



# Masteroppgave

Masterstudium i jordmorfag  
Oktober 2020

## Hvordan fremme god psykisk helse blant gravide minoritetskvinner

En systematisk litteraturstudie

Kandidatnr: 929

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 13 525

**Fakultet for helsevitenskap**  
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## **Forord**

Takk til veileder, som har vært usedvanlig tilgjengelig og hjelpsom og kommet med konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen.

Takk til Live, min gode venninne som har stilt opp på korte varsler. Takk for gjennomlesninger, tilbakemeldinger, middager og uvurderlig støtte.

Takk til Marie, for gjennomlesninger, tilbakemeldinger og støtte.

Takk til mannen min for all tålmodighet og hjelp med korrektur og språkvask.

## Sammendrag

**Tittel:** Hvordan fremme god psykisk helse blant gravide minoritetskvinner: En systematisk litteraturstudie.

**Hensikt:** Å samle kunnskap om hvilke faktorer som fremmer god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet.

**Problemstilling:** «Hvordan kan jordmor fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet?»

**Metode:** Systematisk litteraturstudie av kvalitative studier med tematisk analyse. Litteratursøk ble utført i fire databaser: **Medline, Cinahl, psykINFO** og **Maternity and infant care**. Ved bruk av CASP sin sjekkliste for kritisk vurdering ble til slutt 14 artikler inkludert.

**Resultat:** Gjennom tematisk analyse ble seks hovedtema identifisert: relasjonsbygging, screening, kompetanseheving, kommunikasjon, livssituasjon og ulik kultur/religion. Ved å fokusere på disse seks hovedtemaene, og hvordan de påvirker hverandre, belyses problemstillingen fra flere sider.

**Konklusjon:** For å fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet er dette viktige elementer: Økt trygghet i livssituasjonen, god og varig relasjon til jordmor. I noen kulturer er psykisk helse et stigmatisert begrep, screeningverktøy kan åpne for å normalisere temaet. En viktig forutsetning er god opplæring av helsepersonell, samt bruk av tolk.

**Nøkkelord:** Psykisk helse, Minoritetskvinner, Graviditet, Svangerskap, Jordmor

## **Abstract**

**Title:** How to promote good mental health among pregnant minority women: A systematic literature review.

**Aim:** To gather knowledge about the factors that promote good mental health among minority women during pregnancy.

**Issue:** "How can midwife promote good mental health among minority women during pregnancy?"

**Method:** A systematic literature review of qualitative research, analyzed with thematic analysis. Four research databases were used: **Medline, Cinahl, psykINFO** and **Maternity and infant care**. Using CASP Checklists for critical appraisal, 14 articles were eventually included.

**Result:** Through thematic analysis, six main themes were identified: building a safe relation, screening tests, knowledge promotion, communication, life situation and different culture/religion. By focusing on these six main themes, and how they affect each other, this study issue will be illuminated from several points of view.

**Conclusion:** In order to promote good mental health among minority women during pregnancy, these are important elements: Increased security in the life situation, and a safe and lasting relationship with midwife. In some cultures, mental health is stigmatized, and a screening test can help normalize the topic. Training of health personnel is important, as well as the use of an interpreter.

**Keywords:** Mental health, Minority women, Pregnancy, Midwife

# Innholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Mål for oppgaven og problemstilling .....	9
1.3 Begrepsavklaringer.....	9
1.4 Oppgavens oppbygging.....	10
<b>2. Teoretisk rammeverk</b> .....	<b>11</b>
2.1 Psykisk helse .....	11
2.2 Interkulturell kommunikasjon .....	12
<b>3. Metode</b> .....	<b>14</b>
3.1 Hva er en systematisk litteraturstudie? .....	14
3.2 Hvilken litteratur er nødvendig for å besvare problemstillingen .....	14
3.3 Søkeprosessen .....	15
Tabell I .....	15
Tabell II.....	16
Tabell III .....	17
Tabell IV .....	18
3.4 Kritisk vurdering av litteratur.....	19
3.5 Flytskjema.....	20
3.6 Analyse.....	21
Tabell V: Hovedtema.....	22
Tabell VI .....	23
<b>4. Resultater</b> .....	<b>24</b>
4.1 Presentasjon av inkluderte artikler.....	24
4.2 Presentasjon av hovedtema .....	32
4.2.1 Relasjonsbygging.....	32
4.2.2. Screening.....	33

4.2.3	Kompetanseheving .....	34
4.2.4	Kommunikasjon .....	35
4.2.5	Livssituasjon .....	35
4.2.6	Ulik kultur/religion. ....	36
<b>5.</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>38</b>
5.1	<i>Resultatdiskusjon .....</i>	<i>38</i>
5.2	<i>Metodediskusjon .....</i>	<i>44</i>
<b>6.</b>	<b>Oppsummering og konklusjon.....</b>	<b>47</b>
6.1	<i>Oppsummering.....</i>	<i>47</i>
6.2	<i>Konklusjon .....</i>	<i>47</i>
6.3	<i>Forslag til videre forskning .....</i>	<i>48</i>
6.4	<i>Implikasjon for praksis .....</i>	<i>48</i>
	<b>Vedlegg .....</b>	<b>50</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>56</b>

# 1. Innledning

I innledningen vil bakgrunn for valg av tema presenteres, samt hensikten med studien og problemstillingen som skal besvares. Videre vil sentrale begrep avklares og en kort presentasjon av oppgavens videre gang legges frem.

## 1.1 Bakgrunn

Andelen pasienter med etnisk minoritetsbakgrunn er stadig stigende i Norge. Ved inngangen til 2020 var det registrert 25 400 flere innvandrere enn året før (SSB, 2020). I følge statistisk sentralbyrå (SSB) bor det nå nærmere 800 000 innvandrere i Norge, noe som tilsvarer så mye som 14,7 prosent av befolkningen (SSB, 2020). I Oslo er situasjonen unik sammenlignet med andre norske kommuner, hvor 33.1 prosent av hovedstadens folketall er mennesker med minoritetsbakgrunn (SSB, 2018). Det er en stor og heterogen gruppe, og dette er mennesker som vi møter hver dag i vårt arbeid som jordmødre.

I stortingsmelding 12, «En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009), beskrives det at alle har rett til likeverdige helsetjenester under svangerskapet og i fødselsomsorgen. Meldingen legger vekt på at god svangerskapsomsorg kan være med å redusere sosiale ulikheter i helse og at grupper med særlige behov, herunder kvinner med minoritetsbakgrunn, skal være prioritert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I strategidokumentet «*Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold 2011 – 2015*», utarbeidet av Stab samhandling og internasjonalt arbeid ved Oslo universitetssykehus, blir likeverdige helsetjenester definert slik: «*Likeverdige helsetjenester forutsetter likhet i tilgang, kvalitet og resultat*». Ved å legge til rette for likeverdige helsetjenester skal alle pasienter gis likeverdig tilgang til omsorg og behandling. Målet er at resultatet eller utfallet skal bli det samme for de med det samme sykdomsbildet, samt at tjenestene skal være av like god kvalitet for alle brukere. Et reelt likeverdig behandlingstilbud innebærer at pasienter med ulike behov og ulike forutsetninger iblant må behandles ulikt. Behandlingen må være tilpasset den enkeltes livssituasjon, med hensyn til kulturell og religiøs bakgrunn, samt kommunikasjonsferdigheter. Lik behandling av mennesker med ulik forutsetning vil sjeldent gi likt resultat. Derfor må tjenestene tilrettelegges og tilpasses ut i fra den enkeltes behov (OUS, 2011-2015).

På tross av retten til likeverdige helsetjenester, viser evalueringer at dette ikke er tilfellet. I august 2013 la daværende regjering frem et strategidokument som er kalt «*likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I dette dokumentet kommer det frem at helsevesenet ikke har lyktes med å følge opp minoritetskvinner på en tilfredsstillende måte. Rapporten viser at kvinner med minoritetsbakgrunn har økt risiko for komplikasjoner i svangerskapet og manglende oppfølging i svangerskapsomsorgen. Det påpekes at veiledningstilbudet og svangerskapsomsorgen ikke tar tilstrekkelig høyde for minoritetskvinnens særskilte behov. Behovene kan blant annet ha sammenheng med manglende kunnskap hos kvinnene selv, om komplikasjoner og utfordringer som kan oppstå under et svangerskap, samt at mange ikke er kjent med helsetjenestetilbudet som tilbys gravide. I strategidokumentet poengteres det videre at kvinner er ekstra mottakelige for informasjon og endringer når de er gravide, og at svangerskapskontrollene derfor er en viktig arena for å ta opp utfordringer kvinnene står overfor, samt diskutere og veilede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Videre viser forskning at gravide innvandrere oftere er deprimerte, sammenliknet med kvinner fra vestlige land. Shakeel og kollegaer (2015) gjorde et forskningsprosjekt på dette ved Universitetet i Oslo, og ifølge deres funn har 16 prosent av gravide kvinner fra etniske minoriteter rapportert om depressive symptomer, det vil si opptil dobbelt så mange sammenliknet med kvinner som opprinnelig kommer fra Norge. Depresjon under svangerskapet kan ofte vedvare etter fødsel og forstyrre tilknytningsprosessen mellom mor og barn (Shakeel et al., 2015).

Retten til at helsetilbudet skal tilpasses den enkelte er nedfelt i lovverket, men som vist i strategidokumentet er det ikke samsvar mellom lov og praksis. Tall fra SSB viser også at mennesker med minoritetsbakgrunn gjennomsnittlig oppsøker fastlegen mindre, sammenliknet med befolkningen for øvrig. Dette til tross for at det er en lavere andel av befolkningen med innvandrerbakgrunn som betrakter sin egen helse som god eller svært god (FHI, 2017). Shakeel beskriver at ulike kulturer har ulike tradisjoner rundt fødsler, og at det kan være med å påvirke hvilke forventninger den gravide har til hva en lege eller jordmor kan hjelpe til med (Shakeel et al., 2015). Som helsepersonell med taushetsplikt, står man her i en posisjon med gode muligheter til å kunne formidle, gi råd og begrunnelse for handling (Eriksen, 2011). Jordmor har i sin posisjon en unik mulighet til å kartlegge behov hos den enkelte gravide, da man får tilgang til kvinnen gjennom svangerskapsomsorgen. I tillegg til



dette er også retten til tilpasset informasjon fastslått i loven. Alle har krav på å få informasjon som er tilpasset ut ifra den språklige bakgrunnen man har (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Dersom man av ulike årsaker ikke får tilbud om tilpasset informasjon, kan det være et brudd på diskrimineringsloven. Diskrimineringsloven § 6 forbyr diskriminering på grunn av språk, og mangel på tilpasset informasjon kan være diskriminerende behandling (Likestillings- og diskrimineringsloven, 2017). Nevnte lover setter rammene for arbeidet til jordmødre. I tillegg står det tydelig i jordmødrenes egne yrkesetiske retningslinjer at jordmor alltid skal møte den enkelte ut ifra deres forutsetninger (Eilertsen, 2015).

## 1.2 Mål for oppgaven og problemstilling

Etter å ha lest regjeringens strategidokument, og videre undersøkt forskning på området, oppsto det et ønske om å belyse utfordringene vi står overfor i møtet mellom jordmødre i Norge og gravide minoritetskvinner. Ønsket er å se på hvor kompleks samhandlingen kan være. Fokuset vil ligge på kommunikasjon, men også andre sosiale dimensjoner er inkludert. Målet med denne studien er å samle allerede eksisterende kunnskap om hvilke faktorer som fremmer god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet. Det er tenkelig at økt kunnskap hos jordmor kan bidra til å gi denne gruppen gravide et mer likeverdig og et mer optimalt behandlingstilbud, hvilket de har krav på. Denne studien kan være et supplement i arbeidet mot likeverdige helsetjenester.

For å belyse formålet er følgende problemstilling formulert:

*«Hvordan kan jordmor fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet?»*

## 1.3 Begrepsavklaringer

*Minoritetskvinne:* Minoritet brukes om folkegrupper som utgjør et mindretall i en befolkning. Minoritetsbefolkningen er ikke en homogen gruppe, den er mangfoldig og representerer mennesker fra hele verden. Det er mange ulike begreper som benyttes, og her vil noen av de kort forklares: *Migranter* er mennesker som enten frivillig eller tvunget migrerer til nytt land. Flyktninger og asylsøkere utgjør en undergruppe av migranter. Mennesker som legger på flukt fra sitt hjemland, omtales som flyktninger. Når mennesker søker om opphold i andre land, omtales de som asylsøkere (Lien et al., 2019). Innvandrere regnes som personer som er født i utlandet eller av utenlandsfødte foreldre, og som er registrert bosatt i Norge (Bakken &

Aasheim, 2017). Menneskers utvandring har mange ulike motiver, som klimatiske, demografiske, økonomiske, sosiale eller politiske. Løsningene kan være midlertidige eller permanente, og derfor er det ikke alle som har kommet til Norge for å bli (Lien et al., 2019). I likhet med befolkningen for øvrig er minoritetskvinner ingen homogen gruppe, men i denne studien fokuseres det likevel på *alle* minoritetskvinner, ikke på en spesifikk undergruppe.

*Psykisk helse:* WHO beskriver psykisk helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO, 2018). Psykisk helse kan beskrives som en opplevelse av å ha det bra, med mulighet til å virkeliggjøre sine talenter. Det å mestre vanlige belastninger i livet, finne glede i å jobbe og i å delta på aktiviteter, samt bidra til samfunnet. Psykisk helse handler om en opplevelse av trivsel (WHO, 2018).

#### 1.4 Oppgavens oppbygging

For å besvare valgt problemstilling, vil denne masteravhandlingen bestå av seks kapitler, inkludert innledning og konklusjon. I studiens andre kapittel vil det teoretiske rammeverket bli presentert. Dette legger grunnlaget for å kunne forstå hvordan samhandling og interaksjon mellom mennesker med minoritetsbakgrunn og jordmor foregår, samt hvilke faktorer som kan påvirke samhandlingen. Det teoretiske rammeverket vil også bli brukt som et hjelpemiddel for å tolke funnene i de inkluderte artiklene i studien. Kapittel tre beskriver den metodiske prosessen, ved å legge vekt på de grunnleggende prinsippene ved å gjennomføre en systematisk litteraturstudie, inkludert kritisk vurdering av artikler og analyse. Videre legger metodekapittelet grunnlaget for resultatene i kapittel fire. Dette kapittelet er i all hovedsak deskriptivt og går inn i dybden. I diskusjonskapittelet blir resultatene diskutert i lys av det teoretiske rammeverket, presentert i studiens andre kapittel. Til slutt vil kapittel seks oppsummere denne masteravhandlingen, samt konkludere og komme med forslag til videre forskning og implikasjoner for praksis.

## 2. Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet vil det som kommer til å fungere som et teoretisk bakteppe for denne studien presenteres. Teorien omhandler psykisk helse og interkulturell kommunikasjon. Dette er elementer som er med på å belyse valgt problemstilling.

Det teoretiske rammeverket vil brukes som et hjelpemiddel til å forstå valgt fenomen, samhandling mellom jordmødre og gravide minoritetskvinner, samt psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet. Det teoretiske rammeverket vil fungere som et hjelpemiddel i undersøkelsene av materialet, og i denne studien vil materialet være de vitenskapelige artiklene som er funnet gjennom søk (Aveyard, 2019). Som forsker vil man alltid vil være preget av den faglige bakgrunnen man besitter, og derfor det kan ofte være nyttig med et hjelpemiddel når materialet skal undersøkes (Aveyard, 2019; Støren, 2013).

Det teoretiske rammeverket i denne oppgaven kan forstås fra tre ulike perspektiver. For det første er det nødvendig å undersøke begrepet psykisk helse, og hvordan psykisk helse kan forstås fra en minoritetskvinnens perspektiv. Videre kan psykisk helse forstås som et politisk spørsmål som får konsekvenser for mellommenneskelig samhandling. Til slutt vil denne studien benytte interkulturell kommunikasjon for å belyse kompleksiteten i samhandlingen mellom helsepersonell og minoritetskvinner.

### 2.1 Psykisk helse

I store medisinske leksikon (SML) blir psykisk helse beskrevet slik: Ordet psykisk kommer av det greske ordet «psukhé» som betyr livsånde. Det handler om det som puster liv i oss, det som gir glede og mening til livet. I kombinasjon med helse beskriver begrepet hvordan vi forstår, håndterer og gir mening til utfordringer som vi møter i hverdagen (SML, 2018).

Psykisk helse er forhold ved menneskelivet som stadig er i bevegelse, og alltid vil variere med tid og sted, samt person og relasjon. Det har dermed vist seg at det er vanskelig å bli enige om en definisjon på tvers av kulturer og landegrenser (SML, 2018).

WHO sin forklaring blir kanskje det nærmeste vi kommer en global definisjon (WHO, 2018). WHO understreker dessuten at spørsmål om menneskers psykiske helse også er et politisk anliggende, som handler om hvordan samfunnet ivaretar innbyggernes sivile, økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter. Studier viser at psykisk helse i et samfunn

varierer i samsvar med graden av sosiale ulikheter, samt etter hvordan innbyggerne opplever anerkjennelse og tilhørighet til et større fellesskap (SML, 2018). I de senere årene har det blitt vanlig å anvende psykisk helse som et mellommenneskelig begrep som dekker vårt forhold til oss selv, men også til våre nærmeste og ikke minst til det samfunnet vi er en del av.

Mennesker som har flyktet fra hjemlandet sitt har ofte opplevd en rekke stressende livshendelser. De kan ha erfart å flykte fra alt de opplevde som trygge rammer i livet: Familie, venner, nabolag, kultur, språk og alt som hverdagen besto av. Migrasjonsprosessen omfatter bosetting i et ukjent land og tilpasning til en ny kultur, samt opplevelser i opprinnelseslandet før avreise. Det er veldig varierende hva dette innebærer, men for innvandrere som har fluktbakgrunn, inkluderer det gjerne en fluktrute, opphold i flyktningleir, samt ankomst til et nytt land hvor man må søke om oppholdstillatelse eller asyl, før integrering – under søknadsbehandlingstiden og eventuelt etter at søknaden blir innvilget. Alle disse fasene og faktorene er forbundet med erfaringer som kan ha betydning for helsen, og da særlig psykisk helse (FHI, 2017). Atskillelse fra eller tap av familiemedlemmer, fangenskap og andre krigsrelaterte opplevelser er særlig forbundet med psykiske plager blant voksne og barn med flyktningbakgrunn, også i lang tid etter flukt og etablering i nytt land (FHI, 2017). Dette er erfaringer som har innvirkning på psykisk og somatisk helse, som igjen har innvirkning på livskvalitet og daglig funksjonsevne (Lien et al., 2019)

## 2.2 Interkulturell kommunikasjon

Videre vil det teoretiske rammeverket i denne studien basere seg på Iben Jensen sin teori om interkulturell kommunikasjon (Jensen, 2013). Interkulturell kommunikasjon kan defineres som kommunikasjon mellom mennesker med ulik kulturbakgrunn. Det vil si at partene i samtalen representerer eller kommer fra så ulike kulturelle fellesskap at utveksling og fortolkning av tegn og meninger vil bli påvirket (Ø. Dahl, Jensen & Nynäs, 2006). Iben Jensen mener at kultur er innlærte rutiner: At vi er sosiale vesen som har vokst opp i et fellesskap med resten av samfunnet, og at mye av kulturen vi besitter er rutiner som man har lært seg i fellesskap med andre. Hun skriver videre at kultur er verdier, erfaringer, følelser og syn på verden. Kulturell identitet innebærer hvordan vi oppfører oss rundt andre. Det betyr at hver gang vi møter mennesker som handler annerledes eller har andre verdier enn oss selv, utfordrer det vår oppfattelse av oss selv og dermed vår identitet (Jensen, 2013). Jensen beskriver det som at mottakeren i en dialog forstår og fortolker det som blir sagt ut ifra egne

erfaringer. Konsekvensen av dette er at avsender er nødt til å ta høyde for at det som sies kan tolkes på ulike måter. Misforståelser i samtaler skyldes ofte at begge parter indirekte referer til egne erfaringer rundt et emne, men at det ikke blir kommunisert tydelig nok. Selv om det kan virke banalt, er det ofte et større problem i kommunikasjonen enn hva vi er bevisste på (Jensen, 2013).

For å få en enda bredere forståelse av hva interkulturell kommunikasjon omhandler, vil det videre bli beskrevet flere sider ved kommunikasjon og språkbeherskelse. Kommunikasjon og språkbeherskelse dreier seg nemlig om mer enn grammatikk, uttalelse og ordforråd. Store deler av kommunikasjonen mellom mennesker kan bare læres på en ikke-språklig måte (Eriksen, 2011). Det å avlegge en prøve i norsk vil ikke være nok til å beherske det norske språket eller norsk kultur. Gradvis opparbeider man seg en intuitiv forståelse av tegn og nyanser som gir det man sier en rikere mening og sammenheng (Eriksen, 2011). Når man etterhvert opparbeider seg en forståelse for de mange nyansene og kommunikasjonsnivåene som ligger i et språk, vil det bli lettere å kunne forstå hvor hemmet mennesker fra en annen kultur av og til må føle seg. Nettopp fordi man mangler denne evnen til å uttrykke seg presist og nyansert på norsk. Mangel på denne evnen vil gjøre at disse menneskene ufrivillig kan bli behandlet som ofre, eller på andre måter bli behandlet som mindreverdige. Her ligger det en fundamental maktforskjell mellom majoritetsbefolkningen og mennesker med minoritetsbakgrunn som det er viktig å være klar over (Eriksen, 2011). Jo mer forskjellig erfaringsbakgrunn, verdiprioriteringer og sosiale betingelser, desto flere blir mulighetene for feiltolkning og misforståelser. Selv om mottaker og avsender begge tror at de har forstått hverandre, kan det godt tenkes at de har forstått samme melding, med tegn og signaler, på helt forskjellige måter (Ø. Dahl, 2001).

### 3. Metode

Med denne studien er ønsket å få økt kunnskap om hvordan jordmor kan bedre den psykiske helsen hos minoritetskvinner i svangerskapet. For å få svar på denne problemstillingen benyttes en systematisk litteraturstudie. I dette kapittelet vil det metodiske rammeverket bli presentert, samt hvordan søkeprosessen har blitt utført. For det første vil kapittelet gi en redegjørelse for hva en systematisk litteraturstudie innebærer. Deretter presenteres de ulike leddene i søkeprosessen. Her legges særlig vekt på inklusjon- og eksklusjonskriterier, samt benyttet søkestrategi. Videre forklares den analytiske prosessen med en kritisk vurdering av inkluderte studier og tematisk analyse.

#### 3.1 Hva er en systematisk litteraturstudie?

Denne studien tar for seg en sammensatt problemstilling, hvor ønsket er å belyse både kvinnens og jordmødrenes/hjelperens perspektiv på hvordan man kan fremme god psykisk helse blant minoritetskvinner i svangerskapet. Målet er å få best mulig innsikt, belyst fra begge sider av samhandlingen. Valget har derfor falt på en systematisk litteraturstudie av kvalitativ forskning. I en systematisk litteraturstudie er det litteraturen man studerer og tolker. Materialet i en litteraturstudie er den allerede eksisterende kunnskapen som er presentert i artikler, som hentes frem og samles inn gjennom systematiske søk. Fordi det er søket som er selve metoden, dokumenteres det i sin helhet (Aveyard, 2019). Man kan se for seg hver artikkel i en litteraturstudie som en brikke i et puslespill, og det er først når alle brikkene er på plass at man kan se helheten. Å se funnene i inkluderte artikler sammen i et større bilde, kan gi en ny innsikt i temaet, hvilket kan gi nyttig kunnskap for videre arbeid. En litteraturstudie kan være et alternativ til egne empiriske undersøkelser. I dag finnes det allerede store mengder litteratur og forskning som er publisert. Samtidig har kravet om kunnskapsbasert praksis økt, og behovet for at kunnskapen samles og vurderes er større. At den eksisterende kunnskapen samles i oversikter gjør den lettere tilgjengelig, og dermed kan veien bli kortere til at denne kunnskapen benyttes i klinikken og danner grunnlag for kunnskapsbasert praksis (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

#### 3.2 Hvilken litteratur er nødvendig for å besvare problemstillingen

I kontrast til kvantitative studier, er kvalitative studier til for å undersøke mening og fenomener i deres naturlige setting. Dataene kan samles på en rekke måter, men gjerne

gjennom intervjuer. Dataene omhandler ofte hvordan visse situasjoner oppleves, beskrives, erfares og fortolkes (Aveyard, 2019). På den måten får man nyttig informasjon fra gruppen selv, som vil være nødvendig for å kunne tilrettelegge støtten slik at den blir tilpasset den spesifikke gruppens behov. Fundamentet i alle kvalitative studier er å undersøke mening og utvikle en forståelse rundt et spesifikt tema. Ettersom denne studien skal brukes til å undersøke hvordan jordmor kan fremme god psykisk helse hos gravide minoritetskvinner, er det viktig å se på opplevelser rundt temaet belyst fra minoritetskvinnens side, men også fra jordmor sitt perspektiv som hjelper (Aveyard, 2019).

### 3.3 Søkeprosessen

For å finne relevant litteratur i henhold til metodelitteratur, stiller man krav til litteraturen i form av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Ved å utarbeide klare og definerte kriterier, vil det være med på å sikre at inkluderte studier ikke havner på siden av problemstillingen. Det vil fungere som et hjelpemiddel til å holde litteraturstudien fokusert (Aveyard, 2019).

Litteraturen til denne studien er begrenset til studier fra Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand, da helsevesenet i disse områdene enklest kan sammenliknes med helsevesenet i Norge. I tillegg er studier som er eldre enn år 2000 ekskludert, for å få data som er mest mulig relevant for nåtiden. Videre er det sannsynlig at noen treff vil være systematiske oversikter eller sammenfatninger. Disse vil ikke bli brukt som primærkilder, men referanselistene i sammenfatningene vil bli gjennomgått. Grunnen til dette er at relevante artikler for denne studien kan ha blitt benyttet i sammenfatningene. Til slutt er oppgaven begrenset til studier som er skrevet på engelsk eller skandinaviske språk.

Tabell I

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peer reviewed</li> <li>- Fra Europa, Nord-Amerika, Australia og New Zealand</li> <li>- Primærstudier</li> <li>- Kvalitative studier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studier som ikke er på engelsk eller et av de skandinaviske språkene</li> <li>- Eldre studier enn år 2000</li> <li>- Studier av lav kvalitet</li> <li>- Reviews, sammenfatninger</li> </ul>

I tillegg til inklusjon- og eksklusjonskriteriene er tabell II et konseptkart. Et konseptkart er en tabell hvor søkebegreper beskrives, som emneord eller nøkkelord som er samlet for å beskrive valgt tema. Disse søkeordene er med på å danne grunnlaget for søket. P står for pasient og pasientgruppe, og O står for outcome, altså hvilket utfall som søkes etter.

Tabell II

P	P	O
MH "Minority Groups"	MH "Pregnancy"	MH "Mental Health"
MH "Emigration and Immigration"	MH "Expectant Mothers"	MH "Stress, Psychological"
MH "Ethnic Groups"	MH "Pregnancy Care"	emotional wellbeing
MH "Refugees"	MH "Prenatal Care"	mental hygiene
		psychological health

Et systematisk søk ble utført 15. mai 2020, sammen med en erfaren bibliotekar fra OsloMet gjennom kommunikasjonsverktøyet Zoom. Før det avtalte søket var flere prøvesøk utført, for å bli kjent med fagfeltet og databasene. Med helsebiblioteket sine hjemmesider som rammeverk, ble MeSH-ord funnet og samlet. I tillegg ble «subject headings» og «scope note» i databasene benyttet som verktøy for å samle flere søkeord. «Subject headings» og «scope note» er emneoverskrifter, som er en enkel metode for å finne flere ord som er direkte relatert til emnet på. Dette er viktig i et tidlig stadium av studien, for å finne frem alle ordene som beskriver fenomenet som man er ute etter. På den måten ble ord og begreper som fanget opp essensen av studiens mål samlet: Altså ord og begreper knyttet til hvordan jordmor kan fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet (Aveyard, 2019). Jeg var godt forberedt til søket, og med veiledning fra bibliotekar valgte jeg ut følgende databaser:

**Medline, Cinahl, psykINFO og Maternity and infant care.**

Et systematisk søk ble utført i i Medline, ved bruk av trunkering og med relevante søkeord og emneord. I stor grad har de samme søkeordene i de resterende databasene blitt benyttet, men med noen endringer på grunn av noe forskjellige Mesh-ord. Det har vært viktig å vite forskjellen på funksjonene til AND og OR. AND søker etter to begreper, og begrenser søket. OR søker etter to eller flere begreper sammen, og utvider søket. OR gir mulighet for større treffmengde da det kombinerer søkeord/synonymer eller flere stavemåter i et søk, og dermed øker sjansen for flere relevante treff. På den måten inkluderer man litteratur som bruker flere varianter av ordet, både i emneord og tekstord. Etter innsamlingen av et bredere spekter av synonymer og søkeord kombinerte jeg de ulike begrepene med AND, og avgrenset dermed søket til å måtte inneholde en kombinasjon av søkeordene. På den måten fikk jeg treff på artikler som var relevante for valgt problemstilling (Aveyard, 2019).



Søkestrategi: Tabell III viser hele søkehistorikken fra de fire valgte databasene.

Tabell III

MEDLINE	Maternity and Infant Care	PsycINFO	CINAHL
<p>1. mental health/ or resilience, psychological/ (42652)                  2. Stress, Psychological/ (119295)                  3. ((psychological* or mental or emotional*) adj2 (health or resilience* or suffering* or wellbeing)).mp (192867)                  4. mental hygiene.mp. (3198)                  5. 1 or 2 or 3 or 4 (305758)                  6. Minority Groups/(13697)                  7. "emigrants and immigrants"/ or undocumented immigrants/ (12203)                  8. "emigration and immigration"/ (25108)                  9. ethnic groups/ or Minority Groups/ (71681)                  10. refugees/ (10055)                  11. emigra*.mp (42153)                  12. immigra*.mp (53700)                  13. ethnic*minori*.mp (11095)                  14. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 (139876)                  15. 5 and 14 (8880)                  16. pregnancy/ or gravidity (871145)                  17. pregnant women (8168)                  18. prenatal care/ (27385)                  19. pregnan*.mp (998642)                  20. prenatal car*.mp (33187)                  21. expect* mother*.mp (1379)                  22. 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 (1001517)                  23. 15 and 22 (307)                  24. Limit 23 to yr=2000-2020 (265)</p> <p>Nytt søk 04.06.20</p> <p>25. Western countries.mp. (16384)                  26. Communication/ or communication Barriers/ or intercultural communication.mp. (89270)                  27. 24 and 25 and 26 (5)</p> <p>AKTUELLE 18</p>	<p>1. (Stress – psychological or mental health).de. (152968)                  2. ((psychological* or mental or emotional*) adj2 (health or resilience* or suffering* or well being or wellbeing)).mp (198058)                  3. mental hygiene.mp (3198)                  4. 1 or 2 or 3 (397076)                  5. "emigrants and immigrants".de. (119828)                  6. refugees.de (10055)                  7. emigra*.mp (42153)                  8. immigra*.mp (53700)                  9. ethnic* minori*.mp (11095)                  10. (5 or 6 or 7 or 8 or 9 (76811)                  11. 4 and 10 (6125)                  12. pregnancy.de (871041)                  13. pregnant women.de (8168)                  14. prenatal care.de (27385)                  15. gravidity.de (11769)                  16. pregnan*.mp (9986429)                  17. prenatal car*.mp (33187)                  18. expect* mother*.mp (1375)                  19. 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 (1001517)                  20. 11 and 19 (196)                  21. limit 20 to yr= 2000-2020 (178)</p> <p>AKTUELLE: 18</p>	<p>1. mental health/ (37544)                  2. psychological stress/ or "resilience (psychological)"/ (123647)                  3. ((psychological* or mental or emotional*) adj2 (health or resilience* or suffering* or well being or wellbeing)).mp. (198058)                  4. mental hygiene.mp (3198)                  5. 1 or 2 or 3 or 4 (310547)                  6. minority groups/ (13697)                  7. immigration/ or refugees/ (33645)                  8. "racial and ethnic groups"/ (0)                  9. emigra*.mp (42153)                  10. immigra*.mp (53700)                  11. ethnic* minori*.mp. (11095)                  12. 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 (87441)                  13. 5 and 12 (7009)                  14. pregnancy/ or prenatal care (873172)                  15. pregnan*.mp. (33187)                  16. prenatal car*.mp (33187)                  17. expect* mother*.mp (1379)                  18. 14 or 15 or 16 or 17 (1001450)                  19. 13 and 18 (225)                  20. limit 19 to yr= 2000-2020 (200)</p> <p>AKTUELLE: 18</p>	<p>1, MH "Mental Health" (38475)                  2, MH "Stress, Psychological" (53151)                  3. "Resilience, psychological" (16)                  4. T ((psychological* or mental or emotional*) N1 (health or resilience* or suffering* or well being or wellbeing)) AND AB ((psychological* or mental or emotional*) N1 (health or resilience* or suffering* or well being or wellbeing)) (27775)                  5. «mental hygiene» (292)                  6. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 (107855)                  7. (MH "Minority Groups")(12653)                  8. (MH "Emigration and Immigration") (6922)                  9. (MH "Immigrants") OR (MH "Immigrants, Illegal") (17447)                  10. "emigrants" (101)                  11. (MH "Ethnic Groups") (29832)                  12 (MH "Refugees") (7582)                  13 emigra* (7640)                  14 immigra* (28217)                  15. "ethnic* minori*" (7440)                  16. S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 (754279)                  17. S6 AND S16 (4844)                  18. MH "Pregnancy" (207527)                  19. MH "Expectant Mothers" (8264)                  20. (MH "Prenatal Care") OR (MH "Prenatal Care") (19340)                  21. pregnan* (249171)                  22. prenatal car* (19950)                  23. expectant mother* (8781)                  24. S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 (253348)                  25. S17 and s24 (207)                  26. limit 25 to yr=2000-2020 (203)</p> <p>AKTUELLE: 20</p>

Videre viser tabell IV antall treff i de ulike databasene, samt hvor mange av artiklene som ble inkludert til videre vurdering etter en gjennomgang av tittel og sammendrag.

Tabell IV

Database	Potensielt aktuelle artikler	Antall artikler videre for vurdering
Medline	270	18
Maternity and Infant Care	178	18
PsykINFO	200	18
CINAHL	203	20
Referanselister	15	5

Tilsammen fikk søket 846 treff i 4 databaser. 773 artikler ble ekskludert fordi de ikke var relevante. I noen artikler kom irrelevansen tydelig frem i tittelen, mens andre ble ekskludert etter at sammendraget var lest. Artiklene som ble ekskludert var utenfor valgt problemstilling og inklusjonskriterier, eksempelvis studier som ikke var gjort i Europa, Nord-Amerika, Australia eller New Zealand. Etter første gjennomgang hadde studien 73 potensielt aktuelle artikler, og det ble søkt etter duplikater i referanseverktøyet EndNote. Her ble 29 artikler fjernet grunnet duplikater. Når man stadig får de samme treffene fra forskjellige databaser, kan det være tid å stoppe søket, og man kan anta at søket har vært godt dekkende for problemstillingen (Aveyard, 2019).

Noen av treffene var systematiske oversikter. Disse har ikke blitt benyttet som primærkilder, men referanselistene har blitt gjennomgått for å undersøke om det kunne være artikler som var relevante for å finne svar på valgt problemstilling (Aveyard, 2019). På denne måten ble 15 artikler funnet, som kunne virke relevante basert på tittel. Etter en nøyere gjennomgang ble det oppdaget at flere av artiklene allerede var inkludert, men fem artikler ble tatt med for videre vurdering. Disse artiklene hadde ikke kommet opp ved utført søk, og omhandlet interkulturell kommunikasjon. På dette tidspunktet opplevdes en mangel på artikler som omhandlet nettopp interkulturell kommunikasjon, for å kunne besvare problemstillingen i henhold til det teoretiske rammeverket i studien. Et nytt søk ble utført 4. juni 2020 i samarbeid med veileder. Søkeordene «intercultural communication» og «western countries.mp» ble tilført til eksisterende søk i Medline, og fikk fem treff. Fire av artiklene ble

ekskludert fordi de var utenfor inklusjonskriteriene, men én artikkel ble tatt med videre til vurdering.

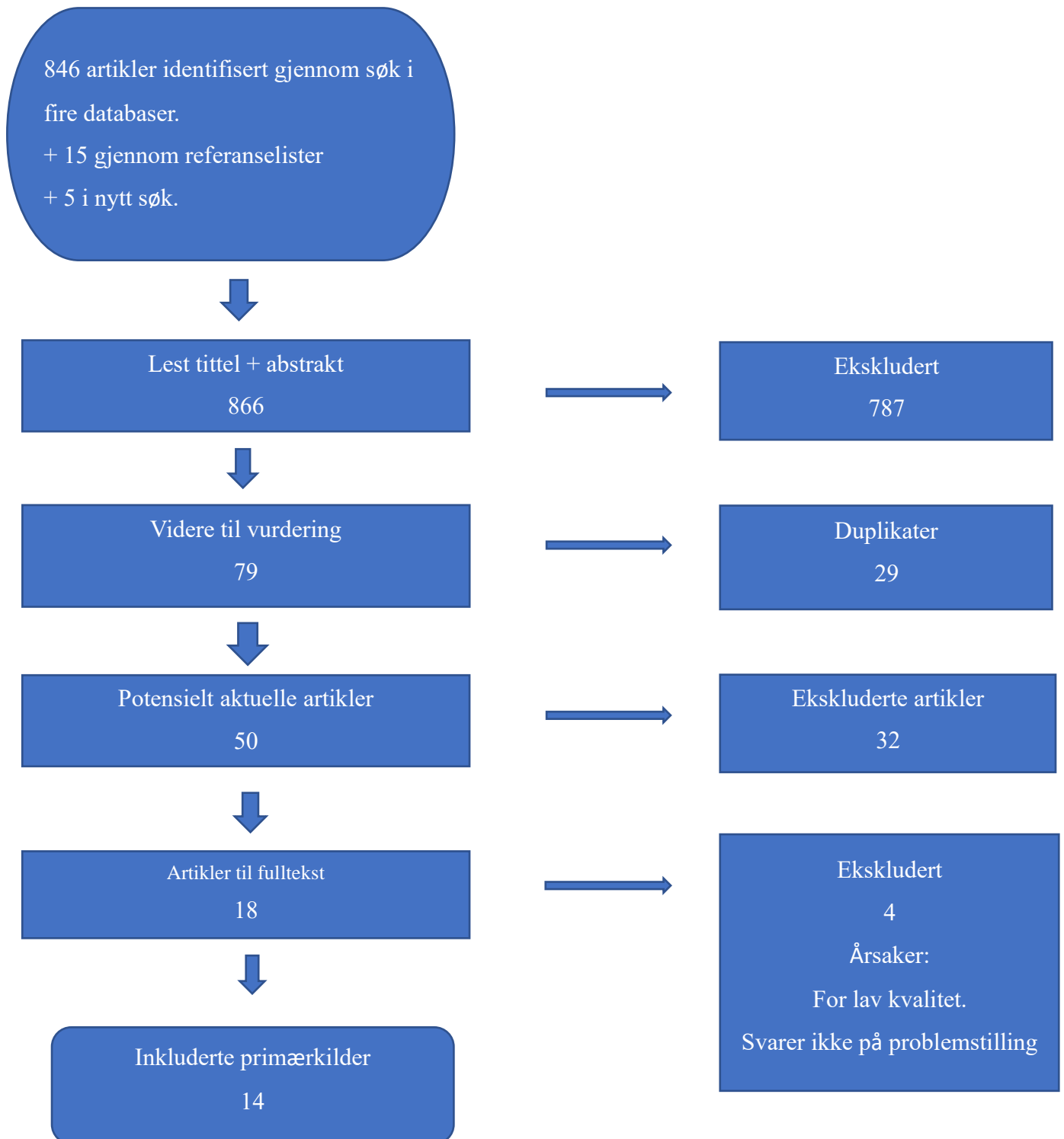
På dette tidspunktet var 846 artikler blitt vurdert og nedskalert til 50 artikler. De resterende studienes sammendrag og metode ble på nytt grundig studert. På den måten ble ytterligere 32 artikler ekskludert av ulike årsaker. Det kom frem at det ikke var en kvalitativ studie, inklusjonskriteriene ble ikke møtt, eller at studien viste seg å være på siden av denne studiens problemstilling. Til slutt ble 18 artikler lastet ned i fulltekst. En av studiene fra databasen CINAHL, «Tackling perinatal mental health among black and minority ethnic mothers», ble søkt etter fulltekst fra OsloMet sitt bibliotek, og ble tilsendt på epost. Utover denne studien, var alle de øvrige vitenskapelige artiklene tilgjengelige via OsloMet sitt universitetsbibliotek.

### 3.4 Kritisk vurdering av litteratur

Etter anbefaling fra Aveyard er CASP sin sjekklister for kritisk vurdering av kvalitative studier (se vedlegg) blitt benyttet. Denne sjekklisten er et hjelpemiddel for å vurdere den metodiske kvaliteten på de vitenskapelige artiklene som er inkludert, og på den måten sjekke om man kan stole på resultatene (Aveyard, 2019). Alle de inkluderte studiene er grundig gjennomgått og vurdert. Studiene har fått en score fra 1-10, basert på kriterier presentert i sjekklisten til CASP. Vurderingene er vist i en skjematisk oversikt: «Presentasjon av inkluderte artikler» fra side 24 i denne masteravhandlingen. Som ledd i den kritiske vurderingen av inkluderte studier ble det vurdert om formålet til studien var tydelig, og om metoden som var benyttet var hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Videre ble utvelgelsen av deltakerne vurdert, samt hvordan data hadde blitt samlet inn og analysert. Det ble ført notater underveis i vurderingsprosessen, og samtlige artikler ble lest flere ganger. Dette var for å sikre en så god oversikt over nyansene i studiene som mulig. Hovedpoeng ved inkluderte studiers styrker og svakheter er kort beskrevet i skjema «presentasjon av inkluderte artikler». I denne prosessen har det vært viktig å ha et så tydelig fokus på valgt problemstilling som mulig, og på den måten unngå å sitte igjen med artikler som er på siden av problemstillingen (Aveyard, 2019). Gjennom kritisk vurdering av artiklene ble ytterligere fire artikler ekskludert. Artiklene ble vurdert til å være av for lav kvalitet, eller det kom frem ved nærmere undersøkelse at artikkelen ikke svarte direkte på denne studiens problemstilling.

### 3.5 Flytskjema

Under er et flytskjema, som skal vise hvordan arbeidsprosessen i denne studien har foregått. Det er et hjelpemiddel og et kart for å vise helheten og sammenhengen mellom de ulike metodiske prosessene av denne litteraturstudien (Helsebiblioteket, 2016).



### 3.6 Analyse

Den kritiske vurderingen av inkluderte studier er første del av studiens analytiske prosess. Denne studien har 14 inkluderte artikler. Alle inkluderte artikler ble vurdert til så høy kvalitet at de ble inkludert, men noen av artiklene har lavere kvalitet enn andre. Aveyard poengterer at ingen forskning er perfekt, og dersom man velger å kun ha med artikler av topp kvalitet, kan viktige nyanser gå tapt (Aveyard, 2019). Andre del av studiens analytiske prosess er utviklingen av temaer. Temaer jobber man seg frem til basert på resultatdelen av studien (Aveyard, 2019).

Det finnes en rekke måter å analysere kvalitativ litteratur på. I denne studien er Aveyard sine anbefalinger fulgt konsekvent, og derfor er tematisk analyse benyttet. Tematisk analyse er en form for innholdsanalyse som legger vekt på å finne, undersøke og registrere mønstre eller temaer. For å starte denne prosessen gikk jeg tilbake til resultatdelen av alle inkluderte artikler og leste de grundig på nytt. Ved å identifisere og beskrive hovedfunnene og resultatene fra forskningen, var prosessen med å identifisere tema i gang. Man kan bruke ord og uttrykk som er brukt i artikkelen, eller egne ord som beskriver fenomenet. Sannsynligvis vil mange av temaene fra de inkluderte studiene vise seg å være like, eller ha tydelige likhetstrekk. I denne prosessen er det ekstra viktig å være bevisst på at temaene skal reflektere problemstillingen i oppgaven direkte (Aveyard, 2019).

Målet med den tematiske analysen er å identifisere hovedtema som speiler likhetstrekkene ved resultatene i alle de inkluderte studiene. For å utvikle hovedtema beskriver Aveyard to alternativer. Den ene muligheten som er benyttet i denne studien, består av å samle undertemaer som likner på hverandre i grupper. Undertemaene er som tidligere beskrevet kommet frem til ved å identifisere og beskrive hovedfunnene og resultatene fra forskningen. Ved å samle tema som likner på hverandre i grupper kan det bli tydeligere for forskeren hva undertemaene omhandler og oppnå et overblikk over tematikken. På den måten kan man oppnå en forståelse av hva hovedtemaet kan utvikle seg til å bli. I denne prosessen ble undertemaene flyttet mye frem og tilbake, med nyttig hjelp fra veileder. Målet har vært å se det store bildet og hvilke undertemaer som hører sammen. Til slutt ble det utviklet seks hovedtema for å svare på denne studiens problemstilling: Hvordan jordmor kan fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet. Hovedtemaene utviklet seg til å bli

relasjonsbygging, screening, kompetanseheving, kommunikasjon, livssituasjon og ulik kultur/religion.

Tabell V illustrerer hvordan hovedtemaene ble til. I kolonnene er undertemaene fra de inkluderte studiene samlet under sitt hovedtema.

Tabell V: Hovedtema

RELAJONSBYGGING	KOMMUNIKASJON
Møtt lyttende og med empati, tillitsskapende. Likesinnet støtte, å bli hørt og føle seg verdsatt. Bli tatt på alvor, gir trygghet Viktig med tillitt, for å få innsikt. Viktig å bygge relasjon for å opparbeide tillitt. Relasjon, avgjørende for å åpne seg Empatisk kommunikasjon, skaper trygghet Møtt med godhet, empati og forståelse, viktigere enn samme språk og kultur. Empatisk kommunikasjon, skaper trygghet Åpen for spørsmål Tilstrekkelig med tid Forsømmende helsepersonell, frykt og angst ble forsterket. sårbar i møtet med helsevesenet Behandlet som fremmed, økt usikkerhet og frustrasjon. Mangel på kontinuitet	Forståelse, vanskelig. Variert bruk av tolk. Kommunikasjon, usynlige sosiale koder, helt annerledes kultur Mangel på informasjon Mangel på forståelse for formålet med omsorgen Manglende informasjon om tjeneste
SCREENING	LIVSSITUASJON
Viktig med screening Screening: viktig å vite hvorfor man gjøre det Screening: hvordan håndtere informasjonen. Tydelige retningslinjer. Screening: lettere å prate om mental helse Unnløstelse fra screening Tidlig identifisering, mer tid til å gjøre noe	Migrering kan føre til lettelse, men også sorg. Det å finne sin plass et nytt sted, tar mye krefter Uvissheten for fremtiden skaper frykt Så mye annet i livet å tenke på, graviditet havner i andre rekke. Traume, setter seg i kroppen spenningene setter seg i kroppen Manglende praktisk hjelp, ingen til å passe barna Redusere stress gjennom praktisk støtte. Mangel på sosial støtte Svangerskapsomsorgen som en erstatter for hjelp fra familie og venner
KOMPETANSEHEVING	ULIK KULTUR/RELIGION
Kompetanseheving forvirring rundt roller og ansvar, Manglende tid i en presset arbeidshverdag Mangel på tid til å ta tak i sosiale problemer. Kompetanse mental helse Viktig med bakgrunnskunnskap, for å kunne gi likeverdig hjelp. Kunnskap om kulturell bakgrunn Kulturellkompetanse	Visse kulturer stigmatiserer mental helse problemer, ansett som gal og kan bli utstøtt. Psykisk helse, svært stigmatisert begrep. Religiøse hensyn Kultursensitiv, tilpasse spørsmål. Stor variasjon i kunnskap om egen kropp og helse

Tabell VI gir en oversikt over hvilke av de inkluderte studiene som omhandler de ulike hovedtemaene. Noen av hovedtemaene har funn i mange av de inkluderte artiklene, mens andre hovedtemaer har funn i tre eller fire av studiene.

Tabell VI

TEMA FORFATTER	RELASJONS- BYGGING.	SCREENING	KOMPETANSE- HEVING	KOMMUNIKASJON	LIVS- SITUASJON	ULIK KULTUR/ RELIGION
Barkensjö et al. (2018)	✓				✓	
McLeish et al. (2017)	✓				✓	
Robertson (2015)	✓			✓	✓	
Edge (2010)		✓	✓			
Nithianandan et al. (2016)	✓	✓			✓	
Yelland et al. (2014)	✓	✓	✓			✓
Hill et al. (2012)	✓				✓	✓
Willey et al. (2020)		✓				
Raine et al. (2009)	✓			✓		
Cantle (2010)				✓		✓
Lyberg et al. (2012)				✓	✓	✓
Ny et al. (2007)	✓					
Reitmanova et al. (2008)				✓	✓	✓
Peláez et al. (2017)			✓	✓	✓	✓

## 4. Resultater

Dette kapittelet er todelt. I kapittelets første del vil en skjematisk oversikt over inkluderte studier legges frem. I den andre delen av kapittelet vil seks hovedtema bli presentert.

Hovedtemaene er resultat av funnene i den tematiske analysen: Relasjonsbygging, screening, kompetanseheving, kommunikasjon, livssituasjon og ulik kultur/religion. Ved å fokusere på disse seks hovedtemaene og hvordan de påvirker hverandre vil denne studien belyse og besvare problemstillingen fra flere sider.

### 4.1 Presentasjon av inkluderte artikler

Basert på systematiske litteratursøk, vil det nedenfor bli presentert en oversikt over inkluderte artikler. Oversikten viser hvilken metode som er benyttet i de utvalgte studiene, hovedfunn i studiene, samt kvalitetsvurdering i tråd med CASP sin sjekkliste for kvalitative studier, som er redegjort for i metoddelen av denne studien. For å gi et helhetlig og oversiktlig bilde av de inkluderte studiene, presenteres de i en systematisk oversikt. Under presentasjonen av hver studie vil et lite utvalg av studiens styrker og svakheter presenteres, som er en del av den kritiske vurderingen av studiene.

I denne litteraturstudien er det til sammen 394 deltakere. 197 av deltakerne er helsepersonell, og resterende 197 av deltakerne er kvinner med minoritetsbakgrunn, med noen få unntak, hvor for eksempel partner har vært med på intervjuene.

Presentasjon av inkluderte artikler:

<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Barkensjö, Greenbrook, Rosenlundh, Ascher, & Elden.  The need for trust and safety inducing encounters: a qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as	Dataene er samlet gjennom ustrukturerede intervjuer.  13 kvinner fra ti land ble intervjuet.  Analysert med kvalitativ innholdsanalyse etter Granheim og Lundmans metode.	Empatisk tilnærming var tillitsskapende og var med på å redusere en frykt blant deltakerne for å oppsøke helsevesenet.  Motsatt ble beskrevet når deltakerne ble møtt av forsømmende helsepersonell. Da ble angst og frykt forsterket.	9/10. Høy kvalitet.



undocumented migrants in Sweden			
European Journal Of Public Health,			
Sverige			
2018			
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Forskerne belyser svakhetene ved egen studie, de beskriver hvordan forskerens utgangspunkt som fagpersonell kan være med å påvirke hvordan det som blir sagt tolkes. Det er godt samsvar mellom metode og problemstilling, som er godt egnet for å få frem brukerens egne erfaringer.		Det er noe uklart hvordan deltakerne ble valgt ut, studien mangler en tydelig utvalgsstrategi. Det foreligger heller ikke et teoretisk rammeverk.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
McLeish & Redshaw  Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study  BMC pregnancy and childbirth  Storbritannia.  2017	Dataene er samlet gjennom semistrukturerte intervjuer.  47 deltakere hvor 31er innvandrere, og 16 født i UK, men kun en deltaker var hvit fra Storbritannia.  Benyttet induktiv tematisk analyse.	«Likesinnet støtte» fra helsepersonell hadde positiv effekt på mødrenes psykiske helse.  Undertema: sosial støtte, å bli hørt, føle seg verdsatt, føle seg styrket, å få redusert stress gjennom praktisk støtte og hvilken positiv effekt det hadde på kvinnes mentale helse.	9/10. Høy kvalitet
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Tydelig teoretisk rammeverk. Forskerne reflekterer over svakheter ved egen studie. Relativt stort antall deltakende.		Studien er basert på et støttegruppeprogram, for utsatte grupper blant gravide kvinner. Studien er i utgangspunktet ikke ment for minoritetskvinner alene, men blant deltakerne er kun én hvit kvinne fra Storbritannia. Resten av deltakerne er tilflyttere eller minoriteter født i Storbritannia. Studien har derfor blitt vurdert som relevant.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Robertson	Dataene er samlet gjennom fokusgruppe intervjuer, parintervjuer	Migrering kan føre til lettelse, men også til sorg.	9/10 Høy kvalitet

<p>“To be taken seriously” women’s reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden</p> <p>Sexual &amp; Reproductive Healthcare</p> <p>Sverige</p> <p>2015</p>	<p>samt individuelle intervjuer.</p> <p>25 kvinner fra 17 ulike land.</p> <p>Konvensjonell innholdsanalyse</p>	<p>Det å finne sin plass et nytt sted, tar mye krefter</p> <p>Opplevelse av å føle seg sårbar i møtet med helsevesenet</p> <p>Spenningene setter seg i kroppen i form av smerter.</p> <p>Frustrasjon rundt å ikke bli forstått eller forstå.</p> <p>Å bli tatt på alvor, lyttet til og støttet, bidro til å føle seg trygg.</p> <p>Det å bli behandlet som en fremmed, økte usikkerhet og frustrasjon.</p>	
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Studien har en tydelig utvalgsstrategi. Det er godt samsvar mellom problemstilling og benyttet metode.		Studien har kun en forsker, og funnene kan derfor være mindre troverdig, ettersom forskeren er alene i analysen av data.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
<p>Edge</p> <p>Falling through the net — Black and minority ethnic women and perinatal mental healthcare: health professionals' view</p> <p>General Hospital Psychiatry</p> <p>Storbritannia</p> <p>2010</p>	<p>Dataene er samlet gjennom individuelle intervjuer og fokus grupper.</p> <p>42 deltakere, helsepersonell.</p> <p>Framework analysis</p>	<p>Stikkord av hovedfunn:</p> <p>Ønske om kompetanseheving.</p> <p>Manglende selvtilit blant helsepersonell til å identifisere problemer ved den mentale helsen til minoritetskvinner.</p> <p>Forvirring rundt roller, hvem som skal ta ansvar for hva.</p> <p>Manglende tid i en presset arbeidshverdag.</p>	8/10 Høy kvalitet.
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Det er samsvar mellom problemstilling og metode, og det kommer tydelig frem hvilke utfordringer helsevesenet står overfor for å fremme god psykisk helse.		Det foreligger ikke et teoretisk rammeverk. Studien er gjort av en PhD stipendiat, studien har altså bare en forsker, og kan derfor mangle flere perspektiver på analysen. Forskeren er heller ikke kritisk til egen forskning.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet.</b>
<p>Nithianandan, Gibson-Helm,</p>	<p>Dataene er samlet gjennom semistrukturerte intervju</p>	<p>Funnene viser at deltakerne er for generell screening for sårbare grupper.</p>	8/10 Høy kvalitet

<p>McBride, Binny, Gray, East, Boyle</p> <p>Factors affecting implementation of perinatal mental health screening in women of refugee background</p> <p>Implementation Science</p> <p>Australia</p> <p>2016</p>	<p>Det er 37 deltakere i studien. Av deltakerne er 28 helsepersonell, og 9 kvinner med flykningsbakgrunn.</p> <p>Analysert med tematisk og induktiv analyse</p>	<p>Viktig å ha kunnskapen om hvorfor man utfører screeningen, samt hvordan håndtere informasjonen som eventuelt kommer frem.</p> <p>Det er avgjørende med tillitt for å få innsikt.</p> <p>Mangel på sosial støtte blant minoritetskvinner.</p>	
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
<p>Studien har et teoretisk rammeverk. Deltakere har fått lese transkriberingen, for å kunne bekrefte at de kjente seg igjen i måten de ble oppfattet. Tydelig beskrevet utvalgsstrategi, samt beskrevet hvordan rekrutteringen fortsatte til metningspunktet i forskningen ble møtt.</p>		<p>Er etisk vurdert av Monash Health Human Research Ethics Committee, men mangler en beskrivelse av etiske vurderinger som burde vært gjort underveis, samt beskrevet til deltakerne.</p>	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
<p>Yelland, Riggs, Wahidi, Fouladi, Szwarc, Duell-Piening, Chesters &amp; Brown</p> <p>How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families</p> <p>BMC Pregnancy and Childbirth</p> <p>Australia</p> <p>2014</p>	<p>Dataene er samlet gjennom semistrukturerte intervju, samt fokusgruppeintervju.</p> <p>Tilsammen er det 70 deltakere i studien.</p> <p>34 av deltakerne helsepersonell. Av deltakerne med innvandrerbakgrunn er 16 kvinner, 14 menn og tre par</p> <p>Opptak av intervju, transkribert og krysskontrollert.</p>	<p>Funn viser at helsepersonell mener at kulturell kompetanse er essensielt for å kunne gi likeverdig hjelp.</p> <p>Tidspress forhindrer helsepersonell å ta tak i sosiale problemer.</p> <p>Deltakerne med innvandrerbakgrunn opplevde det som essensielt å bygge relasjon til jordmor for å skape tillitt</p>	<p>8/10 Høy kvalitet</p>
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
<p>Studien belyser begge sider av samhandlingen mellom helsepersonell og mennesker med minoritetsbakgrunn.</p>		<p>Studien mangler et teoretisk rammeverk. I tillegg blir ikke etikken diskutert, hverken før</p>	

		eller underveis i studien, men har blitt godkjent av etisk komite.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Hill, Hunt & Hyrkäs.  Somali Immigrant Women's Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States  Journal of Transcultural Nursing  USA  2012	Dataene er samlet gjennom fokusgruppeintervju.  Deltakerne er 18 kvinner fra Somalia.  Funnene er analysert med kvalitativ innholdsanalyse etter Granheim og Lundmans metode.	Resultatene viser at svangerskapsomsorgen fungerer for mange som en erstatter for hjelp fra familie og venner. Kvinnene hadde et uttalt behov for informasjon. Kulturen stigmatiserer problemer ved den mentale helsen, man kan bli ansett som gal. Det er nødvendig med økt kulturell kompetanse blant helsepersonell  Relasjon er viktig for å få tilgang til følelser.	7/10 Middels kvalitet.
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Studien er hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen, som er klart formulert.		Det blir ikke beskrevet etiske problemstillinger. Bakgrunnsforhold hos forskerne som kan påvirke fortolkningen av data, ble ikke diskutert.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Willey, Gibson-Helm, Finch, East, Khan, Boyd & Boyle.  Implementing innovative evidence-based perinatal mental health screening for women of refugee background  Women and birth.  Australia  2020	Både kvantitative og kvalitative data, men til denne litteraturstudien blir kun de kvalitative dataene benyttet.  De kvalitative dataene er samlet gjennom fokusgruppeintervju, samt semistrukturerte intervju.  24 deltakere, helsepersonell  Tematisk analyse	Screeningverktøyet EPDS var nyttig som for å innlede samtalen om psykisk helse. Et behov for økt kulturell kompetanse og kompetanse om psykisk helse. Nyttig for tidlig identifisering av psykiske utfordringer. Tross økt arbeidsmengde for ansatte, ble screeningverktøyet ansett som et nyttig hjelpemiddel for å identifisere behov for hjelp.	8/10 Høy kvalitet
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Studien har et tydelig teoretisk rammeverk.		Studien har fått etisk godkjenning, men etikken er ikke diskutert. Bakgrunnsforhold som kan	

		påvirke forskernes tolkning av data, blir ikke diskutert.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Raine, Cartwright, Richens, Mahamed & Smith  A Qualitative Study of Women's Experiences of Communication in Antenatal Care: Identifying Areas for Action  Maternal and Child Health Journal  England  2009	Dataene ble samlet gjennom fokusgrupper og individuelle intervjuer. Semistrukturert intervjueteknikk ble benyttet.  30 deltagende kvinner, med bakgrunn fra India og Somalia.  Analysert ved tematisk analyse.	Stikkord av funn som ble satt pris på: Empatisk kommunikasjon, åpenhet for spørsmål og tilstrekkelig med tid. Dette var med å skape trygghet og økte oppmøte.  Stikkord av funn som opplevdes negative: Mangel på informasjon, mangel på forståelse for formålet med omsorgen. Dette var med på å redusere oppmøtet til konsultasjonene.	10/10 Høy kvalitet
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Forskerne reflekterer over hvordan deres bakgrunnsforhold kan ha påvirket resultatene. Etske forhold er vurdert. Det er godt samsvar mellom metode og problemstilling. Forskerne diskuterer også funnenes troverdighet.		Et noe homogent utvalg, men vurderes til å være av høy kvalitet.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Cantle  Tackling perinatal mental health among black and minority ethnic mothers.  Ethnicity and Inequalities in Health and Social Care  Storbritannia  2010	Forskeren har benyttet aksjonslæring som metode, som innebærer at man lærer ved å gjøre og observere.  Noe utydelig hvor mange deltagende, men dataene er samlet fra seks ulike grupper med mennesker med minoritetsbakgrunn.	Funn viser at psykisk helse er et stigmatisert begrep i mange kulturer. Psykisk helse har gjerne spirituelle og religiøse aspekter ved seg.  Deltakerne opplevde manglende informasjon om helsetjenesten.	6/10 Middels kvalitet.
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Studien har et tydelig formål, og har blitt godkjent av etisk komité.		Det foreligger ikke et teoretisk rammeverk til studien. Studien er godkjent av etisk komité, men diskuterer ikke etikken rundt problematikken, eller om bakgrunnsforhold kan	

		være med på å prege resultatene av studien. Forskeren beskriver en aksjonslæringsteknikk som metode, som er noe utydelig. Det kommer heller ikke tydelig frem hvor mange deltakere som er med i studien.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet.</b>
Lyberg, Viken, Haruna & Severinsson  Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women  Journal of Nursing Management  Norge  2012	Dataene er samlet gjennom fokusgruppeintervju.  6 deltakende jordmørdre.  Analysert etter Granheim og Lundman sin analysemetode	Store variasjoner i kunnskap om egen kropp og helse.  Sorg og mangel på sosial støtte  Fokusere på mestring og det man faktisk får til.  Vanskelig å gjøre seg forstått, ulik praksis i bruk av tolk.  Kontinuitet er viktig for opparbeidelse av tillitt, for å få tilgang til følelser.	9/10 Høy kvalitet
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Studien er gjort i Norge. Metodedelen er grundig beskrevet, som er nyttig og i samsvar med studiens problemstilling.		Studien har noe få deltakere, så kan ikke nødvendigvis konkludere med at funnene er allmenngyldig, men vurderes til å være av høy kvalitet.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Ny, Plantin, Karlsson & Dykes.  Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement  <i>Reproductive Health</i>  Sverige  2007	Dataene er samlet gjennom fokusgrupper og individuelle intervjuer.  13 deltakere fra Midtøsten, innvandret til Sverige.  Analysert med innholdsanalyse.	Morsrollen på tvers av kulturer  Hvordan være en familie i en annen kultur.  Empati, godhet og forståelse, viktigere enn å kunne snakke samme språk eller forstå kulturen.  Mye som skjer mentalt og fysisk mellom første og andre konsultasjon, ønsket mer oppfølging.	8/10 Høy kvalitet
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Studien beskriver tydelig utvalgsstrategien, og har benyttet en metode som er i godt samsvar med formålet.		Studien mangler et teoretisk rammeverk. Studien er godkjent av etisk komité, men diskuterer ikke etikken rundt problematikken.	

<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Reitmanova & Gustafson  “They Can’t Understand It’’: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland  Matern Child Health  Canada  2008	Dataene er samlet gjennom semistrukturerte dybdeintervju  6 deltakere, muslimske innvandrere.  Analysert med tematisk analyse.	Deltakerne opplevde manglede informasjon om fysiske og psykiske endringer i graviditeten.  Ingen til å passe på barna mens de hadde svangerskapskontroll.  Religiøse hensyn, ikke ha menn tilstede.  Lite nettverk.	8/10 Høy kvalitet.
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Tydelig og vel begrunnet utvalgsstrategi. Metoden er god for å svare på problemstillingen. Argumenterer for at antall deltakere et dekkende for metning av studien.		Mangler teoretisk rammeverk. Og selv om forskerne argumenterer for at utvalget er mettet, beskriver de også hvorfor funnene ikke kan regnes som allmenngyldige. Etikken blir ikke diskutert i studien.	
<b>Forfatter, tittel, tidsskrift og år</b>	<b>Metode (datasamling, analyse)</b>	<b>Resultat og funn</b>	<b>Kvalitet</b>
Peláez, Hendricks, Merry & Gagnon  Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals’ perspectives  Globalization and Health  Canada  2017	Dataene er samlet gjennom semistrukturerte intervju  63 helsepersonell deltakere.  Analysert med Ritchie and Spencer sin analysemetode	Har så mye annet ting å tenke på, at svangerskap og fødsel ofte havner i andre rekke.  Kommunikasjon, de usynlige sosiale reglene og signalene. Ingen likheter ved språket, ikke samme alfabet, kulturen er helt annerledes.  Kulturelle og religiøse forskjeller som ikke alltid kan innfris.	9/10 Høy kvalitet.
<b>Styrker</b>		<b>Svakheter</b>	
Studien har et stort antall deltakende, og de beskriver hvordan utvalget fortsatte til forskningen ble mettet. Det foreligger et tydelig teoretisk rammeverk.		Studien mangler å beskrive bakgrunnsforhold som kan påvirke svarene til deltakerne og forskerne.	

## 4.2 Presentasjon av hovedtema

Gjennom tematisk analyse ble det identifisert seks hovedtema, som nå vil bli presentert i resultatkapittelets andre del. Målet med tematisk analyse er å samle meningsinnholdet i alle de inkluderte studiene. På den måten kan ny mening identifiseres, til forskjell fra å vurdere inkluderte studier hver for seg. Det er derfor viktig at studiene forstås i relasjon til hverandre. Temaene adresserer valgt problemstilling, altså hvordan jordmor kan fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet (Aveyard, 2019).

### 4.2.1 Relasjonsbygging

Første hovedtema er relasjonsbygging, som var et sentralt funn i åtte av 14 inkluderte studier. Blant annet understreker flere av informantene i studien til Robertson (2015) at mangelen på sosialt nettverk og støtte gjorde behovet for et trygt og omsorgsfullt forhold til sine jordmødre ekstra sterkt. Det å bli møtt av pålitelig helsepersonell som formidlet empati, trygghet og positivitet, samt viste genuin interesse, var med på å øke selvfølelsen til kvinnene. Økt selvfølelse bidro til at de ble mer komfortable i seg selv, og ga en opplevelse av anerkjennelse. Dette bidro til at kvinnene fant ny styrke til å ta bedre vare på seg selv.

Fokus på positive tilbakemeldinger, inkludert fokus på mestring, er et gjennomgående funn i flere av studiene (Barkensjo, Greenbrook, Rosenlundh, Ascher & Elden, 2018; McLeish, 2005; Ny, Plantin, Karlsson & Dykes, 2007; Raine, Cartwright, Richens, Mahamed & Smith, 2010; Robertson, 2015; Yelland et al., 2014). I Nithianandan et al. (2016) sin studie ble oppfølging fra samme jordmor gjennom hele svangerskapet beskrevet som kritisk for å bygge en tillitsfull relasjon. Liknende funn finnes i studien til Hill, Hunt og Hyrkäs (2012), som hevdet at en tillitspreget relasjon bidro til mer åpenhet om private kroppslige endringer eller psykiske utfordringer. Flere informanter i studien til McLeish og Redshaw (2017) beskrev en lettelse over å ha muligheten til å snakke åpent, spesielt om følelser og emosjonelt stress. På grunn av relasjonen med jordmor hadde flere kvinner for første gang klart å være ærlige om hvordan de faktisk hadde det.

*«An appointment to a midwife can give a feeling of security and help women not to get anxiety or depressed. During this time a pregnant woman needs someone to talk to who is patient and keen.»* (Ny et al., 2007).



Som en av deltakerne i studien til Ny et al. (2007) påpekte i sitatet overfor, er det viktig med en følelse av trygghet under hele oppfølgingen av svangerskapet. Basert på en sammenfatning av funn i inkluderte studier var det særlig to elementer som var viktig for god relasjonsbygging: Positive tilbakemeldinger i form av trygghet og omsorg, samt en varig relasjon med jordmor gjennom hele svangerskapet. Dette er viktig for å fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet.

#### 4.2.2. Screening

Det neste hovedtemaet for å fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet kan knyttes til screening. Screening er i denne sammenhengen et verktøy for å kartlegge kvinnenens mentale helse. Nithianandan et al. (2016) beskrev at personalet uttrykte et ønske om grundig opplæring i hvordan screeningen skulle utføres, men også hvordan informasjonen som kom frem skulle håndteres. I studien til Yelland et al. (2014) kom det frem at noen av deltakerne var usikre på hensikten, grunnet en ulik oppfattelse av hva psykisk helse var på tvers av kulturer. Samtidig var det flere av studiene som fremhevdde at screening var med å normalisere samtalen om psykisk helse, fordi det kunne forklares som rutine ved svangerskapsomsorgen. Det ble sett på som en nyttig metode for å tre inn i samtalene på en sensitiv og mer konkret måte, og på den måten ha bedre mulighet til å gi nødvendig oppfølging (Edge, 2010; Willey et al., 2020). Videre kom det frem i studien til Edge (2010) at screening bidro til økt arbeidsmengde for jordmødrene. Til tross for dette, verdsatte jordmødre hvordan det lettet identifiseringen av de kvinnene som hadde ekstra utfordringer med den psykiske helsen.

En av deltakerne i studien til Edge beskrev bruken av screeningverktøy på denne måten:

*It gives us a tool to know what to ask (Edge, 2010).*

Funn viser at screening ikke bare var nyttig for jordmødrene, men også for kvinner med minoritetsbakgrunn. I studien til Nithianandan et al. (2016) kom det frem at kvinnene satte stor pris på å ha et verktøy for å lettere sette ord på følelser under svangerskapskonsultasjonene. Basert på en sammenfatning av funn fra inkluderte studier, opplevdes screening som et nyttig hjelpemiddel i samhandling mellom jordmødre og minoritetskvinner. Et verktøy som åpnet for og normaliserte temaet psykisk helse. En viktig forutsetning var god opplæring av helsepersonell.

#### 4.2.3 Kompetanseheving

Dette leder videre til studiens tredje hovedtema: Kompetanseheving. Ifølge Edge (2010) opplevde deltakerne en mangel på kulturell kompetanse til å håndtere de utfordringene som kvinner med en annen kulturell bakgrunn sto overfor. I studien til Yelland et al. (2014) oppga helsepersonell at det å forstå en eventuell fluktopplevelse, med tilhørende traumer og utfordringer knyttet til bosetting i nytt land, var viktige elementer for å kunne vurdere noens mentale helse (Yelland et al., 2014).

I tillegg viser funn fra flere av de inkluderte studiene at det finnes også andre utfordringer vedrørende kompetanseheving blant helsearbeiderne. I studien til Edge (2010) ble faktorer som begrenset tid, personalmangel og andre ressursproblemer nevnt som årsaker til at helsepersonell ikke tok tak i psykiske utfordringer i annet enn ekstreme tilfeller. For det andre beskrev både Edge (2010) og Yelland et al. (2014) en manglende selvtillit og kompetanse blant helsepersonell til å håndtere psykiske utfordringer. Videre belyste Peláez, Hendricks, Merry og Gagnon (2017) at det eksisterte fordommer blant helsearbeidere, på tross av kursing i kulturelle forskjeller. De mente at kurs var med på å begrense problemene, men at problemene ikke forsvant. Spranget mellom kvinnens kultur og helsevesenet var stort, og helsevesenet var lite tilpasset. De mente at helsevesenet fortsatt var preget av en mentalitet om at alle skulle behandles likt (Peláez et al., 2017). En deltaker i studien til Peláez uttrykte det slik:

*As a health care professional, I say to myself: "Just be fair and provide equal care." What is equal care? Is it the same we give to everyone, but does not respect these women's stories? Or is it a different type of care we are talking about? If this is it, truly, more than being guided by my intuition I really don't know what to do because there are so many factors conflating that I really don't know how to proceed (Peláez et al., 2017).*

Basert på en sammenfatning av funn fra inkluderte studier fremmes behovet for kompetanseheving blant helsepersonell som en forutsetning for å kunne fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet. Samtidig er det flere faktorer som kan være utfordrende vedrørende kompetanseheving, for eksempel fordommer blant helsepersonell og en mentalitet om at alle skal behandles likt.

#### 4.2.4 Kommunikasjon

Videre er ulike aspekter ved kommunikasjon viktige funn i seks av 14 inkluderte studier. Det kom frem i flere inkluderte studier at språkferdigheter var en stor barriere for å gi uttrykk for sine behov. Mangel på ordforråd gjorde at kvinnene følte seg usikre på om de hadde forstått hva som ble sagt under en konsultasjon. I tillegg syntes flere at det var utfordrende å uttrykke bekymringer eller be om den omsorgen de hadde behov for (Lyberg, Viken, Haruna & Severinsson, 2012; Peláez et al., 2017; Robertson, 2015). Robertson (2015) beskrev i sin studie at de var stor forskjell på de som nettopp hadde kommet i forhold til de som var veletablert og kjent med systemene de hadde kommet til. En deltaker i Robertson (2015) sin studie beskrev denne frustrasjonen ved å ikke klare å gjøre seg forstått:

*“I feel stupid when I cannot express what I do want to say in Swedish or when I am not sure that I understand what they mean, and it is not good to feel stupid.” (Robertson, 2015).*

Videre ble det beskrevet i studien til Raine et al. (2010) at det var beroligende å oppleve at helsepersonell engasjerte seg i kvinnens liv. I tillegg ble det å benytte en empatisk samtalestil satt pris på. Det å være åpen for spørsmål, samt ha nok tid, ga ro og trygghet til å fortelle hvordan de hadde det. I studien til Lyberg et al. (2012) ble det beskrevet at å ha nok tid til å ikke føle seg forhastet under svangerskapskonsultasjonen var en essensiell faktor for om kvinnene åpnet seg. Bruk av tolk ble ansett som nødvendig, mens bruk av telefontolk ble fremhevet som positivt i de situasjonene hvor kvinnen ønsket å forbli anonym. Det ble også oppgitt at telefontolkning hadde sine begrensninger i visse situasjoner (Lyberg et al., 2012).

Basert på en sammenfatning av funn fra inkluderte studier under dette hovedtemaet, utpeker disse to faktorene seg som sentrale for å fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet: Å redusere barrieren som oppstår når partene ikke snakker samme språk gjennom bruk av tolk, samt ha nok tid til at konsultasjonen ikke blir forhastet.

#### 4.2.5 Livssituasjon

Livssituasjon er femte hovedtema. I flere av de inkluderte studiene refererer kvinner til at en vanskelig livssituasjon var med på å påvirke deres psykiske helse under graviditeten (Barkensjo et al., 2018b; McLeish & Redshaw, 2017; Nithianandan et al., 2016; Peláez et al., 2017). Det vises til flere årsaker til den vanskelige livssituasjonen, blant annet hadde noen flyktet fra en voldelig livssituasjon og ankommet med traumatiske opplevelser i bagasjen.

Tidligere traumatiske opplevelser var kilder til alvorlig stress og angst under graviditet, og symptomene viste seg ofte som fysiske smerter (Barkensjo et al., 2018b; Lyberg et al., 2012; McLeish & Redshaw, 2017; Peláez et al., 2017; Robertson, 2015a). I studien til McLeish (2005) kom det frem at deltakerne kunne oppleve en reduksjon av stress gjennom praktisk støtte, og at denne støtten dermed ga bedre psykisk helse.

I studien til Hill et al. (2012) og Lyberg et al. (2012) ble det poengtert at mange kvinner med minoritetsbakgrunn ofte hadde andre ting i tankene enn å føde, som å skaffe bolig, mat, klær eller utdanning til barna sine. Andre mangler ble også nevnt som en barriere for å møte opp til avtalte konsultasjoner, som mangel på barnepass til små barn hjemme eller problemer med å komme seg til helsestasjon (Hill et al., 2012; Lyberg et al., 2012; Peláez et al., 2017; Reitmanova & Gustafson, 2008). Fysisk isolasjon var med å skape ensomhet, kommer det frem i studien til McLeish (2005). Mange av deltakerne var i livssituasjoner hvor de hadde betydelige uoppfylte behov for sosial støtte. Det ble poengtert at det å leve i sosial isolasjon forhindret minoritetskvinner fra å få den støtten og hjelpen de trengte, og å være involvert i samfunnet ble understreket som viktig for den psykiske helsen. Både i studien til McLeish (2005) og Reitmanova og Gustafson (2008) var noen av deltakerne med på organiserte aktivitetsgrupper, som opplevdes som stimulerende. En deltaker i studien til McLeish beskrev det slik:

*“It’s made me a lot more confident because I’m getting out more and I’m seeing people more”; “A lot of mothers with depression just feel like they’re alone, and when I got [to the group] I didn’t feel alone anymore”* (McLeish & Redshaw, 2017).

Basert på en sammenfatning av funn fra inkluderte studier, fremmes behovet for økt støtte og informasjon om støtteordninger. Det kan bidra til økt trygghet i livssituasjonen og involvering i samfunnet, hvilket er essensielt for god psykisk helse.

#### 4.2.6 Ulik kultur/religion.

Sjette og siste hovedtema er ulik kultur/religion. I studien til Peláez et al. (2017) ble det beskrevet at sosiokulturelle forskjeller kunne gjøre tilværelsen utfordrende. Bare det å ikke kunne språket bidro til at man kunne føle seg isolert. Studien beskrev videre at deltakerne opplevde at ritualer, tradisjoner og tro var den eneste måten å holde på en tilknytning til egen kultur og familie på. Det ble, av ulike årsaker, ikke alltid respektert i møtet med helsevesenet

(Peláez et al., 2017). Videre viser funn i flere av artiklene at mange kvinner med minoritetsbakgrunn ikke har en tydelig forståelse av hva psykisk helse eller psykisk sykdom er (Cantle, 2010; Hill et al., 2012; Lyberg et al., 2012). I studien til Lyberg et al. (2012) beskrev også helsepersonell en opplevelse av stor variasjon i grunnleggende kunnskap om egen kropp.

Det kom frem i studiene til Hill et al. (2012) og Cantle (2010) at depresjon og psykiske lidelser var stigmatisert i mange kulturer. Hill et al (2012) beskrev at kvinner med minoritetsbakgrunn kunne ha en tendens til å benekte og skjule følelsesmessige utfordringer, for å unngå og permanent bli stemplet som «gal» og dermed avvist fra felleskapet. Det kan ha vært et element som har gjort det utfordrende å få tilgang til kvinnens psykiske helse. En deltaker i studien til Hill et al. (2012) beskrev det slik:

*We hide our feelings. Expressing them is a sign of weakness.*

Videre viser funn at det å delta på svangerskapskurs kunne oppleves som problematisk for noen av kvinnene, fordi disse kursene også var åpne for menn. For noen ville det forårsaket ubehag fordi det stred imot deres religiøse praksis (Hill et al., 2012; Reitmanova & Gustafson, 2008). På samme måte var det å ha en mannlig tolk også problematisk for noen, fordi det opplevdes som et hinder for å utrykke sine behov. I flere kulturer er det uakseptabelt, og dette kunne potensielt føre til skam og ubehag (Yelland et al., 2014). Flere deltakere opplevde helsepersonell som lite opplyst om muslimske kvinners behov, og kunne bli skamfulle når de måtte be om «spesialbehandling» på grunn av religion (Reitmanova & Gustafson, 2008).

## 5. Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene i studien diskuteres i lys av studiens teoretiske rammeverk, samt annen forskning og veiledere på temaet. Diskusjonen er todelt, hvor første del er en resultatdiskusjon som vil ta for seg alle hovedtemaene som adresserer valgt problemstilling. Andre del er en metodediskusjon som diskuterer studiens validitet, styrker og svakheter. Problemstillingen i denne studien var:

*«Hvordan kan jordmor fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet?».*

### 5.1 Resultatdiskusjon

Basert på en sammenfatning av funn fra flere inkluderte studier, viste det seg at sosiokulturelle forskjeller var med på å gjøre tilværelsen til en med minoritetsbakgrunn utfordrende, samt bidra til utrygghet i kvinnens livssituasjon (Cantle, 2010; Hill et al., 2012; Peláez et al., 2017; Reitmanova & Gustafson, 2008). Etniske minoriteter med bakgrunn fra en annen kultur enn majoritetskulturen må ofte lære seg et nytt språk og tilegne seg nye måter å organisere livet og hverdagen på. Det som tidligere var gitt er ikke gitt lenger, og det kan til og med oppleves som ugyldig (S. Dahl, Sveaass, Varvin & NKVTS, 2006; Lien et al., 2019). Utrygghet i livssituasjonen kan også handle om vansker i bosituasjonen, dårlig økonomi, arbeidssituasjon eller mangel på aktivitet. Avhengig av faktorer som hvor lenge man har bodd i Norge eller graden av integrering, er det ikke gitt at man har en forståelse for samfunnsordninger (Lyberg et al., 2012; Peláez et al., 2017).

Videre viste funn i studien til Reitmanova og Gustafson (2008) at depresjon og psykisk sykdom var stigmatisert i mange kulturer. Det ble beskrevet at det for mange kan være uvanlig og unaturlig å skulle snakke om personlige problemer med offentlig ansatte. Det er mange årsaker til at mennesker er skeptiske til å ta imot hjelp fra offentlig helsetilbud, og utfordringer kan komme til uttrykk i form av språklige barrierer, angst og uro for å åpne opp om det som er vanskelig eller vegring mot å fortelle om alvorlig i det man sliter med (S. Dahl et al., 2006). Det er mange kvinner med minoritetsbakgrunn som har erfaringer fra helsevesenet i sitt fødeland, og oppfatningen av det norske helsevesenet kan være påvirket av disse erfaringene (S. Dahl et al., 2006). Noen kan av ulike årsaker ha lite tiltro til at tolk eller helsepersonell ivaretar sin taushetsplikt, og kan frykte konsekvensene dersom det blir kjent

for venner eller slekt at de har psykiske vansker (S. Dahl et al., 2006; Hill et al., 2012). Mange er redde for sladder og fordommer fra andre i sitt miljø (Cantle, 2010). Mange kvinner med minoritetsbakgrunn kommer fra samfunn hvor det er storfamilien, og ikke staten, som tar vare på deg (S. Dahl et al., 2006). Det kan påvirke om hjelpen oppleves som forståelig og akseptabel for brukeren.

Videre beskrev deltakere i flere av inkluderte studier involvering i samfunnet, samt trygghet i livssituasjonen, som essensielt for god psykisk helse (McLeish & Redshaw, 2017; Reitmanova & Gustafson, 2008). Det kan bety at sosialpsykiatrisk arbeid kan være en viktig del av oppfølgingen av gravide minoritetskvinner (Bakken & Aasheim, 2017; S. Dahl et al., 2006). Trygghet i livssituasjonen kan fremmes ved at jordmor engasjerer seg og har kunnskap om ulike støtteordninger og instanser som kan benyttes. Jordmor kan ha tilknytning til eller kunnskap om sosiale nettverk. Samtidig kan det være mange grunner til ensomhet og isolasjon blant gravide minoritetskvinner, og det vil derfor være viktig å nøye utforske hva kvinnen selv ønsker og hva som skal til for å mestre kontakt med andre mennesker (S. Dahl et al., 2006). Det kan være en viktig oppgave som jordmor å finne frem til nettverk som kan være akseptable for kvinnen, enten de er multikulturelle eller norske. Det å bli tilbudt, informert om eller motivert til å delta i kulturelle aktiviteter, kan gi en pause fra alle tankene og mobilisere til bevegelse og sosialisering (S. Dahl et al., 2006).

Å engasjere seg og bidra til tryggere rammer for kvinnen og hennes familieliv vil kunne være med å styrke tilliten til jordmor, som er en viktig komponent i arbeidet med å fremme god psykisk helse (Bakken & Aasheim, 2017; S. Dahl et al., 2006; McLeish & Redshaw, 2017). Det kommer frem i studien til McLeish (2005) at behovet for en tillitsfull relasjon til sin jordmor er essensielt for å kunne snakke åpent om følelser og emosjonelt stress, som kan bidra til en emosjonell lettelse. Alle mennesker har behov for forståelse, anerkjennelse og ivaretagelse når man har opplevd noe vanskelig eller er i en vanskelig livssituasjon (Lien et al., 2019). Funn fra flere inkluderte studier viste at minoritetskvinner selv beskrev egenskaper som pålitelighet, empati, trygghet, positivitet, godhet og oppriktighet som de viktigste komponentene i en god relasjon til sin jordmor (Barkensjo et al., 2018; McLeish & Redshaw, 2017; Ny et al., 2007; Raine et al., 2010; Robertson, 2015; Yelland et al., 2014).

På en annen side kommer det frem i artiklene til Edge (2010) og Yelland et al. (2014) at jordmødrene på sin side opplevde en manglende selvtillit, samt et ønske om veiledning og

kompetanseheving. Dette var med mål om å bli være bedre rustet til å håndtere psykiske utfordringer hos minoritetskvinner. Nettopp dette viser et sentralt dilemma rundt forventningene til samhandlingen mellom jordmødre og minoritetskvinner. På den ene siden viser funn at gravide kvinner med minoritetsbakgrunn trenger en trygg og omsorgsfull jordmor, og at det er det viktigste for å bygge en god relasjon. På den andre siden viser funn at jordmødrene på sin side opplevde en mangel på kulturell kompetanse for å klare å håndtere psykiske utfordringer, men også som et hinder for å innlede samtalen om psykisk helse med kvinner fra en annen kultur (Edge, 2010). Dette illustrerer et gap mellom forventningene i samhandlingen mellom jordmødrene og minoritetskvinner. De forskjellige partene av samhandlingen opplever ulikt hva som er de viktigste elementene i arbeidet med å fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet.

Selv om minoritetskvinnene som deltok i de inkluderte studiene ikke opplevde en mangel på kompetanse som den største barrieren for å snakke åpent om emosjonelt stress, er det også viktig at jordmødrene på sin side opplever en tilfredshet med jobben de gjør, og på den måten kan yte bedre hjelp (Østby, 2015). Det er lett å oppleve skam over egen utilstrekkelighet eller uvilje til å jobbe med det som oppleves som komplekst og vanskelig (S. Dahl et al., 2006). Det overordnede målet med veiledning må være å bedre kvaliteten på jobben som utføres og bidra til kompetanseutvikling og læring. Veiledning kan beskrives som en prosess med mål om å beskrive praksis, følelser, refleksjoner og handlinger. På den måten kan man bli mer bevisst i sin egen væremåte, bli bedre kjent med seg selv, endre refleksjonsgrunnlag og stadfeste eller eventuelt endre praksis (Østby, 2015). Videre kan veiledning føre til at man blir mer trygg på egen kompetanse, at man får økt tro på seg selv og økt jobbtildfredshet (Østby, 2015).

På en annen side er det ikke realistisk at man som hjelper har inngående kunnskap om alle de ulike samfunnsforhold kvinner man kommer i kontakt med har vokst opp under, men det er likevel viktig at man som hjelper reflekterer over egen kulturbakgrunn og er kultursensitiv (S. Dahl et al., 2006). Som Iben Jensen beskriver det, er det viktig å anerkjenne at alle er bærere av kultur (Jensen, 2013). Virkelighetsoppfatninger og sykdomsforklaringer varierer, og det kan være utfordrende når ens eget «profesjonelle vestlige» syn, blir konfrontert med kvinnens forståelsesramme og forventning (S. Dahl et al., 2006). Når vi møter mennesker som handler annerledes eller har andre verdier enn oss selv, blir vår oppfattelse av oss selv, og dermed også vår identitet, utfordret (Jensen, 2013). Dette kan være en vanskelig opplevelse for



enkelte jordmødre. Som profesjonell vil vår oppgave da være å finne ut hva som er bra og akseptabelt nettopp for kvinnen man har kontakt med. Det er også viktig å alltid anvende den beste tilgjengelige kunnskapen – at man handler kunnskapsbasert, samtidig som man følger med på hvordan det som gjøres fungerer og om det bidrar til positive endringer for personen (Reinar & Blix, 2017).

I tillegg til dette er det viktig å reflektere rundt at avstanden som noen kan kjenne på i møtet med minoritetskvinner ikke nødvendigvis er reell, og hvis man leter vil likhetene som regel være større enn forskjellene (S. Dahl et al., 2006). Det er likevel forståelig at noen kan føle seg utrygge i møtet med mennesker som har opplevd belastninger i livet som er fremmed fra egen erfaring. I tillegg vil et annet språk og kulturelle forskjeller bidra til en avstand som kan gjøre fagutøvere ytterligere urolige for å gjøre feil. Som tidligere nevnt vil det være umulig å lære om den kulturelle bakgrunnen til alle man kommer i kontakt med, men det er heller ikke sikkert at det er nødvendig for å gi god omsorg (S. Dahl et al., 2006). Kanskje det ikke er nødvendig å grave og spørre så mye, men være interessert, lyttende og anerkjennende. I møtet med mennesker som har opplevd vanskelige ting, eller som lever under vanskelige forhold, kan det være nyttig å huske på at reaksjoner sannsynlig er utløst av tilsvarende vonde erfaringer i livet. På den måten kan reaksjonene oppleves mer forståelige og normale (S. Dahl et al., 2006). Dersom man fokuserer på normaliteten ved det, kan avstanden og usikkerheten bli redusert. Samtidig er det viktig å huske på at minoritetskvinner er en heterogen gruppe, og som hjelper må man være åpen for den enkeltes styrker, svakheter, erfaringer og ønsker (S. Dahl et al., 2006). Mange har opplevd mye frykt og avmakt, og for disse kan møtet med jordmødre være spesielt viktig. Dette møtet kan bidra til å motvirke avmaktsfølelsen, og i stedet styrke mestring, egenverdi og myndiggjøring (Barkensjo et al., 2018; S. Dahl et al., 2006; McLeish & Redshaw, 2017; Raine et al., 2010).

På en annen side blir det beskrevet i Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) sin veileder (2006) at fagutøvere ofte har en tendens til å overfokusere på å skaffe seg kunnskap om den kulturen som klienten representerer. Noen ganger kan det overskygge det faktum at det er et individ som kommer på kontroller, og ikke en representant for en kultur. Men nettopp fordi uttrykket psykisk sykdom er påvirket av kultur og at sykdomsforståelsen sannsynligvis er forskjellig hos jordmor og den gravide minoritetskvinnen, vil det være viktig å få innblikk i kvinnens subjektive opplevelse av sine

utfordringer (Yelland et al., 2014). På den måten kan man få innblikk i hva kvinnen selv mener kan bidra til å fremme god psykisk helse hos seg selv (S. Dahl et al., 2006).

Videre viser funn fra inkluderte studier at bruk av screeningverktøy kan være et nyttig hjelpemiddel i samhandlingen mellom gravide minoritetskvinner og jordmødre. Av de 14 inkluderte studiene, viste fire studier at screeningverktøy kunne fungere som et hjelpemiddel, fordi det var med på å normalisere samtalen om psykisk helse (Edge, 2010; Willey et al., 2020). Studiene viste at det kan fungere som en samtalestarter og være med på å normalisere samtalen om psykiske utfordringer som en del av standardoppfølgingen i svangerskapsomsorgen (Edge, 2010; Willey et al., 2020). I studien til Yelland et al (2014) kom det på en annen side frem at noen jordmødre var usikre på hensikten ved screening i samhandlingen med minoritetskvinner. Denne skepsisen bunnset i at en potensiell ulik kulturell oppfattelse av hva psykisk helse er kunne påvirke tolkningen av spørsmålene i screeningstesten. Helsedirektoratet kommer ikke med konkrete anbefalinger om screeningstester, men beskriver i «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen» (2019) at gravide bør få spørsmål om hvorvidt de, enten i øyeblikket eller tidligere, har opplevd psykiske helseplager, og at kvinnene skal henvises videre ved behov. Det er bred internasjonal uenighet vedrørende anbefalinger ved bruk av depresjonsscreening og metodevurderinger og retningslinjer er forskjellige fra ulike nasjonale organisasjoner (FHI, 2013). Folkehelseinstituttet (2013) har laget en systematisk oversikt over forskning på nøyaktighet og effekt ved bruk av screeningstester. De har kommet frem til at en screeningstest vil fange opp 90 prosent av kvinnene som er deprimerte, men sammenfatningen viser også at screening vil klassifisere kvinner som er friske som mulig depressive, altså falskt positive. Sammenfatningen viser at screening, i kombinasjon med tiltak, gir færre kvinner med depressive symptomer enn oppfølging uten screening. Dette er målt 4-6 måneder etter fødsel. Sannsynligheten for at kvinner i en ikke-screenet gruppe har depressive symptomer er på 10 prosent, mot 6 prosent i en screenet gruppe (FHI, 2013). Dette kan bety at et verktøy for å kartlegge psykisk helse kan være nyttig for å redusere depressive symptomer, uavhengig av hvilken kultur man besitter (Edge, 2010; Willey et al., 2020).

Videre viste funn i resultatkapittelet at for å kunne kommunisere uten at usikkerhet og misforståelser ble skapt, var det helt essensielt å forstå hva som ble sagt, og bruk av tolk var nødvendig (Lyberg et al., 2012). Som beskrevet i studiens teoretiske rammeverk, beskriver Iben Jensen kommunikasjon som grunnsteinen i kulturforståelse, og at man alltid vil tolke det

som blir sagt basert på egne livs erfaringer. Selv om begge parter tror de har forstått hverandre, er det sannsynlig at det som blir sagt tolkes på ulike måter (S. Dahl et al., 2006; Jensen, 2013). Likeverdige tjenester til hele befolkningen er et uttalt mål for helse- og omsorgstjenesten, som beskrevet i studiens bakgrunn for valg av tema. Bruk av tolk kan regnes som en avgjørende og grunnleggende forutsetning for at deres rettigheter oppfylles (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). For at tolkningen virkelig skal være med på å sikre likeverdige tjenester til alle, må den være av en kvalitet som følger bestemmelsene i loven om pasient og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). God planlegging er viktig når man skal benytte tolk, og det er en fordel å bestille i god tid. På den måten vil man få den mest kvalifiserte tolken til samtalen, samt ha mulighet til å be om religiøs tilpasning. Det må også innberegnes pauser, og det bør snakkes i korte sekvenser for å tilrettelegge for at tolken får oversatt før man går videre (Bakken & Aasheim, 2017; S. Dahl et al., 2006). Ettersom alle budskap skal gjentas to ganger, tar samtaler med tolk ofte dobbelt så lang tid. Så derfor, om tjenesten skal bli likeverdig, må man beregne dobbelt så lang tid, eller dobbelt så mange konsultasjoner som man ellers ville beregnet. Som beskrevet i resultatene er nok tid og det å ikke føle seg forhastet essensielt for å åpne seg om hvordan man har det (Lyberg et al., 2012).

Morsmålet er en viktig del av en persons identitet, og det vil sannsynlig oppleves fint å få bruke eget morsmål når potensielt mye annet er ukjent. I tillegg kan det utjevne maktskjevheten som oppstår, fordi minoritetskvinner ikke nødvendigvis kan utrykke seg presist eller nyansert på norsk (Eriksen, 2011). På den måten tilrettelegger man for at kvinnen lettere vil kunne sette ord på hvordan hun har det, og oppleve noe mer trygghet og forståelse (S. Dahl et al., 2006). Det kan bidra til en følelse av å bli tatt på alvor, at den som hjelper virkelig ønsker å forstå på best mulig måte (Raine et al., 2010). Det er et kjent problem at familiemedlemmer blir brukt som tolk i ulike situasjoner, noe som kan ha stor betydning for hvilken informasjon som faktisk formidles. Et underforbruk av tolketjenester kan bidra til at minoritetskvinner får uegnet hjelp, og at deres vansker ikke fanges godt nok opp (Bakken & Aasheim, 2017; S. Dahl et al., 2006). Bruk av tolk er altså et viktig ledd i arbeidet mot likeverdige helsetjenester.

## 5.2 Metodediskusjon

I denne delen av diskusjonskapittelet vil studiens validitet, styrker og svakheter bli diskutert. Her kan det primært relateres til valg av databaser, inklusjon- og eksklusjonskriterier, valg av søkeord, seleksjonsprosessen samt kritisk vurdering av studiens inkluderte artikler (Aveyard, 2019). Studiens hensikt har vært å få oversikt over eksisterende forskning på hvordan man som jordmor kan fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet, belyst fra både kvinnenens og jordmor sin side. Styrken ved en litteraturstudie er at man gjør den allerede eksisterende kunnskapen rundt valgt problemstilling tilgjengelig. Det man finner vil være nyttig for flere, og kan brukes som et verktøy til utfordringer som oppstår på klinikken.

Studien er forsøkt gjort så transparent som mulig, ved å presentere alle ledd og valg som er gjort underveis i prosessen. Det er gjort grundige søk i samarbeid med erfaren bibliotekar, men ettersom jeg har gjort studien alene, har artikler blitt diskutert med hjelp fra veileder framfor vurdering fra flere studenter. Noen kan mene at når en analyse er gjort alene, vil det være en risiko for at resultatene blir lite nyansert. Aveyard (2019) poengterer derimot at med masteroppgave som omfang, er dette tilstrekkelig. Dersom noen skulle utført samme studie på nytt, ville trolig resultatet blitt noe annerledes, men jeg vil allikevel vurdere den ytre reliabiliteten til god. Det er fordi at dersom andre forskere skulle utført samme studie, er det sannsynlig at de kunne oppdaget flere av de samme elementene i samhandlingen mellom gravide minoritetskvinner og jordmødre.

I denne studien er det den allerede eksisterende forskningen som har blitt samlet og vurdert. Det innebærer at funnene i inkluderte studier vil bære preg av hva forskerne har valgt å legge vekt på i sin forskningsprosess. Hvilke spørsmål som ble stilt, hvilke oppfølgingsspørsmål de valgte å stille, samt hvordan dataene ble analysert og presentert. Dette er sider ved kvalitativ forskning som alltid vil være preget av menneskers erfaringsbakgrunn (Aveyard, 2019). Selv har jeg forsøkt å lese alle studiene med et så nøytralt blikk som mulig. Det ble ført notater underveis i vurderingsprosessen, og samtlige artikler ble lest flere ganger. Dette var for å sikre en så god oversikt over nyansene i studiene som mulig. Analysen vil uansett bære preg av min erfaringsbakgrunn, men vil allikevel vurdere den interne validiteten til god på grunn av grundigheten lagt i arbeidet.

Den interne validiteten i henhold til valg av databaser blir også vurdert til god. Søket ble utført i fire databaser, som er anerkjente og viktige baser for kunnskap innenfor helseforskning. Det er tenkelig at dersom søket hadde vært større, i et større antall databaser, ville det gitt et noe annet resultat. Valget ble gjort i samarbeid med bibliotekar, som har mange års erfaring med å søke etter forskning innenfor helsefag. På grunn av det er jeg trygg på at valget som ble tatt var riktig.

Tidlig i prosessen var inklusjon- og eksklusjonskriterier bare noen grunnleggende punkter, som etterhvert ble mer konkretisert ettersom jeg fikk mer kunnskap rundt temaet og ble mer kjent med materialet som skulle jobbes med. Kriteriene ble bearbeidet ved flere anledninger, for at avgrensningene skulle gi best mulig grunnlag til å besvare valgt problemstilling. Dette gjorde at søkene ble noe større enn hva de hadde trengt å være, men jeg har brukt mye tid på å lese sammendrag, og tross den store mengden artikler er jeg trygg på at utvelgelsen har vært grundig.

Når valg av søkeord ble gjort, var målet å treffe så spesifikt innenfor problemstillingen som mulig. I denne prosessen hadde jeg ikke det endelige teoretiske rammeverket tydelig for meg ennå, og tre hovedtema ble fokusert på og samlet i søk. Mental helse, minoritetskvinner og graviditet/svangerskap. Etterhvert opplevde jeg en mangel på forskning som omhandlet interkulturell kommunikasjon, og la til søkeordene på allerede eksisterende søk i medline. Dersom jeg hadde blitt oppmerksom på dette tidligere, kunne jeg fått med tilførte søkeord i alle databasene. På grunn av det er det tenkelig at jeg har mistet noen artikler som kunne vært relevant for denne litteraturstudien, hvilket er en svakhet ved denne studiens søkeprosess.

Datasamlingen jeg gjorde resulterte i 14 studier, relativt like i metode, design og innhold. De fleste studiene hadde benyttet fokusgrupper, dybdeintervju eller semistrukturerte intervjuer for å samle materialet. At gravide minoritetskvinner selv deltar i forskningen gir innblikk i deres opplevelser og erfaringer, og det samme gjelder jordmødrenes erfaringer som hjelper. Svarene i kvalitative studier vil alltid være subjektive, og man kan stille spørsmålsteget ved om det kan regnes som allmenngyldig. Noen vil argumentere for at de ikke kan det, fordi det er kontekstspesifikt, men det er generelt høy aksept for at kvalitative studier kan ha ekstern validitet (Aveyard, 2019).

Det er viktig å være bevisst på styrkene og begrensningene ved litteraturen man inkluderer i studien. Dersom man bare inkluderer artikler av svært god kvalitet kan man gå glipp av viktige nyanser, men samtidig må man være klar over hvilke begrensninger artiklene med middels eller middels høy kvalitet kan ha (Aveyard, 2019). Av mine inkluderte artikler er «Tackling perinatal mental health among black and minority ethnic mothers» av lavest kvalitet, men god nok til at jeg vurderte den som et viktig funn i litteraturstudien.

## 6. Oppsummering og konklusjon

Dette er studiens siste kapittel, og her vil en kort oppsummering av oppgaven, samt studiens konklusjon, legges fram. Til slutt vil et forslag til videre forskning og implikasjoner for praksis presenteres.

### 6.1 Oppsummering

Med denne studien har målet vært å finne svaret på følgende problemstilling: «Hvordan kan jordmor fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet?». For å finne svaret på dette har en systematisk litteraturstudie blitt brukt som metode. Litteratur har blitt søkt frem, og gjennom tematisk analyse ble seks hovedtema identifisert: Relasjonsbygging, screening, kompetanseheving, kommunikasjon, livssituasjon og ulik kultur/religion. Disse hovedtemaene har belyst flere sider og gitt svar på problemstillingen.

### 6.2 Konklusjon

Resultatene i studien viste at god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet kan fremmes gjennom flere konkrete tiltak. Det første er informasjon fra jordmor om støtteordninger og instanser som kan benyttes, hvilket kan bidra til trygghet i livssituasjonen, økt involvering i samfunnet, samt økt tillit til jordmor. Videre viste resultatene at en tillitsfull relasjon til jordmor er essensielt. Det var særlig to elementer som var viktig for god relasjonsbygging: Både å få positive tilbakemeldinger i form av trygghet og omsorg, samt en varig relasjon med jordmor gjennom hele svangerskapet.

Videre kom det frem av studiens resultater at depresjon og psykiske lidelser er stigmatisert i mange kulturer, og at kvinner med minoritetsbakgrunn kan ha en tendens til å benekte og skjule følelsesmessige utfordringer. Det kunne være et element som gjorde det utfordrende å få tilgang til kvinnens psykiske helse. For å løse denne utfordringen, viste funn at et screeningverktøy kunne være et nyttig hjelpemiddel for både kvinner med minoritetsbakgrunn og for jordmødrene. Resultatene viste at et screeningverktøy kunne være med på å åpne samtalene rundt psykisk helse, samt normalisere temaet. Videre viste resultatene at en forutsetning for å kunne fremme god psykisk helse hos minoritetskvinner i svangerskapet, er kompetanseheving blant helsepersonell. Helsepersonell opplevde en manglende selvtillit og mangel på kulturell kompetanse til å klare å håndtere psykiske utfordringer hos kvinner med

en annen kulturell bakgrunn. Studiens resultat viste videre at det er nødvendig å redusere barrieren som oppstår når partene ikke snakker samme språk, gjennom bruk av tolk. Og sist, men ikke minst, viste funn at nok tid er essensielt. Om jordmor hadde satt av nok tid til at konsultasjonen ikke ble forhastet, økte sjansene for at kvinnen ville fortelle om sine psykiske utfordringer.

### 6.3 Forslag til videre forskning

Det har vært interessant å se på hvilke forventninger og hvilke fordommer de ulike partene i samhandlingen har i møtet med hverandre. At samhandlingen, samt opplevelsen av hva som er nødvendig for å fremme god psykisk helse, er forskjellig fra perspektivet til helsepersonellet og fra perspektivet til en kvinne med minoritetsbakgrunn. Av 14 inkluderte artikler i denne studien er det kun to som faktisk fokuserer på begge perspektivene av samhandlingen. Resterende av de inkluderte artiklene har kun undersøkt samhandlingen fra ett perspektiv. For videre forskning vil det være interessant å ha mer fokus på å forene disse perspektivene, og på den måten videre belyse og tilføre et nytt perspektiv til kunnskapen om samhandlingen mellom jordmødre og gravide kvinner med minoritetsbakgrunn.

### 6.4 Implikasjon for praksis

I en posisjon som helsepersonell har man en unik mulighet til å kartlegge behov hos den enkelte gravide, samt kunne formidle, gi råd og være en støttespiller. God svangerskapsomsorg kan være med på å redusere sosiale ulikheter i helse. At kvinner med minoritetsbakgrunn har økt risiko dårlig psykisk helse i svangerskapet må tas på alvor, og ønsket er at denne masteravhandlingen kan være med på å bidra til økt oppmerksomhet rundt problematikken. Gjennom denne studien har kunnskap blitt samlet og gjort mer tilgjengelig. Kunnskap hos jordmor kan bidra til å gi gravide minoritetskvinner et mer optimalt behandlingstilbud, samt gjøre jordmor i bedre stand til å yte likeverdige helsetjenester. Som en avslutning på denne mastergradsavhandlingen vil følgende konkrete råd til jordmødre for videre praksis være:

Jordmor må sørge for å ha kunnskap om støtteordninger og instanser som kan benyttes, for å bidra til trygghet i livssituasjonen til kvinner med minoritetsbakgrunn. I tillegg er det essensielt at det er samme jordmor som følger opp kvinnen gjennom hele svangerskapet, så langt det lar seg gjøre. Videre kan det være nyttig å benytte et screeningverktøy som en



samtalestarter om temaet psykisk helse. Det er viktig å alltid bruke tolk, når det er nødvendig. I den sammenheng må man huske på at også de som snakker «litt norsk», trenger tolk. I konsultasjoner hvor tolk benyttes må man alltid sette av dobbelt så lang tid, sammenliknet med konsultasjoner uten tolk. Sist, men ikke minst, må det bli satt av ressurser til kursing av jordmødre om interkulturell kommunikasjon.



**CASP Checklist:** 10 questions to help you make sense of a **Qualitative** research

**How to use this appraisal tool:** Three broad issues need to be considered when appraising a qualitative study:

- ▶ Are the results of the study valid? (Section A)
- ▶ What are the results? (Section B)
- ▶ Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

**About:** These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

**Referencing:** we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Qualitative) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)

Paper for appraisal and reference: .....

**Section A: Are the results valid?**

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**HINT: Consider**

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments:

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**HINT: Consider**

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments:

**Is it worth continuing?**

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

**HINT: Consider**

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments:

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Comments:

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the setting for the data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
  - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
  - If the researcher has discussed saturation of data

Comments:

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments:

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- if there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

Comments:

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
  - To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments:

9. Is there a clear statement of findings?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments:

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature)
- if they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments:

## Litteraturliste

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Bakken, K. S. & Aasheim, V. (2017). Reproductiv helse blant innvandrerkvinner. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 101-111). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Barkensjo, M., Greenbrook, J. T. V., Rosenlundh, J., Ascher, H. & Elden, H. (2018). The need for trust and safety inducing encounters: A qualitative exploration of women's experiences of seeking perinatal care when living as undocumented migrants in Sweden. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 18(1), 217. Hentet fra <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:29879940&id=doi:10.1186%2Fs12884-018-1851-9&issn=1471-2393&isbn=&volume=18&issue=1&spage=217&pages=217&date=2018&title=BMC+Pregnancy+%26+Childbirth&atitle=The+need+for+trust+and+safety+inducing+encounters%3A+a+qualitative+exploration+of+women%27s+experiences+of+seeking+perinatal+care+when+living+as+undocumented+migrants+in+Sweden.&aulast=Barkensjo>
- Cantle, F. (2010). Tackling perinatal mental health among black and minority ethnic mothers. *Ethnicity & Inequalities in Health & Social Care*, 3(2), 38-43. <https://doi.org/10.5042/eihsc.2010.0345>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dahl, S., Sveaass, N., Varvin, S. & NKVTS. (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger: Veileder* Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Dahl, Ø. (2001). *Møter mellom mennesker* Gyldendal akademisk.
- Dahl, Ø., Jensen, I. & Nynäs, P. (2006). *Bridges of understanding: Perspectives on intercultural communication*. Oslo: Unipub forl./Oslo Academic Press.
- Edge, D. (2010). Falling through the net — Black and minority ethnic women and perinatal mental healthcare: Health professionals' views. *General Hospital Psychiatry*, 32(1), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.07.007>
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. utg.). Oslo: Jussboka.no.
- Eriksen, T. H. (2011). *Kulturforskjeller i praksis* Gyldendal akademisk.
- FHI. (2013). Depresjonsscreening av gravide og barselkvinner. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2013/depresjonsscreening-av-gravide-og-barselkvinner/>
- FHI. (2017, 14.05.18). Helse i innvandererbefolkningen. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandererbefolkningen/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg*. (St.meld. nr. 12 (2008-2009)). Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester - god helse for alle*. (Nasjonal strategi om innvanderers helse 2013-2017). Oslo: Departementet.
- Helsebiblioteket. (2016, 06.06.2016). Flytskjema. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/flytskjema>
- Hesledirektoratet. (2019, 27. august 2019). Hentet fra <https://www.hesledirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hill, N., Hunt, E. & Hyrkäs, K. (2012). Somali Immigrant Women's Health Care Experiences and Beliefs Regarding Pregnancy and Birth in the United States. *Journal of Transcultural Nursing*, 23(1), 72-81. <https://doi.org/10.1177/1043659611423828>



- Jensen, I. (2013). *Grundbog i kulturforståelse* (2 utg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Lien, L., Dybdahl, R., Siem, H., Julardzija, I., Bakke, H. H., Ørum, A. & Rådet for psykisk, h. (2019). *Asylsøkere og flyktninger: Psykisk helse og livsmestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Likestillings- og diskrimineringsloven. (2017). Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (LOV-2017-06-16-51). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51?fbclid=IwAR1OjOi8R-8cz4T5L4KYMC0dCaNZJ\\_fSFq2Ko50zgs4NIt\\_PE9NZVv7lpcE](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-51?fbclid=IwAR1OjOi8R-8cz4T5L4KYMC0dCaNZJ_fSFq2Ko50zgs4NIt_PE9NZVv7lpcE)
- Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M. & Severinsson, E. (2012). Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 287-295. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x>
- McLeish, J. (2005). Maternity experiences of asylum seekers in England. *British Journal of Midwifery*, 13(12), 782-785. <https://doi.org/10.12968/bjom.2005.13.12.20125>
- McLeish, J. & Redshaw, M. (2017). Mothers' accounts of the impact on emotional wellbeing of organised peer support in pregnancy and early parenthood: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1220-0>
- Nithianandan, N., Gibson-Helm, M., McBride, J., Binny, A., Gray, K. M., East, C. & Boyle, J. A. (2016). Factors affecting implementation of perinatal mental health screening in women of refugee background. *Implementation Science*, 11(1), 150. Hentet fra <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:27863498&id=doi:10.1186%2Fs13012-016-0515-2&issn=1748-5908&isbn=&volume=11&issue=1&spage=150&pages=150&date=2016&title=Implementation+Science&atitle=Factors+affecting+implementation+of+perinatal+mental+health+screening+in+women+of+refugee+background.&aulast=Nithianandan>
- Ny, P., Plantin, L., Karlsson, E. & Dykes, A.-K. (2007). Middle Eastern mothers in Sweden, their experiences of the maternal health service and their partner's involvement. *Reproductive Health*, 4(4), 9-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-4-9>
- OUS. (2011-2015). *Strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold*. Oslo Stab samhandling og internasjonalt samarbeid
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker&fbclid=IwAR3qe9HdOYOT02c8cKo5N-TcrhZOTq78HUyEIM\\_BvigbYeNC9Z4pbn3F2Ks](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker&fbclid=IwAR3qe9HdOYOT02c8cKo5N-TcrhZOTq78HUyEIM_BvigbYeNC9Z4pbn3F2Ks)
- Peláez, S., Hendricks, K. N., Merry, L. A. & Gagnon, A. J. (2017). Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives. *Global Health*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>
- Raine, R., Cartwright, M., Richens, Y., Mahamed, Z. & Smith, D. (2010). A Qualitative Study of Women's Experiences of Communication in Antenatal Care: Identifying Areas for Action. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 590-599. <https://doi.org/10.1007/s10995-009-0489-7>
- Reinar, L. M. & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (2. utg., s. 66-78). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Reitmanova, S. & Gustafson, D. L. (2008). "They can't understand it": Maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal and Child Health Journal*, 12(1), 101. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0213-4>

- Robertson, E. K. (2015). "To be taken seriously": Women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sex. Reprod. Healthc*, 6(2), 59-65.  
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.002>
- Shakeel, N., Eberhard-Gran, M., Sletner, L., Slinning, K., Martinsen, E. W., Holme, I. & Jenum, A. K. (2015). A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-014-0420-0>
- SML. (2018, 09.10.18). Psykisk helse. Hentet fra [https://sml.snl.no/psykisk\\_helse](https://sml.snl.no/psykisk_helse)
- SSB. (2018). 14 prosent av befolkningen er innvandrere. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/14-prosent-av-befolkningen-er-innvandrere>
- SSB. (2020, 09.03.2020). Nesten 15 prosent er innvandrere. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/nesten-15-prosent-er-innvandrere>
- Støren, I. (2013). *Bare søk!: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- WHO. (2018, 30.03.18). Mental Health: Strengthening our response. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Willey, S., Gibson-Helm, M., Finch, T., East, C., Khan, N., Boyd, L. & Boyle, J. (2020). Implementing innovative evidence-based perinatal mental health screening for women of refugee background. *Women and Birth*, 33(3), 245-255.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.05.007>
- Yelland, J., Riggs, E., Wahidi, S., Fouladi, F., Casey, S., Szwarc, J., ... Brown, S. (2014). How do Australian maternity and early childhood health services identify and respond to the settlement experience and social context of refugee background families? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 348. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-348>
- Østby, L. (2015). Hvordan kan veiledning bidra til tryggere profesjonsutøvere i et etnisk mangfoldig praksisfelt?