



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Språkbarrierer i fødsel

En kvalitativ studie av fødselsopplevelsen når mangel på felles språk er en utfordring.

Masteroppgave i jordmorfag

Høgskolen i Oslo og Akershus

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie og helsefremmede arbeid
Avdeling Kjeller

Innlevering: 27.10.2016

Veileder: Ellen Blix

Kandidat nr.: 102

Kandidat nr.: 103

Antall ord: 15 655

Sammendrag

Tittel: Språkbarrierer i fødsel.

Hensikt: Kvinner som føder uten å beherske språket er en økende utfordring i dagens fødselsomsorg, og kan ses i sammenheng med det økte antallet mennesker på flukt. Studiens hensikt er å få innsikt i kvinners opplevelse av fødsel når språk er en barriere.

Problemstilling: Hvordan er fødselsopplevelsen for kvinner som ikke kan kommunisere med fødselshjelperne via språk?

Metode: Kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervjuer med fem arabisktalende kvinner som ikke snakket norsk eller engelsk

Resultat: Nonverbal kommunikasjon var den viktigste formen for dialog mellom fødekvinne og fødselshjelperen. Kvinnene opplevde dette som relasjonsskapende og betryggende til tross for manglende fellesspråklig forståelse. Kvinnene opplevde derimot tilfeldig tilbud om oversettelse, og lite bruk av profesjonell tolk.

Konklusjon: Nonverbal kommunikasjon og gode relasjoner kan fremme en god fødselsopplevelse ved manglende felles språk. Det er allikevel viktig å sikre at kommunikasjonen blir ivaretatt gjennom standardiserte rutiner for bruk av tolk.

Nøkkelord: språkbarriere, fødsel, kommunikasjon, jordmor, tolk

Abstract

Title: Language barriers during labour

Object: Women with limited language poses a challenge in Maternity care today. This corresponds with the increasing number refugees. The aim is to explore women's labour experience when language is a barrier.

Research question: How do women experience labour when language is challenging?

Method: Qualitative study conducted with individual semi-structured interviews with five women speaking Arabic, but not Norwegian or English.

Result: Non-verbal communication was the most important method for dialog between the labouring woman and the midwife. The women found this reassuring and they established a good relationship despite the lack of shared language. The women were randomly offered translation service and professional interpreter were rarely used.

Conclusion: Without common language, non-verbal communication and good relations between woman and midwife can contribute to a good birthing experience. However, it is still important to ensure sufficient communication trough reliable procedures for use of professional interpreters.

Key words: language barriers, labour, communication, midwifery, interpreter.

Innhold

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn	6
1.2 Hensikt med oppgaven.....	7
1.3 Forforståelse.....	8
1.4 Avgrensning.....	8
1.5 Situasjonen i Syria i dag.....	8
2.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	10
2.1 Perspektiv på fødsel	10
2.2 Kommunikasjon.....	11
2.2.1 Nonverbal kommunikasjon	12
2.2.2 Bruk av tolk.....	13
2.3 Relasjoner.....	13
3.0 METODE OG MATERIALE	16
3.1 Kvalitativ metode	16
3.2 Intervju som metode	16
3.3 Inklusjonskriterier til studien.....	17
3.4 Utvalg og rekruttering av informanter	17
3.5 Intervjusituasjonen.....	18
3.6 Innsamling av data.....	19
3.7 Etske overveielser.....	19
3.8 Innholdsanalyse.....	20
3.8.1 Strategi for innholdsanalyse.....	21
3.9 Troverdighet i kvalitativ forskning.....	23
4.0 RESULTATER	26
4.1 Sammensatt kommunikasjon ved mangel på felles språk	27
4.1.1 Kommunikasjon.....	27
4.1.2 Oversettelse	28

4.2 Relasjoner som plattform for fødselsopplevelsen	29
4.2.1 Støtte og tillit.....	29
4.2.2 Ivaretagelse	31
4.3 Forutsetninger for fødselsopplevelsen	32
4.3.1 Erfaringer	32
4.3.2 Informasjon	34
5.0 DISKUSJON.....	36
5.1 Å føde uten felles språk. Betydningen av nonverbal kommunikasjon	36
5.1.1 Forstå og bli forstått. En kvalitets sikring	39
5.2 Relasjon mellom fødekvinne og jordmor	40
5.3 Forberedelse til fødsel.....	43
5.3 Følelser i fødsel.....	44
5.4 Diskusjon av studiens troverdighet	45
5.4.1 Kredibilitet	46
5.4.2 Pålitelighet.....	47
5.4.3 Overførbarhet.....	48
5.5 Videre forskning	49
6.0 KONKLUSJON	50
Litteraturliste.....	51
Vedlegg 1	56
Vedlegg 2	57
Vedlegg 3	59
Vedlegg 4	62
Vedlegg 5	66

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Per 1. januar 2016 var 13,4 % av den norske befolkningen innvandrere, av disse hadde 19 % flyktet fra hjemlandet. I begynnelsen av 2016 bodde det 30 000 asylsøkere på mottak i Norge (UDI, 2016) inkludert svangre kvinner. Når de gravide kvinnene kommer på sykehusene for å føde barn har de bodd i landet i kort tid, og dermed hatt dårlige forutsetninger for å lære seg norsk. Også kvinner med lengre botid i Norge kan ha kommunikative utfordringer. Vi vet at arbeidslivet kan være en god måte å bli integrert i et nytt land, ikke minst som en solid arena for språklæring. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at det er kvinner fra ikke-engelsktalende land som er den gruppen med størst prosent arbeidsledighet i Norge (SSB, 2016). Dette viser at det kan være utfordrende for kvinner å lære seg språk også etter at de får oppholdstillatelse. I 2012 hadde så mye som 23 prosent av nyfødte barn i Norge en mor som var innvandrer. For 15 år siden gjaldt dette færre enn hvert tiende barn (UDI, 2014). Mange av innvandrerkvinnene som føder barn i Norge behersker riktignok norsk eller engelsk, så de har mulighet til å kommunisere med jordmor som bistår under fødsel. I en verden med økende antall mennesker på flukt vil språkbarrierer i fødsel likevel være en økende utfordring, og noe vi mener det er verdt å studere nærmere. Vi har selv møtt noen av disse kvinnene i fødsel, og sett at utfordringene kan være store. Forskning viser at kommunikasjon på en tilfredsstillende måte er viktig for kvinnens ivaretagelse og trygghet, og behovet for informasjon er stort i en sårbar situasjon (Small, Rice, Yelland & Lumley, 1999).

Bruk av tolk kan være problematisk selv om ressursene er tilgjengelige. Gjennom egen erfaring har vi sett at tilstedeværende tolk kanskje kan oppleves invaderende for kvinnen, da fødselen er en intim situasjon. Vi har også sett at bruk av telefontolk ikke fungerer optimalt, da kvinnene blant annet er sterkt smertepåvirket. Dette kan påvirke kommunikasjonsflyten når tolken ikke er tilstede i rommet og har mulighet til å vurdere når kvinnen er mottakelig for informasjon. I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven har alle pasienter rett på tilstrekkelig informasjon til å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsetiltak som blir tilbudt. Loven legger også vekt på at informasjonen skal ha en form som er tilpasset mottakers kultur- og språkbakgrunn (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001). Etter å ha gjennomført grundige søk i de mest relevante medisinske databasene ser vi at det er lite forskning på

språkbarrierer i fødsel. En svensk retrospektiv kohort studie sammenlignet kvaliteten på oppfølging av helsetjenesten av kvinner som hadde mistet et barn før, under eller en uke etter fødsel. Studien inkluderte 63 afrikanske og 126 svenske kvinner som hadde opplevd perinatal død. Bakgrunnen for studien var at man hadde identifisert at perinatal dødelighet opptrådte hyppigere hos afrikanske kvinner sammenlignet med etnisk svenske kvinner. Gjennom denne retrospektive studien har man sett på mulige årsaker til dette. Studien fant blant annet at misforståelser og mangelfull kommunikasjon var en risikofaktor. Manglende bruk av tolk var en av faktorene som gikk igjen. På bakgrunn av dette anbefaler artikkelforfatterne rutinemessig bruk av profesjonelle tolker for kvinner som har behov for dette i fødsel (Essén et al., 2002). Det er gjort noe forskning på problemstillingen i helsevesenet generelt. En systematisk litteraturstudie med 28 inkluderte studier har sammenlignet bruk av profesjonell tolketjeneste i helsevesenet sammenlignet med tilfeldig bruk av oversettelses tjenester, eksempelvis ved bruk av familiemedlemmer eller tilfeldig ansatte. Studien fant at profesjonelle tolker øker kvaliteten på helsetilbudet, både i form av bedre klinisk utfall og tilfredshet hos pasienter (Karlner, Jacobs, Chen & Mutha, 2007).

1.2 Hensikt med oppgaven

Vi vil på bakgrunn av dette gjennomføre et prosjekt hvor vi intervjuer kvinner som har født i Norge, men ikke snakket samme språk som jordmødrene og legene under fødselen. Fokuset vil være på kommunikasjon, og om de fødendes deres behov for informasjon ble ivaretatt, så de følte seg trygge underveis. Problemstillingen lyder derfor som følger:

Hvordan er fødselsopplevelsen for kvinner som ikke kan kommunisere med fødselshjelperne via språk?

Vi har valgt å bruke begrepet *fødselshjelper* i problemstillingen da dette åpner for at kommunikasjon, eller mangel på kommunikasjon, med både jordmødre og leger kan påvirke kvinnens fødselsopplevelsen. Vi har imidlertid valgt å fokusere på betydningen av kommunikasjon med jordmor, da dette er mest relevant for vår profesjon.

1.3 Forforståelse

Vi har gjennom egen praksis møtt kvinner med annen språkkompetanse og som vi dermed ikke har kunnet kommunisere med i fødsel via språk. Vårt inntrykk er at situasjonen var utfordrende for alle parter, men spesielt for fødekvinnene. I de situasjonene vi har opplevd, har tolk kun blitt brukt tidlig i fødselsforløpet og muligheten for tilfredsstillende kommunikasjon var derfor begrenset underveis. Vi tror god kommunikasjon er viktig for bygging av gode relasjoner og tillit mellom fødekvinnen og jordmor, og at dette igjen vil påvirke kvinnens fødselsopplevelse.

1.4 Avgrensning

Studiens fokus vil være på fødselen, men det er inkludert spørsmål om forberedelse i svangerskapet, fordi vi tenker dette kan påvirke fødselsopplevelsen. Kvinnene vi intervjuer er fra samme geografiske område og snakker samme språk. Dette er gjort for å avgrense eventuelle kulturelle forskjeller som muligens vil påvirke kvinnenes opplevelse av fødselen.

1.5 Situasjonen i Syria i dag

Kvinnene som er inkludert i studien er fra Midtøsten og snakker arabisk. Fire av kvinnene hadde flyktet fra Syria, den femte var kurder og hadde flyktet fra Nord-Irak, et område som er sterkt preget av urolighetene i nabolandet. I det følgende gis det et kort innblikk i omstendighetene disse kvinnene flyktet fra.

De Forente Nasjoners (FN) høykommissær for flykninger (UNHCR) beskriver situasjonen i Syria som vår tids største humanitære krise. Siden krisen i Syria startet i 2011 er over 250 000 mennesker drept og nærmere 1 million skadet. Antall mennesker som har behov for beskyttelse og humanitær hjelp er rekordhøye, og antallet forsetter å stige raskt (UN, 2016; UNCHR, 2015). Tall fra FN (2016) viser at det i dag er nærmere 4,8 millioner syrere på flukt fra sitt hjemland. Majoriteten av disse flykter til omkringliggende naboland som Tyrkia, Libanon og Jordan. I tillegg til de som har forlatt hjemlandet er 8,7 millioner syrere internt fordrevne, og lever under svært vanskelige forhold (UNCHR, 2016). I overkant av 10 % av de syriske flykningene søker asyl i Europa. Dette tilsvarer over 1,1 millioner mennesker (UNCHR, 2016).

I følge Flyktningshjelpen (2016) er den pågående konflikten og sanksjoner fra det internasjonale samfunnet med på å stadig forverre situasjonen for det syriske folket. Samfunnsstrukturen ødelegges og grunnleggende tilbud om utdanning og tilgang på helsehjelp forsvinner. Situasjonen tegner til å bli en langvarig humanitær krise, og utsiktene til en varig fredsløsning er små. Ringvirkningene av dette vil høyst sannsynlig tvinge ytterligere syrere på flukt fra sine hjem (Flyktningshjelpen, 2016).

2.0 TEORETISK RAMMEVERK

2.1 Perspektiv på fødsel

Det finnes ulike syn og perspektiver på fødselsprosessen. Walsh (2012, s. 7) beskriver to ytterpunkter når han snakker om de to perspektivene. På den ene siden er den biomedisinske modellen som legger vekt på den fysiske prosessen rundt en fødsel. Sikkerheten til kvinnen og barnet er høyt prioritert, og man har derfor stort fokus på patologi og bruker medisinskteknologi som en viktig støtte. Det andre ytterpunktet er den sosiale modellen hvor hele kvinnen står i fokus og integrerer både det fysiologiske, psykososiale og sjelelige aspektet. Relasjonen mellom fødselshjelperen og kvinnen, respekt for kvinnens ønsker og hennes styrker anses som viktig. Man har også fokus på selvrealisering og å ivareta det som er normalt (Walsh, 2012).

Vi har i denne studien valgt å bruke en ny teori som ble presentert gjennom en serie på fire artikler i «The Lancet» i 2014 for å belyse problemstillingen (Homer et al., 2014; Renfrew et al., 2014; ten Hoope-Bender et al., 2014; Van Lerberghe et al., 2014). Artiklene omhandler ulike sider av fødselsomsorgen. De fire artiklene omfatter systematiske undersøkelser av et bredt spekter av datamateriale. Hensikt er å undersøke hvordan jordmors funksjon kan bidra til å fremme reproduktiv helse, og fremme mødre- og spedbarns helse både i lavinntektsland og høyinntektsland. En sammenstilling av disse artiklene har resultert i utarbeidelsen av et rammeverk for å optimalisere ivaretagelse og behandling av gravide, fødende og nyfødte. I det følgende kommer en oppsummering av teorien som vi har valgt å kalle «jordmormetoden». Teorien presenterer et rammeverk for å øke kvaliteten på omsorgen til gravide, fødende og nyfødte uavhengig av hvordan perinatalomsorgen er bygd opp i det aktuelle landet. Den tar utgangspunkt i ferdigheter, innstilling og personlig kompetanse basert på et jordmorfaglig perspektiv i alle profesjoner som tilbyr fødselsomsorg. Ved bruk av evidensbasert kunnskap har artikkelforfatterne sett hva gravide kvinner trenger og ønsker for å bedre situasjonen for seg selv og sitt barn. Å være frisk, trygg, ivaretatt, respektert, og føde et friskt barn var de viktigste behovene som ble avdekket. De har sett at informasjon og kunnskap var viktige faktorer for kvinnene, så de kunne lære å bruke egen styrke og ta informerte valg. Filosofien er å optimalisere den biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle prosessen ved å stryke kvinnens evner, men bruke intervensjoner når det er nødvendig. Helsepersonell som kombinerer kliniske ferdigheter og kunnskap med å se

individets spesielle behov, skape relasjoner og ta hensyn til kulturelle forskjeller er idealet i «jordmormetoden». I motsetning til Walsh' måte og presentere de ulike ytterpunktene i synet på fødsel, inkluderer denne modellen elementer fra begge sider. Målet er å tilrettelegge og styrke kvinnens naturlige fysiologiske prosesser, men ta i bruk overvåkning og andre intervensjoner hos de som trenger dette (Homer et al., 2014; Renfrew et al., 2014; ten Hoop-Bender et al., 2014; Van Lerberghe et al., 2014).

2.2 Kommunikasjon

Den danske filosofen og forfatteren Søren Kierkegaard skal ha uttalt at "*kommunikasjon er for samspill det pusten er for å leve*". Med utgangspunkt i denne beskrivelsen av kommunikasjon kan man si at kommunikasjon er det avgjørende elementet for å være i en enhet med andre mennesker. Vi kommuniserer gjennom et bredt spekter av uttrykk. De uttalte ordene og de nonverbale uttrykkene er blant våre redskaper til å samhandle med andre mennesker. I det følgende avsnittet vil begrepet kommunikasjon bli beskrevet med hovedfokus på den nonverbale kommunikasjonen.

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller å ha forbindelse med. Kjernen av kommunikasjonsbegrepet kan defineres som å utveksle meningsinnhold mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2007, s. 17). Videre skriver Eide og Eide at kommunikasjon oppstår når et budskap formidles gjennom bruk av ulike tegn og signaler. Dette kan dreie seg om ord, blikk, tonefall, ansiktsuttrykk eller berøring. Alle disse elementene kan sies å være brikker i en kommunikasjonsprosess (Eide & Eide, 2007). Finset (2013, s. 15) skriver at det grunnleggende prinsippet for kommunikasjon er at et budskap blir formidlet fra en sender til en mottaker. Senderen anvender ulike verbale og nonverbale ord og tegn for å formidle et innhold, og mottakeren oppfatter dette med utgangspunkt i sin egen tolkning av det som blir formidlet. På veien mellom sender og mottaker kan innholdet bli oppfattet ulikt, og det er dermed ikke alltid samsvar mellom hva sender intenderte og hvordan mottakeren forstår innholdet (Finset, 2013). Dette kan gjøre seg særlig gjeldende i situasjoner hvor det er samspill med mennesker som ikke snakker felles språk og som i tillegg har ulik kulturell bakgrunn.

Eide og Eide (2007, s. 17-22) skriver at mange av de grunnleggende elementene i hjelpende kommunikasjon er de samme, uavhengig av om det er kulturforskjeller eller ikke mellom partene. Elementer som empati, aktiv lytting, tillit, engasjement og tydelig formidling av innhold er nøkkelpunkter i hjelpende kommunikasjon. Videre skriver Eide og Eide at det er viktig å anerkjenne at forståelse av kultur, språk og fortolkning av meningsinnhold kan skape kommunikative utfordringer. Brataas, Steen-Olsen og Skimmeli (2003, s. 110) hevder at det kreves kunnskap om, og respekt for, ulikheter når det gjelder væremåte, levesett og kulturelle uttrykksformer for å oppnå god og profesjonell tverrkulturell kommunikasjon

2.2.1 Nonverbal kommunikasjon

Det nonverbale språket har mange ulike uttrykksformer, og kommuniseres ved bruk av ulike kanaler. Eksempler på dette kan være ansiktsuttrykk, blikkontakt, eller stemmens styrke og intensitet. Det kan også uttrykkes gjennom stillhet og ikke-ord. Kroppsholdning og berøring er også viktige elementer i den nonverbale kommunikasjonen (Eide & Eide, 2007, s. 202). Eide og Eide skriver at nonverbal kommunikasjon kan spille en viktig rolle i møte med andre mennesker. Hanssen (2005, s. 45) hevder at den nonverbale kommunikasjonen kan gi en mer sannferdig formidling av følelser og tanker enn den verbale kommunikasjonen, da man ikke har like bevisst kontroll over den nonverbale adferden. Hanssen påpeker at det er viktig å være klar over at nonverbale uttrykk ikke nødvendigvis har det samme meningsinnholdet i ulike kulturer. Det er derfor viktig å ha kunnskap om dette, slik at man kan forsøke å fange opp eventuelle misforståelser (Hanssen, 2005). Fra en helsefaglig hjelpers perspektiv er det viktig å forsøke å være bevisst på sitt nonverbale uttrykk. Ved å synliggjøre at man er henvendt til pasienten og lytte til det som blir formidlet, kan man skape en situasjon hvor pasienten føler seg møtt og ivaretatt. Gjennom bevisst bruk av kroppens ulike uttrykksformer kan man bruke nonverbal kommunikasjon i møte med andre på en bekreftende og oppmuntrende måte. Dette kan bidra til å skape tillit og trygghet i relasjonen mellom hjelper og pasient (Eide & Eide, 2007, s. 199). Ifølge Dahl (2013, s. 194) kan nonverbal kommunikasjon være et nyttig hjelpemiddel for helsepersonell når de skal bygge en gjensidig relasjon med mennesker fra andre kulturer. Ved å opptre på en bekreftende og oppmuntrende måte kan man bygge tillit og skape trygghet, så det blir lettere for den andre parten å dele tanker og følelser. Dahl poengterer også at den nonverbale kommunikasjonen oftest opptre sammen med verbal kommunikasjon og at det er store forskjeller i hvordan begge kommunikasjonsformene brukes over hele verden.

2.2.2 *Bruk av tolk*

Felles språk er en forutsetning for en god konsultasjon mellom helsearbeider og pasient. Har de ikke det er det nødvendig å bruke profesjonell tolk (Galanti, 2015). Hanssen (2010) sier at bruken av familiemedlemmer som tolker er utbredt. Ifølge Dahl (2013, s. 170-171) anbefales ikke dette, siden kvinnene kan finne det ubehagelig å diskutere sensitive problemstillinger foran en i familien. Helsedirektoratets veileder for bruk av tolk i helsetjenesten understreker dette og presiserer at barn og andre familiemedlemmer ikke bør brukes som tolk da dette kan føre til at viktig helseinformasjon blir holdt tilbake. De mener det heller ikke er ønskelig at ansatte med minoritetsbakgrunn som jobber i helseinstitusjonene skal brukes som tolk, da dette kan føre til uklare roller og tilgang til sensitiv informasjon. De påpeker også at disse personene mangler den kompetansen en profesjonell tolk ville hatt selv om de behersker det aktuelle språket (Helsedirektoratet, 2011).

For at fødekvinnen skal føle seg trygg i tolkesituasjonen er det viktig at hun aksepterer tolken som blir brukt. For kvinner fra noen kulturer er det viktig at tolken også er en kvinne. For å oppnå en god dialog er det generelt viktig at man er lydhør ovenfor kvinnens ønsker (Brunvatne, 2006, s. 55-65). En tilstedeværende tolk har mulighet til å fange opp nonverbal kommunikasjon og blir regnet som den beste formen for tolking. Ved bruk av telefontolk er det viktig å ha en god høyttaler for å hindre dårlig kvalitet på lyden. Det er en fordel om man slipper å sende telefonen frem og tilbake, for å sikre at samtalen blir naturlig og fokuset på den man snakker med. En annen fordel med telefontolk er at det ikke trenger å være en ekstra person tilstede i rommet under intime hendelser som for eksempel en fødsel hvis dette ikke er ønskelig. De er også enklere å få tak i på kort varsel, da man kan bruke tolker fra hele landet og slipper å vente på oppmøte (Brunvatne, 2006).

2.3 Relasjoner

Relasjoner mellom fødekvinn og jordmor er godt beskrevet i litteraturen. Gjennom ulike innfallsvinkler til tematikken tegnes et variert bilde av hva en slik relasjon kan innebære og hvilken betydning det har for både fødekvinnen og for jordmor (Borrelli, Spiby & Walsh, 2016; Hunter, 2006; Hunter, Berg, Lundgren, Ólafsdóttir & Kirkham, 2008; Kirkham, 2010; Nicholls & Webb, 2006) I møte mellom jordmor og fødekvinn starter utviklingen av en

relasjon, en relasjon som bygger på gjensidighet mellom begge involverte parter (Deery & Hunter, 2010; Hunter, 2006; Hunter et al., 2008). Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling har vi valgt å fokusere på kvinnens perspektiv i relasjonen. Jordmors perspektiv som del av ”kvinne- jordmor relasjonen” blir derfor ikke videre omtalt. Kirkham (2010, s. 254) hevder at relasjonen mellom fødekvinne og jordmor kan betegnes som selve fundamentet i fødselsomsorgen. En trygg relasjon mellom fødekvinne og jordmor kan bidra til at kvinnen etablerer en positiv relasjon til sitt nyfødte barn og styrke kvinnens selvtillit i rollen som mor. Videre skriver Kirkham at det er viktig for kvinnen å bli bekreftet gjennom å bli sett og hørt av jordmor i fødsel. Dette anses som et universelt element som er vesentlig for alle kvinner uavhengig av bakgrunn og forutsetninger for fødsel (Kirkham, 2010). En systematisk oversiktsartikkel med 137 inkluderte studier som tok for seg kvinners fødselsopplevelse fant at kvinnene opplevde at kvaliteten på relasjonen til fødselshjelperne og opplevelsen av å motta støtte fra fødselshjelperne som noe av det mest betydningsfulle for deres fødselsopplevelse. Dette var avgjørende for kvinnene, uavhengig av variabler som blant annet alder, sosioøkonomisk status, etnisitet, deltagelse på svangerskapsforberedende kurs og medisinske intervensjoner i fødsel (Hodnett, 2002). Kvaliteten på en relasjon kan være vanskelig å måle, men ifølge Deery og Hunter (2010, s. 37-52) er det noen faktorer som kan ses på som særlig viktige elementer i dannelsen av en meningsfull og god relasjon. Evne til å kommunisere, både nonverbalt og verbalt, evne til empatisk innlevelse og evner til å skape tillit trekkes frem som sentrale momenter. Hunter *et al.* skriver videre at kvaliteten på relasjonen blant annet er nært knyttet til kvaliteten på kommunikasjonen. God kommunikasjon er viktig både for å styrke relasjonen mellom fødekvinne og jordmor, men også som et redskap for å sikre trygg behandling i fødselsforløpet. Hunter *et al.* beskriver relasjonen mellom fødekvinne og jordmor som tråden som binder et vevet teppe sammen. Denne tråden er avgjørende for å holde teppet sammen, men kommer ikke til syne i det ferdige resultatet.

Without the existence of strong weft threads, a tapestry would disintegrate; any snagging or disruption of the weft threatens the integrity of the whole. In a similar way, without good-quality relationships, the tapestry of maternity care is compromised and weakened and it is highly unlikely that any new interventions, policies or systems

will be effective or sustainable, or that high-quality care will be provided. (Hunter et al., 2008)

Giddens (1997) skiller mellom to former for tillit. Den første er personlig, bygget på gjensidig respons og engasjement, og er spesielt viktig for en god relasjon. Denne tilliten baserer seg på egen eller andres erfaring av om den andre personen i relasjonen er til å stole på. Giddens beskriver den andre formen for tillit som systemtillit, og mener dette er et resultat av det moderne samfunnet hvor systemene blir store og upersonlige. I forbindelse med en fødsel må man for eksempel stole på at helsevesenet er velfungerende og at man blir ivaretatt, fordi det er så mange personer å forholde seg til i løpet av et opphold (Giddens & Eriksen, 1997). Brunvatne (2006) mener kulturforskjeller og tidligere opplevelser av svik kan vanskeliggjøre tilliten mellom helsearbeidere og flyktninger. Dette kan igjen føre til at relasjonsbygging tar lengre tid fordi vedkommende trenger å oppleve at man vil ivareta hennes interesser. Mangel på felles språk vil komplisere denne prosessen (Brunvatne, 2006). Det at asylsøkere gjerne har vært her i kort tid, gjør at de har for lite kunnskap om hvordan helsevesenet her fungerer til at de har utviklet tillit til systemet.

Relasjonsskapning er viktigere for enkelte kulturer enn for andre. Galanti (2015) poengterer at det er viktig for helsearbeidere å interessere seg for litt mer enn helseaspektet til pasienten for å gjøre det enklere for dem å åpne seg. Ved å spørre om hvor de kommer fra og hvor gamle de andre barna er før man begynner med medisinske spørsmål, vil man skape en god relasjon og vedkommende vil få større tillit til rådene du gir (Galanti, 2015). Det kan derfor tenkes at forkunnskap om fødekvinnens kulturelle bakgrunn kan være med på å forenkle relasjonsbyggingen ved mangel på felles språk.

Det teoretiske rammeverk som nå er presentert vil bli drøftet opp mot studiens hovedfunn og sett i lys av aktuell forskning i diskusjonsdelen.

3.0 METODE OG MATERIALE

3.1 Kvalitativ metode

En kvalitativ forskningsmetode egner seg når man ønsker å undersøke menneskers erfaringer, opplevelser og tanker rundt et tema (Malterud, 2011, s. 26-36). I denne oppgaven er det fødselsopplevelsen man ønsker å vite mer om og det ble derfor naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Målet med kvalitativ forskning er å øke forståelsen for et sosialt eller kulturelt fenomen heller enn å søke en forklaring. Videre sier Malterud at kvalitativ metode egner seg godt til å belyse temaer hvor det er lite kunnskapsgrunnlag fra tidligere, og hvor man ikke har klare hypoteser (Malterud, 2011). Strategiske søk i de aktuelle medisinske databasene; Medline, Cochrane library, Chinal, Svemed, Maternity and Infant Care og UpToDate gav lite treff på forskning som undersøkte kvinnes erfaringer med språkbarrierer i fødsel (se vedlegg nr. 1). Vi har derfor valgt å gå til kilden og spørre kvinner om deres opplevelse for å undersøke fenomenet nærmere og øke forståelsen.

3.2 Intervju som metode

Ifølge Kvale (2015, s. 19-41) er det kvalitative forskningsintervju et forsøk på å forstå et fenomen ut fra informantens synspunkt og erfaringer. Et forskningsintervju kan gjennomføres som et individuelt intervju, eller i gruppesamtaler (Malterud, 2011, s. 26-36)

Siden tematikken i denne oppgaven kan anses som personlig og sensitiv kan man argumentere for at individuelle intervjuer er en egnet metode. Ifølge Bjørndal, Flottorp og Klovning (2013, s. 135) er dette en foretrukket intervjuemetode når tematikken er sensitiv, eller i tilfeller der intervjuobjektene føler seg utrygge. Malterud (2011) skriver at en slik intervjusituasjon kan skape en tryggere og mer skjermet situasjon for utveksling av sensitivt innhold. I forkant av intervjuene utarbeidet vi en semistrukturert intervjuguide med hovedspørsmål og stikkord (se vedlegg nr. 2). På denne måten får man innsikt i utvalgte temaer som ønskes belyst, samtidig som det åpnes for at informanten kan ta opp andre temaer underveis i intervjuet (Bjørndal et al., 2013, s. 135). Ifølge Malterud (2011) er det hverken nødvendig eller hensiktsmessig å skape en standardisert intervjusituasjon. Et mål vil være å få informanten til å fortelle om hva denne tematikken betyr for henne. Vi utformet intervjuguiden med åpne

hovedspørsmål for at kvinnene skulle få mulighet til å snakke fritt. Spørsmålene startet med «kan du fortelle om...» eller «kan du beskrive...», for å oppfordre til utdypende svar. Under hovedspørsmålene fulgte en rekke mer konkrete spørsmål og stikkord som vi ønsket svar på, og som ble brukt som oppfølgingsspørsmål hvis kvinnene ikke kom inn på denne delen av temaet selv. Dette var for å sikre oss svar på problemstillingen og at svarene vi fikk i de forskjellige intervjuene skulle ha et sammenligningsgrunnlag. I første del av intervjuguiden var målet å få innsikt i kvinnenens bakgrunn for bedre å kunne forstå fødselsopplevelsen som var tema i andre del.

3.3 Inklusjonskriterier til studien

Oppgavens problemstilling søker svar på hvordan kvinner, som ikke snakker felles språk med jordmor, opplever å gjennomgå en fødsel. For å finne svar på dette ble fem kvinner som har født barn i Norge i løpet av det siste året inkludert i studien. Det var et kriterie at kvinnene hadde lite eller ingen norskkunnskaper, eller kunne snakke annet felles språk med jordmor. Både førstegangs- og flergangsfødende ble inkludert i studien. Kvinnene som ble rekruttert var fra Midtøsten og hadde arabisk som sitt morsmål. Alle kvinne var over 18 år. På grunn av studiens begrensning har det ikke vært mulig å bearbeide et større datamateriale. Det har imidlertid heller ikke vært et mål å oppnå et mettet datamaterialet som dekker alle aspekter av problemstillingen. Malterud (2011, s. 110) skriver at det vil være tilfredsstillende å få innsikt i ulike aspekter ved tematikken som kan bidra til refleksjon og nytenkning rundt emnet . En slik tilnærming passer med det utforskende designet som er anvendt i denne oppgaven.

3.4 Utvalg og rekruttering av informanter

Ønsket var å velge ut informanter på bakgrunn av prinsippet om strategisk utvalg. I følge Malterud (2011, s. 56-59) dreier prinsippet om strategisk utvalg seg om å samle inn et rikt materialet som kan gi ulike innfallsvinkler til problemstillingen. For å etablere et strategisk utvalg må man starte med å rette søkelyset mot informanter som man tror kan besvare oppgavens problemstilling. Deretter vil man forsøke å inkludere informanter som har et ulikt erfaringsgrunnlag og variert bakgrunn slik at man kan få innsikt i ulike sider av problemstillingen. Videre sier Malterud at informasjonsrikdom er et viktigere kriterium for et godt utvalg enn representativitet. Et rikt materiale som belyser problemstillingen fra ulike synspunkter styrker studiens troverdighet. Malterud skriver videre at et tilfeldig utvalg i verste

fall kan true kunnskapsgyldigheten (Malterud, 2011). I arbeidet med å rekruttere informanter til studien oppdaget vi raskt at det var utfordrende å følge prinsippene for strategisk utvalg fullt ut. På grunn av oppgavens begrensning i omfang og tid, var det vanskelig å være for selektiv i vårt utvalg. Språkbarrieren som var en forutsetning for rekruttering gjorde prosessen med å nå frem til kvinnene komplisert. Vi ble helt avhengige av andres velvilje til å opprette kontakt, overbringe informasjon og avtale møtetidspunkt. Det ble derfor valgt å inkludere de kvinnene som det var mulig å få tak i. Malterud (2011, s. 57) betegner dette som bekvemmelighetsutvalg (*convenience sample*). Ved bruk av denne teknikken er det imidlertid viktig å påpeke eventuelle begrensinger som dette medfører.

Informantene ble rekruttert gjennom ett asylmottak og én helsestasjon. Utlendingsdirektoratet (UDI) ble kontaktet og godkjente forespørselen om rekruttering av informanter fra asylmottak. To mottak ga tilbakemelding på forespørselen, men det var kun mulig å gjennomføre intervjuer på ett av mottakene da det viste seg svært utfordrende å opprette og formidle kontakt med kvinnene gjennom ansatte på mottaket. Det er også rekruttert informanter gjennom en jordmor som jobber i svangerskapsomsorgen. Kvinnene mottok muntlig og skriftlig informasjon om studien på sitt eget morsmål i forkant av studien.

3.5 Intervjusituasjonen

Vi forsøkte å skape en skjermet og hyggelig atmosfære i et nøytralt rom under intervjuene, for at kvinnen lettere skulle kunne åpne seg og snakke fritt. Vi ytret også et ønske om at kvinnene skulle komme til intervjuet uten partner, men en av dem insisterte på å ha han tilstede. Fire av kvinnene hadde med seg spedbarn. Intervjuene ble gjennomført med telefontolk. Flere av tolkene ytret et ønske om at det skulle snakkes i korte setninger, så det ble enklere for dem å oversette hele meningen. På tolkebestillingen ble det ytret et ønske om at tolkene skulle være kvinnelige, noe som lot seg gjennomføre på fire av de fem intervjuene. Vi var begge tilstede på alle intervjuene. Vi byttet på å være den som utførte intervjuet, mens den andre var observatør og kom med oppfølgingsspørsmål. Observatøren bemerket seg også kroppsspråk som smil og latter hos informanten og lagde notater på dette underveis.

3.6 Innsamling av data

Intervjuene er tatt opp på bånd. Ifølge Malterud (2011, s. 66-67) er dette en egnet måte å dokumentere samtaledata. Hun understreker imidlertid at lydopptak kun fanger opp den verbale formidlingen i samtalen. Den nonverbale kommunikasjonen fanges naturlig nok ikke opp. Ved at hovedmomenter fra samtalen ble notert, samt at man observerte og dokumenterte den nonverbale kommunikasjon som fant sted ble noe av det likevel fanget opp. Lydopptaket ble lyttet gjennom av begge to før det ble transkribert og deretter gjennomlest flere ganger. Det transkriberte materialet tilsvarte 50 sider. Den som var observatør var ansvarlig for selve transkriberingen, mens den andre lyttet gjennom for å høre at det var riktig.

3.7 Etiske overveielser

I forkant av datainnsamlingen ble det søkt om godkjenning for gjennomføring av studien til Norsk senter for forskningsdata, NSD. Dette ble gjort fordi studien skulle innhente informasjon om helseopplysninger som defineres som sensitive opplysninger, samt at studien skulle inneholde bakgrunnsopplysninger om kjønn og nasjonalitet. I tillegg antok vi at annen sensitiv informasjon kunne tilkomme underveis i intervjuet, eksempelvis informasjon om informantens etnisitet, religion eller politisk tilhørighet. Søknaden inneholdt beskrivelse av prosjektet samt intervjuguide og informasjonsskriv til informantene (se vedlegg nr. 3). Skriftlig informasjon til informantene er utarbeidet med utgangspunkt i NSD sin mal for informert samtykke. Søknaden ble godkjent 6. Juni 2016 med prosjektnummer 48537 (se vedlegg nr. 4). Prosjektet er i tillegg fremlagt for vurdering hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning, REK, og det er gitt tilbakemelding på at det ikke er nødvendig med videre godkjenning fra REK. Det ble brukt telefontolk som er ISO sertifisert. Alle personopplysningene er anonymisert i studien. Vi har valgt å gi kvinnene et pseudonym når de presenteres i studien resultatdel. Det kan tenkes at sammensetningen av opplysninger som kom frem i intervjuene kan avsløre hvem kvinnene er hvis det transkriberte materialet leses i sin helhet av noen som kjenner deres historie. Vi anser dette som lite sannsynlig, men har av hensyn til våre informanter valgt å ikke ha det transkriberte materialet som vedlegg til studien. Alle digitale lydopptak og direkte personopplysninger vil bli slettet i etterkant av prosjektet. I henhold til Lov om medisin og helsefaglig forskning skal samtykke til deltagelse være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumentert (Helseforsikringsloven, 2008). Kvinnene som ønsket å delta i vår studie mottok skriftlig informasjon om prosjektet på sitt morsmål. I

forkant av intervjuet signerte kvinnene på informert samtykke. Deltagelse var frivillig og informantene kunne når som helst trekke seg fra prosjektet.

I henhold til Nürnberg-kodeksen oversatt til norsk av Ruyter, Førde og Solbakk (2014, s. 219) er det en forutsetning at forskningen har vitenskapelig eller samfunnsmessig nytteverdi, hvis man skal forske på mennesker. Det anses som uetisk å forske på noe som kan vurderes som unødvendig eller unyttig (Ruyter et al., 2014). Eksempelvis kan dette være å forske på et felt som allerede er grundig studert, uten en klar hensikt om å tilføre noe nytt til området. I tillegg kan forskning med dårlig kvalitet sies å være uetisk. Det er altså viktig å vurdere forskningens vitenskapelige innhold og metode opp mot nytteverdi, kvalitet og nødvendighet (Ruyter et al., 2014). Denne studien søker svar på kvinners opplevelse knyttet til språkbarrierer i fødsel. Innledningsvis i studien er det gjort rede for at kvinner som ikke kan kommunisere med fødselshjelpere gjennom felles språk er en stadig økende gruppe. Å undersøke dette nærmere kan gi et verdifullt innblikk i disse kvinnenes opplevelse. Det kan bidra til å gi deres historie en stemme og synliggjøre deres behov. Gjennom denne studien kan disse kvinnenes erfaringer bidra til nyttige diskusjoner i den kliniske hverdagen og forhåpentligvis være et aktuelt bidrag til dagens praksis.

3.8 Innholdsanalyse

I denne studien vil datamaterialet bli analysert ved bruk av en kvalitativ innholdsanalyse. Vi har valgt denne analysemodellen fordi den egner seg til å systematisere tekst, som i dette tilfellet er intervjuer, så det kan brukes som bevis for et fenomen (Elo & Kyngäs, 2008). Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer på tolkning av tekster. Metoden kan brukes på ulike tekstmaterialer og tolkning kan skje på ulike nivåer. (Lundman & Graneheim, 2012, s. 187-189). Det er ulike oppfatninger om hvordan man forstår og anvender denne analysemetoden (Graneheim & Lundman, 2004). I denne oppgaven vil Graneheim og Lundman (2004; 2012) sin forståelse av kvalitativ innholdsanalyse bli anvendt. Graneheim og Lundman hevder at virkeligheten kan tolkes på ulike måter, og hvordan man forstår virkeligheten er avhengig av subjektiv tolkning. En tekst kan eksempelvis inneholde mange ulike meningsenheter. Graneheim og Lundman hevder da at det alltid vil være et element av subjektiv tolkning når man leser teksten.

Kjernen i kvalitativ innholdsanalyse er å beskrive variasjoner i materialet gjennom å identifisere likheter og forskjeller i teksten. Enhver tekst vil inneholde elementer av det Graneheim og Lundman betegner som manifest innhold eller latent budskap. (Lundman & Graneheim, 2012) Manifest innhold refererer til det teksten *sier*, i motsetning til det teksten *snakker om*, som betegnes som det latente innholdet. Analyse av det som faktisk er skrevet, og det som fremgår som opplagte elementer kalles altså manifest innhold. Det latente innholdet vil på den andre siden være en tolkning av tekstens underliggende mening (Graneheim & Lundman, 2004). I forkant av analyseprosessen har vi tatt stilling til om datamaterialet skal analyseres med hovedfokus på manifest eller latent innhold. Dette er i henhold til metoden, slik den er beskrevet av Graneheim og Lundman. Begge innfallsvinklene innebærer et element av tolkning, men graden av tolkning varierer i dybde og nivå av abstraksjon (2004). For å få et rikt svar på problemstillingen har vi valgt å tolke svarene med hovedfokus på latent innhold. Eksempelet i tabell 1 hvor kvinnen sammenligner helsepersonell med familien, er tolket som en positiv opplevelse av god omsorg. I henhold til Graneheim og Lundman (2004) sin teori om innholdsanalyse betegner vi hvert intervju i sin helhet som én analyseenhet. Graneheim og Lundman sier at intervjuer som er store nok til å være en helhet, men små nok til å kunne bevare fokus på sammenhengen gjennom analyseprosessen, vil være egnet til å betegnes som enhet for analysen.

3.8.1 Strategi for innholdsanalyse

En meningsbærende enhet er ifølge Graneheim og Lundman (2004) en samling av ord og setninger som inneholder samme kontekst eller har aspekter av samme innhold. I analysen av innholdet i det transkriberte materialet fra intervjuene, startet prosessen med å trekke ut meningsbærende enheter fra teksten. Videre ble de meningsbærende enhetene spisset og kortet ned til kondenserte meningsenheter. Graneheim og Lundman skriver at å foreta en reduksjon av teksten ikke skal gå utover innholdet. Poenget er derimot å få mindre datamateriale uten å miste kjernen av meningen. Det neste steget i analyseprosessen var å dele de kondenserte meningsenhetene inn i koder. Koding av teksten innebærer å merke hver meningsbærende enhet med nøkkelord eller korte beskrivende setninger. Kodene kan brukes som verktøy for å se på materialet og meningene i intervjuene på en ny måte (Graneheim & Lundman, 2004).

Eksempel på prosessen fra meningsbærende enhet til kode:

Tabell nr. 1

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Jeg fikk på nesa mi sånn utstyr så man får luft. Jeg vet ikke om det er oksygen eller hva det er for noe, eller kanskje det var som bedøvelse.	Jeg fikk utstyr til å puste gjennom, men forsto ikke hva det var.	Forsto ikke behandling
Jeg følte ikke at jeg savnet min mor og min søster, fordi alle var nesten som min mor og min søster rundt meg	Støtte fra helsepersonell reduserte savn av familie	Opplvde omsorg fra helsepersonell

Med utgangspunkt i disse kodene utarbeidet vi underkategorier og kategorier. Dette resulterte tilslutt i tre temaer (se vedlegg nr. 5). Graneheim og Lundman (2004) kaller denne prosessen for abstraksjon. Ved så å samle koder med liknende innhold i kategorier og underkategorier gir man kodene en rød tråd og får et overblikk over meningene. Kategorier og underkategorier skal referere til et beskrivende nivå av analysen og besvare spørsmålet «hva?». Tilslutt samles kategoriene under et tema som beskriver en mer underliggende mening av innholdet i teksten. (Graneheim & Lundman, 2004)

Eksempel på analysen fra kode til tema:

Tabell nr. 2

TEMA	Relasjoner som plattform for fødselsopplevelsen				
KATEGORI	Støtte og tillit			Ivaretagelse	
UNDER KATEGORI	Støtte fra ektemannen	Støtte fra helsepersonell	Trygghet	Omsorg	Savn av nettverk
KODE	Støtte fra mannen Ektemannen vet hva som trengs Ektemannen er eneste støttespiller Sosialt nettverk Trygghet i mannen	Beroligelse og støtte fra jordmor Støtte Prøver å hjelpe Oppmuntring og anerkjennelse fra jordmor Hjelp til mestring av smerte Ikke redd før fødsel nå Tok fødselsangst på alvor	Trygghet i relasjoner Trygg på oppfølging Kompetanse Vennlighet Imøtekommenhet Tilgjengelig helsepersonell Formidling av trygghet Personlig oppfølging fra jordmor Tillitt til fødselshjelpere	God helsehjelp Omsorg fra helsepersonell Massasje Tilstedeværelse Ble tatt vare på God relasjon Tilbud om hjelp God behandling Ivaretagelse Omsorg Respekt for kulturforskjeller	Ingen avlastning Alene uten hjelp Manglende støtte Savner sosialt nettverk Ønsker ikke flere barn nå Utfordring å være alene Avhengig av hjelp Bekymring for barnet

3.9 Troverdighet i kvalitativ forskning

Et forskningsresultat i kvalitativ forskning kan ikke automatisk overføres og regnes som sann i sammenhenger utover den det er forsket i (Malterud, 2011, s. 181-189). Det er derfor viktig at forskeren tar stilling til resultatets rekkevidde med akkurat den metoden og det materialet som er brukt. Malterud (2011) bruker begrepet validitet når hun beskriver forskningens overførbarhet og pålitelighet, men det er i denne oppgaven valgt å bruke Graneheim og

Lundeman sitt begrep (2012) “trustworthiness”. De har valgt å dele dette begrepet inn i kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet. Ordenes betydning går litt inn i hverandre, men det er her forsøkt å fange essensen i hvert begrep.

Kredibilitet sier noe om troverdigheten man klarer å skape i en studie, ut fra datasamlingen og analysen. Det kan vurderes ut fra fokuset studien har valgt, utvalget av informanter og metode for datainnsamling. Ved å velge informanter med ulike erfaringer får man sett problemstillingen fra ulike vinkler. Datakvaliteten og omfanget av forskningsspørsmålet avgjør hvor store mengder data som er nødvendig for å få et troverdig svar på fenomenet. Graneheim og Lundman poengterer også viktigheten av en god dataanalyse. Hvis all informasjon som har betydning for å svare på problemstillingen er inkludert, og all irrelevant informasjon er utelukket i koding og kategorisering, kan man få et riktig resultat. Ved å diskutere analysen med kollegaer, eksperter og deltagere i studien vil man også kunne øke kredibiliteten. (Graneheim & Lundman, 2004)

Et annet viktig aspekt i en kvalitativ studies troverdighet er å vurdere studiens pålitelighet. Graneheim og Lundeman kaller dette for “dependability”, og beskriver det som et mål for å vurdere om datainnsamlingsprosessen er endret over tid eller om forskeren har gjort endringer i analyseprosessen. Data innsamlingen i en kvalitativ studie vil imidlertid være en dynamisk prosess, som utvikles mellom forsker og informant. Det er ikke et poeng at alle informanter skal svare på nøyaktig de samme spørsmålene, men man skal kunne vise til at datainnsamlingen har vært konsekvent og forholdt seg til den overordnede tematikken. (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim og Lundman (2004) skriver at diskusjon om disse punktene innad i forskerteamet og redegjørelse for dette, vil kunne styrke studiens pålitelighet.

Overførbarhet er et tredje element som kan fortelle oss noe om studiens troverdighet. Det referer til om studiens funn er overførbare til andre grupper eller situasjoner. Graneheim og Lundman skriver at det kan foreslås at studien kan være overførbar, men at det er leseren som til syvende og sist vurderer om funnene kan gjøre seg gjeldende i en annen sammenheng (Graneheim & Lundman, 2004). For å styrke studiens overførbarhet er det viktig å gi en

korrekt og tydelig beskrivelse av utvalg, inklusjonskriterier, datainnsamlingsprosess, analyse og presentasjon av resultater (Graneheim & Lundman, 2004). Et godt beskrevet forskningsprosess er med andre ord med på å styrke studiens troverdighet.

4.0 RESULTATER

I dette kapitlet kommer en presentasjon av resultatene sortert etter temaene og kategoriene som kom frem i analysen. De to første temaene ser nærmere på *sammensatt kommunikasjon ved mangel på felles språk og relasjoner som plattform for fødselsopplevelsen*. Det er disse temaene vi anser som våre hovedfunn. Funnene som omhandler blant annet kvinnes forhåndskunnskaper og tidligere opplevelser vurderes til å svare mer indirekte på problemstillingen. Disse kodene og kategoriene er under temaet *forhåndskunnskaper for fødsel* og blir presentert sist i denne delen. For å tydeliggjøre funnene er det trukket ut sitater fra intervjuene. Vi har valgt å gjengi sitatene slik de ble uttalt av tolken, siden enhver form for korrektur kan gjøre at meningen endres.

Presentasjon av informantene i tabellform:

Tabell nr. 3

Informant	Nasjonalitet	Antall barn født utenfor Norge	Ledsager under fødsel	Tilbud om tolk
”Fatima”	Syria	Ett barn, forløst med keisersnitt i hjemlandet	Ektemann som snakket godt engelsk	Fikk ikke tilbud om tolk under fødsel eller i svangerskapsomsorgen
”Sanae”	Kurder fra Nord-Irak	Ett barn (født i hjemlandet)	Ektemannen, snakket ikke norsk eller engelsk	Fikk tolk i svangerskapsomsorgen, men ikke under fødsel
”Miriam”	Syria	Født to ganger i hjemlandet. En levendefødt og en dødfødsel	Ektemannen, snakket ikke norsk eller engelsk. Var ikke tilstede under selve fødselen, da han passet på deres eldste sønn	Fikk tilbud om tolk under deler av fødsel.
”Niheya”	Syria	Ingen	Ektemannen, snakket litt norsk	Fikk en tolkesamtale i svangerskapsomsorgen. Fikk ikke tilbud om tolk under fødsel. Fikk tolkesamtale før hjemreise
”Yousra”	Syria	Født ett barn i Tyrkia (etter at hun flyktet fra hjemlandet).	Ektemannen, snakket ikke norsk eller engelsk	Fikk tilbud om tolk i svangerskapsomsorgen via ansatt på mottak. Fikk ikke tilbud om tolk i fødsel

4.1 Sammensatt kommunikasjon ved mangel på felles språk

4.1.1 Kommunikasjon

Felles for de fem kvinnene var at de hverken snakket engelsk eller norsk på det tidspunktet de fødte. De fleste kvinnene forsto enkelte ord, som førte til at kommunikasjonen foregikk på en blanding av språk.

Miriam sier at hun kommuniserte med jordmor ved bruk av noen få norske og engelske ord. Hun brukte også håndbevegelser og prøvde å bli forstått på arabisk. Yousra oppga at hun kunne noen få ord på engelsk. Dette gjorde at hun forsto noe av det som ble formidlet, men at hun i utgangspunktet ønsket å ha en tolk tilstede. Hun etterspurte dette, men fikk beskjed om at det ikke var mulig å skaffe. De ble da enige om å prøve å kommuniserer via de få ordene hun kunne på engelsk isteden.

Niheya fortalte at hun tror hun forsto hovedtrekkene av det som ble formidlet ved hjelp av mannen, men at hun ikke fikk med seg detaljene. Hun sier at mannen opplevde at fødselshjelperne anvendte medisinsk terminologi, noe som gjorde det ekstra vanskelig å forstå.

Niheya: *«De bruker noen ord som er medisinske, så det er vanskelig å forstå alt som blir sagt.»*

Videre sier hun at det selvsagt hadde vært en fordel å snakke samme språk som jordmor. Fatima deler også denne oppfatningen. Hun sier at hun ønsker å lære seg norsk, slik at hun kan klare seg alene, uten mannen, i lignende situasjoner i fremtiden.

Hos de informantene som ikke hadde en mann som fungerte som tolk og det ikke var profesjonell tolk tilstede ble nonverbal kommunikasjon og kroppsspråk viktig. Flere av kvinnene beskriver vennlige ansikter og berøring som betryggende og beroligende.

Sanae sier: *«En holdt hånden min, en dame, en jordmor. Jeg skjønnte ikke hva hun sa men i forhold til hennes ansiktuttrykk prøvde hun å berolige meg og prate med meg. Og kanskje i følelsene mine hun sa til meg: nå barnet kommer ut, alt går bra.»*

Kvinnene følte også at de greide å gi uttrykk for følelsene til fødselshjelperne gjennom nonverbal kommunikasjon. De beskrev at de brukte håndbevegelser og at jordmor leste i ansiktuttrykket hvordan de hadde det. Yousra beskriver en situasjon hvor hun kommer inn på en mørk fødestue med mange ukjente instrumenter:

«Jordmor merket at ansiktet mitt forandret seg på en måte. Hun kom med en gang og tok hånden min.»

En av kvinnene fortalte at fødselshjelperne forsøkte å forklare de vanskeligste ordene ved bruk av tegnspråk. Hun sa ifra hvis hun ikke forsto det som ble formidlet og opplevde at fødselshjelperne gjentok budskapet til hun hadde forstått det.

4.1.2 Oversettelse

Det er stor variasjon i hvor stor grad tolk har blitt brukt i svangerskapet og under oppholdet på sykehuset hos de kvinnene som ble intervjuet. Alt fra tilbud om tolk på én konsultasjon, til å ha tolk tilstede hver gang. En fikk ikke tilbud om tolk på sykehuset før hun skulle reise hjem, mens en hadde tolk tilgjengelig store deler av fødselen. For alle tre kvinnene som var bosatt på asylmottak ble det brukt personer som var ansatt på mottaket i tolkerollen under svangerskapskonsultasjonene.

Yousra beskriver tolketilbudet på denne måten:

«Når jeg kom inn på sykehuset forventet jeg at det var tolk tilstede, men det var det ikke. Det var en sykepleier der som kunne litt arabisk. Når hun var tilstede så hjalp hun mye med å oversette»

To av kvinnene sa at de var fornøyde med informasjonsflyten til tross for at hverken de eller mannen behersket språket, og de ikke ble tilbudt tolk. De følte at så lenge alt gikk komplikasjonsfritt, kunne man kommunisere godt ved hjelp av kroppsspråk.

Niheya: *«Alt som skjedde med meg, var som normalt. Og alt var under kontroll. Derfor klarte jeg meg selv, sammen med mannen min»*

En av kvinnene hadde en mann som var flink i engelsk og han ble brukt som tolk både i forberedelsen til fødsel i svangerskapet, og under oppholdet på sykehuset. En annen hadde kommet til Norge et par år etter mannen, så han kunne noe mer norsk enn henne. Hun fortalte at han oversatte det han forsto videre til henne, siden hun ikke forsto noe av det som ble sagt.

Hos en av kvinnene ble det også forsøkt brukt et oversettelsesprogram på mobilen når det ikke var mulighet for tolking på andre måter.

4.2 Relasjoner som plattform for fødselsopplevelsen

4.2.1 Støtte og tillit

Alle de fem spurte kvinnene hadde med mannen sin på sykehuset. Med unntak av en av kvinnene var ektemannen tilstede under hele fødselen. Samtlige kvinner fortalte at de opplevde stor støtte i å ha mannen tilstede. Yousra beskriver det slik:

«Jeg var glad at han var med. Og han hjalp meg mye under fødselen også. Du vet, jeg har ingen andre her enn min mann.»

Fire av kvinnene fortalte at ektemannen hjalp til med å oversette det som fødselshjelperne sa. Ingen av mennene kunne snakke norsk, men i alle tilfellene behersket de språket i litt større grad enn sin fødende ektefelle. En av kvinnene hadde en ektemann som kunne snakke litt engelsk. Hun uttrykte at hun synes det var veldig trygt å ha mannen tilstede fordi han kunne hjelpe henne med språket.

Til tross for at kvinnene ønsket å ha ektemannen tilstede uttrykte flere en bekymring over hvem som skulle ta seg av deres eldste barn. Yousra forteller at hun var bekymret for hvordan situasjonen skulle bli for det andre barnet deres når hun skulle til sykehuset for å føde. Hun ønsket at mannen skulle være hjemme med datteren, men mannen ga uttrykk for at han visste hva Yousra egentlig hadde behov for i situasjonen. Datteren ble derfor passet på av naboen, mens foreldrene dro til sykehuset.

Yousra: *«Jeg ville at han skulle bli med datteren vår fordi hun var alene, men han sa: ”nei, jeg må bli med for å hjelpe deg. Jeg vet at du er svak i sånne situasjoner, og du blir fort redd. Da må jeg være med.»*

Noen av kvinnene hadde hørt fra kjente at man får god støtte fra helsepersonell når man kommer på en fødeavdeling i Norge. For Yousra ble støtten fra jordmor ekstra viktig siden hun hadde vært veldig redd ved forrige fødsel. Hun fortalte at hun hadde gått til jordmor i svangerskapet og opplevde at jordmoren hun møtte tok både henne og redselen hennes på alvor:

Yousra: «Hun snakka med meg ofte om at jeg ikke burde være redd, og at hun skulle være med meg på sykehuset»

Jordmoren kom hjem til henne når fødselen satte i gang, fulgte henne inn til sykehuset, og var hos henne til barnet var født. Hun sier hun ikke var redd da hun kom på sykehuset denne gangen og at hun fikk god hjelp av jordmødrene og legene til å mestre smerten:

Yousra: «Hver gang jeg fikk vondt, så la legene og jordmødrene varmt vann på ryggen min. Det hjalp mye..., Jordmor fortalte meg at det var veldig bra at jeg smilte mens jeg fødte»

Sanae opplevde også å bli redd, og at hun mistet troen på seg selv når riene var på det sterkeste. Hun forteller at hun opplevde at fødselshjelperne prøvde å hjelpe henne på best mulig måte.

Kvinnene beskriver opplevd trygghet både gjennom mannen, og i møte med kompetent og vennlig helsepersonell i svangerskapet og på sykehuset

Sanae: «Jeg kjente meg ganske trygg at min mann fikk lov å være i fødestua sammen med meg... Jordmora og de legene var ganske snille og ganske, ja flinke.»

Etter fødselen av sitt første barn hadde Miriam gjennomgått en dødfødsel i Syria. Hun ble gravid igjen kort tid etter dødfødselen, og hadde vært bekymret for barnet i magen under flukten til Norge. Hun opplevde å bli fulgt opp av lege og jordmor med en gang hun kom til Norge

Miriam: «Jeg følte at jeg var i trygghet fordi jeg tenkte så mye på sønnen min (barnet som nå var i magen), fordi før det så hadde jeg abortert et barn på 6 mnd. i Syria»

At jordmødrene og legene viste imøtekommenhet og var tilgjengelige for kvinnene mens de var innlagt på sykehuset var ting de trakk frem som positivt. Flere av kvinnene uttrykte at de opplevde fødselshjelperne som snille, og at de la til rette for at de skulle ha det best mulig. En

av kvinnene sa at hun opplevde at jordmor var tilgjengelig for henne hver gang hun trengte hjelp.

Det å ha tillit til at fødselshjelperen visste hva som var best for kvinnen og barnet i magen opplevdes som betryggende. En av kvinnene uttrykker det slik:

Niheya: *«Man tenker ikke på språk og hva man skal, men man har tillit til legen, at legen vet hva legen skal gjøre.»*

4.2.2 Ivaretakelse

Opplevelsen av å bli ivaretatt underveis i fødsel er noe alle kvinnene beskrev. En kvinne forteller at alle på sykehuset var hyggelige og at hun ble behandlet bra. En annen kvinne forteller at både hun og barnet ble veldig godt tatt vare på. Miriam uttrykte at hun var bekymret for å være alene i fødsel, fordi hun ikke hadde noe familie rundt seg. Mannen fulgte henne til sykehuset, med var ikke med på selve fødselen fordi han passet på deres andre barn. Hun beskriver sin bekymring slik:

«Første gangen jeg fødte i hjemlandet var min mor, min søster og min svigermor rundt meg. Det ga meg mere mot når de var rundt meg. Her i Norge var jeg litt bekymret, liksom jeg skal føde og det er ingen rundt meg.»

Hun opplevde imidlertid at jordmor var mye sammen med henne og ga henne omsorg i form av berøring og tilstedeværelse.

«Jeg følte ikke at jeg savnet min mor og min søster, fordi alle var nesten som min mor og min søster rundt meg.»

Kvinnene opplevde å bli møtt med respekt på sykehuset. Yousra gir ett eksempel:

«De ba meg om unnskyldning fordi de ikke klarte å hente mat som var Halal. ..og de beklaget at vi måtte spise det.»

Videre sier Yousra at hun opplevde å bli veldig godt tatt vare på. Hun forteller at hun fikk mye hjelp, blant annet med stell og bleieskift på barnet. Det var som å bo på hotell, fortalte tobarnsmoren Yousra.

Alle kvinnene sier det var godt å ha mannen med seg på sykehuset, men Fatima var i tvil om hun skulle la han bli hjemme for å passe datteren, så hun slapp å være hos naboene som de ikke kjente så godt. Hun valgte å ta han med siden han kunne hjelpe henne med oversettelse, men er fortsatt i tvil om hva hun skal gjøre når hun snart skal føde igjen. Hun er bekymret for at hun ikke har noen hun kjenner som kan ta seg av de to barna hvis ektemannen følger henne til sykehuset.

Flere uttrykte savn etter kvinnelige familiemedlemmer som kunne være med på fødselen, men de savnet også noen som kunne hjelpe til med å passe barna.

Fatima: «Det er bra i Syria også. Men den viktigste fordel er at jeg er midt i familien, så de kan passe barna»

En av kvinnene hadde med seg både mannen og den tre år gamle sønnen på sykehuset. Mannen måtte være på et annet rom med sønnen under selve fødselen. Hun følte trygghet i å ha ektemannen i nærheten, men kjente allikevel på at han først og fremst måtte passe på sønnen.

4.3 Forutsetninger for fødselsopplevelsen

Kvinnene hadde ulike forhåndskunnskaper i forkant av fødsel. Fire av kvinnene hadde født barn før, men ingen hadde født i barn i Norge. Informasjonen de satt inne med var basert på deres egne tidligere erfaringer og opplevelser. I tillegg hadde de i varierende grad mottatt informasjon gjennom svangerskapsomsorgen. De fleste hadde også hørt historier fra venninner og familie og oppga dette som en kilde til informasjon.

4.3.1 Erfaringer

Til tross for at kvinnene oppgav at de følte seg godt ivaretatt i fødsel var det allikevel situasjoner som ble beskrevet som utfordrende. Kvinnene ga også uttrykk for at de følte på usikkerhet og redsel i fødselsforløpet. Yousra forteller at hun ble redd da hun kom inn på fødestuen.

«I begynnelsen var jeg ikke redd. Men da jeg kom inn på rommet og fikk se alle instrumentene, da ble jeg redd.»

Da hun fødte sitt første barn var hun ung og alene, uten noen kjente rundt seg. Hun og mannen hadde flyktet fra hjemlandet, og var da i nabolandet uten noe nettverk eller familie rundt seg. Mannen fikk heller ikke lov til å være med under fødselen. Hun fortalte at hun ble så redd at hun rømte fra sykehuset. Hun beskriver at de vonde følelsene dukket opp igjen da hun kom inn på fødestua i Norge. Dette førte til at hun begynte å tenke negativt og fryktet at det skulle bli akkurat som sist. Niheya fødte sitt første barn i Norge og forteller at hun ble redd underveis i fødsel fordi hun ikke skjønnte hva som skjedde med kroppen hennes. Hun forteller videre at jordmor prøvde å berolige henne, men at situasjonen opplevdes som veldig vanskelig. På et tidspunkt fikk hun noe ukjent utstyr på nesen. Hun forsto ikke helt hva det var, eller hvorfor hun fikk det.

Niheya: «jeg fikk på sånn utstyr så nesen, sånn at man får luft. Jeg vet ikke om det var oksygen eller hva det var for noe, kanskje det var bedøvelse?»

Hun sier også at hun er redd for å føde igjen og ikke ønsker flere barn nå, men ikke har bestemt seg for om hun kommer til å få flere barn i fremtiden.

En annen kvinne forteller at hun hadde veldig sterke rier og at hun begynte å tvile på om hun ville greie å gjennomføre fødselen:

Sanae: «jeg tenkte at jeg kanskje ikke klarer å føde barnet mitt. Eller kanskje jeg kommer til å dø under denne fødselen. Disse tankene kom på grunn av de sterke riene.»

Det kom frem noen historier i intervjuene fra opplevelser kvinnene hadde hatt i hjemlandet eller underveis på flukt. Miriam forteller om utilgjengelig og dyr helsehjelp i hjemlandet ved forrige graviditet. På grunn av krigen hadde flere av legene flyktet og hun måtte dermed betale når hun skulle til legene.

«I Syria var det sånn at det var krig og legene har flyktet, man må gå til lege og betale penger.»

Hun hadde også en traumatisk fødselsopplevelse sist på grunn av urolighetene i hjemlandet:

«Fordi i krigen så var det fly som fløy over sykehuset, da var vi redd for at noen skulle bombe sykehuset. Vi var redde og derfor vi forlot sykehuset.»

Når hun ble gravid igjen valgte de å flykte fra Syria. Hun forteller at hun opplevde en del vanskeligheter den måneden hun var på flukt som gravid, og at det ikke var noe helsehjelp og oppdrive så de måtte klare seg på egenhånd.

Yousra var åpen til jordmoren som fulgte henne opp i svangerskapet om de tidligere erfaringene sine så hun skulle forstå at hun var redd for å føde igjen.

4.3.2 Informasjon

Forhåndskunnskapene til kvinnene var preget av deres egne erfaringer og fra informasjon de hadde mottatt underveis i svangerskapet. En av kvinnene som hadde barn fra før fortalte at hun hadde blitt forløst med keisersnitt ved første fødsel og dermed manglet informasjon om normal fødsel når hun kom på sykehuset. Hun sier derfor selv at hun anså fødselen i Norge som sin første fødsel siden hun ikke hadde noen erfaring med vaginal fødsel fra tidligere. Niheya oppga at det hun visste om fødsel var nettopp dette; at det var to mulige måter å føde på. Enten kom barnet på normal måte, eller ved keisersnitt. Underveis i fødselen til Niheya foreslo jordmor at medikamentell smertelindring kunne være et godt alternativ. Men Niheya hadde hørt skrekkehistorier om epidural fra hjemlandet og ønsket ikke dette.

Niheya: *«Jeg visste at av og til, hvis det går galt med den sprøyte man får i ryggen, så blir man lam.»*

Hun fikk ikke formidlet at dette var grunnen til at hun ikke ønsket epidural.

Ingen av kvinnene fortalte at de de hadde fått informasjon om fødselsforløpet i løpet av svangerskapet. To av kvinnene oppga imidlertid at de visste at de måtte spise godt i svangerskapet og at det var viktig med hvile. Samtlige kvinner hadde fått oppfølging fra jordmor eller fastlege i svangerskapet og visste at de kunne ta kontakt hvis det skulle oppstå problemer.

Sanae: *«Hvis jeg hadde noen problemer, da kunne jeg fortelle hun (jordmor) og så kunne hun hjelpe meg. Ellers hvis jeg hadde vondt hun viste meg noen øvelser, og så disse smertene går bort.»*

Yousra fortalte at hun hadde blitt forberedt på at hun ville bli godt tatt vare på sykehuset. Dette var det jordmor i svangerskapsomsorgen som hadde informert henne om. Sana hadde hørt historier om at å føde i Norge var ulikt det hun hadde opplevd i hjemlandet.

Sanae: *«Jeg hørte før jeg dro på sykehuset at det er helt annerledes. De prøver på mest mulig måte å hjelpe oss. Da jeg gikk på sykehuset, jeg opplevde det samme som jeg ble fortalt.»*

Kvinnene har hatt ulike kilder til informasjon i svangerskapet for å forberede seg til fødselen. Alle fikk oppfølging av jordmor, men det var ulikt i hvor stor grad det var tolk tilstede.

Yoursa sier: *«Jordmor kom på besøk til meg her på mottaket en gang per måned. Hun sa at fødselen min skal bli enkel fordi barnet er plassert bra ned.»*

På spørsmålet om hun fikk noe informasjon om fødsel underveis i graviditeten svarer Miriam at hun hadde etterspurt det selv, og at de da hadde svart på og informert om alt hun lurte på.

Flere av kvinnene hadde familiemedlemmer og venninner som hadde født og hadde fått informasjon av dem om hvordan det er å føde. To av kvinnene hadde hørt historier fra hjemlandet, mens Yoursa hadde også hørt fødselshistorier fra familie som hadde født her i Norge. Hun følte det hadde vært til god hjelp, så hun følte seg mer forberedt.

5.0 DISKUSJON

Studiens hovedfunn viser at nonverbal kommunikasjon var den viktigste formen for dialog mellom fødekvinnen og fødselshjelperen. Kvinnene opplevde dette som virkningsfullt og betryggende til tross for manglende fellesspråklig forståelse. Relasjonen mellom fødekvinnen og fødselshjelper anses også som et sentralt funn. Dannelsen av en slik relasjon var viktig for kvinnenens fødselsopplevelse. Kvinnene vekslet mellom å anvende jordmor, lege og sykepleier som betegnelse på helsepersonell som var tilstede under fødsel. Da bruken av disse begrepene virker tilfeldig kan vi anta at dette ikke er en presis gjengivelse av hvilken profesjon personen som var tilstede faktisk hadde. Vi har derfor valgt å anta at kvinnene i hovedsak ble ivaretatt av en jordmor under fødsel, da alle kvinnene oppga å ha gjennomgått normale fødsler.

I det følgende kapittelet vil resultatene, med fokus på de nevnte hovedfunnene, bli diskutert opp mot relevant litteratur og aktuell forskning.

5.1 Å føde uten felles språk. Betydningen av nonverbal kommunikasjon

Kvinnene ga uttrykk for at de brukte en sammensatt kommunikasjonsform i møtet med fødselshjelperne, med innslag av både verbal og nonverbal kommunikasjon. Det fremgår i resultatene at kvinnene opplevde at den verbale kommunikasjonen i liten grad bidro til hvordan de oppfattet budskapet fra jordmor. For å kunne kommunisere verbalt, på en måte som er preget av gjensidige forståelse, er man avhengig av å ha en felles forståelse av ordene som blir anvendt (Dahl, 2013, s. 134). Naturlig nok opplevdes dette som en utfordring, nettopp fordi kvinnene i studien ikke hadde et felles språk å kommunisere med i møte med jordmor. Man kan da stille spørsmål til hvordan dette kan påvirke både fødekvinnens opplevelse og jordmor sin tilnærming til kvinnen. En studie gjennomført i Australia ser på kliniske utfall og opplevd kvalitet på fødselsomsorgen rapportert og vurdert gjennom spørreskjema av kvinner i etterkant av fødsel (Hennegan, Redshaw & Miller, 2014). Over 6000 kvinner er inkludert i studien, 481 av disse er kvinner som selv er født i et annet land og ikke har engelsk som første språk. Studien fant blant annet at innvandrerkvinner oftere hadde kontinuerlig fosterovervåkning, og var mer utsatt for å få episiotomi og store rifter. De fødte også oftere på rygg eller sideleie i seng sammenlignet med den andre gruppen. Forfatterne

diskuterer om dette kan forklares med at denne gruppen kvinner blir gitt færre valgmuligheter og dermed har en mindre aktiv rolle i fødselen, sammenlignet med kvinnene som var født og oppvokst i Australia og behersket språket. Studien konkluderer blant annet med at fokus på effektiv kommunikasjon i møte med kvinner som ikke behersker språket er viktig for å gi omsorg, støtte og valgmuligheter gjennom fødselsforløpet. Kvinnene var stort sett fornøyd med hjelpen de mottok, men innvandrerkvinnene svarte sjeldnere at de var *svært* fornøyd med helsehjelpen sammenlignet med den andre gruppen (Hennegan et al., 2014). Hovedfunnene i vår studie viser at kvinnene opplevde å få støtte og omsorg av fødselshjelperne. Funnene forteller imidlertid lite om kvinnene opplevde å bli delaktiggjort og bli gitt valgmuligheter i fødsel. Dette kunne vært interessant å forske videre på. Det kan tenkes at mangel på felles språk førte til forenklet og mer instruerende formidling av budskap fra jordmor til fødekvinne. Dette kan ha begrenset kvinnenes muligheter til å ta informerte valg og redusert individuell tilnærmingen til kvinnen. I henhold til rammeverket for ”jordmormetoden” fremgår respekt for kvinnen, og tilrettelegging i henhold til den enkeltes behov som essensielle verdier. Kommunikasjon og formidling av informasjon betraktes som viktige verktøy for å oppnå dette (Homer et al., 2014; Renfrew et al., 2014; ten Hoope-Bender et al., 2014; Van Lerberghe et al., 2014).

Resultatene fra vår studie viser at kvinnene i stor grad var avhengig av nonverbal kommunikasjon som ansiktsuttrykk, blikk og berøring for å forstå det som ble formidlet. Når den verbale forståelsen uteblir er det nærliggende å tenke at de nonverbale uttrykksformene blir tillagt større betydning som et redskap til å forstå og gjøre seg forstått. Eide og Eide (2007, s. 199) hevder at et slik forsterket gjennomslag av den nonverbal kommunikasjon ses eksempelvis hos barn som ikke har utviklet fullstendig verbal språkkompetanse (Eide & Eide, 2007). Man kan her trekke en parallell til at kvinnene i vår studie ikke behersket språket som ble snakket på sykehuset, og at de derfor i større grad støttet seg til den nonverbale kommunikasjonen som ble formidlet. En av kvinnene fortalte at hun opplevde at jordmor holdt henne i hånden og snakket direkte til henne i fødselens siste fase. Kvinnen forteller at hun ikke forsto hva jordmor sa, men at hun fikk en følelse av at jordmor formidlet at det gikk bra og at barnet snart skulle komme. Dette gir en god beskrivelse av hvordan den nonverbale kommunikasjonen oppleves som et viktig virkemiddel for å forstå det som blir formidlet. Kvinnen beskriver at ansiktsuttrykket til jordmor beroliget henne. Ifølge Dahl (2013, s. 179-

183) kan ansiktet betegnes som den mest kommunikative kroppsdelens vår. Følelser kommer ofte tydelig til uttrykk gjennom ansiktet, både som bevisste tegn og som ubevisste signaler (Dahl, 2013).

Kunnskap om nonverbal kommunikasjon kan brukes for å oppnå kontakt. Å se noen inn i øynene kan oppleves som en måte å skape tillit i en relasjon. Eide og Eide (2007, s. 206) skriver at slik øyekontakt ofte kan signalisere ærlighet, og kan være en svært betydningsfull handling som viser at man *ser* den andre (Eide & Eide, 2007). På den andre siden bør man også reflektere rundt kraften som kan ligge i dette. De nonverbale uttrykksformene kan være meget virkningsfulle, og kan fortelle oss mye. Men det kan også villedes vår oppfatning av virkeligheten. Tegn og uttrykk kan tolkes feil, og det kan oppstå misforståelser og situasjoner som kan skape engstelse og redsel. Hanssen (2005, s. 44) påpeker at man må være oppmerksom på at ulik kulturell bakgrunn kan påvirke dette. Både sender og mottager har personlige og kulturelle filter som påvirker hvordan budskapet blir formidlet og hvordan det oppfattes. Hvis kulturforskjellene er store mellom de kommuniserende partene, øker sannsynligheten for at misforståelser oppstår (Hanssen, 2005). Ingen av kvinnene i vår studie uttrykte at de satt igjen med en opplevelse av å ha misforstått eller å ha blitt misforstått av fødselshjelperne. Det kan allikevel være viktig å være oppmerksom på at dette kan være en utfordring i situasjoner hvor kommunikasjonen i hovedtrekk kun baseres på nonverbale uttrykk, slik som flere av kvinnene i vår studie opplevde.

Eide og Eide (2007, s. 17) skriver at kommunikasjon handler om å formidle et meningsinnhold fra sender til mottaker. Ulike tegn og signaler blir sendt ut, men det er ikke gitt at budskapet blir oppfattet på en måte som stemmer overens med senderens intensjon av budskapet (Eide & Eide, 2007). Vår studie har undersøkt kvinnenes opplevelse, og våre resultater er en analyse av deres gjengivelse av situasjonen. Resultatene forteller oss imidlertid ingenting om hva som faktisk ble formidlet fra fødselshjelperne underveis i fødsel. Det vil derfor være en umulig oppgave å diskutere om budskapet som ble sendt fra jordmor samsvarte med fødekvinnens opplevelse. Samtlige av de spurte kvinnene opplevde at de fikk god kontakt med jordmor til tross for mangelfull, og i noen tilfeller uteblivende forståelse av det verbale som ble kommunisert. Det hadde imidlertid vært interessant å undersøke jordmor

sitt perspektiv på fenomenet. Et spørsmål som kunne vært interessant å undersøke er hvordan samhandlingen mellom jordmor og fødekvinne påvirkes når språk er en barriere, sett fra et jordmorfaglig ståsted. Ved å belyse tematikken fra en annen innfallsvinkel kan dette gi ny og verdifull kunnskap om emnet.

5.1.1 Forstå og bli forstått. En kvalitetssikring

Det kommer frem i intervjuene at bruken av tolk i møte mellom kvinnene og fødselshjelperne varierte veldig, avhengig av ressurser, og i hvilken grad kvinnen og partner behersket et felles språk med fødselshjelperne som var på jobb. Lovverket er tydelig på at kvinnene har rett til tilrettelagt informasjon så de forstår innholdet i helsetiltakene de blir tilbudt og får innsikt i egen helsetilstand (Pasient og brukerrettighetsloven, 2001). Av våre informanter var det tre som ikke fikk tilbud om tolk under oppholdt på sykehuset, mens en kun fikk tilbud om tolkesamtale før hun skulle reise hjem. Dette synliggjør at kvinnene ikke fikk oppfylt sine rettigheter i henhold til norsk lov. Uavhengig av hvilken opplevelse de sitter igjen med i etterkant er dette en mangel som potensielt kan føre til farlige situasjoner hvis viktig informasjon ikke blir formidlet. Det kan for eksempel være vanskeligere for jordmor å vurdere kvinnens intensitet av smerte og om den kommer i rier eller er konstant, som igjen kan gjøre det vanskelig å avdekke for eksempel placentalsøsning eller uterusruptur. Den svenske studien som ble omtalt i denne studiens bakgrunn, viser at misforståelser som oppstår på grunn av manglende tolk potensielt kan føre til fatale følger i fødselsomsorgen (Essén et al., 2002). På bakgrunn av dette kan man argumentere for at det er nødvendig med bedre rutiner for å sikre tolk under fødsel til alle kvinner som ikke behersker et felles språk med fødselshjelper.

To av kvinnene hadde ektemenn som behersket engelsk eller norsk bedre enn dem selv. De ble aktivt brukt til å oversette. Den ene av disse kvinnene fikk, muligens som følge av dette, aldri tilbud om tolk i løpet av svangerskapet og fødselen. Dette kan være ugunstig av hensyn til at kvinner ikke alltid ønsker å dele tabubelagte temaer med familiemedlemmer (Dahl, 2013, s. 170-171). I tillegg viser forskning at bruk av profesjonelle tolker kvalitetssikrer helsetilbudet ved å forebygge misforståelse (Karliner et al., 2007). Det kommer også frem i våre resultater at det ble brukt ansatte på mottaket der kvinnene var bosatt til tolking under svangerskapskonsultasjonene. Dette er personer kvinnene har en relasjon til, men som har helt

andre funksjoner i livene deres til vanlig. Dette kan være ugunstig da det kan medføre uklare roller for den ansatte, i tillegg til at de får tilgang til informasjon de ikke trenger om kvinnen, som i verste fall kan misbrukes (Helsedirektoratet, 2011). Bruk av ansatte som tilfeldigvis snakker samme språk som den gravide kan også gjøre at man mister andre aspekter rundt samtalen som en utdannet tolk kunne ville tilført (Karliner et al.).

Kvinnene beskrev fødslene sine som normale og komplikasjonsfrie, og uttrykte at det derfor var mindre behov for informasjon og dermed mindre behov for tolk underveis. Skulle det ha oppstått noe uventet mener de at behovet ville vært annerledes, og er litt usikre på om de da hadde spurt om å få tolk selv. Galanti (2015) mener felles språk er en forutsetning for en god konsultasjon og at det er nødvendig med profesjonell tolk når dette mangler. Kvinnene vi har snakket med representerer et lite utvalg av de som føder i Norge uten felles språk med fødselshjelper. Selv om kvinnene oppgir at manglende tolketilbud hadde liten innvirkning på fødselsopplevelsen kan man ikke konkludere med at det ikke er nødvendig med tolk på bakgrunn av en studie med dette omfanget.

En av kvinnene spurte selv om å få tolk når hun kom inn på sykehuset for å føde, men fikk høre at dette ikke var mulig. Denne kvinnen ga klar beskjed om at hun følte et behov, men dette ble ikke møtt av ukjente årsaker. Hun var den eneste som fortalte at hun hadde etterspurt tolk. Det er ikke sikkert det er så lett å be om dette selv, både med tanke på at situasjonen i det man blir lagt inn på sykehuset er stressende, og at mange kanskje mangler informasjon om egne rettigheter. Vår erfaring er at personalet opplever tolking som tidkrevende og at man gjerne tror det tar lenger tid for tolketjenestene å skaffe en tolk enn det virkelig gjør.

5.2 Relasjon mellom fødekvinne og jordmor

Tilstedeværelse av ektemannen var betydningsfullt for samtlige av informantene. De opplevde det som trygt å ha han tilstede både fordi han var en tillitsfull støttespiller og fordi han i noen tilfeller kunne bidra med oversettelse. Vi har imidlertid valgt å fokusere på relasjonen mellom fødekvinnen og jordmor, da dette er et av studiens hovedfunn. Med utgangspunkt i et jordmorfagelig perspektiv kan det være interessant å gå i dybden på dette og diskutere hvilken betydning en slik relasjon kan ha for fødekvinnen.

Alle kvinnene i studien opplevde vennlighet i møte med helsepersonell da de var på sykehuset for å føde. Det kom frem at kvinnene fikk en følelse av å bli sett og tatt vare på av menneskene de møtte. Kvinnene eksemplifiserer dette ved å fortelle at de opplevde å få tett oppfølging, og at fødselshjelperne var tilgjengelige for kvinnene. To av kvinnene uttrykte at de fikk hjelp når de trengte det, og at de hadde tiltro til at fødselshjelperne hadde kompetanse og visste hva de skulle gjøre. Man kan allikevel spørre seg hva som førte til at kvinnene opplevde å sitte igjen med en god opplevelse til tross for de åpenbare utfordringene som kan komme av manglende mulighet til å kunne kommunisere med hjelpeapparatet rundt seg. Nonverbal kommunikasjon har tidligere blitt drøftet som et viktig element for å skape forståelse, og for å formidle et budskap når man ikke deler et felles språk. De kroppslige uttrykkene og gestene våre kan også anvendes for å signalisere at man ønsker å etablere kontakt. Dahl (2013, s. 194) skriver at bruk av nonverbal kommunikasjon kan være et nyttig hjelpemiddel når man ønsker å skape en relasjon til andre mennesker. Dette gjør seg særlig gjeldende i møte med mennesker hvor språk er en barriere. Å møte andre med bekræftelse og interesse kan bidra til å bygge tillit og skape grobunn for utviklingen av en trygg relasjon (Dahl, 2013). Man kan dermed argumentere for at etableringen av en god og tillitsfull relasjon med jordmor kan ha vært betydningsfull for disse kvinnene og deres fødselsopplevelse.

En britisk forsker har sett nærmere på denne tematikken. I en upublisert studie har Kuldip Bharj undersøkt fødselsopplevelsen til muslimske kvinner med opprinnelse fra Pakistan som fødte i England. I et kapittel i boken "The Midwife-Mother Relationship" referer Bharj og medforfatter Margaret Chesney til studien, og konkluderer med at de antar at det er en sammenheng mellom disse kvinnenes fødselsopplevelse og deres relasjon til jordmor. En relasjon som var bygd på respekt, med tilpasset omsorg og oppfølging av den enkelte, var betydningsfull for kvinnene som deltok i studien. (Bharj & Chesney, 2010, s. 160-170). Her kan vi trekke paralleller til noen av de sentrale funnene i vår egen studie. Kvinnene i vår studie opplevde at de ble tatt godt i mot og at ivaretatt av jordmor. En av kvinnene forteller at savnet av tilstedeværelse fra sin egen familie ble mindre fordi menneskene som var rundt henne under fødselen i Norge tok vare på henne og ga henne støtte og omsorg. Kvinnene delte også opplevelsen av å møte velvilje knyttet til de kommunikaive utfordringene, gjennom at jordmor aktivt forsøkte å kommunisere ved bruk av kroppsspråk og nonverbal kommunikasjon. I tillegg fortalte flere av kvinnene i vår studie at de opplevde jordmors

nonverbale kommunikasjon som beroligende og støttende. Mye taler for at kvinners fødselsopplevelse påvirkes av jordmors personlige kvaliteter og egenskaper.

En systematisk oversiktsartikkel fra 2006 har sett nærmere på hva som definerer en ”god” jordmor. Studien inkluderte 33 ulike forskningsartikler som omhandler emnet. Studiens hovedfunn viser at godt utviklede kommunikasjonsferdigheter hos jordmor ble ansett som en svært viktig egenskap. I tillegg var jordmors evne til å være støttende og omsorgsfull verdifull. Faglig kompetanse og kunnskap ble også trukket frem som betydningsfulle elementer (Nicholls & Webb, 2006). På den andre siden vil det være nødvendig å diskutere hvorvidt man kan anta at denne gruppen kvinner blir tilstrekkelig ivaretatt i fødsel, kun på bakgrunn av å knytte en god relasjon til jordmor. Hvis man tar utgangspunkt i at en god relasjon skal være nok for å sikre oppfølging av disse kvinnene, kan faren da være at noen kvinner ikke opplever å møte en ”god” jordmor. Konsekvensen vil da kunne være at man setter disse kvinnene i en enda mer sårbar situasjon. Et system som ikke sikrer tilstrekkelig tilbud om tolk, i kombinasjon med utilstrekkelig oppfølging og omsorg fra jordmor kan redusere disse kvinnenes mulighet til forstå informasjon som blir gitt, og deres mulighet til å kunne kommunisere sine behov. En slik situasjon kan tenkes å være alvorlig, både med tanke på kvinnens fødselsopplevelse og på det kliniske utfallet slik studien til Essén et al. (2002) viser. På den andre siden kan det være utfordrende å lage en prosedyre som har til hensikt å sikre at alle får en god relasjon og et godt møte med jordmor. I følge Nicholls og Webb (2006) er dette personavhengig, og lar seg vanskelig sette i system (Nicholls & Webb, 2006). Det man imidlertid kan forsøke å påvirke, er organiseringen av det jordmorfaglige tilbudet på overordnet nivå. Hvis jordmor har ressurser til å være tilstede for kvinnen i fødsel, kan man argumentere for at forutsetningene for at kvinnene kan danne en god og fruktbar relasjon til jordmor er større. ”Jordmormetoden” bygger på at organiseringen av fødselstilbudet skal tilby tilgjengelig hjelp av god kvalitet. Tilstrekkelig ressurser og faglig kompetente medarbeidere er viktig for å oppnå dette. Rammeverket i ”jordmormetoden” bygger også på at fødselshjelperne skal kunne kombinere klinisk kunnskap og evner med ferdigheter på mellommenneskelig relasjoner og kulturelle kompetanse i møte med fødekvinnen (Homer et al., 2014; Renfrew et al., 2014; ten Hoop-Bender et al., 2014; Van Lerberghe et al., 2014). Med utgangspunkt i ”jordmormetoden” vil man kunne sikre at kvinnen får individuelt tilpasset omsorg basert på den enkeltes behov. Leap (2010, s. 23) skriver at jordmors ekspertise ligger i hennes evne til å observere, lytte og respondere, gjennom alle sine sanser,

på ulike situasjoner i fødsel. Denne kunnskapen kommer både fra teori og erfaring (Leap, 2010). For å ha muligheten til å anvende denne ekspertisen er jordmor avhengig av å være tilstede med kvinnen i fødsel.

5.3 Forberedelse til fødsel

Siden tre av kvinnene hadde født vaginalt i hjemlandet og en hadde blitt forløst med keisersnitt, hadde de selv samlet noe kunnskap gjennom egne erfaringer. Når de forteller hvordan de har blitt forberedt til fødsel i svangerskapet drar de frem eksempler på livsstilsråd de har fått og ikke eksempler på mestringsstrategier eller informasjon om fasene i fødsel. En av kvinnene som følte hun ikke mestret smertene, fikk tilbud om epidural, men ønsket ikke dette da hun hadde hørt historier om at man kunne bli lam. Hun fikk ikke forklart hvorfor hun ikke ønsket epidural, og jordmødrene hadde heller ikke mulighet til å korrigere eller gi mer nyansert informasjon om hyppigheten av denne bivirkningen. God forberedelse i svangerskapet med informasjon om ulike metoder og muligheter for smertelindring kunne kanskje forandret kvinnens syn, så hun hadde takket ja til epidural og opplevd smerten annerledes. «Jordmormetoden» understreker viktigheten av god informasjon for å få tilgang til tjenestene som er tilgjengelige (Homer et al., 2014; Renfrew et al., 2014; ten Hoop-Bender et al., 2014; Van Lerberghe et al., 2014). Hos denne kvinnen kunne kanskje smertelindring gjort noe med hennes opplevelse av fødselen.

En av kvinnene oppga at hun fikk informasjon om fødsel av jordmor i svangerskapet, i form av at hun selv etterspurte det og fikk svar på det hun lurte på. Dette kan kanskje føre til at informasjonen hun sitter igjen med, og dermed fødselsforberedelsene dermed blir litt tilfeldig. En annen kvinne hadde tolk tilstede på kun en av konsultasjonene i svangerskapet og det kom frem i intervjuet at hun ikke hadde inngående informasjon om fødsel. En systematisk oversiktsartikkel fra Cochrane Library har vurdert randomiserte kontrollerte studier som har sett på effekten av fødselsforberedende kurs sammenlignet med å ikke delta på slike kurs. Ni studier med totalt 2284 kvinner ble inkludert i oversiktsartikkelen. Studien konkluderer med at det er usikkert hvor store fordeler det er for par som venter barn å delta på fødselsforberedende kurs, og at det derfor trengs mer forskning på området (Gagnon & Sandall, 2007). For kvinnene i vår studie er forutsetningene imidlertid litt annerledes siden de ikke hadde så gode muligheter til å få informasjon eller ytre egne behov underveis i fødselen.

Da er det kanskje ekstra viktig å ha fått god informasjon på forhånd for å sikre en god opplevelse.

Familie og venner blir oppgitt som en god kilde til informasjon av et par av kvinnene. Andre igjen hadde ikke rukket å skaffe seg så mye nettverk og kjente ingen som hadde født i Norge før. Selv om det kan føles trygt å høre fra folk man kjenner godt hvordan fødselen kan bli, er det nok viktig at all nødvendig informasjon er sikret via konsultasjoner med helsepersonell. Det ser vi blant annet i retningslinjene for svangerskapsomsorgen som understreker viktigheten av tilstrekkelig informasjon og mener dette vil bedre forebygging, behandling og livskvalitet hos kvinnene (Helsedirektoratet, 2005). Disse retningslinjene er for helsepersonell som kan gi mer nyansert informasjon enn familie og venner som kun har sin egen versjon.

5.3 Følelser i fødsel

Kvinnene som ble brukt som informanter hadde alle flyktet til Norge som følge av dårlige levekår for dem og familien i hjemlandet. En kvinne hadde opplevd å være gravid på flukt uten oppfølging og at bombeflyene fløy rett over sykehuset der hun skulle føde sitt første barn. Det er vanskelig å forestille seg hva denne type opplevelser gjør med en person og hvilke følelser som kan dukke opp igjen underveis i fødsel. Fødselsangst kan slå rot som følge av tidligere fødsler, men kan også skyldes traumatiske opplevelser ellers i livet. Sosiale forhold som dårlig økonomi og mangel på familie eller annet sosialt nettverk kan være andre faktorer som spiller inn (Saisto & Halmesmäki, 2003). Det kommer ikke frem av intervjuene om kvinnene hadde fødselsangst, men en beskriver at hun gruet seg til fødselen når hun ble gravid på nytt. Hun hadde en traumatisk fødselsopplevelse sist hvor hun endte med å rømme fra sykehuset rett etter fødselen og dermed ikke fikk snakket ut om det hun hadde opplevd. Jordmoren i svangerskapsomsorgen tok henne på alvor og det virket som de hadde snakket godt gjennom den tidligere opplevelsen. Kvinnen sier at hun ikke var redd når hun reiste til sykehuset her i Norge fordi hun hadde fått god informasjon. En randomisert kontrollert studie gjennomført i Australia, identifiserte 340 kvinner med fødselsangst og tilbød en tilfeldig halvdel oppfølging fra jordmor per telefon. Kvinnen i studien fikk mulighet til å bli kjent med og bli fulgt opp av en jordmor som var opplært i å snakke om fødselsangst. Jordmoren hjalp dem med å identifisere grunnene til frykten og gav dem verktøy for å jobbe med følelsene. Kvinnene som hadde fått ekstra oppfølging via telefon skåret signifikant lavere på testen som viste grad av fødselsangst og hadde større tro på egen evne til å føde i slutten av

svangerskapet enn gruppen som kun fikk normal svangerskapsoppfølging (Toohill et al., 2014). Alle kvinnene vi har snakket med har flere av faktorene Saisto og Halmesmäki (2003) mener øker sjansene for å utvikle fødselsangst og er dermed en sårbar gruppe som bør vies ekstra oppmerksomhet. Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapet i Norge anbefaler også at kvinner får informasjon blant annet gjennom kurs og skriftlig materiale for å forebygge angst og uro, og skape økt tilfredshet. De poengterer også at informasjonen må tilrettelegges etter kvinnenens kulturelle og språklige bakgrunn (Helsedirektoratet, 2005).

Den kvinnen som ikke hadde barn fra tidligere opplevde underveis i fødsel når smertene var på det sterkeste at hun mistet troen på egen evne til å gjennomføre fødselen og at hun var redd for å dø. «Jordmor metoden» har kommet frem til at undervisning og informasjon til gravide kvinner er viktig for at de skal kunne utnytte egne styrker. Det kan med bakgrunn i denne teorien argumenteres for at god informasjon om de ulike fasene i fødsel kunne hjulpet denne kvinnen til å beholde troen på egen gjennomføringsevne og holde frykten på avstand. Brunstad (2010, s. 411) normaliserer opplevelsen av og miste troen og sier at det skjer med flere kvinner når det nærmer seg utdrivingsfasen i fødselen. Ved å forberede kvinnene på dette kan være en normal følelse før de kommer så langt kan det kanskje bli lettere å håndtere.

Spesielt to av kvinnene beskrev det med ukjente omgivelser og ukjent utstyr som en faktor som førte med seg usikkerhet og redsel. Her ser man igjen et behov for å bli informert, men det kunne kanskje også hjelpe å bli litt kjent med omgivelsene på forhånd. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen nevner omvisning på fødeavdelingen som en del av forberedelsesprosessen til fødsel (Helsedirektoratet, 2005). Vi ser i praksis at dette kun gjennomføres på enkelte sykehus og at det nok ikke er ett reelt tilbud for par som ikke snakker norsk eller engelsk, da det ikke er tilbud om tolk. Når vi ser på resultatene i etterkant tenker vi at det kunne vært interessant og spurt kvinnene om de hadde vært med på omvisning på sykehuset i forkant av fødsel som en del av forberedelsene.

5.4 Diskusjon av studiens troverdighet

I denne delen av studien vil vi gjøre rede for og diskutere studiens troverdighet med utgangspunkt i Graneheim og Lundmanns (2004; 2012) forklaring av begrepet. De beskriver tre kategorier når de snakker om troverdighet; kredibilitet, pålitelighet og overførbarhet.

5.4.1 Kredibilitet

Kredibilitet vurderes ifølge Graneheim og Lundman ved å se på studiens datasamling og analyse (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har gjort tydelige beskrivelser av utvalg, rekruttering, datasamling og analyse underveis og vil her reflektere rundt hvordan dette påvirker studiens kredibilitet.

Antallet informanter som er rekruttert til studien og lite variasjon i deres bakgrunn og opplevelser fører til et begrenset datamateriale. Begrensning i tid og manglende mulighet til å kontakte kvinnene direkte gjorde rekrutteringen utfordrende. Det ble også vanskelig å få et godt innblikk i kvinnenes bakgrunn og fødsel på forhånd, så de endte tilfeldigvis opp med å ha ganske like fødsels erfaringer. Det kunne med fordel også vært inkludert kvinner som hadde opplevd for eksempel instrumentelle forløsninger for å se om de opplevde et større informasjonsbehov.

Det ble lagt til rette for en intervju situasjon der kvinnene kunne føle seg trygge i håp om at de ville snakke fritt og ikke holde tilbake noe informasjon. Det var utfordrende for oss å skape en relasjon i forkant av intervjuet, da vi kun hadde mulighet til å snakke fritt verbalt, mens vi hadde tolken tilgjengelig på telefon. Det at de kom litt før intervjuet skulle begynne og hadde med seg det minste barnet gjorde at vi likevel hadde mye å snakke om med nonverbalt språk og klarte å skape en form for kontakt. At intervjuene fant sted på et skjermet og nøytralt rom i hyggelige omgivelser mener vi kan ha økt sjansen for at kvinnene følte det var greit å fortelle om vanskelige opplevelser. Bruk av kvinnelig tolk og at ektemenn ikke var tilstede under fire av fem intervjuer mener vi også er et argument for økt kredibilitet. Vi så på det intervjuet hvor ektemannen var tilstede at hun ofte henvende seg til ham hvis det var noe hun ikke forsto, og siden han hadde blitt brukt som tolk også under fødselen kan det ha vært vanskelig for henne å si fra om hun syntes dette fungerte dårlig.

Vi følte at bruk av tolk begrenset oss i samtalene med kvinnene, siden dette gjorde oss avhengige av å snakke i korte setninger og bruke et enkelt språk. Dette kan også ha påvirket kvinnene og måten de svarte på spørsmålene, siden de også fikk beskjed av tolken om å snakke i korte setninger. Vi fikk ofte svar på noe annet enn vi hadde spurt om og måtte

omformulere og gjenta spørsmålene for å komme inn på temaet vi ønsket å snakke om. En tilstedeværende tolk ville ført til at man lettere kunne fanget opp aspekter av nonverbal kommunikasjon og kanskje også lettet treveiskommunikasjonen noe (Brunvatne, 2006). Intervjuene ble utført ulike steder i landet, så det ville blitt reisevei for tolkene. Vi dekket utgiftene for tolk selv, og ble derfor nødt til å ta høyde for det økonomiske aspektet da vi besluttet å bruke telefontolk.

5.4.2 Pålitelighet

Datainnsamlingsprosessen har foregått over en periode på to måneder. Intervjuguiden er utarbeidet av studiens to forfattere, med innspill fra faglig veileder. Intervjuguiden har blitt fulgt, og alle kvinnene har fått spørsmål om de samme hovedelementene i guiden. Ut i fra informantens respons har det blitt stilt ulike oppfølgingsspørsmål underveis i intervjuet. Dette er i henhold til vårt valg av semistrukturerte intervjuer som metode for datainnsamling. Det er altså ikke blitt foretatt store endringer underveis i datainnsamlingsprosessen. Endringene som har tilkommet har gått ut på å omformulere ett av spørsmålene, da vi opplevde at spørsmålet både var komplisert for tolken å oppfatte, og at vi fikk lite utfyllende svar fra informantene. Begge forfatterne har fulgt hele prosessen, og har byttet på å innta rollene som intervjuer og observatør. Observatøren har kommet med innspill og oppfølgingsspørsmål, samt notert nærspråklige elementer og nonverbal kommunikasjon som har blitt formidlet underveis i intervjuet. Intervjuene har blitt transkribert fortløpende i prosessen. Begge forfatterne har lyttet gjennom intervjuene, parallelt med gjennomlesing av det transkriberte materialet. Dette er gjort for å sikre at alt innhold er fanget opp. Dette kan også ha bidratt til å skape refleksjon rundt tematikken, og utviklet våre intervjuferdigheter slik at vi har kunnet nyttiggjøre oss bedre av våre erfaringer underveis i prosessen.

Malterud (2011, s. 38) skriver at et hvert forskningsprosjekt vil, på et eller annet nivå, påvirkes av forskeren som person. I kvalitativ forskning vil det mellommenneskelige samspillet kunne påvirke prosessen og bli en organisk del av datamaterialet (Malterud, 2011). Gjennom vår posisjon som jordmorstudenter kan vi oppfattes som representanter for fødselsomsorgen, og vår rolle som forskere vil kunne påvirke svarene informantene gir. Det kan være at de ikke tør å være kritiske til den hjelpen de fikk fordi de ikke ønsker å si imot et

system som vi på et vis representerer. Et forsøk på å redusere denne mulige påvirkningen, var å møte kvinnene på et nøytralt sted som i tillegg var praktisk for dem. Vi var heller ikke tilknyttet sykehusene disse kvinnene hadde født på, og tydeliggjorde vår rolle som studenter tilknyttete en utdanningsinstitusjon.

Malterud (2011, s. 139) skriver at det er viktig å være bevisst på sin rolle som forsker, og ikke forsøke å lede informanten eller datamaterialet i en bestemt retning. Hvis forskerens stemme blir for tydelig tilstede i materialet kan dette true studiens pålitelighet (Malterud, 2011). Intervjuguiden ble utarbeidet i samarbeid med vår veileder, og ble endret flere ganger i løpet av prosessen. Spørsmålene fokuserte på å få informanten i tale, slik at hun med egne ord kunne formidle sin historie.

5.4.3 Overførbarhet

Kvinnene som har deltatt i studien har, ifølge seg selv, hatt normale fødsler. Studiens materiale inneholder altså ikke opplevelser knyttet til kvinner som har opplevd komplikasjoner i fødsel og eventuelle språkutfordringer som kan oppstå når informasjon skal formidles raskt i en kritisk situasjon. Rekruttering av kvinner som har opplevd dette kunne ha gitt nye perspektiver på problemstillingen. Det har imidlertid ikke vært et mål oppnå et mettet utvalg i denne studien. Vi ønsket å undersøke hvordan kvinner som ikke snakker norsk opplever å føde i en setting hvor de ikke kan kommunisere med jordmor. Dette temaet er i våre øyne svært viktig og danner grunnlaget for våre inklusjonskriterier. En kvinne i fødsel har krav på informasjon underveis i forløpet, uavhengig av om hun behersker språket eller om det oppstår komplikasjoner. Vi ønsket derfor å gå åpent ut og inkludere kvinner som hadde født i Norge, uten å kunne språket, for å høres deres opplevelse. Man kan da stille spørsmål ved om studien kan fortelle oss noe mer, utover disse fem kvinnenes vitnesbyrd. I henhold til Granheim og Lundman (2004, s. 111) er det til syvende og sist opp til leseren å avgjøre om resultatene er overførbare. For å gi leseren en mulighet til å vurdere dette er det avgjørende at alle ledd i forskningsprosessen er tydelig beskrevet. Det er derfor forsøkt å gi en presis fremstilling av studiens fremgang. Resultatene i studien kommer fra et lite utvalg og kan derfor ikke si oss noe generelt om bruk av tolk i norsk fødselsomsorg, eller om denne gruppen kvinners opplevelse av en fødsel. De kan imidlertid bidra til å vekke refleksjoner rundt

tematikken. Arbeidet med studien har gitt oss økt kunnskap og innsikt i problematikken rundt fødsel og kommunikasjon. Studien setter fokus på en sårbar gruppe og løfter deres opplevelser frem.

5.5 Videre forskning

Diskusjon av studiens hovedfunn opp mot aktuell teori kan bidra til å se betydningen av kvinnes opplevelser i et større perspektiv og skape forståelse av problemene som eksisterer ved en fødsel hvor kommunikasjon er mangelfull. I tillegg identifiserer den utfordringer som det bør jobbes videre med. Det finnes blant annet lite forskning på kvinners opplevelse knyttet til denne tematikken. Det kunne derfor vært behov for å utføre en større studie som kunne ha bidratt til å si noe mer om disse kvinnes opplevelse. I tillegg kunne det vært behov for en systematisk kartlegging av bruk av tolk for denne gruppen. Dette ville gitt et mer objektivt bilde av hvordan man arbeider for å sikre god informasjonsformidling til denne gruppen kvinner. Med informasjon om både bruk av tolk og kvinnes opplevelse kan man få et enda sterkere grunnlag for å argumentere for å møte disse kvinnes behov og rettigheter.

6.0 KONKLUSJON

Formålet med denne studien har vært å undersøke hvordan mangel på felles språk kan påvirke fødselsopplevelsen. Fem kvinner fra Midtøsten som ikke behersket norsk eller engelsk ble intervjuet om deres opplevelse av å føde barn i Norge. Studiens hovedfunn viser at kvinnene opplevde at relasjonen til jordmor var betydningsfull for deres fødselsopplevelse. Å bli møtt med vennlighet og ivaretagelse ga grobunn for utviklingen av en tillitsfull relasjon til jordmor. Det viste seg altså at etableringen av en god relasjon mellom fødekvinne og jordmor var viktig. Relasjonen ble i hovedsak skapt gjennom nonverbale uttrykk, og kan dermed tilskrives stor betydning. Det kan imidlertid også tenkes at etableringen av en god relasjon har vært viktig for å legge til rette for at den nonverbale kommunikasjonen kunne bli brukt som et viktig element for å skape dialog i fødsel. Kvinnene opplevde den nonverbale kommunikasjonen som virkningsfull og betryggende. De opplevde både å forstå og bli forstått gjennom ansiktsuttrykk, berøring og blick. Litteraturen viser imidlertid at nonverbal kommunikasjon kan være en kilde til misforståelser. Med bakgrunn i forskning som tidligere er referert til i studien, kan man også argumentere for at formidling av viktig informasjon kan gå tapt og dermed føre til potensielt farlige situasjoner. Kvinnene oppga å være tilfreds med kommunikasjon med jordmor til tross for mangelfullt tilbud om tolk i fødsel. Studien avdekker at profesjonell tolk ble lite brukt, og at oversettelse ofte var basert på eventuelle tilgjengelige ressurser med varierende grad av flerspråklig kompetanse, som for eksempel kvinnenes ektefeller. På bakgrunn av resultatene fra vår studie kan bruk av tolk i dette tilfellet oppfattes som tilfeldig, og behov for å systematisere tilbudet om tolk kan trekkes frem som et viktig element. Bruk av nonverbal kommunikasjon kan ses på som et viktig virkemiddel for å skape forståelse mellom fødekvinne og jordmor. Det er imidlertid kanskje ikke tilstrekkelig for å imøtekomme alle aspektene knyttet til en fødekvinnes informasjonsbehov, og må ses på som et viktig supplement til bruk av tolk.

Vi har sett at det kvinnene oppgir som faktorer for en god fødselsopplevelse i denne studien er i tråd med noen av funnene som har dannet bakgrunn for ”jordmormetoden”.

Relasjonskapning, kulturforståelse, informasjon og individuelt tilpasset omsorg er faktorer som kan øke tilfredsheten hos fødekvinner generelt, men også kan ses på som særlig betydningsfulle for kvinner som ikke kan kommunisere med fødselshjelperne gjennom et felles språk.

Litteraturliste

- Bharj, K. & Chesney, M. (2010). Pakistani Muslim Women-Midwives Relationships: What Are the Essential Attributes. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2. utg.). New York: Palgrave Macmillan.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blix, E. & Brunstad, A. (2010). Åpningsfasen. I A. Brunstad, & E. Tegnander (Red.), *jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. [399]-414.). Oslo: Akribe, cop. 2010.
- Borrelli, S. E., Spiby, H. & Walsh, D. (2016). The kaleidoscopic midwife: A conceptual metaphor illustrating first-time mothers' perspectives of a good midwife during childbirth. A grounded theory study. *Midwifery*, 39, 103-111.
doi:10.1016/j.midw.2016.05.008
- Brataas, H. V., Steen-Olsen, T. & Skimmeli, M. (2003). Helse, omsorg og tverrkulturell kommunikasjon. I H. V. Brataas, & T. Steen-Olsen (Red.), *Kvalitet i samspill : innføring i kommunikasjon og kulturell forståelse for helsepersonell*
Kristiansand: Høyskoleforl.
- Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dahl, Ø. (2013). *Møter mellom mennesker : innføring i interkulturell kommunikasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Deery & Hunter. (2010). Emotion work and relationships in midwifery: Enhancing og challanging? I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2. utg.). New York: Palgrave Macmillan.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. . utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Essén, B., Bödker, B., Sjöberg, N. O., Langhoff-Roos, J., Greisen, G., Gudmundsson, S. & Östergren, P. O. (2002). Are some perinatal deaths in immigrant groups linked to

suboptimal perinatal care services? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(6), 677-682. doi:10.1016/S1470-0328(02)01077-7

Finset, A. (2013). Noen trekk ved klinisk kommunikasjon med utgangspunkt i en enkel kommunikasjonsmodell. I H. O. Engvold, & K. Johnsen (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis*

Oslo: Universitetsforlaget.

Flyktninghjelpen. (2016). Vårt arbeid i Syria. Hentet 14. Oktober fra <https://www.flyktninghjelpen.no/herjobbervi/midtosten/vart-arbeid-i-syria/>

Gagnon, A. J. & Sandall, J. (2007). Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi:10.1002/14651858.CD002869.pub2

Galanti, G.-A. (2015). *Caring for patients from different cultures* (5. utg.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Giddens, A. & Eriksen, A. (1997). *Modernitetens konsekvenser*. Oslo: Pax.

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hanssen, I. (2010). *Facing differentness : an empirical inquiry into ethical challenges in intercultural nursing*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

Helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen* (Veileder IS-1179). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten* (Veileder IS-1924). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene>

- Helseforsikringsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Lov%20om%20medisinsk%20og%20helsefaglig>
- Hennegan, J., Redshaw, M. & Miller, Y. (2014). Born in another country: Women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2014.02.002
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S160-S172. doi:10.1016/S0002-9378(02)70189-0
- Homer, C. S. E., Friberg, I. K., Dias, M. A. B., ten Hoop-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A. M. & Bartlett, L. A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*, 384(9948), 1146-1157. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X)
- Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*, 22(4), 308-322. doi:10.1016/j.midw.2005.11.002
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ó. Á. & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24(2), 132-137. doi:10.1016/j.midw.2008.02.003
- Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H. & Mutha, S. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Services Research*, 42(2), 727-754. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00629.x
- Kirkham, M. (2010). We Need to Relate. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2. utg.). New York: Palgrave Macmillan.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview : det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. utg.). København: Hans Reitzel.
- Leap, N. (2010). The Less We Do the More We Give. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2. utg.). New York: Palgrave Macmillan.
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. utg.). Lund: Studentlitteratur.

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Nicholls, L. & Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 414-429. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04026.x
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma (Vol. 82, s. 201-208). Oxford, UK.
- Small, R., Rice, P. L., Yelland, J. & Lumley, J. (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. doi:10.1300/J013v28n03_06
- SSB. (2016). Nøkkeltall for innvandring og innvandrere. Hentet 4. mai fra <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall>
- ten Hoop-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., . . . Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384(9949), 1226-1235. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E. & Ryding, E.-L. (2014). A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 41(4), 384-394. doi:10.1111/birt.12136

- UDI. (2014). Fruktbarhet og annen demografi blandt innvandrere og deres barn født i norge. Hentet 4. mai fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/fruktbarhet-og-annen-demografi-hos-innvandrere-og-deres-barn-fodt-i-norge>
- UDI. (2016). Beboere i asylmottak etter uke (2016). Hentet 4. mai fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-uke-2016/>
- UN. (2016). UN News Center. Hentet 14. Oktober fra <http://www.un.org/apps/news/infocusRel.asp?infocusID=146>
- UNCHR. (2015). History of UNCHR in Syria. Hentet 14. Oktober fra <http://www.unhcr.org/sy/15-history-of-unhcr-syria.html>
- UNCHR. (2016). Syria Regional Refugee Response. Hentet 14. Oktober fra http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php#_ga=1.20953400.1030259441.1476434318
- Van Lerberghe, W., Matthews, Z., Achadi, E., Ancona, C., Campbell, J., Channon, A., . . . Turkmani, S. (2014). Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet*, 384(9949), 1215-1225. doi:10.1016/S0140-6736(14)60919-3
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth : a guide for midwives* (2. utg.). London: Routledge.

Vedlegg 1

Søkehistorikk

Det er gjennomført systematiske strategiske søk for å finne relevant forskning om språkbarrierer hos flyktninger i fødsel.

Databasene som er brukt er; Medline, Cochrane library, Chinal, Svemed, Maternity and Infant Care og UpToDate.

Hovedstrategien for søkeprosessen var å finne kontrollerte søkeord for fødsel i MeSH, eksempler på dette er Labor obstetric, Labor stage, obstetric delivery og parturition. Disse ble kombinert med OR før man fant kontrollerte ord for flyktninger; emigration and immigration, refugees, asylum seeker, ethnic groups. Ordene for flyktninger ble så kombinert med OR før man søkte på ordene for fødsel og flyktninger kombinert med AND. Videre ble det søkt opp MeSH ord relatert til Språkbarrierer; communication barriers, interpret*, language barriers som ble kombinert med OR. Tilslutt ble det kombinerte søket på språkbarrierer kombinert med søket på fødsel/flyktninger med AND. Det kom da opp 65 artikler. Videre begrenset man søket til artikler fra de siste ti årene og satt da igjen med 29 artikler. Noe aktuell forskningslitteratur er også funnet ved å søke gjennom referanselistene på artikler som ble ansett som relevante.

Vedlegg 2

Intervjuguide

Spørsmål som er markert med kursiv er hovedspørsmål. Spørsmålene som er markert som punkter er stikkord/ oppfølgingsspørsmål hvis informanten ikke kommer inn på dette selv. Vi ønsker også å bruke spørsmålet ”*kan du fortelle mer om det?*” hvis vi ønsker at informanten skal utdype svaret.

Bakgrunn

Kan du fortelle om da du kom til Norge?

- Hvor kommer du fra?
- Hvilke språk behersker du?
- Hvor lenge har du vært i Norge?
- Kan du fortelle om hva du visste om fødsel i forkant?
- Hvor lenge siden er det du fødte?
- Hvor mange barn har du?
- Har du født noen barn før du kom til Norge?

Fødselsopplevelse

Hva visste du om fødselsomsorgen i Norge før du kom til sykehuset?

Kan du fortelle om hvordan du ble fulgt opp i svangerskapet?

Kan du fortelle om fødselsopplevelsen din?

Hadde du med deg noen du kjente da du var på sykehuset?

- I så tilfelle hvem?
- Snakket vedkommende norsk, eller engelsk?

Kan du beskrive hvordan du opplevde kontakten med jordmor?

- Forsto du det som ble sagt? Fikk du tilbud om tolk?
- Forståelse/ misforståelse?
- Informasjon
- Følte du deg trygg, og at du ble ivaretatt? Kan du utdype dette?
- Respekt

Var du på noe tidspunkt redd under fødselen?

- Hva utløste den følelsen?
- På hvilken måte ble du møtt/ivaretatt da?

Nye tanker

Hvis du skulle gitt råd til en jordmor, hva ville du ha sagt at hun kunne ha gjort annerledes?

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Språkbarrierer som utfordring i fødsel. Hvordan er føsekvinnens opplevelse?”

Bakgrunn og formål

Du som har født barn i Norge uten mulighet til å snakke med fødselshjelpere i fødsel inviteres herved til å delta i en undersøkelse der det innhentes informasjon om erfaring knyttet til fødselen.

Formålet med studien er å få økt innsikt og forståelse av kvinners opplevelse. Denne kunnskapen vil kunne hjelpe oss som jordmødre å møte behov som oppstår i fødsel der kommunikasjon og språkbarrierer er et problem.

Undersøkelsen inngår i en masteroppgave i jordmorfag skrevet av Tuva Rosten og Rebekka Dring ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), fakultet for helsefag. Ansvarlig for prosjektet er professor Ellen Blix ved HiOA.

Jordmor/ helsesøster/ leder på mottaket har vurdert at du oppfyller kriteriene for deltagelse i undersøkelsen. Kriteriene er at du er over 18 år, har født et barn i Norge, og at du på dette tidspunktet ikke snakket norsk eller engelsk og på denne måten ikke hadde mulighet til å kommunisere verbalt med jordmor/ lege underveis i fødsel.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Undersøkelsen vil være et individuelt intervju med deg. Intervjuer er en av de nevnte jordmorstudentene. Intervjuet vil foregå med tolk som har taushetsplikt. Spørsmålene vil blant annet omhandle din fødselsopplevelse, på hvilken måte dine kommunikasjonsbehov ble møtt og om du følte deg ivaretatt av jordmor i fødsel. Intervjuet vil vare i 1-2 timer. Samtalen vil bli tatt opp på bånd, i tillegg vil vi notere underveis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Med unntak av vår veileder er det kun oss to studenter som har tilgang på opplysningene. Informasjonen som inngår i oppgaven vil bli anonymisert og deltageren vil ikke kunne gjenkjennes. Lydopptak og personopplysninger vil bli oppbevart separat og være innelåst når det ikke er i bruk. Alle personopplysninger inkludert lydopptak, navneliste, telefonnummer etc. vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 27.10.2016.

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 før analysen er gjennomført, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du ønsker å trekke deg fra studien vil ikke dette få innvirkning på ditt forhold til jordmor, helsesøster, mottaket eller andre som har deltatt i rekrutteringen til studien.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med jordmorstudent Rebekka Dring. Leder på mottaket vil kunne hjelpe deg med å opprette kontakt. Du er også velkommen til å ta kontakt med Ellen Blix, professor i jordmorfag og forskningsansvarlig for studien.

Rebekka Dring
Tlf: 41424485
Epost: rebekka.dring@gmail.com

Ellen Blix
Professor

Høgskolen i Oslo og Akershus, fakultet for helsefag
Epost: ellen.blix@hioa.no

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Ellen Blix
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 03.06.2016

Vår ref: 48537 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 02.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48537</i>	<i>Språkbarriere som utfordring i fødsel. Hvordan er fødekvinnens opplevelse?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Blix</i>
<i>Student</i>	<i>Rebekka Dring</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, 27.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Rebekka Dring rebekka.dring@gmail.com



FORMÅL

Formålet er å undersøke hvordan kvinner, som ikke kan kommunisere verbalt med fødselshjelpere, opplever å gjennomgå en fødsel.

REKRUTTERING

Informantene rekrutteres via helsestasjon og/eller asylmottak. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas. Vi anbefaler, dersom mulig, at de som ønsker å delta selv tar kontakt med studenten.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

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

Vi legger til grunn at informasjonsskriv oversettes til relevante språk. Det kan gis muntlig informasjon (og i såfall innhentes muntlig samtykke), dersom dette er mer hensiktsmessig.

BRUK AV TOLK UNDER INTERVJUER

Vær oppmerksom på at det kan være få personer, eller tette miljøer, innenfor en minoritetsgruppe som snakker ett språk, slik at informanten kan ha kjennskap til tolken, og omvendt. Vi anbefaler derfor at informanten godkjenner tolken, før tolken får kjennskap til informantens identitet.

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning og helseforhold.

SÅRBAR GRUPPE

Asylsøkere regnes som en sårbar gruppe i forskning. Vi viser til vår temaside om forskning på sårbare grupper: <http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/sarbar.html>

Dersom kvinnenes fødselsopplevelse har vært svært vanskelig, kan det oppleves belastende å intervjues om dette. Vi ber studentene og veileder vurdere om det er hensiktsmessig å undersøke og informere deltakerne om hvem de kan henvende seg til dersom de trenger oppfølging i etterkant (f.eks. helsesøster).

TREDJEPERSON

Det behandles enkelte opplysninger om tredjeperson. Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å

informere.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc/mobile enheter (minnepinne og andre), bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 27.10.2016. 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 digitale lydopptak

Vedlegg nr. 5

Tema nr. 1: Sammensatt kommunikasjon ved mangel på felles språk

TEMA	Sammensatt kommunikasjon ved mangel på felles språk		
KATEGORI	Kommunikasjon		Oversettelse
UNDER KATEGORI	Nonverbal kommunikasjon	Verbal kommunikasjon	Tolk
KODE	Kroppsspråk Tegnspråk Berøring Håndbevegelser Ansiktsuttrykk	Kommunisere med få ord Språkforståelse Kommunikasjons utfordring Språkbarriere Medisinskterminologi Oppklarende gjentakelse Språk –nøkkel til selvstendighet Fikk ikke formidlet frykt	Tolke-behov ved problemer Tolk nødvendig ved utfordringer Ektemannen oversatte Kommunikasjon via ektemannen Tilfeldig tilbud Forventet tolk Tolk <u>en</u> gang Oversettelsesprogram

Tema nr. 2: Relasjoner som plattform for fødselsopplevelsen

TEMA	Relasjoner som plattform for fødselsopplevelsen				
KATEGORI	Støtte og tillit			Ivaretagelse	
UNDER KATEGORI	Støtte fra ektemannen	Støtte fra helsepersonell	Trygghet	Omsorg	Savn av nettverk
KODE	<p>Støtte fra mannen</p> <p>Ektemannen vet hva som trengs</p> <p>Ektemannen er eneste støttespiller</p> <p>Sosialt nettverk</p> <p>Trygghet i mannen</p>	<p>Beroligelse og støtte fra jordmor</p> <p>Støtte</p> <p>Prøver å hjelpe</p> <p>Oppmuntring og anerkjennelse fra jordmor</p> <p>Hjelp til mestring av smerte</p> <p>Ikke redd før fødsel nå</p> <p>Tok fødselsangst på alvor</p>	<p>Trygghet i relasjoner</p> <p>Trygg på oppfølging</p> <p>Kompetanse</p> <p>Vennlighet</p> <p>Imøtekommenhet</p> <p>Tilgjengelig helsepersonell</p> <p>Formidling av trygghet</p> <p>Personlig oppfølging fra jordmor</p> <p>Tillitt til fødselshjelpere</p>	<p>God helsehjelp</p> <p>Omsorg fra helsepersonell</p> <p>Massasje</p> <p>Tilstedeværelse</p> <p>Ble tatt vare på</p> <p>God relasjon</p> <p>Tilbud om hjelp</p> <p>God behandling</p> <p>Ivaretagelse</p> <p>Omsorg</p> <p>Respekt for kulturforskjeller</p>	<p>Ingen avlastning</p> <p>Alene uten hjelp</p> <p>Manglende støtte</p> <p>Savner sosialt nettverk</p> <p>Ønsker ikke flere barn nå</p> <p>Utfordring å være alene</p> <p>Avhengig av hjelp</p> <p>Bekymring for barnet</p>

Tema nr. 3. Forutsetninger for fødselsopplevelsen

TEMA	Forutsetninger for fødselsopplevelsen				
KATEGORI	Erfaringer		Informasjon		
UNDER KATEGORI	Følelser i fødsel	Tidligere opplevelser	Forhånds-kunnskaper	Kilder til informasjon	Behov for informasjon
KODE	Negative tanker	Manglende oppfølging i hjemlandet	Mangelfull forståelse	Faglig oppfølging	Informasjons-behov varierer
	Redsel	Utilgjengelig helsehjelp i hjemlandet	Lite informasjon	Fast oppfølging	Mindre kommunikasjons-behov når alt er normalt
	Fødselsangst	Tidligere traumatisk fødselsopplevelse	Unyansert informasjon	Informasjon fra familie	Ukomplisert forløp gir mindre informasjons behov
	Redd	Utrygghet på flukt	Mangelfull forberedelse	Jordmor faglig oppfølging	
	Usikkerhet og redsel	Åpenhet om tidligere opplevelser	Utilstrekkelig kunnskap	God oppfølging	
	Ukjente omgivelser		Forberedt på ivaretagelse		
	Smerter				
	Ukjent utstyr				

