forstått, takket alle nei til tolk under fødselen. Akkurat i denne situasjonen ønsket de bare tilstedeværelse av mannen, men tok gjerne imot tilbudet om tolk på helsestasjonen. Dette handler om å ha respekt for den private sfære, og anerkjenne betydningen av medbestemmelse (Antonovsky 2012).

I følge Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven 2001) har også gravide innvandrerkvinner rett til informasjon tilpasset sine individuelle forutsetninger, som erfaring, kultur og språkbakgrunn. Informasjonen skal sikre forståelse og informerte valg. Også i henhold til Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre §1a (Den norske jordmorforening 2016) og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere §2.4 og 3.1 (Norsk Sykepleierforbund 2011), skal jordmor og helsesøster møte hver bruker ut i fra brukerens forutsetning. Riktig bruk av tolk og respekt for andres helseforståelse er en vei til likeverdige helsetjenester for innvandrere (Ngo-Metzger Quyen et al. 2003), og tolk på resept (Kolbjørnsen 2016) kan kanskje være en mulig løsning også i svangerskapsomsorgen. Behov for tolk avklares da ved første besøk hos lege/jordmor og resulterer i en «tolkeresept» med navn, fødselsdato og hvilket språk kvinnen trenger tolk i. «Tolkeresepten» kan kvinnen bruke selv ved timebestillinger og innkallinger til helsetjenesten gjennom hele svangerskapet og tiden etterpå, og er sikret informasjon på sitt eget språk på alle konsultasjoner. I Regjeringens Strategiplan for likeverdige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) er målsettingen at helsepersonell på alle nivåer skal tilrettelegge for god kommunikasjon med pasienter med ulik språklig bakgrunn. Dette forutsetter blant annet å ha oversikt over tolkebehov og benytte kvalifiserte tolker.

Kvinnenes utdanningsnivå vil ha betydning både for hva de mottar av tilbud og for hvilke tilbud de benytter seg av (Akhavan 2012). Intellektuell kapasitet hører også med innunder Antonovskys interne motstandsressurser (Antonovsky 2012), men som en av våre velutdannede informanter fortalte, så er ikke høy utdanning noen garanti for kunnskap om kropp og helse.

Mye informasjon ble hentet fra engelske kunnskapskilder, og det var ønske om mer informasjon oversatt til engelsk. Imidlertid er det mange migranter som ikke forstår engelsk, slik at målgruppen vil være begrenset (Kolbjørnsen 2016). At kvinnene kvalitetssikret informasjonen fra nettet hos jordmor viser stor tillit til jordmor som kunnskapskilde.

Innvandrerkvinnene satte stor pris på gratis helsetjenester, noe som også poengteres i studien til Glavin og Sæteren (2016), men for liten kunnskap om hvordan det norske samfunnet fungerer gjorde at flere av kvinnene ikke mottok stønader de hadde krav på. De følte seg hjelpeløse på NAV-kontoret. Velferdsordninger er et eksempel på eksterne motstandsressurser som kan bidra til mestring (Antonovsky 2012). Jordmødre og helsesøstre har en viktig rolle i å informere innvandrerkvinner om velferdsordninger, og hjembesøket etter fødsel er en viktig arena for både bygging av relasjon og kartlegging av behov i en ny fase av livet (Glavin og Sæteren, 2016). Helsepersonell bør være klar over og ta hensyn til alle utfordringene kvinnene møter ved nyetablering i nytt land i en sårbar fase av livet. De kan dermed bidra til at kvinnene blir aktører i eget liv og unngå at kvinnene og deres familier gjøres til ofre (Robertson 2015).

Styrker og svakheter ved studien

Siden jordmødrene som rekrutterte innvandrerkvinnene kjente dem godt fra svangerskapsoppfølgingen, kunne de raskt finne ut hvem som oppfylte studiens inklusjonskriterier og som representerte demografisk variasjon og mangfold. En svakhet ved studien er at alle deltakerne er rekruttert fra samme helsestasjon, noe som kan ha ført til mindre variasjon i erfaringer fra svangerskaps- og barselomsorgen enn om kvinnene var rekruttert fra flere ulike helsestasjoner. Imidlertid styrkes flere av våre funn ved samsvar med liknende studier.

To intervjuere under de fleste intervjuene har vært en styrke i forhold til å stille ulike oppfølgings spørsmål og å observere den non-verbale kommunikasjonen, noe som er av betydning for hvordan vi tolker og forstår det som blir sagt.

For å minimere risikoen for å miste eller misforstå informasjon gjennom kommunisering med tolk, ble profesjonelle tolker brukt, to intervjuere, lydopptak og verbatim transkripter. Gjennomføring av intervjuene med tolk tilstede kan ha ført til mindre åpenhet av frykt for at tolken skulle bringe informasjon videre, men kvinnene ble informert om profesjonelle tolkers omfattende taushetsplikt, og vi oppfattet ikke dette som noen utfordring under intervjuene. Å intervjuer kvinnene både før og etter fødsel har gitt oss mulighet til å bli bedre kjent med kvinnene og til å følge opp viktige temaer fra det første intervjuet.

Konklusjon

Funnene fra vår studie er unike ved at de får fram ny kunnskap om innvandrerkvinnenes situasjon både før og etter fødsel slik at deres erfaringer beskrives og drøftes gjennom hele forløpet fra graviditet til barseltid. Kunnskapen som har fremkommet tydeliggjør at gode erfaringer er fundert på anerkjennelse fra helsepersonell og stor medvirkning fra de nybakte papaene, samt lettere tilgang til familien gjennom digitale medier. Funnene i studien viser

at det er et forbedrings-potensialet i helsetilbudet som er knyttet til nettverksbygging. Helsetjenesten kan bidra til dette ved hjelp av tilrettelagte svangerskapskurs og barselgrupper samt mer involvering og ivaretagelse av pappaene, gjerne i form av egne pappagrupper for innvandrere. Funnene tyder også på at innvandrerkvinner trenger mer kunnskap om egen kropp, fødselsforløp og hvordan det norske samfunnet fungerer og hva de har krav på. Økt vekt på formidling av kunnskap og informasjon, spesielt med tanke på velferdsordninger er tiltak som bør iverksettes i tjenestene. En forutsetning for en kultursensitiv og likeverdig helsetjeneste er en felles språkforståelse, gjerne ved bruk av tolk.

Helsepersonell kan bidra til økt mestring av foreldrerollen i fremmed land ved å vise innvandrerkvinnene sosial anerkjennelse, medbestemmelse og gi positiv respons på uttrykte behov. I følge Antonovskys helsefremmende teori vil dette medføre at kvinnene opplever det meningsfullt å håndtere alle utfordringene i nytt hjemland, og dermed gjenvinne kontroll over livet sitt. Kan helsepersonell bidra til sterkere sammenheng mellom dimensjonene forståelse, håndtering og meningsfullhet, kan de samtidig bidra til en høyere grad av helse og velvære hos innvandrerkvinnene. Fedres behov og evne til omstilling i nytt hjemland, samt deres betydning for kvinnes mestring av morsrollen er et interessant felt for videre forskning.

Litteratur

- Akhavan, S. (2012) Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 1-10. doi: <https://link.springer.com/article/10.1186/1475-9276-11-47>
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birss, S. (2018). Overgangen til foreldrerollen. In J. K. Nugent, C. H. Keefer, S. Minear, L. C. Johnson, & Y. Blanchard (Eds.), *Nyfødtes atferd og tidlige relasjoner*. Oslo: Gyldendal.
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P. og Kupelnick, B. (2008) Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68(3), 452-461. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.018>
- Den norske jordmordforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <http://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S. og Dennis, C. (2015) Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* (70), 67-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.010> Epub 2015 Aug 13
- Ganann, R., Sword, W., Thabane, L., Newbold, B. og Black, M. (2016) Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the

- Year After Childbirth. *Journal of Women's Health* 25(2), 155-165. doi:<https://10.1089/jwh.2015.5292>. Epub 2015 Oct 8. <https://www.researchgate.net/publication/282764460> Predictors of Postpartum Depression Among Immigrant Women in the Year After Childbirth
- Glavin, K. og Sæteren, B. (2016) Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences with Health Care in Norway. *Health Science Journal*, 10(4), 1-9. <http://www.hsj.gr/medicine/cultural-diversity-in-perinatal-care-somali-new-mothers-experiences-with-health-care-in-norway.php?aid=9850>
- Graneheim, U. H., og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2013). Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
- Hennegan, J., Redshaw, M. og Kruske, S. (2015) Another country, another language and a new baby: A quantitative study of the postnatal experiences of migrant women in Australia. *Women and Birth: journal of the Australian College of Midwives*, 28(4), 124-133. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.07.001>. Epub 2015 Aug 6
- Higginbottom, G. M., Morgan, M., Alexandre, M., Chiu, Y., Forgeron, J., Kocay, D. og Rubina, B. (2015) Immigrant woman's experiences of maternity-care services in Canada: a systematic review using a narrative synthesis. *Systematic Reviews*, 4(13), 1-30. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-13>
- Holan, S. (2009) Fødselshjelp i et flekulturelt Norge. I S. Holan & M. L. Hagtvedt (red.), *Det nye livet. Svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Janevic, T., Lofffield, E., Savitz, D., Bradley, E., Illuzzi, J. og Lipkind, H. (2014) Disparities in cesarean delivery by ethnicity and nativity in New York city. *Maternal and Child Health Journal*, 18(1), 250-257. doi:10.1007/s10995-013-1261-6 <https://rd.springer.com/article/10.1007/s10995-013-1261-6?no-access=true>
- Jareg, K. og Pettersen, Z. (2006) *Tolk og tolkebruker - to sider av samme sak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Khan, T. M., Arif, N. H. B., Tahir, H., og Mudassir, A. (2009). Role of the husband's knowledge and behaviour in postnatal depression: a case study of an immigrant Pakistani Woman. *Mental Health in Family Medicine*, 6, 195-201. <http://europepmc.org/articles/PMC2873875>
- Khanolkar, A. R., Wedrén, S., Essén, B., Sparén, P. og Koupil, I. (2015) Preterm and postterm birth in immigrant- and Swedish-born parents: a population

- register-based study. *European Journal of Epidemiology*, 30(5), 435–447.
doi:10.1007/s10654-014-9986-0
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-014-9986-0?no-access=true>
- Kingston, D., Hearman, M., Chalmers, B., Kaczorowsky, J., O'Brien, B., Lee, L., Dzakpasu, S. og O'Campo, P. (2011) Comparison of maternity experiences of Canadian-born and recent and non-recent immigrant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 33(11), 1105-1115.
https://era.library.ualberta.ca/files/qz20st06f/JOBG_33_2011.pdf
- Kolbjørnsen, I. E. (2016) Reduserer språk-barrierer på sykehus. *Sykepleien*(11), 80-84.
doi:10.4220/Sykepleiens.2016.59420
<https://sykepleien.no/forskning/2016/11/sprakbarrierer-pa-sykehus>
- Løvlie, A. L. og Madar, A. A. (2016) Postpartum Depression Among Somali Women in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health* doi:DOI: 10.1007/s10903-016-0487-y
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-016-0487-y>
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet – om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Cappelen Damm.
- Malterud, K. (2017) Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4 utg). Universitetsforlaget.
- Ngo-Metzger Quyen, Massagli, M. P., Clarridge, B. R., Manocchia, M., Davis, R. B., Iezzoni, L. I. og Phillips, R. S. (2003) Linguistic and Cultural Barriers to Care. Perspectives of Chinese and Vietnamese Immigrants. *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 44-52. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.20205.x
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494812/>
- Norsk sykepleierforbund. (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Ny, P., Plantin, L., Dejin-Karlsson, E., Dykes, og A-K. (2008). The experience of Middle Eastern men living in Sweden of maternal and child health care and fatherhood: focus-group discussions and content analysis. *Midwifery* (24)281-290.
doi:10.1016/j.midw.2006.05.006
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17129643>
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (2001, 01.10.17) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Robertson, E. (2015) «To be taken seriously»: woman`s reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sex Reprod Healthc*, 6(2), 59-65.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>

- Saastad, E., Frøen, F. J., og Vangen, S. (2007) Suboptimal care in stillbirths - A retrospective audit study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 444-450. doi:DOI: 10.1080/00016340701207724
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/00016340701207724/abstract?globalMessage=0>
- Saastad, E., Kirschner, R. og Flesland, Ø. (2015) *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid*. Hentet fra
[http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-
under-svangerskap-fodsel-og-barseltid](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/uonskede-hendelser-under-svangerskap-fodsel-og-barseltid)
- Sjetne, I. S., Kjøllesdal, J. G., Iversen, H. H. og Holmboe, O. (2013, 25.11.14). Brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Hentet fra
[http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/brukererfaringer-med-
svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater](http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/brukererfaringer-med-svangerskaps-fodsels-og-barselomsorgen-nasjonale-resultater)
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., Mc Court, C. og Gagnon, A. (2014) Immigrant and non-immigrant woman`s experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *Pregnancy & Childbirth*, 14(152).
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-152>
- SSB. (2017) Statistisk sentralbyrå. Hentet fra
[https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flest-nye-
bosatte-fra-syria](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/flest-nye-bosatte-fra-syria)
- St.meld. nr. 12. (2008–2009). (2009) *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg ...* (St.meld. nr. 12. (2008–2009)). Hentet fra
[file:///C:/Users/ls64/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/
3IOQ4VBY/stm200820090012000dddpdfs.pdf](file:///C:/Users/ls64/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/3IOQ4VBY/stm200820090012000dddpdfs.pdf).
- Taniguchi, H., Shimada, M., og McIntyre, M. (2015) Japanese Men`s Success in Altered Fatherhood Role in a Foreign Country. *Journal of Transcultural Nursing* 26(1) 39-46.
DOI: 10.1177/1043659614524231tcn.sagepub.com
[http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043659614524231?url_
er=Z39.88-
2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed
&](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043659614524231?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&)
- Ververda, J., og Ismail, N. (2017) Har ikke ord for depresjon. *Sykepleien*(1), 54-57. doi:10.4220/Sykepleienn.2017.59772
[https://sykepleien.no/forskning/2016/12/nar-depresjon-mangler-i-
spraket](https://sykepleien.no/forskning/2016/12/nar-depresjon-mangler-i-spraket)