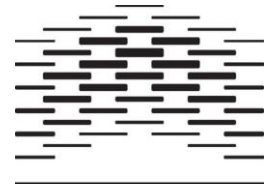


MASTEROPPGAVE



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

MASTER I JORDMORFAG

Oktober, 2016

Høgskolen i Oslo og
Akershus

Fakultet for helsefag

Institutt for helse,
ernæring og ledelse

Studenter:

Ragnhild T. Brautaset

Karen R. Grorud

Veiledere:

Anne Kaasen og

Laura Terragni

Antall ord: 16 484

Figur 1 Foto: Line Ørnes Søndergaard/ Politiken. Bildet er gjengitt med tillatelse

GRAVID PÅ FLUKT

- en narrativ analyse av fem kvinners opplevelser og erfaringer

FORORD

Arbeidet med denne studien har vært en utfordrende prosess. Vi har ledd og grått, vært fortvila og begeistret. Til tider alt på samme dag. Vi var ikke forberedt på hvor mye dette temaet ville prege oss, og på de sterke følelsesladete møtene med informantene. Det har vært godt å være to i denne prosessen, da vi har brukt hverandre til å fordøye inntrykk og tanker, som en debrief etter hvert intervju.

Vi vil først og fremst takke de fem kvinnene som har delt sine personlige opplevelser og erfaringer med oss. Uten dere ville denne studien aldri blitt noe av. Vi ønsker dere og barna deres alt det beste for fremtiden. En stor takk rettes også til de tilhørende asylmottak og de fra fagstaben i UDI som hjalp oss med rekruttering av informantene, og som også hadde troen på prosjektet.

Vår hovedveileder Anne Kaasen skal ha en stor takk for veiledning og konstruktive tilbakemeldinger. Du har vært tilgjengelig ansikt til ansikt, på telefon, sms, mail, via eget aggregat, til så å si alle døgnets tider.

Biveileder Laura Terragni skal også takkes. Veiledningen med deg høsten 2016 var viktig for oss, da vi følte prosessen til en viss grad hadde stoppet opp. Tips og deling av artikler om narrativ tilnærming har også vært inspirerende og svært lærerikt.

Vi vil gjerne også få rette en stor takk til Elisabeth Faxelid. Hun har på fritiden, veiledet oss fra Sverige via mail og inspirert og oppmuntret oss til den narrative tilnærmingen, selv der det følte uoverkommelig.

Inspirerende var det også da vi mottok et stipend på 5000 norske kroner fra Den norske Jordmorforeningen ved Kirsten Jørgensen. Tusen takk.

Vi vil også få takke biblioteket på Høyskolen i Oslo og Akershus - avdeling Kjeller, for råd og veiledning med søk av artikler, bøker og ikke minst med programmet end note.

Helt tilslutt vil vi takke mamma Kristin for ide til tema, Finn Børre og Øyvind for støtte, oppmuntring, gjennomlesning, korrektur, sekretærarbeid og finansiering av cola zero og iskaffe. Og ikke minst tusen takk til Sofie, Jesper, Oda, Jørgen og Maja – dere har vært så tålmodige og er verdens beste barn. Vi vil alltid passe på og beskytte dere! Nå er mamma ferdig med leksene.

SAMMENDRAG

Tittel: Gravid på flukt – en narrativ analyse av fem kvinners opplevelser og erfaringer

Hensikt: Få innsikt i å være gravid på flukt, og skape interesse og engasjement rundt en sårbar gruppe. Gjennom økt forståelse kan jordmødre og annet helsepersonell gi bedre omsorg og behandling av gravide flyktninger.

Problemstilling: Hvilke opplevelser og erfaringer har kvinner i asylmottak fra å være gravide på flukt?

Metode: Kvalitativ forskningsmetode med en induktiv design og en narrativ tilnærming. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer og en narrativ analyse hvor vi beholdt helheten i historiene.

Resultat: På bakgrunn av vårt hovednarrativ har vi fem hovedfunn; *behovet for å beskytte og behovet for beskyttelse, synlig eller ikke synlig gravid, møte med helsevesenet; tilfeldig og uorganisert og savnet av familie og hjemlandet.*

Konklusjon: Gravide flyktninger er en sårbar gruppe som har behov for beskyttelse, bekreftelse, bli tatt på alvor, støtte og omsorg fra jordmor og kvalifisert helsepersonell.

Nøkkelord: Flyktning, Graviditet, Maternell dødelighet, Jordmor, Sårbar

ABSTRACT

Title: Pregnant refugee – a narrative analysis of five women`s perceptions and experiences

Purpose: Gain insight into the experiences of being a pregnant refugee and create interest and engagement around a vulnerable group. Through increased understanding, can midwives and other health professionals provide better care for pregnant refugees.

Issue: What experiences and perceptions do women in reception centers have from being pregnant refugee?

Method: Qualitative research method with an inductive design and a narrative approach. The interviews where semistructured, we used narrative analysis to maintain the integrity of the stories.

Result: Based on master narrative we have summarized our findings; *need to protect and need for protection, visible or not visible pregnancy, contact with healthservices; random and disorganized, and privation of family and land of origin.*

Conclusion: Pregnant refugees are a vulnerable group and they need protection, confirmation, be taken seriously, support, and care from midwives and other skilled health professionals.

Keywords: Refugee, Pregnant, Maternal mortality, Midwife, Vulnerable

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1.Hensikt og problemstilling	2
1.2 Bakgrunn	2
1.2.1 Forente Nasjoner og global kvinnehelse	3
1.3 Begrepsavklaring.....	3
1.4 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 TEORI	5
2.1 Vår teoretiske referanseramme.....	5
2.2 Svangerskapet; en endringsprosess	6
2.3 Gravid på flukt	7
3.0 METODE	9
3.1 Forskningsmetodologi og vitenskapsteori.....	9
3.2 Kvalitativ metode	10
3.3 Narrativ tilnærming i kvalitativ metode	10
3.4 Rekruttering og utvalg.....	11
3.4.1 Presentasjon av informantene.....	12
3.5 Narrativt forskningsintervju	13
3.5.1 Praktisk gjennomføring av intervjuene	13
3.6 Transkribering	14
3.7 Narrativ analyse.....	14
3.7.1 «Narrativ finner» og «Narrativ skaper»	14
3.7.2 Skapere av hovednarrativet «Jeg er Haya»	18
3.8 Studiens troverdighet; den narrative sannhet	19
3.9 Etske godkjenninger.....	21
4.0 RESULTAT; “JEG ER HAYA”	23
5.0 DRØFTING	32
5.1 Hovedfunn	32
5.1.1 Behovet for å beskytte og behovet for beskyttelse.....	32
5.1.2 Synlig eller ikke synlig gravid	34
5.1.3 Møtet med helsevesenet; tilfeldig og uorganisert	35
5.1.4 Savnet av familien og hjemlandet	37
5.2 Studiens styrker og svakheter; er studien troverdig?	38
5.2.1 Studiens gyldighetstrusler	39

5.2.2 Språk og oversettelse: en svakhet.....	40
5.2.3 Rekruttering og utvalg.....	41
5.2.4 Intervjukonteksten og konsistens i transkribering.....	42
5.2.5 Overførbarhet	43
5.3 Etske vurderinger	43
6.0 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE	46
Referanseliste	47

vedlegg 1 Søkestrategi

vedlegg 2 Godkjenning fra NSD

vedlegg 3 Informert samtykke

vedlegg 4 Semistrukturert intervjuguide

vedlegg 5 Svar fra REK

1.0 INNLEDNING

Det er onsdag formiddag og venterommet ved føde-poliklinikken er fullt med gravide kvinner som skal til kontroll. Noen sitter der spente og forventningsfulle før sin første ultralyd, andre er bekymret for om barnet i magen har det bra. En kvinne kommer uanmeldt sammen med sin mann og en liten gutt med store brune øyne. Hun tar seg på magen. «Can you help me please? Can you check my baby?» Jeg spør om hun har helsekort med seg, eller annen dokumentasjon. Hun ser spørrende på meg og rister på hodet. Hun sier at hun er flyktning, og er gravid i åttende måned. Jeg kontrollerer listen over dagens pasienter for å se etter navnet hennes. Hun står ikke på listen.

Det er i dag 65,3 millioner mennesker på flukt. Det har vært en dramatisk økning i dette tallet fra 35 millioner i 2006 (Skretteberg & Jenssen, 2016). Konfliktene i Syria, Irak og Sør Sudan er hovedårsakene til denne økningen i antall mennesker på flukt på verdensbasis (United Nation Population Fond [UNFPA] 2015). Bare en brøkdel av verdens flyktninger når Europa, og et fåtall av disse igjen ender i Norge. Kun litt over 2500 av over 65 millioner mennesker har søkt asyl i Norge i 2016 (Utlendingsdirektoratet, 2016). Som jordmorstudenter har vi begge møtt gravide flyktninger i praksis. Eksempelet presentert ovenfor er bare en av flere situasjoner vi har vært bort i. Hvem er denne kvinnen? Hvilken historie bærer hun på? Hva har hun opplevd? Hvilken oppfølging har hun fått i svangerskapet?

Det er den pågående flyktningkrisen og møtene med disse kvinnene som har inspirert oss til valg av tema til denne studien.

National Institute for Health and Care Excellence guidelines [NICE] har definert gravide flyktninger og asylsøkere som en spesielt sårbar gruppe og har laget egne retningslinjer for dem (NICE, 2010). UNFPA kom i 2015 ut med en rapport over kvinner og jenters situasjon i en verden som er preget av krise og flukt. Det beskrives hvilke konsekvenser dette har for den globale kvinnehelsen. Rapporten slår fast at gravide kvinner på flukt har behov for jordmor i form av familieplanlegging, svangerskapsomsorg, fødselshjelp og barselomsorg. Denne rapporten har vært sentral i studien, da den understreker jordmors rolle i humanitære kriser, og den belyser det store behovet kvinner har for å sikre seksuell og reproduktiv helse på flukt.

1.1. Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få innsikt i hvilke opplevelser og erfaringer kvinner som har vært gravide på flukt bærer på, og hvordan det har preget dem og deres svangerskap. Denne forståelsen kan være et verktøy for helsepersonell i møte med gravide flyktninger. Studien kan skape engasjement for en sårbar gruppe. Gjennom innsikt og engasjement kan studien bidra til å bedre den globale kvinnehelsen.

For å avgrense, har vi vektlagt *svangerskapet* på flukt fremfor fødselen.

Problemstillingen er:

Hvilke opplevelser og erfaringer har kvinner i asylmottak fra å være gravide på flukt?

1.2 Bakgrunn

Vi har gjort systematiske og strategiske søk i for å finne relevant forskning om tema og metode (vedlegg 1).

Det er begrenset forskning som omhandler gravide flyktnings opplevelser og erfaringer.

Feldman (2014) har undersøkt den vanskelige situasjonen gravide flyktninger er i, både fysisk, psykisk og sosialt, og viktigheten av at dette anerkjennes og tas hensyn til. Gibson-Helm et al. (2014) har studert forskjeller mellom innvandrere med og uten

flyktningbakgrunn og deres svangerskapsutfall. Forfatterne finner at flyktninger har generelt dårligere helse og større sosiale ulemper, herunder høyere risiko for fødsel før ankomst på sykehus, høyere risiko for utvikling av svangerskapsdiabetes og dødfødsler. Videre fant de en generelt dårligere maternell helse, med undervekt, sykdom og kjønnslemlestelse. Hynes, Sakani, Spiegel og Cornier (2012) har undersøkt årsakene til maternell dødelighet blant flyktninger, som viser at maternell dødelighet skyldes blødning, hypertensjon og sepsis i kombinasjon med forsinket tilgang til kvalifisert helsepersonell. Denne studien viser at for å bedre den materielle helsen, kreves store endringer i helsetilbudet og apparatet rundt kvinnene på flukt. Correa-Velez og Ryan (2012) har undersøkt hva som er viktigst i svangerskapsomsorgen til kvinner med flyktningbakgrunn. Funnene peker i retning av behovet for en modell spesielt tilpasset denne gruppen. Dette innebærer kontinuitet, tolketjeneste, undervisning for både kvinnene og helsepersonell og psykososial støtte.

1.2.1 Forente Nasjoner og global kvinnehelse

Gjennom Forente Nasjoners [FN] åtte tusenårsmål fra år 2000-2015 har man hatt til hensikt å bekjempe fattigdom på verdensbasis. Et av målene rettet seg direkte mot kvinnehelse; tusenårsmål fem; *redusere svangerskapsrelatert dødelighet med $\frac{3}{4}$* (FN- sambandet, 2016). Dette målet ble ikke nådd i 2015. Med FNs 17 nye bærekraftsmål skal man fortsette å bekjempe fattigdom fram mot 2030. Dette er en videreutvikling av tusenårsmålene. Mål tre; *sikre og fremme god helse til alle*, inkluderer kvinne-, reprodutiv- og seksuell helse. Målene er forankret i menneskerettighetene (FN - sambandet, 2016a). I dag står land som er preget av krise, konflikt og fattigdom for 60 % av maternelle dødeligheten (UNFPA, 2016).

World Health Organization [WHO] er FNs "helseavdeling". De jobber først og fremst for globale retningslinjer innenfor helse. De fokuserer blant annet på maternell dødelighet, men også på kvinners fysiske, mentale og sosiale helse både under svangerskap, fødsel og barsel (WHO, 2002). Tilgjengelighet til helsetjenester, for eksempel jordmor eller annet kvalifisert helsepersonell, har stor betydning for den maternelle dødeligheten. Jordmor er viktig for å gjøre svangerskapet og fødsel tryggere (WHO, 2004). Det er i 2016 gjort en omfattende systematisk studie som analyserer reduksjonen i den maternelle dødeligheten. Studien viser at maternell dødelighet er redusert, men målet for 2015 ble ikke nådd, grunnet blant annet store humanitære kriser, som det høye antallet flyktninger (Alkema et al., 2016). Det gjenstår derfor mer arbeid for å bedre den globale kvinnehelsen (UNFPA, 2015).

1.3 Begrepsavklaring

Flyktning; en person som har flyktet fra sitt hjemland i frykt for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en bestemt sosial gruppe. For å regnes som flyktning må personen ha krysset en landegrense (FN - sambandet, 1951).

Asylsøker; en person som søker om asyl, beskyttelse, i et annet land enn sitt eget hjemland. Personen kalles "asylsøker" fram til søknaden hennes/hans er behandlet (FN - sambandet, 2016b).

Asyl; et fristed for beskyttelse. I Norge gis asyl til personer som defineres som flyktninger ifølge flyktningkonvensjonen (FN - sambandet, 2016b).

Menneskerettighetserklæringen; erklæringen skal sikre alle mennesker grunnleggende rettigheter, blant annet retten til å søke asyl dersom man er flyktning. Vedtatt av FN i 1948 (FNs Generalforsamling, 1948).

Flyktningkonvensjonen; rammeverk med vilkårene for anerkjennelse som flyktning, beskyttelse mot retur og rettigheter for flyktninger. Mennesker som er internt fordrevet i eget land, er ikke definert som flyktninger og omfattes ikke av flyktningkonvensjonen (FN - sambandet, 1951).

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler. I kapittel 1 har vi innledning, vi presenterer tema og problemstilling, avgrensning, studiens hensikt, bakgrunn for valg av tema, begrepsavklaring og oppgavens oppbygging. I kapittel 2 redegjøres det for vår teoretiske referanseramme; svangerskapet som en endringsprosess og gravid på flukt. I kapittel 3 redegjøres det for kvalitative metode gjennom forskningsmetodologi og vitenskapsteori, den narrative tilnærming, rekruttering og utvalg, narrativt forskningsintervju, transkribering, narrativ analyse, studiens troverdighet og etiske godkjenninger. I kapittel 4 presenterer vi vårt resultat «Jeg er Haya». I kapittel 5 drøfter vi våre hovedfunn, studiens styrker og svakheter og etiske vurderinger. I kapittel 6 kommer vi med en konklusjon.

2.0 TEORI

I dette kapitlet vil vi redegjøre for vår teoretiske referanseramme og hvordan vi har valgt å bruke teorien. Videre vil vi redegjøre for teori om svangerskapet, flyktninger og det å være gravid på flukt.

2.1 Vår teoretiske referanseramme

Teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten som skal hjelpe oss å forstå eller forklare et fenomen eller forhold mellom fenomener. Epistemologi er kunnskap om kunnskapen, hva vi vet om virkeligheten og hva som er sant. Teori, kunnskap og påstander i et system er vitenskap (Thomassen, 2006). Ontologien, vitenskap om virkeligheten, blir sentral fordi den sier noe om hvordan vi ønsker å bruke teori, altså vår oppfatning av teoriens formål. Det overordnede formålet med teori er å sammenfatte, bekrefte og avkrefte funn i vår studie med tidligere studier og litteratur. Teori kan brukes til å presentere, avgrense eller bestemme empirien. Høyer (2011) forklarer disse tre måtene å se på teori som «presentasjon», «bokseåpner» og «linse». Når vi forholder oss til empiri vil vår ontologi og epistemologi prege oss og ikke minst våre forventninger til studiens resultater (Høyer, 2011).

I vår studie bruker vi teori både som «presentasjon» og «boksåpner». Vi presenterer teori på «dagens status» (forskning) i forhold til tema, samtidig finner vi litteratur relatert til tema (teori om svangerskap, flyktning). Vi ønsker å presentere, åpne opp og forstå fenomenet gjennom den teorien vi bruker. Teorien presenteres derfor både som bakgrunn og i eget teorikapittel. Vi bruker et induktivt design, da vårt formål er å få dybdeforståelse, subjektiv opplevelse og erfaring med fenomenet. Med induktivt design skaper vi teori ut fra empiri (Høyer, 2011). Det er ikke meningen å forstå alt ved fenomenet «Gravid på flukt», men snarere forstå noen aspekter ved fenomenet (Høyer, 2011). Gjennom kompleksiteten i informantenes opplevelser, tanker, følelser og situasjoner og et induktivt design ønsker vi å skape ny kunnskap om å være gravid på flukt (Kvale, 2007). Vår teoretiske referanseramme utvikles underveis i studien parallelt med datainnsamlingen. Referanserammen brukes i

analysering av empirien og er en sentral del av det vitenskapelige arbeidet (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, 2009).

2.2 Svangerskapet; en endringsprosess

Et svangerskap varer i gjennomsnitt 289 dager, og det skjer en rekke anatomiske, fysiologiske og psykologiske endringer hos kvinnen i løpet av disse ni månedene (Murray & Hassall, 2014). Endringene skyldes metabolske og hormonelle prosesser. Symptomene på svangerskapet vil oppleves forskjellig utfra kvinnens emosjonelle reaksjon på dem, som igjen er påvirket av kvinnens personlige vurdering av svangerskapet (Raphael-Leff, 2011). Svangerskapet deles inn i tre like lange tidsperioder, kalt første, andre og tredje trimester. Svangerskapet er ikke en tilstand, det er en parallell endringsprosess; fosteret gror og utvikler seg inne i livmoren, samtidig som kroppen til den blivende mor forandrer seg. Hun går fra å være kvinne til å bli mor (Raphael-Leff, 2011).

Svangerskapet vil i alle samfunn være mer enn de fysiologiske og anatomiske endringene. Kvinnens endring fra kvinne til mor er en viktig overgang. Hvordan man oppfatter og ser på denne overgangen er ulikt utfra kultur og samfunn. Denne endringen kan være vanskelig for kvinner med minoritetsbakgrunn i et nytt land (Henderson, Gao, & Redshaw, 2013). Vårt syn på svangerskap i Norge, kan skille seg fra andre deler av verden, og være med på å gjøre endringene utfordrende. Downe et al. (2015) har gjennom en stor studie, hvor alle kontinenter bortsett fra Australia er representert, sett på hva gravide kvinner ønsker, trenger og verdsetter i graviditeten. Denne studiene er gjort på tvers av kultur og sosiodemografisk bakgrunn. Kvinner ønsker og trenger en positiv svangerskapsopplevelse. Fysiske, sosiale og kulturelle faktorer ønskes å holdes så normale som mulig. Kvinner ønsker å være friske både med tanke på fosteret og seg selv, og ønsker en positiv overgang til fødsel og morsrollen. Men det som er normalt er ofte bestemt av den kulturen og det samfunnet kvinnen lever i (Blix, 2010). Svangerskapet representerer en overgang; både en endring der kvinnen blir gravid, men også en endring der den gravide kvinnen blir mor. En slik endring vil påvirke kvinnen i større eller mindre grad fysisk, psykisk og sosialt (Raphael-Leff, 2011). Joan Raphael-Leff (2011) har presentert hvordan kvinnen går gjennom tre psykiske faser i svangerskapet. Broden (2010) henviser også til disse fasene når hun beskriver svangerskapets

psykiske endring. Fasene er spesielt fremtredende for førstegangsgravide og er nært beslektet med de tre trimesterene i et svangerskap.

Den første fasen, *fusjonsfasen*, handler om å akseptere graviditeten. Fasen preges først av uro og bekymring for barnet i magen. Samtidig som kvinnen kan ha blandede følelser for «inntrengeren», begynner hun også å beskytte barnet, for eksempel ved å tenke på hva som hender rundt henne. Risikoen for abort er høy og mange kvinner velger derfor å ta det med ro til denne perioden er over og ikke utsette seg for unødvendige påkjenninger (Raphael-Leff, 2010).

I den andre fasen, *differensieringsfasen*, knytter kvinnen seg til barnet i magen. Denne fasen begynner ofte etter at kvinnen har kjent liv for første gang (Raphael-Leff, 2011). Det vanligste tidspunktet for kvinnen å kjenne liv er rundt uke 18, i andre trimester (Hamre, 2010).

Fosterbevegelser har stor betydning for kvinnens tilknytning til barnet. Hun befinner seg nå i et grenseland mellom to verdener; hun er ikke bare kvinne, men heller ikke blitt mor. Familie og tanker om sin egen mor kommer ofte frem i denne fasen (Raphael-Leff, 2011).

I den tredje fasen, *seperasjonsfasen*, begynner kvinnen å venne seg til tanken på at barnet skal fødes. Tankene dreier seg mye rundt fødselen som hun ser fram til, men samtidig er bekymret for om hun kan klare. Kvinnen begynner å bli sliten av graviditeten og kroppen blir tyngre og søvnkvaliteten blir dårligere (Brodén, 2010; Raphael-Leff, 2011).

2.3 Gravid på flukt

Svangerskap og fødsel er en ekstra sårbarhetsfaktor for kvinner og jenter i konflikt og krise. Så mye som 60 % av maternell dødelighet, som kunne vært unngått, skjer blant kvinner som kjemper med å overleve konflikter, naturkatastrofer og flukt (UNFPA, 2015). Kvinner som opplever å måtte flykte, mister trygghet i sin livssituasjon, og vil på denne måten få endret opplevelse rundt sitt svangerskap (Brodén, 2010). De trenger ofte først og fremst å få dekket primære behov. For gravide og fødende kvinner på flukt vil behovet for jordmor og rent utstyr være å regne som primærbehov (UNFPA, 2015).

Flyktningkonvensjonen peker på at alle flyktninger har like rettigheter til sosiale trygder som landets befolkning forøvrig. Dette innebærer rettigheter for mødre og for familiene deres og er også viktig for gravide kvinner på flukt (FN - sambandet, 1951). Kvinner har i krise økt risiko for å bli og forbli flyktning. Mennesker på flukt kan være utsatt for vold, voldtekt og tortur på veien til et trygt liv og kvinner og barn er spesielt utsatt. Det er også økt risiko for at kvinner i

krise blir uønsket gravide (UNFPA, 2015). Gjennom svangerskapsomsorgen kan maternell helse bedres og maternell dødelighet reduseres. Tilgang på svangerskapsomsorg var en av hovedelementene for å nå tusenårsmålene innen 2015 (Alkema et al., 2016) og vil også fortsette å være et viktig element for å nå bærekraftmålene for 2030.

3.0 METODE

I dette kapitlet vil vi redegjøre for vitenskapelige ståsted og valg av metode. Videre gjør vi rede for narrativ tilnærming i kvalitativ metode og den narrative sannhet. Vi forklarer også hele forskningsprosessen, samt redegjør for etiske godkjenninger.

3.1 Forskningsmetodologi og vitenskapsteori

Valget av metode er basert på metodologi, altså hvilke antagelser som ligger til grunn for valget. Forutsetningene bygger på hvordan vi ser på virkeligheten, våre tanker og refleksjoner (ontologi) og hva som kan regnes som kunnskap (epistemologi). Det er en sammenheng mellom filosofi, metode og forskningsprosessen (Proctor, 1998). Vi oppfatter verden på bakgrunn av ulike vitenskapsfilosofiske retninger og forstår derfor virkeligheten ulikt. Det er store overordnede paradigmer, vitenskapelige retninger, som er toneangivende for hvordan vi ser på virkeligheten (Thomassen, 2006). Kvalitativ metode springer ut fra den vitenskapelige retningen; humanvitenskapen. I motsetning til naturvitenskapen, som forsøker å *forklare* et fenomen, vil man *forstå* fenomenet i humanvitenskapen (Høyen, 2011). Humanvitenskapen bygger også på flytende ontologi der man mener virkeligheten forandrer seg og at et fenomen derfor vil oppleves ulikt utfra kontekst. Dette er i tråd med at man ønsker å forstå, ikke forklare fenomenet.

Den vitenskapsfilosofiske retningen fenomenologisk hermeneutikk er å anse som kjernen i humanvitenskapen (Thisted, 2011). Fenomenologi beskriver undersøkelsen av et fenomen og hvordan fenomenet erfarer og fremstår (Davidsen, 2013). Det er en slik tilnærming som anbefales når man studerer fenomener som i liten grad er undersøkt tidligere. (Polit & Beck, 2012). Fenomenologi og en induktiv design passer derfor godt sammen. Hermeneutikk er å fortolke en tekst og skape mening i den (Thomassen, 2006). Fenomenologien ser på menneskers levde erfaringer, mens hermeneutikken brukes for å forstå den konteksten erfaringen utspiller seg i og skape mening i erfaringene. Fenomenologisk hermeneutikk er et naturlig utgangspunkt for vår narrativ tilnærming fordi man gjennom menneskers historier

forstår deres erfaringer (Davidsen, 2013). Med fenomenologisk tilnærming er forskeren aktivt deltagende i prosessen, ikke objektiv og nøytral (Proctor, 1998).

3.2 Kvalitativ metode

Vi mener at kvalitativ forskningsmetode egner seg godt for å besvare vår problemstilling; *«Hvilke opplevelse og erfaringer har kvinner i asylmottak fra å være gravide på flukt?»* Med kvalitativ metode skal vi ikke ha svaret klart på forhånd, og både metode og teori vil utvikles underveis (Malterud, 2013). Metoden viser «veien til målet» og er verktøyet vi bruker for å samle inn dataene som er nødvendige for å besvare problemstillingen. Målet er å gå bak tallene, utforske sosiale mønster og undersøke hvordan mennesker oppfatter og fortolker sin livsverden, og skaper mening i denne (Krumsvik, 2014). Vårt formål er å søke dybdeforståelse, subjektiv opplevelse og erfaring. En kvalitativ tilnærming fanger opp kompleksiteten i opplevelser, tanker, følelser og situasjoner (Kvale, 2007) og på denne måten får vi frem den subjektive opplevelsen.

3.3 Narrativ tilnærming i kvalitativ metode

Narrativer er menneskets historier basert på opplevelser og erfaringer, og gir individet mulighet til å skape mening i historiene (Riessman, 2008). Narrativ som en historie, er altså en redegjørelse for noe som har hendt (Robertson, 2012). Mennesker bruker narrativ til å strukturere sine erfaringene og opplevelser, og på denne måten blir narrativer en kilde til kunnskap når de deler dem med oss (Sandelowski, 1991). Narrativ tilnærming innenfor kvalitativ forskning brukes nå i større grad enn tidligere (Riessman, 2008). Narrativ som begrep kan være en fortalt historie, tekst/datamateriale fra et intervju, en systematisk undersøkelse (analyse) av datamateriale og/eller en presentasjon av resultatet. I forskningssammenheng kan det narrative begrepet sees på som en overlappende tilnærming på flere nivåer som omfatter ulike områder (Riessman, 2008). Man har fokus på historien(e), helheten og fortellingsformen både under intervjuet, analyseringen og presentasjonen (Kvale, 2007). Det finnes ulike syn på hvordan man bruker narrativ tilnærming i forskningen og

tilnærmingene er svært forskjellige. Fellestrekket er at man ønsker å skape et logisk, meningsfullt og ryddig mønster og en helhetlig historie (Riessman, 2008; Sandelowski, 1991). Vi bruker narrativ tilnærming både under intervjusituasjon, transkriberingen, analysen og når vi presenterer vårt resultat som et hovednarrativ. I denne studien bruker vi bevisst begrepene *narrativ* og *historie* om hverandre for å gjøre teksten mer leservennlig.

3.4 Rekruttering og utvalg

Vi ønsket å få flest mulig nyanser av det å være gravid og på flukt. For å få belyst samme fenomen fra ulike vinkler, ville vi ha et heterogent utvalg. Vi inviterte selekterte kvinner til å delta i studien; et strategisk utvalg (Malterud, 2013).

Vi ekskluderte kvinner som ikke behersket engelsk på grunn av utgifter til tolketjenester og fordi disse kvinnene, ifølge Norsk Senter for Dataforskning [NSD], var for sårbare til å delta i studien. Denne begrensningen har ført til at det har vært svært utfordrende å rekruttere nok informanter. Til tross for at vi i utgangspunktet ønsket informanter som fortsatt var gravide under intervjuet, har vi også underveis inkludert kvinner som har født etter ankomst Norge, for å oppnå et stort nok antall informanter. NSD ble informert og har godkjent endringen av inklusjonskriteriene.

Inklusjonskriterier:

Asylsøker på asylmottak

Var gravid under flukten til Norge

Behersker engelsk

1 år, eller mindre, siden ankomst Norge

Etter at prosjektet ble godkjent av NSD (vedlegg 2), fikk vi godkjenning fra Utlendingsdirektoratet [UDI] ved seniorrådgiver Bente Aastad. I første fase av rekrutteringen (våren 2016) sendte UDI ut informasjonsskriv om studien med prosjektplan til asylmottak på østlandet. Dersom asylmottakene hadde aktuelle kandidater, fikk vi lov å kontakte asylmottakene direkte. En informant ble inkludert i studien før sommeren 2016. Etter lite

respons i løpet av sommeren 2016 fikk vi godkjenning fra UDI til å ta direkte kontakt med asylmottakene, samt utvidet nedslagsfelt til hele Sør/Øst-Norge høsten 2016. Vi har kontaktet til sammen 38 asylmottak per telefon og sendt mail, prosjektplan og informasjonsskriv til mottakene.

Leder ved asylmottaket rekrutterte informantene ved å spørre dem om deltagelse, og gi dem skjema om informert samtykke (vedlegg 3). Det ble rekruttert seks kvinner til studien. En av informantene ble ekskludert da det viste seg under intervjuet, at hun ikke behersket engelsk godt nok. Fem informanter ble tilslutt inkludert, og har alle til felles at de har vært gravide på flukt fra hjemlandet sitt. Kvinnene hadde ulikt reisefølge, noen reiste med barn, andre med familie og noen flyktet også alene. De har reist ulike ruter til fots, med båt, buss, tog og fly, og har brukt fra 14 dager til tre måneder på reisen. De behersker alle engelsk og er bosatt i asylmottak. De ankom alle Norge for under ett år siden.

3.4.1 Presentasjon av informantene

	Alder År:	Paritet	Svanger- skap ved start flukt	Svanger- skap/ status ved intervju	Årsak til flukt	Intervju- sted på Asyl- mottak
Intervju 1	25- 30	1	Ble gravid på flukt	3.trimester	Krig	Eget rom
Intervju 2	30- 35	1	Halvveis	Født	Krig	Eget rom
Intervju 3 <i>Ekskludert</i>						
Intervju 4	30- 35	0	Halvveis	Født	Krig	Fellesrom
Intervju 5	20- 25	0	Ble gravid på flukt	3. trimester	Kjønnslemlestelse	Fellesrom
Intervju 6	30- 35	1	Høygravid	Født	Krig	Fellesrom

3.5 Narrativt forskningsintervju

Hensikten med det kvalitative forskningsintervju er å forstå et fenomen gjennom samtale med mennesker (Malterud, 2013). Narrativ tilnærming i forskning er stort sett basert på intervjuer. Man ser på informantene som historiefortellere og datamaterialet som en historie (Sandelowski, 1991). Å lytte, dele og fortelle er en naturlig del av det å være menneske (Davidsen, 2013). Vi har brukt en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 4) som er basert på en huskeliste med konkrete temaer og intervju spørsmål (Malterud, 2013; Riessman, 2008). Målet er at intervjuene skal gi detaljerte beskrivelser og redegjørelser om fenomenet å være «Gravid på flukt». Intervjueren kan også etterspørre historier direkte og kan, sammen med informanten, forsøke å strukturere de ulike hendelsene som er kommet frem gjennom historiene (Kvale, 2007). Selv om vi som intervjuer hadde forberedt oss på en rekke temaer, måtte vi være fleksible og åpne for å følge opp andre temaer og momenter som vi ikke hadde forberedt oss på. Når informanten kom med spontane historier oppfordret vi som intervjuere til videre utdyping av historiene. Historier blir skapt mellom informant og intervjuer og det var her viktig at vi som intervjuere ikke påvirket historien, men viste tilbakeholdenhet når informanten fortalte. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 3.7.1 hvor vi forklarer vår rolle som «narrativ skaper», og senere i kapittel 3.8 i intervjuers påvirkningskraft og den asymmetriske maktfordelingen i intervjuet.

3.5.1 Praktisk gjennomføring av intervjuene

Vi gjennomførte intervjuene i asylmottakene. Vi avtalte tidspunkt med leder på asylmottaket og møtte kvinnene på deres rom, et kontor eller et fellesrom på asylmottaket. Vi hadde med kjeks, frukt og drikke. Vi ville skape en hyggelig og trygg ramme for intervjuet. For hvert intervju byttet vi på rollen som intervjuer og observatør og vi var bevisst vår plassering i rommet i forhold til informanten. Det var ulik kontekst på intervjuene. Ved et av intervjuene var kvinnens ektemann til stede. Han supplerte historiene som kvinnen fortalte med ytterligere detaljer. Ved flere av intervjuene var det også barn tilstede som påvirket intervjukonteksten. I noen av tilfellene var dette barnet kvinnen var gravid med under flukten.

3.6 Transkribering

Å transkribere er å gjøre tale om til tekst. Dette innebærer en tolkningsprosess som gjør at transkriberingen ifølge Riessman (2008) er en del av den narrative analyseprosessen. Transkriberingen som en del av vår narrative analyse ser vi nærmere på i kapittel 3.7 *Narrativ analyse*. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker og vi transkriberte intervjuene ordrett på engelsk; vi skrev det vi hørte fra båndopptakeren. Intervju 1 ble transkribert av oss begge to fordi det var mye bakgrunnsstøy og til tider vanskelig å høre hva informanten sa. De resterende fire intervjuene ble transkribert av den som intervjuet, og den som var observatør leste gjennom samtidig som hun hørte intervjuet på båndopptageren, og kom med sine kommentarer.

3.7 Narrativ analyse

Som inspirasjon og for å forstå hvordan en narrativ analyse kan gjøres har vi brukt ulike kilder fra bøker, forskningsartikler og andre fagartikler (Barageine, Faxelid, Byamugisha, & Rubenson, 2016; Boréus & Bergström, 2012; Connelly & Clandinin, 1990; Davidsen, 2013; Ely, 2007; Hunter, 2010; Jansen, 2013; Kvale, 2007; Malterud, 2013; McKelvey, 2014; Riessman, 1993, 2008; Robertson, 2012; Sandelowski, 1991; Wang & Geale, 2015). Riessman (2008) påpeker at studenter som søker etter en “oppskrift” på narrativ analyse vil bli skuffet. Det finnes ingen fasit eller enkel oppskrift, men mange vinklinger og varianter. Det overordnede målet med analyse av kvalitative data er å organisere, sammenfatte og fortolke materialet (Malterud, 2013). Den narrative analysen tvinger oss til å se hele historien, før man bryter den ned til beskrivelser, hendelser og teorier (Sandelowski, 1991). Man ønsker å studere hva som faktisk blir fortalt, fremfor å lete etter kategorier eller dele opp materiale i små deler og enheter (Riessman, 2008). Vi har holdt fokuset på helheten i historien gjennom hele prosessen, fordi det er den som påvirker oss, ikke biter og deler av den (Ely, 2007).

3.7.1 «Narrativ finner» og «Narrativ skaper»

Narrativ analyse kan beskrives gjennom fem nivåer; *deltagelse, fortelle, transkribere, analysere og dele*. Disse nivåene representerer hele forskningsprosessen og forklarer hvordan den narrative analysen begynner allerede ved intervjuet (Riessman, 1993, 2008). Vi bruker

nivåene for å forklare hvordan vi har gjort analysen. Det er en glidende overgang mellom disse nivåene. Vi har i hele forskningsprosessen fungert som det Kvale (2007) beskriver som «narrative finnere» og «narrative skapere». Vi har analysert og identifisert historier og vært med på å skape dem både under intervjuet, transkriberingen, skapelsen av de personlige narrativene og tilslutt i dannelsen av hovednarrativet. Vi har sett nærmere på hovednarrativet og forsøkt å identifisere underforliggende antagelser i det informantene forteller oss. Dette har resultert i våre hovedfunn. Hovedfunnene presenteres i drøftingskapittelet. Der har vi valgt ut de narrativene og hendelsene informantene fortalte som best belyser dybden, vidden og variasjonen av fenomenet «Gravid på flukt». Hovednarrativet er den fortolkede redegjørelsen vi konstruerer på bakgrunn av intervjuene.

Deltagelse: Gjennom å ønske å delta i studien ville informantene begynne å tenke på sine opplevelser og erfaringer, og gjennom refleksjon og minner begynne å konstruere sine narrativer allerede før intervjuet (Riessman, 1993). Informantene fikk informert samtykke med informasjon om studien mellom tre dager og en uke i forkant av intervjuet. Det var tydelig når vi møtte dem i intervjuet at de visste hva de skulle snakke om. De hadde da hatt tid til å tenke over historiene de ville dele med oss. På denne måten har vi allerede fungert som “narrativ skapere” ved at informantene vurderer og velger ut hva de ønsker å fortelle (Kvale, 2007).

Fortelle: Informantene fortalte under intervjuet historiene sine til oss. Vi deltok ved å lytte og å stille spørsmål under intervjuet. På denne måten var vi med på å danne narrativene under intervjuet, som «narrativ skapere». Når informantene hadde fortalt sin historie, spurte vi om hendelser vi hadde merket oss i løpet av intervjuet, og oppfordret dem til å fortelle mer om disse. Vi brukte i denne prosessen bevisst begreper som «*Explain*», «*Elaborate*», «*Tell me more about...*» og brukte helst informantens egne ord, for å få informantene til å fortelle. Et eksempel på dette er fra intervju 4:

Student: *Yeah. You reached land and then you had to climb? Can you tell us a little bit more about that?*

“Nadja”: *Yes yes, lost our way. Because the driver of the boat stop the wrong way”*

Student: *Oh, he drove the wrong way?*

“Nadja”: *Yes. So our family and another family started at the same place. This was at night or in the morning. We climbed up and I was so tired. And I fell down two times. And don't move (peker på magen). And another woman has hurt the leg.*

Ved å oppfordre informantene til å utdype spontane historier var vi «narrativ finnere» under intervjuet. Informantene hoppet frem og tilbake i tid når de fortalte om sine opplevelser, og de ble i liten grad avbrutt av oss for å få historiene kronologisk. Dette var et bevisst valg for at de i størst mulig grad skulle få fortelle uavbrutt. Når informantene var ferdig med å fortelle, oppsummerte vi historiene i den kronologiske rekkefølge vi hadde oppfattet, for å få bekreftet at den var riktig. Som «narrative skapere» samlet vi historiene kronologisk. Dette var begynnelsen til den enkelte informants personlige narrativ, som vi senere skapte i et ledd av transkriberingsprosessen.

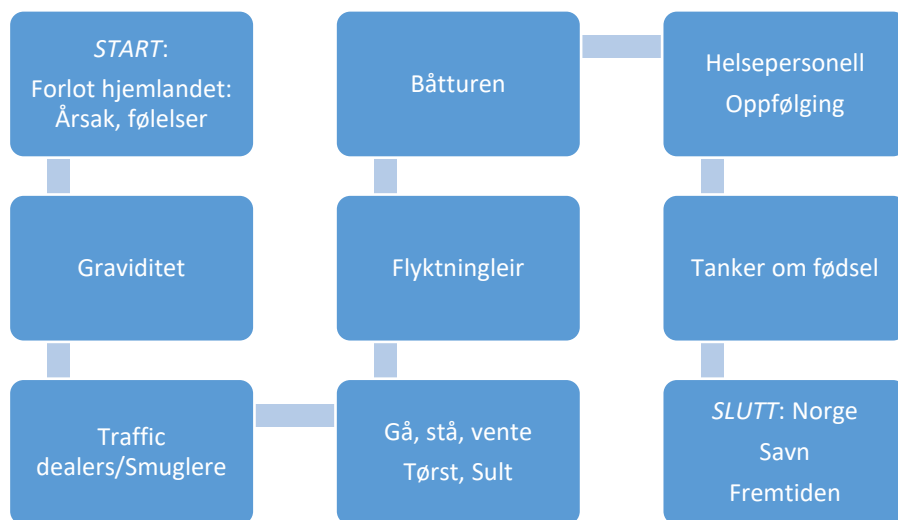
Transkribere: Vi transkriberte som tidligere nevnt intervjumaterialet direkte fra båndopptageren ordrett til engelsk. Deretter ble det transkriberte materialet lest gjennom flere ganger av oss begge. Vi diskuterte for å sikre en riktigst mulig transkribering. Det er viktig at teksten som jobbes med er leservennlig og materialet skal være tydelig og klart, men naturlig (Ely, 2007). Vi var «narrativ finnere» ved at vi identifiserte narrativer som informantene hadde fortalt i løpet av intervjuet. Vi brukte først fargekoder for å markere ut historier som belyste vår problemstilling. Vi trakk ut det vi mente var de viktigste narrativene som «narrative finnere» og som «narrativ skapere» dannet vi hver enkelt informants personlige narrativ. Det personlige narrativet representerte intervjuet og historien(e) som ble fortalt. Vi beholdt informantenes uttalelser i størst mulig grad, men måtte i denne prosessen også legge til, og erstatte ord for å skape mening i teksten. Informantene behersket engelsk, men hadde noen språkfeil spesielt når det gjaldt å fortelle i preteritum. Historiene ble skrevet på engelsk. Eksempel på hvordan vi var «narrative skapere» hvor transkriberingen er en del av analyseringen, er fra intervju 1:

«Im thirsty, and I have one bottle...small bottle. Yeah...stay with me. I'm thirsty and I dont drink. Eh...stay the bottle for my baby. Yeah.. To make milk for my baby»

Dette utsagnet ble tolket som om at hun var tørst, og hadde en liten flaske vann med seg. Men selv om hun var tørst, drakk hun ikke av den fordi hun sparte på vannet slik at hun kunne lage morsmelkerstatning til babyen sin:

« I was thirsty, and I had one small bottle with me, but I didn't drink it. Yeah, I was thirsty and I didn't drink it because I saved it to make milk for my baby».

Analysere: Hvert personlige narrativ ble deretter analysert individuelt, og hovedmomentene som skapte mening, kom fram. Under arbeidet med informantenes narrativer, delte vi opp historiene i kapitler. I denne prosessen markerte vi starten og slutten på det personlige narrativet og vi plasserte kapitlene i kronologisk rekkefølge.



Kapitlene fungerte på dette tidspunktet som våre hovedfunn og viste at resultatet vårt både hadde dybde og bredde, likheter og forskjeller. Det ble tydelig hvordan det ene personlige narrativet skilte seg ut. Denne informanten kom fra en annen verdensdel enn de andre. De fire resterende informantenes personlige narrativer var preget av likere beskrivelser. Vi måtte velge bort noe av empirien og fokusere på det som skapte mening i historien (Kvale, 2007). Vi har bevisst fokusert på narrativene som best belyser vår problemstilling, og valgt bort de narrativene som ikke er relevant for denne studien. Vi laget en rekonstruksjon med en mer sammenhengende, tettere og rikere historie på grunnlag av alle de personlige narrativene. Dette er vårt resultat presentert som hovednarrativet «Jeg er Haya». Alle valg vi har tatt i transkribering, oversettelse og presentasjonen har vært en del av analysen.

Dele: Det siste nivået i analysen er å dele og lese teksten. Vi har hele tiden lest utkastene sammen og også delt de med vår veileder, bi-veileder og medstudenter for tilbakemelding. Vi har også fått ekstern tilbakemelding fra en forsker med narrativ kompetanse. Denne responsen

og kritikken av resultatet har vært svært nyttig, blant annet for å korrigere logiske brister og få til en troverdig sammenheng og oppbygging.

3.7.2 Skapere av hovednarrativet «Jeg er Haya»

Vi har valgt å presentere hovednarrativet på norsk. Vi skrev først historien på engelsk, og beholdt i størst mulig grad informantenes sitater. Vi satt da igjen med en «fattigere» tekst uten de nyansene som informantene formidlet under intervjuet med tonefall, kroppsspråk og mimikk som gav narrative rikere mening utover ordene. Vi, i likhet med våre informanter, behersker vårt eget morsmål, bedre enn det engelske. Ved å oversette resultatet til norsk gjorde vi teksten mer leservennlig, og kunne gjenskape styrken og følelsene fra informantenes historier. Hvordan vi presenterer resultatene våre, har innvirkning både på om noen ønsker å lese dem og hvem leserne er (Ely, 2007). Vi ønsker at leseren skal få – i den grad det er mulig – en like sterk opplevelse av informantenes narrativer som det vi fikk under intervjuene.

Som «narrativ skapere» konstruerte vi hovednarrativet ved bruk av historier fra alle informantene. Ely (2007) skildrer hvordan narrativ forskning kan fremstilles eller presenteres; alt fra dikt og kunst til fortellinger i jeg-person. Vi har valgt å bruke jeg-form i hovednarrativet. Når man skriver i jeg-form blir teksten sterkere (Riessman, 2008). På denne måten får vi også i større grad brukt kvinnenenes egne uttalelser og beskrivelser og resultatet oppleves mer naturlig å lese.

Informantene hadde mange like narrativer. Samtidig kom det frem flere unike historier, som ikke kunne forenes til å omhandle bare en kvinne. Det var vanskelig å ekskludere det ene fremfor det andre. Derfor valgte vi å presentere våre resultater gjennom «Haya», som er hovedforteller. Hun forteller om sine opplevelser av å være gravid på flukt sammen med sin svigerinne «Nadja», som også er gravid. Narrative som direkte omhandler «Nadja», forteller «Nadja» selv også i jeg-form. Årsaken til dette er at hennes historie er så personlig med sterke følelser som ikke kan beskrives av noen andre enn henne selv. Med seg på reisen har de også en tredje kvinne, «Eveline», som reiser med en baby på tre måneder. Årsaken til at denne kvinnen er tatt med er at to av våre informanter hadde en liten baby i reisefølget, og dette preget deres historie. Ved det ene tilfellet var dette informantens egen baby. Hun ble gravid med sitt andre barn under flukten. «Evelines» historie er preget av opplevelser og

følelser knyttet til babyen sin samtidig som hun er på flukt. Dette er sterke narrativer som er litt på siden av vår problemstilling, men vi har likevel valgt å inkludere dem da det i stor grad sees i sammenheng med det å være mor, og det faktum at noen av de gravide kvinnene som er på flukt, har en nyfødt baby med seg på reisen. Hennes narrativer blir presentert gjennom «Hayas» beskrivelser av det hun ser. «Haya» møter «Abiona» i et asylmottak når hun ankommer Norge. Dette møtet er konstruert av oss for å inkludere «Abionas» unike historie om hvorfor hun måtte forlate hjemlandet sitt. Flere av informantene fortalte at de på asylmottak var blitt plassert på rom sammen med andre kvinner fra andre nasjonaliteter. Vi fant det derfor mest realistisk at møtet finner sted der.

I presentasjonen av vårt resultat følger vi flukten til «Haya» og «Nadja» med beskrivelsen av «Eveline» og møtet med «Abiona», og vi får et innblikk i deres opplevelser og erfaringer. De fire kvinnene er konstruert av oss med bakgrunn i historiene fra alle våre fem informanter. Det har vært viktig for oss at hovednarrativet representerer alle de fem informantene og at resultatet er autentisk og reelt så langt det lar seg gjøre. I en narrativ tilnærming vil det alltid være viktig å fremstille resultatet sitt så tett som mulig opp mot det vi informantene faktisk fortalte (Ely, 2007). Vi har derfor valgt å bruke et muntlig språk i vårt hovednarrativ.

3.8 Studiens troverdighet; den narrative sannhet

Studiens troverdighet (engelsk; *trustworthiness*) er et begrep som blir mye brukt i kvalitativ metode for å beskrive en studies pålitelighet og om man kan stole på at forskningsresultatene er gyldige. I kvantitativ metode brukes i denne sammenheng begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Det hersker uenighet blant kvalitative forskere om hvorvidt validitet-, reliabilitet- og generaliserbarhetsbegrepet skal og kan brukes i den kvalitative forskningen (Kleven, 2008), og de erstattes med begrepene *gyldighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet* (Kvale, 2007). Begrepene er nært knyttet til hverandre og sier sammen noe om troverdigheten på forskningsresultatene. For å oppnå et troverdig forskningsresultat, hvor leseren blir overbevist om at det som leses er genuint og gyldig, må det visse kriterier som må oppfylles (Riessman, 2008). Vi vil videre redegjøre for disse kriteriene.

Gyldighet: Studiens gyldighet betyr om vi har undersøkt det vi i utgangspunktet hadde til hensikt å undersøke og om resultatene samsvarer med den virkelige verden og den teoretiske

referanserammen (Krumsvik, 2014). I narrativ analyse er det viktig at det er en logisk sammenheng (engelsk; coherence) i historiene som identifiseres og skapes, både globalt og tematisk (Riessman, 2008). Den globale sammenhengen er knyttet til om historien samsvarer med den virkelige verden. Den tematiske sammenhengen er knyttet til om vi klarer å skape mening analytisk når historiene til våre informanter sammenfaller, og når historiene ikke sammenfaller (Riessman, 2008). Det er svært viktig at vi er bevisst vår egen forforståelse og utvikler refleksivitet (Josselson, 2007; Krumsvik, 2014). Det vil si at vi må kunne tvile på materiale vårt og vise evne til ettertanke.

I narrativt forskningsintervju er det to viktige gyldighetstrusler: intervjuerens troverdighet og påvirkningskraft (Krumsvik, 2014). Intervjuerens troverdigheten er knyttet til våre egne verdier, preferanser, teorier, og forforståelse som kan være en av hovedkildene til svekkelse av gyldigheten. Intervjuerens påvirkningskraft er relatert til å være bevisst den asymmetriske maktfordelingen i et forskningsintervju, og at det kommunikasjonsforholdet som man etablerer er avgjørende (Krumsvik, 2014).

Pålitelighet: Studien pålitelighet har med hvor konsistent vi er i alle leddene i forskningsprosessen, vår transparans og konsistens. Som intervjuere må vi her være bevisst at vi har lik fremgangsmåte og kontekst i hvert intervju, hvordan vi stiller spørsmålene, hvilke ord vi bruker, slik at vi er sikker på at informanten skjønner hva vi spør om, og at spørsmålene ikke er ledende (Kvale, 2007). En feilkilde kan også her være dersom vi har vært med på å påvirke svarene til informantene, bevisst eller ubevisst, på grunn av vår forforståelse. I kvantitativ metode er etterprøvbarehet sentralt når det gjelder en studies pålitelighet, at man vil få samme resultater dersom man gjør studien på nytt. I kvalitativ metode er etterprøvbarehet ikke mulig på samme måte. Her er pålitelighet knyttet til transparansen i studien, at man viser tydelig hva man har gjort, og hvilke valg man har tatt (Krumsvik, 2014).

Overføringsverdi: I motsetning til å få frem resultater som kan generaliseres (som i kvantitativ metode), ønsker man å få frem flest mulig nyanser og ulikheter og på denne måten kunne gi den kvalitative studien gyldighet (Kvale, 2007). Dersom resultatet er gyldig, vil man kunne tenke at det også er gyldig i andre sammenhenger, og studien vil ha en overføringsverdi (engelsk; transferability) (Krumsvik, 2014).

Vi skal ikke komme frem til den eneste sannhet eller fakta rundt et fenomen, men hensikten er å høre en versjon av et fenomen, som er en versjon av mange mulige (Malterud, 2013). Informanten som forteller sin historie fortolker det som har skjedd i fortiden, hun reproducerer ikke nøyaktig det som har skjedd. Vi tolker igjen informantens fortolkning av sin egen historie gjennom forskningsprosessen (Riessman, 2008). Troverdigheten i vår narrative studie kan på denne måten ikke knyttes til sannheten i historien som blir fortalt.

3.9 Etiske godkjenninger

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata [NSD] og Utlendingsdirektoratet [UDI], samt våre informanter som har underskrevet et informert samtykke. Vi var også i kontakt med pasientvernombudet ved Oslo Universitetssykehus [OUS]. Pasientvernombudet trengte ikke å godkjenne studien, da den ikke omhandlet pasienter. Etter forespørsel til Regional Etisk Komite [REK] var tilbakemelding at dette prosjektet ikke er søknadspliktig hos dem (vedlegg 5). Informantene underskrev skjema om informert samtykke, enten på engelsk eller sitt eget språk, før gjennomføringen av intervjuene. Informert samtykke er et viktig punkt i forskningsetikk. Kvinnene skal få og forstå samtykkeskjema og forstå konsekvensene av å delta i studien (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014). Å inkludere kun kvinner som snakket engelsk styrket ifølge NSD personvernet.

Informantene skulle ikke oppleve ulemper i form av sikkerhetsrisiko eller re-traumatisering av vanskelige hendelser i livet ved å fortelle om dem. Saksbehandler i NSD stilte spørsmålsteget til vår evne som studenter i forhold til å intervju en så sårbar gruppe som gravide flyktninger. Hun uttrykte at dette ikke var en oppgave for studenter. Vi redegjorde derfor grundig for vår erfaring som sykepleiere med sårbare grupper. NSD stilte krav til oppfølgingen av informantene i etterkant av intervjuene. Dette har vi fulgt opp. Da vi fikk beskjed fra leder i asylmottaket om en aktuell informant, kontaktet vår veileder psykisk helsevern i den kommunen informanten befant seg. Vi sikret at en fagperson fra psykisk helse var tilgjengelig dersom informantene ønsket å snakke med noen i etterkant av intervjuene. Ingen av informantene benyttet seg av dette.

Kvale (2007) påpeker at de etiske refleksjonene og overveielsene må tas fortløpende i forskningsprosessen og at det er viktig å ha med seg etikken helt fra idefasen. Det var viktig at informantene opplevde at deltagelse kunne føre til verken fordeler eller ulemper for dem (Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag, 2009).

Informantene skulle ikke få forhåpninger om at de fikk noen fordeler ved å delta, og at ikke vi kunne hjelpe dem utover å fortelle deres historie. Vi var tydelig på at deltagelse i studien ikke ville kunne øke sjansen for å få opphold i Norge. Det var også viktig at kvinnene var sikre på at det ikke utgjorde noen trussel eller fare for dem ved å delta. Alle personopplysninger ble anonymisert, og det fremkommer ikke i oppgaven hvilket asylmottak vi har rekruttert dem fra.

Våre etiske vurderinger i forskningsprosessen blir videre drøftet i kapittel 5.3 *Etiske vurderinger*.

4.0 RESULTAT; “JEG ER HAYA”

Jeg er Haya, og kommer fra et land i krig. Jeg var gravid under flukten til Norge og nå vil jeg fortelle min historie.

Jeg forlot hjemlandet mitt da jeg var gravid i syvende måned. Jeg reiste sammen med min mann og min sønn, Ismail på fire år. I reisefølget var også mine to svigerinner Nadja og Eveline med familiene sine. Najda som er gift med min manns bror, var gravid i fjerde måned da vi dro. Hun hadde ikke synlig mage så man kunne ikke se det på henne. Eveline, min manns søster reiste med sin mann og tre barn. Den yngste jenta var bare tre måneder gammel. Reisen tok 18 dager.

Det var så trist å dra fra huset mitt, senga mi og stolen min, landet og hjemmet mitt. Men vi hadde ikke noe valg. Jeg lå på nettene og hørte lyden av fly og bomber over huset vårt. Jeg gråt og følte hele tiden på frykten for å dø. Det var ingen fremtid for oss der lenger.

Nadja: Jeg jobbet som lærer i hjemlandet mitt. Det var ikke trygt verken for barna eller meg. Skolen ble ødelagt av bomber.

De som har tatt over og kontrollerer området hvor vi kommer fra er onde. De dreper, kutter av hånden eller hodet på mennesker i full offentlighet. Ismail var vitne til dette flere ganger, og han trodde til slutt at det var normalt. Jeg var redd for at sønnen min skulle ende opp som en av dem når han ble større.

Da jeg fant ut at jeg var gravid, ville jeg ta abort. Jeg var så redd for den usikre fremtiden for babyen. Da Ismail ble født var situasjonen annerledes. Vi hadde et hjem til han, nå hadde vi ingenting. Etter mye ettertanke kom jeg likevel frem til at jeg ikke kunne drepe barnet mitt. I begynnelsen av svangerskapet var jeg plaget med morgenkvalme og kastet opp. Jeg hatet kaffe og elsket ananas. Jeg tenkte at det kanskje kommer noe godt ut av graviditeten, og det blir fint for Ismail å få søsken. Jeg hadde vært til ultralyd og visste at jeg bar på en liten jente.

Før vi måtte flykte ble svangerskapet fulgt opp av lege og det følte tryggest å gå til lege. Det var en lege, og ikke en jordmor som tok imot Ismail da han ble født.

Nadja: Jeg var til legen og fikk bekreftet at jeg var gravid før vi dro. Legen fant ut at blodprosenten min var lav, og skrev derfor ut jerntabletter til meg. Jeg hadde en boks med meg på turen, og tok en tablett per dag. Han sa at jeg ikke måtte ta tablettene sammen med melk.

Vi dro midt på natten. Først kjørte vi noen timer i en varebil, så begynte gåturen gjennom skogen og over fjellet. Siden jeg var gravid, bar jeg bare en liten bag. Mannen min hjalp meg, og bar resten av bagasjen. Vi mistet noe av bagasjen vår på veien, og det var vanskelig å se stien mellom trærne og buskene i mørket. Jeg var så trøtt og sliten. Det regnet og var kaldt. Jeg var tørst og hadde smerter i hele kroppen av all gåingen. Eveline hadde med vann, men hun drakk det ikke, for hun sparte for å kunne lage morsmelkerstatning til babyen sin.

Da vi nådde grensen begynte politiet å skyte mot oss. Det oppstod panikk og alle løp. Svogeren min tok tak i Ismail og sprang med han i armene sine. Jeg var jo så sliten og det var vanskelig for meg å springe på grunn av den store magen. Da jeg kom i sikkerhet, på andre siden av grensen, begynte jeg febrilsk å lete etter sønnen min. Jeg kunne ikke se ham eller svogeren min noen steder. Alle ropte til meg at vi måtte komme oss videre, hvis ikke kom politiet til å ta oss. «*Jeg kan ikke dra uten sønnen min!*» ropte jeg tilbake. Men til slutt måtte jeg dra vider - uten Ismail.

I to dager, de verste dagene i mitt liv, levde jeg i uvisshet om hva som hadde skjedd med Ismail. Så fikk jeg vite at han var blitt tatt til fange av politiet. Min fire år gamle sønn satt i fengsel med onkelen sin! Svogeren min fikk til slutt gjort en avtale med politiet slik at de ble sendt tilbake til hjemlandet vårt. Så klarte de å flykte over grensen igjen, og vi ble gjenforent etter tre dager. Jeg var lykkelig over at Ismail var i live.

For å komme oss over havet måtte vi komme i kontakt med en smugler som kunne organisere båtturen for oss. Det er tusenvis av dem, og mannen min undersøkte og snakket med flere for å finne den beste. Vi betalte 1200 dollar per person for båtturen. Det var halv pris for barna. Vi hadde med kontanter på reisen. Nadja bar alle pengene sine i bh-en sin. Mannen min passet

på pengene våre. Han kjøpte en vanntett spesialveske til oppbevaring av penger og mobiler på reisen. Jeg var konstant trøtt på grunn av svangerskapet og kunne ikke ha ansvaret for pengene. Hvis noen hadde stjålet fra meg, hadde jeg ikke merket det.

Vi var livredde for havet. En måned før vi dro var det en liten gutt som hadde druknet. Hjerteskjærende bilder av den tre år gamle døde gutten i strandkanten var i alle medier. Vi var livredde for at dette skulle skje med oss, med gutten vår.

For å komme oss til båten, måtte vi gå tre kilometer midt på natta. Jeg hadde ikke kjent liv hele dagen og var bekymret. Men jeg blødde ikke, og det roet meg. Ismail sov. Det var svært viktig at vi ikke laget noe lyd, da kunne politiet oppdage oss og sende oss i fengsel. Vi hadde kjøpt redningsvester, men smugleren sa at vi måtte vente med å ta dem på til vi kom til båten.

Fremme ved båten befalte smugleren: «*Gå rett om bord i båten! Politiet kommer!*». Vi ble livredde og ropte at vi måtte få ta på oss redningsvestene. Da ble smugleren rasende: «*Hører jeg et ord til fra dere, ødelegger jeg båten og sender dere til havs!*». Vi hadde ikke annet valg enn å gå om bord i den skjøre gummibåten. Vi var sikkert over 50 mennesker tilsammen.

Store deler av bagasjen vår måtte vi legge igjen på land for at alle skulle få plass. De plasserte kvinner og barn i bunnen av båten, men da jeg kom om bord var det ikke plass og jeg ble sittende på kanten med Ismail på fanget. Han hadde nesten ikke plass på grunn av den store magen min. Jeg var så bekymret fordi vi ikke hadde rukket å få på han redningsvesten ordentlig. Eveline satt ved siden av med sin tre måneder gamle baby i armene sine. Vi var livredde. Båten var så overfylt at jeg ikke kunne se Nadja. Smugleren viste en av mennene hvordan båten skulle kjøres, og hvilken retning vi skulle. Så hoppet han i land og forsvant.

Båtturen tok tre timer, men for meg føltes det som tretti år. Jeg har aldri vært så redd i hele mitt liv. Jeg gråt hele båtturen, og ba til Gud for sønnen min, babyen i magen og alle barna. Bølgene ble kraftigere jo lenger ut på havet vi kom. Da vi var omtrent 20 minutter fra land begynte båten å ta inn vann, og vi måtte bruke hendene for å øse. Eveline så fortvilet på at noen helte ut de fem flaskene med morsmelkerstatning som hun hadde laget til turen, for å bruke flaskene til å øse med. Babyen gråt hele turen. Jeg var så redd for at vi skulle drukne. Vi forlot hjemlandet vårt fordi vi var redde for å bli drept, og nå var vi redde for å dø på havet.

Endelig kom vi i land. Men da viste det seg at vi hadde kjørt feil, og vi måtte klatre over noen høye klipper for å komme oss videre. Klærne våre var våte, og jeg var sliten og kald.

Nadja: Jeg var den siste kvinnen som forlot båten. Jeg hadde ingen barn og ingen så at jeg var gravid. Da jeg klatret på klippene falt jeg ned to ganger. Jeg hadde ikke kjent liv på noen dager og tenkte at jeg ikke var gravid lenger, at jeg hadde mistet barnet på grunn av påkjenningsene fra turen.

En annen kvinne falt også ned fra klippene og skadet kneet sitt. Fortvilelsen la seg over oss og alle barna gråt. Da fant jeg en fløyte i redningsvesten til Ismail. Jeg begynte å blåse i fløyten, i håp om at noen kunne høre oss og hjelpe oss. Alle barna gråt. Politiet hørte oss til slutt. De brakte oss til en flyktningleir hvor vi ble møtt av noen vennlige mennesker som ga oss både varme tepper og tørre klær.

Jeg ble undersøkt av lege da vi ankom flyktningleiren. Jeg sa til han at jeg ikke hadde kjent liv fra babyen, og at bena mine var veldig hovne og vonde. Han kontrollerte blodtrykket mitt, og det var høyt. Han hadde ikke utstyr til å sjekke babyen i magen. Han sa at siden jeg var gravid, kunne han ikke gi meg noe smertestillende. Jeg var svært redd for at jeg hadde mistet babyen. Men da jeg la meg for å sove rundt midnatt, til min store lettelse og glede, kjente jeg heldigvis at hun sparket igjen.

Nadja: Jeg fortalte legen som undersøkte meg at jeg var gravid, at jeg hadde falt to ganger og at jeg ikke kjente liv. Jeg fikk ikke noe hjelp fordi jeg ikke var synlig skadet. Bare de med synlige skader fikk medisinsk hjelp. Jeg trodde at jeg hadde mistet barnet.

Vi var to dager i flyktningleiren før vi fortsatte reisen nordover gjennom Europa. Vi måtte hele tiden være i bevegelse. Det var tungt. Og vi måtte ha papirene våre i orden når vi reiste fra det ene landet til det andre. Dette medførte venting. Gå, stå og vente. Det var hardt for meg på grunn av svangerskapet. Jeg hadde mye hodepine og smerter i hele kroppen. I tillegg var jeg trøtt hele tiden. Vi var trøtte alle sammen. Jeg fikk aldri sove, alle barna gråt hele tiden og vi måtte holde oss våkne i tilfelle vi måtte forflyttes. Myndighetene i de landene vi reiste gjennom, bestemte når vi måtte forflytte oss videre, og politiet gikk sammen med oss deler av veien. I et av landene måtte vi gå 17 kilometer uten at vi hadde mat eller drikke. Jeg var så

sliten, og bena mine hovnet opp igjen. Jeg måtte på toalettet og spurte en politimann: «*Vær så snill, jeg må på toalettet! Vi må på toalettet!*». Men han stoppet meg. Vi var også så tørste og sultne på dette tidspunktet, men måtte stå og vente. Flere av stedene merket vi godt at flyktninger ikke var ønsket.

En natt lå vi på bakken under et tre uten teppe. Vi ventet på et tog som skulle frakte oss videre. Det var kald vind og det snødde. På togstasjonen var det hundrevis av mennesker, flyktninger som oss, som alle ville ha en plass på toget, og det var mye dytting. Det var som et mareritt. Vi trakk oss derfor litt tilbake og ventet til de fleste hadde gått ombord. Heldigvis fikk vi plass vi også. Den lille jenta i magen var svært aktiv og jeg kjente henne hele tiden. Det var en betryggende følelse opp i alt kaoset.

Etter togturen måtte vi stå flere timer i kø for å få ordnet papirene våre igjen. Jeg var så sulten, sliten og trøtt. Politiet var svært strenge, og vi fikk ikke lov til å sette oss ned og hvile. En kvinne som jobbet frivillig så meg, at jeg var gravid og hvor sliten jeg var. Hun snakket med politiet, og hjalp oss med å ordne papirene så vi fikk reise videre.

Like etter ble Evelines tre måneder gamle baby svært syk, med høy feber. Hun måtte på sykehus for å få behandling. Eveline hadde to andre barn med seg på reisen, og ville ikke dra fra dem for å følge den yngste til sykehuset. Hun spurte derfor Nadja om *hun* kunne ta med seg barnet til sykehuset. Nadja tok med seg jenta og dro.

Nadja: Jeg dro til sykehuset med babyen og fortalte sykehuspersonellet at jeg var moren hennes. Jeg trodde hun bare skulle inn for en rask sjekk, men hun var så syk at hun måtte bli på sykehuset i to dager. Jeg ble der sammen med henne, tok vare på henne, og lot som om hun var min. Jeg fortalte ikke sykepleierne at jeg var gravid.

Familien min ble på dette tidspunktet flyttet til et nytt sted. Mannen min var ikke fornøyd med dette og nektet. Politiet forklarte han "vi sender din kone etter dere". Han protesterte, men det hjalp ikke, og de ble flyttet til en ny leir.

Etter to dager ble babyen til Eveline skrevet ut fra sykehuset. Jeg og babyen ble tatt med til en leir med mange andre flyktninger. Jenta begynte å gråte. Hun var sulten. Eveline ammet henne fremdeles, i tillegg til morsmelkerstatning. Og på sykehuset hadde hun kun fått erstatning i to dager. Nå hadde jeg ingenting å tilby henne. Jeg satt

meg fortvilet ned på bakken, med den gråtende babyen i armene mine, og begynte å gråte selv. Jeg savnet familien min. Noen av menneskene la merke til meg og kom opp til meg. Da fortalte jeg en av mennene at det ikke var min baby, og at familien min var blitt flyttet til en annen leir. Han snakket med politiet og i løpet av en time kom en politidame som tok babyen og meg med i bilen, og til min store lettelse ble vi gjenforent med familien min i en ny leir.

Da vi kom til det neste landet måtte vi gå tre timer i skogen, midt på natta. Nok en lang gåtur i mørket. Det var vanskelig å gå fordi bakken var gjørmete og klissete. Føttene våre sank og satt fast i gjørma. Mennene gikk i en sirkel rundt, med kvinner og barn i midten. Vi hadde lommelykter for å klare å se veien. Nadja falt og slo seg igjen under denne turen.

Nadja: Jeg hadde hverken krefter eller tid til å tenke på svangerskapet eller at jeg var tørst. Vi tenkte på barna, og det eneste vi ville var å komme frem. Jeg kjente ingen bevegelse i magen, og begynte å blø etter at jeg falt, så jeg trodde at jeg ikke lenger var gravid.

I neste leir ble vi undersøkt av lege. Her var det et eget telt hvor alle gravide ble undersøkt. Legen kontrollerte blodtrykket mitt, og det var høyt – som forrige gang. De testet ikke urinen eller gjorde ultralyd. De hadde ikke utstyr til å undersøke babyen i magen. Jeg fortalte legen at jeg hadde hodepine og smerter i hele kroppen. Han ga meg to paracet og ba meg om å ta det med ro, og sa at jeg ikke skulle stresse og bekymre meg så mye. Han sa også at det var viktig at jeg fikk litt søvn. Det var ikke lett for meg å hverken sove eller hvile på grunn av flukten. Og jeg var hele tiden bekymret for både barnet i magen, og Ismail.

Nadja ble også undersøkt, både av sykepleier og en lege. Siden hun var gravid, hadde falt to ganger og nå blødde, insisterte begge på at hun burde undersøkes nærmere på sykehus. Men Nadja nektet for andre gang. De forsøkte å overtale henne, men hun dro ikke. Hun fortsatte bare å ta jerntablettene sine.

Nadja: Jeg ville ikke dra til sykehuset fordi jeg var så redd for å miste familien min igjen. Hvis jeg måtte bli på sykehuset og familien min plutselig ble flyttet til et nytt sted, ville jeg mistet dem. Jeg ville ikke at det skulle skje igjen, slik som da jeg dro til sykehuset med babyen til Eveline. Jeg kjente ikke noe til svangerskapet og jeg trodde at jeg hadde mistet babyen i magen.

Vi møtte flere sykepleiere på turen som forsøkte å få Nadja til å dra til sykehuset. Men hun dro ikke. Blødningene hennes fortsatte en liten stund, men så ga det seg. Hun ville ikke snakke om svangerskapet.

I leirene ble vi plassert i telt sammen med mennesker fra flere andre nasjonaliteter. Det kunne være skummelt, og det hendte det var slåssing mellom flyktninger fra forskjellige land. Sanitetsforholdene var forferdelige. Det var likt alle stedene vi kom til. Altfor mange mennesker skulle bruke det samme toalettet. Fordi jeg var gravid, måtte jeg tisse hele tiden. Spesielt om natten var jeg oppe både tre og fire ganger. Det var helt grusomt og lukten var uutholdelig. Det var aldri varmt vann, så jeg dusjet ikke på to uker. Vi måtte alltid stå i kø for å få mat, for å gå på toalettet og for dusje. Og når det ble min tur var det aldri noe varmt vann igjen.

Da vi ankom Norge følte jeg meg endelig trygg. Norge kan beskytte oss tenkte jeg. På et mottak ble jeg plassert på et rom med tre andre kvinner. Vi var fra forskjellige land. En av dem snakket engelsk. Hun het Abiona og, man kunne se at hun kom fra en annen del av verden enn meg. Hun var høygravid og fortalte at hun under flukten, hadde vært til ultralyd og fått bekreftet at babyen i magen vokste og hadde det bra. Årsaken til at hun hadde flyktet fra landet sitt var i motsetning til meg ikke på grunn av krig. Hun måtte flyktet fra sin egen familie, bare seks år gammel. Hun fortalte en sterk historie om hvordan de av kulturelle årsaker kjønnslemlestet små jenter i landsbyen. De bruker skitne, sløve kniver, og binder jentene fast i etterkant. Ingen smertelindring. Mange av jentene ble svært syke, og fikk problemer med vannlating, menstruasjon og smerter resten av livet. Noen døde av infeksjoner i etterkant av inngrepet. Faren som hadde beskyttet henne mot denne tradisjonen, døde plutselig. Hans familie ville omskjære henne, for å forsvare familiens ære. Hun nektet fordi hun visste om alle farene og var livredd. Familien hans nektet henne å delta i sin egen fars begravelse fordi at hun hadde vanæret familien ved å ikke la seg omskjære. Hun var livredd,

så hun flyktet. Livet var ikke lett for henne. Hun var helt alene, og hadde ingen venner eller familie her i Norge. Hun gråt når vi snakket sammen. Hun savnet morens sin og søsknene sine. Hun var så lei seg og så alene.

Da vi kom til Norge ville endelig Naja bli undersøkt av en lege.

Nadja: Jeg oppsøkte aldri sykehus på flukten før jeg kom til Norge, her følte jeg meg endelig trygg. Jeg var ikke lenger redd for at familien min skulle bli sendt videre og at jeg skulle bli alene. Men i Norge fikk jeg ikke lov til å gå til sykehuset. Sykepleieren fortalte meg at jeg måtte til en lege først og så etter dette, få en avtale til å dra på sykehuset. Jeg dro først til legen. Han undersøkte meg, og lyttet lenge, men fant ikke hjertelyden til babyen min. Han sa det ikke var noen baby, at jeg ikke var gravid. Jeg ble fullstendig knust. Han ga meg en henvisning til sykehuset, tre dager etter. I disse tre dagene var jeg som en død kvinne. Jeg lå i sengen hele dagene, orket ikke stå opp. De ansatte på mottaket så til meg flere ganger og forsøkte å få i meg mat. Men jeg klarte ikke spise. Jeg klarte ikke sove. Det eneste jeg ville var å få komme på sykehuset og få vite hva som var skjedd med babyen min. Til slutt kom en sykepleier og så til meg. Hun så det bleke ansiktet mitt. Hun tok meg i bilen sin og kjørte til sykehuset.

Der møtte jeg en hyggelig lege som forsto situasjonen min. Hun undersøkte hun meg med ultralyd og der, på skjermen viste det seg en aktiv lita jente. Jeg var overlykkelig og gråt. Hun så frisk ut, men var veldig liten. På dette tidspunktet var jeg var fem måneder på vei i svangerskapet, men man kunne ikke se noe på kroppen min. Magen vokste ikke. Men hjertet slo.

Jeg husker hele reisen. Jeg forsøker, men klarer ikke glemme frykten, usikkerheten, håpløsheten og smertene. Jeg kommer aldri til å glemme det! Smertene, ikke bare i magen, men i hele kroppen. Å flykte er tøft for alle, men det er enda tøffere når man er gravid. Å være gravid og på flukt er en stor påkjenning, men for barna mine er jeg villig til å tolerere alt. Jeg vil gjøre alt for Ismail og barnet i magen. Livet er ikke lett, noen ganger er det veldig vanskelig. Men for barna og for meg vil det gå bra. På arabisk sier vi «alhamdulillah», «*takk Gud for alt*», alt fra Gud er godt. Jeg tror på dette. Jeg må tro på dette for å komme meg

gjennom livet og de utfordringene det byr på. Jeg vil gjøre alt for å gi barna mine en god fremtid.

Nadja: Nå er jeg engstelig for fødselen. Jeg må føde uten familien min. Jeg er så trist for at moren min ikke kan være sammen med meg. Jeg er morløs her. I hjemlandet mitt er familien alltid tilstede under fødselen og etterpå. Og det er spesielt stort når det er første barnet. De bor sammen med deg i to uker. Passer på deg og hjelper deg. Jeg snakker med moren min på telefonen, vi gråter sammen. Hun er trist for at hun ikke skal få se sitt første barnebarn. Fremtiden til mine foreldre er usikker, siden de fremdeles bor i hjemlandet vårt. De klarer ikke reisen til Norge. Jeg er redd jeg aldri kommer til å møte dem igjen. Savnet av familien er så stor at jeg ikke vil ha flere barn etter dette. Jeg vil ikke utsette meg selv for denne situasjonen igjen uten foreldrene mine, uten min mor.

Min historien er bare en av tusen historier om gravide kvinner på flukt – kvinner som bare ønsker å gi barna sine en fremtid.

5.0 DRØFTING

Vi vil i dette kapittelet drøfte våre hovedfunn fra resultatet; hovednarrativet «Jeg er Haya». Videre vil vi drøfte studiens styrker og svakheter og etiske vurderinger.

5.1 Hovedfunn

Basert på hovednarrativet har vi kommet frem til følgende hovedfunn som belyser fenomenet «Gravid på flukt»:

- Behovet for å beskytte og behovet for beskyttelse
- Synlig eller ikke synlig gravid
- Møtet med helsevesenet; tilfeldig og uorganisert
- Savnet av familien og hjemlandet

5.1.1 Behovet for å beskytte og behovet for beskyttelse

Innledningsvis er behovet for å beskytte tredelt. Det handler både om å beskytte barnet i magen og å beskytte de barna som er utenfor magen. For å kunne beskytte barna må kvinnene også selv overleve. Hun må også beskytte seg selv. Fremdeles dør det alt for mange kvinner relatert til svangerskap og fødsel (Alkema et al., 2016). Og som flyktning har man høyere risiko for dårligere utfall på svangerskapet (Gibson-Helm et al., 2014). Vi mener derfor at disse kvinnene er spesielt utsatt og at beskyttelse er helt sentralt. De er villige til å ofre alt for å beskytte sine barn og for å få beskyttelse. Jordmors rolle er også å beskytte. Hun skal beskytte kvinnen, familien og barnet. Dette kan gjøres blant annet ved å forbedre helsehjelpen kvinnen mottar under flukt og sikre at alle kvinner får lik hjelp (International Confederation of Midwives, 2014).

I lys av dette mener vi jordmor ikke bare må sikre at det gis lik tilgang på helsehjelp til gravide og fødende, det må også være en selektert hjelp, der de som trenger mer får dette. Gravide flyktninger trenger mer hjelp. Både fordi de er flyktninger og svært sårbare (Steel et

al., 2009) og fordi gravide flyktninger har høyere risiko for dårligere svangerskapsutfall (Bakken, Skjeldal, & Stray-Pedersen, 2015, Gibson-Helm et al., 2014). For å beskytte kvinnen, familien og barnet må jordmor sørge for at kvinnene mottar den tilpassede helsehjelpen de trenger.

Årsaken til at kvinnene flykter er i stor grad et hjemland som ikke fungerer. Skoler er bombet, jobber er mistet. En naturlig konsekvens er at svangerskapsomsorgen heller ikke fungerer optimalt, hvis den fungerer i det hele tatt. Det er over 100 millioner mennesker i verden i dag som har behov for humanitær hjelp, og en fjerdedel av disse er kvinner i reproduktiv alder. Av maternell dødelighet finner man at 3/5 er i forbindelse med humanitære katastrofer og blant sårbare grupper (United Nations Population Fond, 2015). Derfor er det så viktig å huske på at dette ikke er kvinner som flykter for å få en bedre fremtid eller et bedre liv. Dette er kvinner som flykter for å overleve.

På den ene siden er det altså mødre som flykter med sine barn for å beskytte dem og for å gi dem en fremtid. På den andre siden har vi historien til Abiona. Dette er en kraftig kontrast, fordi hun som barn selv flykter fra de som skal beskytte henne. Hun trues med kjønnslemlestelse som liten jente og rømmer. I landet og kulturen hun kommer fra, må jentene kjønnslemlestes for å få en fremtid, men risikerer samtidig å miste livet. Kjønnslemlestelse medfører risiko for infeksjon, smerter og i verste fall dødsfall (Helgadóttir, Sand, Hagemann, & Kløkstad, 2015). Abiona har vært på flukt hele livet. Nå er hun gravid, alene og desperat etter beskyttelse både for seg selv og fosteret. Kvinner som har blitt kjønnslemlestet har økt risiko for negativt stress hos fosteret, akutt keisersnitt, lav apgar-score og neonatal dødelighet (Vangen, Stoltenberg, Johansen, Sundby, & Stray-Pedersen, 2002). Derfor er kjønnslemlestelse en trussel for kvinnen på kort sikt og for fosteret på lang sikt. Ved å flykte har Abiona klart å beskytte seg mot risikoer relatert til kjønnslemlestelse. Jordmor skal beskytte kvinnen. Hun skal vise respekt for ulike kulturer, men samtidig jobbe for å fjerne skadelige tradisjoner (International Confederation of Midwives, 2014). Vi mener derfor at Abionas historie er svært viktig for å vise bredden på jordmors ansvarsområde.

Flukten medfører også en risiko for å dø, både for kvinnene og barna. Haya forteller at hun var redd for at de kom til å dø på havet. Fra januar 2016 og frem til i dag (oktober 2016), er over 3600 flyktninger omkommet eller savnet i Middelhavet (International Organization for Migration, 2016). Disse tallene taler for seg selv. Kvinnene er preget av medias dekning av

flyktningstrømmen over Middelhavet med bilder og reportasjer fra skrekkeksempler hvor barn har druknet og ligger døde i strandkanten. Båtturen i seg selv innebærer en stor risiko for liv og helse. Smuglerindustrien, som organiserer blant annet båtturen over middelhavet, er vokst til å bli en milliardindustri (Flyktninghjelpen, 2016) og det er lett å tenke seg hvordan sikkerhet og forvarlighet ikke står høyest på prioriteringslisten i denne svært kyniske industrien.

Den materielle dødeligheten synker, men reduksjonen går ikke raskt nok. For å oppnå bærekraftmålene for 2030, om under 70 materielle dødsfall per 100 000 levendefødte, kreves en økt hastighet i reduksjonen Alkema et al. (2016). Dersom denne transporten kunne blitt organisert på en annen måte er det lett å tenke seg at noen liv ville vært spart. Vi mener derfor dette er så viktig å kaste lys over. Dersom vi klarer å øke innsikten, kunnskapen og engasjement rundt disse mødrene vil det kunne bidra til at færre dør og flere får en fremtid. På denne måten kan vi som jordmødre være med på å beskytte dem og barna.

5.1.2 Synlig eller ikke synlig gravid

I denne studien fikk vi belyst kontrasten mellom å være synlig gravid på flukt, som Haya, og Nadja som ikke er synlig gravid. I lys av dette mener vi at hvor langt kvinnene er på vei i svangerskapet har betydning for deres opplevelser og erfaringer både knyttet til selve svangerskapet, oppfølgingen og den psykiske og fysiske påkjenningen ved å være på flukt. Dette er også nært knyttet til om de får bekreftelse på graviditeten fra sin egen kropp og omgivelsene.

Haya får på den ene siden bekreftelse i form av fosterbevegelser og den fysiske belastningen ved slutten av svangerskapet. Hun er tung, har mye vondt, hoven i bena, og påkjenningen ved de lange gåturene er derfor stor for henne. Hun får også bekreftelse fra omgivelsene på den store magen, og at hun reiser sammen med et barn. Dette belyses i narrativet, hvor en kvinne som jobbet frivillig så Haya stå og vente, gravid og sliten og hjalp henne slik at de kunne reise videre. Dersom det var Nadja, hadde hun også fått hjelp? Trolig ikke. Det kan tenkes at svangerskapet til Haya oppleves mer reelt, samtidig som det kan ha gitt henne økt bekymring for fosteret. Haya vet at hun utsetter seg selv og svangerskapet for en risiko, og har et ekstra behov for å få bekreftelse på at fosteret også har det bra. Det får hun ikke. De fleste gravide som oppsøker helsehjelp vil bare vite om barnet i magen har det bra eller ikke (UNFPA, 2015).

Nadja på den andre siden, var gravid med sitt første barn, men det synes ikke på henne. Hun fikk ikke bekreftelse fra sin egen kropp, hun kjente ingen fosterbevegelser, og hun sier flere ganger at hun tror at fosteret ikke har overlevd. Det hevdes at fosterbevegelser er svært viktig i forhold til tilknytning til barnet og derfor mener vi at dette er en viktig årsak til at Nadja forsøker å fornekte svangerskapet ovenfor seg selv.

Flukten var en stor påkjenning også for Nadja, til tross for at hun ikke var synlig gravid. Hun kjente de fysiske og psykiske endringene fra svangerskapet godt. Hun var ekstra trøtt og sliten på tross av at hun tok jerntablettene sine. Hun uttrykker at hun ikke hadde mulighet til å tenke på seg selv, og at barna i reisefølget var førsteprioritet. Dette illustreres i historien hvor hun følger datteren til Eveline på sykehuset.

Hun får heller ikke bekreftelse fra omgivelsene på graviditeten slik Haya til en viss grad fikk. Dersom hun var høygravid i møte med helsepersonell i den første flyktningleiren, etter at hun hadde falt på klippene, mener vi at hun ville blitt undersøkt slik som Haya ble.

Vi hevder at ved å fornekte graviditeten, klarer hun å komme seg gjennom flukten. Det blir en overlevelsestrategi. Paradoksalt nok fortsetter hun å ta jerntablettene sine, som kan være et tegn på at hun innerst inne likevel tenker og/eller ønsker at hun er gravid. Og når hun er i trygghet i Norge, får hun et akutt behov for bekreftelse på at fosteret lever.

En vesentlig forskjell på disse to er også pariteten. Nadja er verken synlig gravid eller mor. Dersom hun hadde hatt barn med seg ville hun blitt tatt hensyn til av omgivelsene, og for eksempel fått gå ut av båten tidligere. Vi tenker at hun heller ikke hadde fått spørsmål om å følge Evelines datter på sykehuset. Da hadde hun sluppet belastningen og konsekvensene av dette besøket.

5.1.3 Møtet med helsevesenet; tilfeldig og uorganisert

Vi finner i vår studie at kvinnene beskriver en tilfeldig og lite organisert oppfølging av svangerskapet. Funnet er også nært knyttet til lengden på svangerskapet som beskrevet ovenfor. Det er forståelig at det blir utfordrende med en helhetlig svangerskapsoppfølging når kvinnene stadig er i bevegelse fra land til land. Dette funnet bekreftes i UNFPA (2015) rapporten som beskriver at det er kaotiske og lite oversiktlige forhold for mange flyktninger. NICE guidelines (2010) har definert gravide flyktninger som en sårbar gruppe og understreker at kvinnene skal behandles med respekt og verdighet. I lys av dette setter vi spørsmålsteget til

den oppfølgingen som kvinnene får i møtet med det helsepersonellet som er tilgjengelig på flukten og ved ankomst Norge. Haya beskriver at hun i den ene flyktingleiren var i et eget telt hvor alle gravide ble undersøkt. Dette i seg selv tyder på en organisert helseundersøkelse, og at det i dette teltet befinner seg kvalifisert personell til å ta hånd om gravide. Legen hun møter der måler blodtrykket hennes som er altfor høyt, hun beskriver hodepine, og har ødemer i bena. I dette kliniske bildet er det en del varselplamper som bør lyse hos legen. Høyt blodtrykk, i sammenheng med hodepine og ødemer er tegn på begynnende svangerskapsforgiftning, som i ytterste konsekvens er dødelig (Robson, Marshall, Doughty, & McLean, 2014). Er det virkelig slik at Haya har møtt kvalifisert helsepersonell som bare gir henne to paracet og ber henne om å hvile? En mulig forklaring på denne historien er at hun ikke har møtt et kvalifisert helsepersonell. WHO (2004) påpeker på behovet for kvalifisert helsepersonell for å redusere den maternelle dødeligheten. Målrettet omsorg for kvinner under graviditet, fødsel og barsel i krise kan være med på å redusere maternell dødelighet (Alkema et al., 2016). Vi mener derfor at man må sette inn tiltak rettet mot denne gruppen. De gravide flyktingene må få kvalifisert og hensiktsmessig svangerskapsoppfølging, og man skal etterstrebe bruk av kvalifisert jordmor (International Confederation of Midwives, 2014).

På en annen side er det vanskelig for oss å forstå hvilken situasjon helsepersonellet som Haya møter på flukten er i. Det er mulig at denne behandlingen skyldes mangel på ressurser. Dersom legen som undersøker henne verken har utstyr, medisiner, økonomi eller muligheter til å hjelpe henne videre, er kanskje behandlingen likevel forståelig? Hjelpen gravide kvinner mottar på flukt, er av svært varierende kvalitet, helt avhengig av hvor kvinnen oppholder seg (UNFPA, 2015). Abiona, som flyktet en annen rute enn Haya og Nadja, fikk svangerskapskontroll med ultralyd på flukten før hun ankom Norge. Dette funnet bekreftes av en studie som viste at gravide kvinner i flyktingleirer hadde bedre svangerskapsutfall og bedre helse enn kvinnene i landets befolkning for øvrig (Hynes, Sheik, Wilson, & Spiegel, 2002). På den ene siden kan være dette et tegn på at gravide flyktinger får god helsehjelp, men på den andre siden kan det vitne om dårlige kvalitet på helsehjelpen i landet de flykter fra, og landet de befinner seg i. Jordmødre og kvalifisert helsepersonell er essensielle i forhold til forbedring av den globale kvinnehelsen, ikke minst reduksjon av maternell dødelighet (Ten Hoope-Bender et al., 2014).

Det er likevel en behandling av Haya og Nadja som mangler verdighet. Det var ikke utstyr til å lytte etter fosterlyden. Hadde Nadja blitt undersøkt av kvalifisert helsepersonell som kunne kontrollere om fosteret var i live, ville hun kanskje fått den bekreftelsen og annerkjennelsen hun trengte. På grunn av sykehushistorien med Evelines datter nekter Nadja senere på flukten å oppsøke hjelp, på tross av at helsepersonell og familie råder henne til det. Frykten for å miste sin familie, er på dette tidspunktet større for henne, enn å undersøke egen fysisk helse og om fosteret i live. Da hun faller for andre gang på flukten, og i tillegg begynner å blø, bekrefter dette trolig hennes tidligere tanker om at hun har abortert og vi tolker det som at hun forneker graviditeten. Gravide kvinner på flukt tar ikke kontakt med helsepersonell før det er for sent. Dette er en av flere viktig årsaker til maternell og føtal dødelighet (Hynes et al., 2012). Vi tenker at Nadja, i ytterste konsekvens, kunne blitt alvorlig syk og ikke overlevd flukten. Både på grunn av at hun ikke dro til sykehuset og en for dårlig og mangelfull svangerskapesoppfølging. UNFPA (2015) rapporten bekrefter også disse funnene. Det gis på langt vei generell helsehjelp i kriser, men sjelden direkte hjelp mot svangerskap, fødsel og barsel.

Helsedirektoratet kom i 2015 med oppdaterte retningslinjer for flyktninger, asylsøkere og familiegjenforening. Asylsøkere og flyktninger har de samme rettigheter på helsetjenester som den øvrige befolkning i Norge (Helsedirektoratet 2016). Nadjas historie om møtet med det norske helsevesenet forteller noe annet. Når legen ikke finner hjertelyden til fosteret får hun en henvisning til sykehuset om tre dager. Siden hun ikke var synlig gravid, kan det her tenkes at legen som undersøkte henne konkluderte med at hun hadde abortert på et tidlig tidspunkt i svangerskapet, og at det ikke var noe liv som kunne reddes. Vi finner det likevel uverdigg at en kvinne på flukt, som nylig har ankommet Norge, opplever å måtte vente på asylmottaket i tre dager før hun får vite om hun har abortert eller ikke.

Gravide flykninger får ofte ikke fullt utbytte av svangerskapsomsorgen. Dette er tankevekkende, når det er disse kvinnene som trenger det mest. Vi tenker at et svangerskap på flukt er et risikosvangerskap og må behandles deretter.

5.1.4 Savnet av familien og hjemlandet

Kvinnene savner hjemlandet sitt. De flykter ikke bare fra alt det vonde, men forlater også det gode, som familien og venner og hjemlandet sitt, slik det en gang var. Nadja beskrev savnet så sterkt at hun ikke orket tanken på flere barn, spesielt ikke uten moren rundt seg. I lys av

dette styrkes derfor våre funn om at disse kvinnene aldri hadde noe valg; de måtte flykte. Savnet etter moren kom tydelig frem hos Nadja. Raphael-Leff (2011) trekker frem forholdet til sin egen mor, når hun beskriver fasene i svangerskapet. Spesielt trekker hun frem kvinnens mor i differensieringsfasen. Det er naturlig at forholdet til egen mor kommer frem da, fordi man selv er i ferd med å venne seg til at man går fra å være kvinne til å bli mor. Nadja er i differensieringsfasen når hun reiser, og hun er også førstegangsfødende. Det har vært nyttig å se kvinnene i lys av disse fasene for lettere å forstå deres opplevelser og erfaringer rundt å være gravide på flukt. Og vi ble svært forundret over hvor godt det stemte.

I følge vårt resultat er betydningen av familie, spesielt mor, i forbindelse med svangerskap fødsel og barselid svært avgjørende for disse kvinnen. Det er utfordrende å ha en annen kultur samt være i en sårbar sosial situasjon som gravid og fødende. Det er derfor viktig at jordmor viser respekt og forståelse for andre kulturer i møte med gravide flyktninger, herunder betydningen av tilstedeværelsen av familien. Manglende forståelse og innsikt i en annen kultur kan også føre til dårligere omsorg for den gravide kvinnen (Correa-Velez & Ryan, 2012). Derfor tenker vi at jordmor må inneha kunnskaper om kultur, for eksempel i forhold til kjønnslemlestelse og familiens betydning, i møte med gravide flyktninger.

Det kan hevdes at å mangle familie, foreldre og sosialt nettverk har negativ påvirkning på det å være på flukt, og kan føre til isolasjon og depresjon (Helsedirektoratet, 2016). Dette bekreftes av en systematisk oversiktsartikkel som antyder at kvinner på flukt har høyere risiko for å utvikle postpartum depresjon, og at intervensjoner rettet mot sårbare grupper er nødvendig (Dennis & Dowswell, 2013). Derfor er det grunn til å anta at både Haya, Nadja og Abiona sto i fare for å bli deprimerte. For flyktninger og asylsøkere kan også flukten i seg selv forsterke psykiske problemer (Helsedirektoratet, 2016). I tillegg preges gravide flyktninger av de umenneskelige opplevelsene og erfaringene fra hjemlandet. Selv etter at de eventuelt får oppholdstillatelse i Norge vil minnene fra flukten og forholdene i hjemlandet for alltid følge dem.

5.2 Studiens styrker og svakheter; er studien troverdig?

Vi har gjennom hele forskningsprosessen vært kritiske til alle valg vi har tatt, og hvordan dette kan påvirke studiens troverdighet.

5.2.1 Studiens gyldighetstrusler

Har vi valgt riktig metode for å svare på problemstillingen? *Studiens gyldighetstrusler* er som nevnt tidligere knyttet til det faktum om vi har undersøkt det vi hadde til hensikt å undersøke, og om resultatene samsvarer med virkeligheten.

Vi diskuterte om det kunne være hensiktsmessig med fokusgruppeintervjuer for å få frem flere nyanser av kvinnes opplevelser og erfaringer. Vi kom frem til at det hadde blitt vanskelig gjennomføre rent praktisk med tanke på rekruttering og tolketjenester. Dersom alle kvinnene var fra samme region og snakket samme morsmål, ville dette kanskje vært mer aktuelt. Kvinnene som takket ja til å delta i studien ønsket å fortelle sin historie, og fortalte svært personlige og følelsesladete historier. I en fokusgruppe tenker vi også at man kunne gått glipp av verdifulle historier, da kvinnene kanskje ikke ville delt sine personlige tanker og følelser i like stor grad dersom de satt sammen med andre kvinner. Ved å bruke narrativ tilnærming har vi kunne beholde kvinnes historier intakt. Vi mener derfor at den narrative tilnærmingen med individuelle intervjuer er riktig metode til vår studie.

Det som gir en historie mening vil variere og kan være avhengig av hvem som forteller historien, hvem som lytter, hvilke kontekst man er i, kultur, nasjonalitet og historie (Sandelowski, 1991). Vi er norske jordmorstudenter som intervjuer kvinner på flukt i asylmottak i Norge. Vi har ulik nasjonalitet, kultur og historie enn informantene våre. Historien de forteller oss vil være preget av dette. Dersom de fortalte historiene til en søster eller mor, ville den kanskje blitt fortalt på en annen måte. Vår påvirkningskraft i intervjusituasjonene kan på denne måten være med på å svekke gyldigheten i studien. I relasjonen mellom intervjuer og informant dannes historien på nytt, preget av relasjon, tid og sted (Riessman, 2008). Dette kan føre til at informantene tilpasser historiene sine fordi det er vi som lytter og gyldigheten i intervjuet svekkes. Vi tenker at historiene til informantene også er farget av situasjon de befinner seg i nå, og vi kan heller ikke garantere at de historiene de forteller oss om flukten til Norge er sanne. Vi må også ta i betraktning at det er deler av historien de av ulike grunner ikke delte med oss.

Vi ville skape en hyggelig og avslappet atmosfære i intervjuene og hadde derfor med frukt og nøtter og litt drikke, og var bevisste vår plassering i rommet i forhold til kvinnen. Et eksempel på dette er intervju 5 hvor vi endte opp med å sitte på barnestoler, mens kvinnen som var høygravid satt i en sofa i et fellesrom på asylmottaket. Vi satte først frem vanlige stoler, men endte da opp med å sitte mye høyere enn kvinnen, og vi ønsket ikke at hun skulle oppleve at

vi så ned på henne. På barnestoler satt vi alle tre på lik høyde og rammen for intervjuet ble mer som en likeverdig samtale. Den som intervjuet satt nærmest kvinnen, og observatør satt litt lenger unna. Vi måtte være bevisste den asymmetriske maktfordelingen i intervjuet.

Vi har i hele forskningsprosessen måttet være bevisst vår egen forforståelse, og stilt spørsmål rundt vår oppfatning av flyktninger og situasjonen de er i. Våre egne verdier og forforståelse kan være en av de viktigste gyldighetstruslene til studien. Det er utfordrende å ikke la seg påvirke av medias dekning av flyktningkrisen. I analysen var vi bevisst hvilken forforståelse vi som jordmorstudenter har, og hvilken påvirkning dette kunne få på vår fortolkning av narrativene. Vi hadde en forventning om at det informantene fortalte oss om flukten og for eksempel møtet med helsevesenet, ikke ville gi et positivt bilde. Det var en gruppe vi syntes synd på før vi møtte dem. Det var her viktig i analysen at vi ikke bare valgte ut de historiene som passet med våre forventninger, men også de som motbeviste dem. Eksempel på dette er Abionas ultralydundersøkelse under flukten. Vår forforståelse er også grunnen til at vi velger den problemstillingen vi gjør. Det er gjennom hva vi oppfatter som et relevant tema at vi danner oss en problemstilling. Dersom vi ikke hadde hatt noen tanker rundt det å være gravid og på flukt, ville vi heller ikke tenkt at dette var viktig å vite noe mere om.

5.2.2 Språk og oversettelse; en svakhet

For å bli inkludert i studien, måtte kvinnene beherske engelsk. Siden det var de ansatte på asylmottakene som rekrutterte, hadde vi ikke kontroll på hva de la i å beherske engelsk. Det at kvinnene også fikk informert samtykke på sitt eget språk, gjorde kanskje at de forsto mer og svarte ja til å delta, selv om de ikke snakket «godt nok». Når man har en narrativ tilnærming er språket og ordene viktige elementer. I intervju 3 opplevde vi at kvinnen ikke behersket språket. Hun forsto ikke spørsmålene vi stilte, og ytret selv ønske om tolk. Vi valgte på grunnlag av dette å avbryte intervjuet. Vi ser at det er en svakhet for studien at vi ikke fikk sikret kvinnenens språkkunnskaper bedre.

Et eksempel på at informantene snakket begrenset engelsk er fra intervjuet en, hvor informanten beskriver historien om at hun ønsket å ta abort, men senere ombestemte seg. Hun sier: «but no, kill my baby, no!». Vi har i hovednarrativet oversatt det til «Jeg kunne ikke drepe barnet mitt», da vi tolker det som at det er dette hun mener. Dette er et sterkt utsagn. Hadde hun brukt de ordene om hun hadde fått snakket på sitt eget språk? Hadde hun kanskje forklart at hun ikke kunne ta abort med andre ord? Slike vurderinger har vi gjort under

oversettelsen til norsk, vel vitende om at det kan påvirke studiens pålitelighet og gyldighet.

Vi tenker at det hadde vært interessant å gjøre denne studien med tolk. Da kunne vi høyst sannsynlig inkludert flere informanter. Kvinnene hadde da snakket på sitt eget morsmål og vi tenker historiene deres ville blitt enda rikere og mer nyansert. Med en tolk vil likevel informantene og datamaterialet påvirkes. Vi som intervjuere får ikke den tilsvarende kontakten med informanten, siden all kommunikasjon går via en tredje person. Tolken blir også en tredje parts tolkning og oversettelse av kvinnenens beskrivelser. I denne studien har vi kun våre egne tolkninger av kvinnenens beskrivelser, og minsker derfor denne pålitelighetstrusselen. Samtidig snakker informantene på et språk de ikke behersker like godt som sitt eget. Derfor tenker vi at selv om informantene behersket engelsk, kunne det vært nyttig å ha en tolk tilstede. På denne måten kunne vi kommunisert direkte med informantene, men de kunne utdypet historiene på sitt eget språk der engelsken kom til kort. Under intervjuet så vi hvordan de brukte mimikk og kroppsspråket som forsterket beskrivelsene og historiene deres. I transkriberingen forsvant denne ekstra informasjonen, og det ble tydeligere hvor ensformige beskrivelsene var på grunn av språket. For oss var de sterke, da vi så for oss kvinnene og «hørte dem» når vi leste det transkriberte materialet. Men denne fordelene har ikke leseren av vår studie. Vi valgte derfor å oversette vårt hovednarrativ «Jeg er Haya» til norsk etter å først ha skrevet det på engelsk, vel vitende om at det kunne svekke studiens troverdighet. Ved å bruke vårt norske skriftspråk, som vi behersker mye bedre enn engelsk, fikk vi frem flere nyanser og fikk i større grad frem meningene i historiene. Dette medførte nye tolkninger og noe av empirien kan ha gått tapt i oversettelsesprosessen. Språket var under hele prosessen en mulig feilkilde.

5.2.3 Rekruttering og utvalg

Vi ønsket i utgangspunktet å inkludere kvinner som fremdeles var gravide på tvers av nasjonaliteter. Vi diskuterte også om vi skulle velge kvinner fra en nasjonalitet, eller inkludere på tvers av nasjonalitet og kulturer. Det at de har ulik bakgrunn gjorde at vi fikk rikere beskrivelse, mangfold og flere nyanser av det å være gravid på flukt. Etter pålegget fra NSD om at kvinnene måtte beherske engelsk, ble rekrutteringen svært utfordrende. På grunn av for få tilgjengelige informanter valgte vi å også inkludere kvinner som hadde født. Dette valget kan ha påvirket resultatet. De informantene som fortsatt var gravide under intervjuet

bar fremdeles på usikkerheten om barnet var påvirket av de påkjenningene hun ble utsatt for på flukten. Denne usikkerheten og uvissheten tenker vi kan ha påvirket deres historie. Samtidig opplevde vi at de kvinnene som hadde født, i like stor grad besvarte vår problemstilling, og hadde like rike beskrivelser og refleksjoner rundt graviditeten på flukt. Det er under et år siden alle våre informanter var på flukt, og alle hadde flukten friskt i minne. Derfor er risikoen for feilkilder knyttet til om de husket riktig redusert, og påliteligheten til utvalget er styrket.

Vi endte ufrivillig opp med et homogent utvalg informanter med tanke på nasjonalitet med unntak av en informant. Vi tenker at dette er en direkte konsekvens av det faktum at de måtte beherske engelsk. I analysen så vi at informantene delte mange like narrativer, historiene deres møttes tematisk, men det kom også frem store forskjeller. Ikke minst forskjellige måter å oppleve og fortelle om samme hendelse, for eksempel båtturen. Det viste seg at kvinnene var et heterogent utvalg med tanke på årsak til flukt, paritet, hvem de reiste sammen med og lengde på svangerskapet. Det styrker her studiens troverdighet dersom vi har klart å skape mening og sammenheng i historiene, når de sammenfaller og ikke sammenfaller (Riessman, 2008). Om vi har klart det, er opp til leseren å bedømme.

5.2.4 Intervjukonteksten og konsistens i transkribering

Det var ulik kontekst i intervjusituasjonene som har påvirket resultatenes pålitelighet, og er en svakhet ved studien. Vi byttet på å være intervjuer og observatør, noe som innebærer at kvinnene har hatt forskjellige hoved-intervjuere. Dette kan ha svekket studiens pålitelighet, og vi det ville vært en styrke at kun en av oss intervjuet. Samtidig var vi begge tilstede ved alle intervjuene, og observatøren var også delaktig og stilte spørsmål ved slutten av intervjuene.

Ektemannen var tilstede i det første intervjuet og dette kan ha påvirket hvordan kvinnen uttrykte seg. Samtidig var han behjelpelig med å oppklare situasjoner som hun hadde problemer med å forklare på grunn av språkutfordringer. Vi opplevde ikke at han forsøkte å styre hva hun skulle si, men supplerte der hun spurte om hjelp til å forklare. Vi ser at dette svekker studiens pålitelighet. Samtidig hadde vi ikke fått all informasjonen rundt narrative som kvinnen fortalte hvis han ikke hadde vært der. Det at barnet var tilstede gjorde at intervjuet ved flere anledninger ble avbrutt, og var en forstyrrende faktor. Det var til tider

vanskelig å høre hva informanten sa på grunn av støy, og påliteligheten i transkriberingen ble på denne måten også svekket.

Vi gjennomførte de første to intervjuene på kvinnenens rom i asylmottaket. Dette var et bevisst valg da vi ønsket å møte kvinnen der hun var og på hennes premisser. Vi gjennomførte de resterende intervjuene i et fellesrom fremfor på informantens rom på grunn av at det ble mindre forstyrrelser. Det var på denne måten ulik intervjukontekst som svekker studiens pålitelighet. Likevel var årsaken til denne endringen at vi skulle få bedre kvalitet på lydopptakene, slit at påliteligheten i transkriberingsprosessen kunne styrkes.

At vi var to som transkriberte første intervjuet, mens de fire resterende ble transkribert av hoved-intervjuer kan ha svekket påliteligheten i transkriberingen. Observatøren leste gjennom det transkriberte materialet mens hun samtidig lyttet til intervjuet på båndopptageren. På denne måten fikk vi kvalitetssikret at vi begge hadde tolket likt, og påliteligheten styrkes.

5.2.5 Overførbarhet

Kan vi med denne studien belyse hvordan det oppleves å være gravid på flukt på tvers av andre nasjonaliteter enn de som vi har intervjuet? Vi har som nevnt tidligere ufrivillig endt opp med et delvis homogent utvalg av informanter med unntak av en informant. Da vi også av etiske årsaker valgte å inkludere historien om hvorfor denne informanten var på flukt, selv om det er på siden av vår problemstilling, kan vi styrke denne overførbarheten. Vi tenker her at hvordan graviditeten oppleves på flukt i større eller mindre grad er påvirket av de forholdene kvinnene faktisk flykter fra. Antallet informanter er også en begrensning i forhold til overførbarhetsverdien av studien.

5.3 Etiske vurderinger

Når man skal reflektere over og studere menneskelig opplevelse og erfaring er det helt sentralt at man under hele prosessen er etisk bevisst. Selv om vi har innhentet informert samtykke, er ikke dette dekkende for det etiske ansvaret vi som studenter har overfor våre informanter (Josselson, 2007).

Etter alle intervjuene, også intervjuet vi valgte å ekskludere, satt vi igjen med opplevelsen av at informantene svært gjerne ønsket å fortelle historien sin, de ønsket å bli hørt. Intervju 3 valgte vi å avbryte da det viste seg at hun behersket språket for dårlig til at vi kunne fortsette. Hun ytret ønske om tolk da hun veldig gjerne fortelle sin historie. Etisk sett setter vi her spørsmålsteget til om vi hadde gjort informanten mindre sårbar dersom hun fikk fortelle sin historie på sitt eget språk med en tolk tilstede.

Å tolke og presentere en annens historie må alltid gjøres med respekt og ydmykhet (Hunter, 2010). Det var her viktig for oss at informantene ikke bare ble sett på som et middel til å få informasjon, men opplevde det som en positiv opplevelse at de fikk fortelle sin historie. Etikken er like viktig både i starten og i slutten av et intervju (Josselson, 2007). Intervju 5 valgte vi å avslutte tidligere enn planlagt da det ikke føltes etisk riktig å fortsette. Hun ble forespurt tidlig i intervjuet om vi skulle avbryte fordi hun gråt. Vi ville unngå ytterligere belastning for henne. På tross av dette uttrykte hun at hun ville fortsette, og vi lot derfor informanten fortelle om sine opplevelser og vi støttet henne underveis. Vi slo også av båndopptakeren og ga informanten mulighet til å avslutte, men hun uttrykte at hun ville fortelle ferdig sin historie. Hun kom fra en annen verdensdel enn de andre informantene, og har en unik historie som beskriver årsaken til at hun måtte forlate hjemlandet sitt. Vi avbrøt henne ikke, og hun fortalte det hun ønsket å fortelle. Vi forplikter oss til å lytte til menneskets iboende trang til å fortelle historier (Sandelowski, 1991). Vi valgte likevel ikke å spørre henne mer utdypende om selve flukten og graviditeten og avsluttet intervjuet når hun hadde fortalt det hun ønsket å dele.

Vi har valgt å inkludere historien om årsaken til hvorfor hun måtte flykte, selv om den er litt på siden av vår problemstilling. Det er flere årsaker til dette: Alle våre informanter har viet store deler av intervjuene til å fortelle om hvorfor de måtte forlate hjemlandet sitt, og vi har tolket dette som at det betyr mye for dem. Vi tenker derfor at en vesentlig del av fenomenet å være «Gravid på flukt», er årsaken til at de befinner seg i denne situasjonen. Informanten i intervju 5 gir også en rikere beskrivelse og flere nyanser på hvorfor gravide kvinner er på flukt i dag. Vi har også inkludert det hun fortalte om å være gravid på flukt og om savnet til familien, selv om det var begrenset datamateriale. Samtidig er det også dette hun valgte å bruke mest tid på fortelle til oss på bakgrunn av spørsmålet hun fikk, og vi tenker at det er derfor uetisk å ikke inkludere det. Alle våre informanter hadde, som nevnt tidligere, mulighet

til å snakke med en fagperson i psykisk helsevern i etterkant av intervjuene dersom de hadde behov for dette.

For å anonymisere informantene har de fått pseudonymer, og vi har bevisst valgt bort noe av empirien i historiene de har fortalt, da noen av detaljene ble identifiserbart. Dette kan svekke troverdigheten i resultatet, men vi tenker her at de etiske vurderingene vedrørende anonymisering er viktigst. Alle kvinnene i vårt hovednarrativ er konstruert av oss med bakgrunn av narrativer fra alle våre informanter. Noen av historiene i hovednarrativet er skapt på bakgrunn av det flere av informantene har beskrevet om samme hendelse. Vi forklarte også informantene våre hva vi ønsket å gjøre med materialet, at deres historie ville bli en del av et hovednarrativ. På denne måten unngår vi at informantene reagerer på og ikke kjenner seg igjen i resultatet, eller opplever at vi ikke fremstiller historien slik de fortalte den (Josselson, 2007).

6.0 KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Vi har i denne studien gjennomført en narrativ analyse av historier fra fem kvinner i asylmottak som var gravide på flukten til Norge. Vi fant i vår studie at kvinnene har et stort behov for å beskytte sine barn og fosteret, samt også trenger beskyttelse selv. Dette er årsakene til at kvinnene flykter. Hvor langt kvinnene er på vei i svangerskapet, samt om de er førstegangsfødende, eller reiser med barn har en påvirkning på hvordan de behandles av omgivelsene, og opplever svangerskapet på flukt. Fosterbevegelser av stor betydning. Svangerskapsomsorgen som kvinnene i vår studie har mottatt under flukten er av svært varierende kvalitet. De får ikke bekreftelse på fosterets helsetilstand, ei heller oppfølging dersom de har symptomer på alvorlig, potensielt dødelige, svangerskapskomplikasjoner. Funnene belyser behovet for kvalifisert helsepersonell; jordmor, og en bedre organisert svangerskapsomsorg. Både flukten og svangerskapet gjør disse kvinnene ekstra sårbare, og de må tas på alvor både under flukten til Norge og når de kommer frem. Gravide flyktninger er en sårbar gruppe og har et risikosvangerskap, noe vi som jordmødre bør ha i bakhodet i møtet med dem. De har rett på å bli møtt med verdighet. Savnet av landet sitt og familien, spesielt mor, er et fremtredende funn. Betydningen av å ha familien rundt seg i prosessen fra å være kvinne til å bli mor er betydelig.

Å overleve svangerskap, fødsel og barseltid er og bør være en menneskerett, uavhengig om man er flyktning eller ikke. For å nå FNs nye bærekraftsmål må man rette ytterligere fokus mot kvinner og svangerskap (UNFPA, 2015). Her trenger vi mer forskning på kvinners opplevelse og erfaringer fra å være på gravid på flukt, og jordmors rolle. I tillegg ser vi et behov for forskning på hvordan jordmor og helsepersonell opplever å jobbe med denne sårbare gruppen, og arbeidsforholdene for dem i flyktingleirene. Det er gjennom denne innsikten at vi kan forbedre svangerskapsomsorgen til disse kvinnene. Ved å bedre situasjonen for gravide flyktninger vil man få positive ringvirkninger som strekker seg langt utover redusert maternell dødelighet.

*Tilbake på poliklinikken onsdag formiddag setter jeg inn et ekstra navn på pasientlisten:
«Haya», dette var hennes historie.*

Referanseliste

- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., Gemmill, A., . . . Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), p462-474. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7
- Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray-Pedersen, B. (2015). Immigrants from conflict-zone countries: an observational comparison study of obstetric outcomes in a low-risk maternity ward in Norway. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 15(1), 163. doi:10.1186/s12884-015-0603-3
- Barageine, J. K., Faxelid, E., Byamugisha, J. K., & Rubenson, B. (2016). 'As a man I felt small': a qualitative study of Ugandan men's experiences of living with a wife suffering from obstetric fistula. *Culture, Health & Sexuality*, 18(4), 481-494. doi:10.1080/13691058.2015.1089325
- Blix, E. (2010). Ulike syn på svangerskap og fødsel. In E. Tegnander & A. Brunstad (Eds.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (Vol. 1, pp. 53-57). Oslo: Akribes.
- Boréus, K., & Bergström, G. (2012). *Textens mening och makt : metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys* (3. uppl. ed.). Lund: Studentlitteratur.
- Broden, M. (2010). *Graviditetens muligheter* (Vol. 2). København: Akademisk forlag.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of Experience and Narrative Inquiry. *Educational Researcher*, 19(5), 2-14. doi:10.3102/0013189X019005002
- Correa-Velez, I., & Ryan, J. (2012). Developing a best practice model of refugee maternity care. *Women and Birth*, 25(1), 13-22. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.01.002
- Davidsen, A. S. (2013). Phenomenological Approaches in Psychology and Health Sciences. *Qualitative Research in Psychology*, 10(3), 318-339. doi:10.1080/14780887.2011.608466
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Dennis, C.-L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(2). doi:10.1002/14651858.CD001134.pub3
- Ely, M. (2007). In-Forming Re- Presentations. In D. J. Clandinin (Ed.), *HANDBOOK OF NARRATIVE INQUIRY. Mapping a Methodology* (pp. 567-599). Thousand Oaks, California: SAGE.
- Feldman, R. (2014). When maternity doesn't matter: Dispersing pregnant women seeking asylum. *British Journal of Midwifery*, 22(1), 23-28. doi:10.12968/bjom.2014.22.1.23
- Flyktninghjelpen. (2016). *Flyktningregnskapet 2016. 65,3 millioner mennesker på flukt*. Retrieved 20.10.2016 from Oslo: https://www.flyktninghjelpen.no/globalassets/pdf/flyreg/nrc-flyreg-screen_final.pdf
- FN- sambandet. (2016). *Tusenårsmaal 5: Redusere svangerskapsrelatert dødelighet*. Retrieved from <http://www.fn.no/Tema/FNs-tusenaarsmaal/Redusere-svangerskapsrelatert-doedelighet/Status-Tusenaarsmaal-5>
- FN - sambandet. (1951). *Flyktningkonvensjonen*. Retrieved 20.10.2016 from <file:///C:/Users/RTBRAU~1/AppData/Local/Temp/Flyktningkonvensjonen%20-%20FNs%20konvensjon%20om%20flyktingers%20stilling.pdf>

- FN - sambandet. (2016a). *FNs bærekraftsmål*. Retrieved from <http://www.fn.no/Tema/FNs-baerekraftsmaal/Dette-er-FNs-baerekraftsmaal>
- FN - sambandet. (2016b). *Viktige begreper om flyktninger og asyl*. Retrieved from <http://www.fn.no/Tema/Flyktninger/Viktige-begreper-om-flyktninger-og-asyl>
- FNs Generalforsamling. (1948). *Menneskerettighetserklæringen*. Retrieved from <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>
- Gibson-Helm, M., Teede, H., Block, A., Knight, M., East, C., Wallace, E., & Boyle, J. (2014). Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14. doi:10.1186/s12884-014-0392-0
- Hamre, B. (2010). Svangerskapsomsorgen. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (Vol. 1, pp. 248-287). Oslo: Akribe.
- Helgadóttir, L. B., Sand, S., Hagemann, C., & Kløkstad, S. (2015). Veileder i Gynegologi 2015; *Omskjæring (kjønnslemlestelse)*. Retrieved from <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Omskjæring-kjønnslemlestelse/>
- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente: Rettigheter, ansvar, organisering*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/asylsokere-flyktninger-og-familiegjenforente/seksjon?Tittel=rettigheter-ansvar-organisering-10000>
- Henderson, J., Gao, H., & Redshaw, M. (2013). Experiencing maternity care: The care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 13. doi:10.1186/1471-2393-13-196
- Hunter, S. V. (2010). Analysing and representing narrative data: The long and winding road. *Current Narratives*, 1(2), pp.44-54. Retrieved from <http://ro.uow.edu.au/currentnarratives/vol1/iss2/5>
- Hynes, M., Sakani, O., Spiegel, P., & Cornier, N. (2012). A Study of Refugee Maternal Mortality in 10 Countries, 2008—2010. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(4), 205-213. Retrieved 24.10.2016 from <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d6529604-e34c-4632-a8c7-e475af86a458%40sessionmgr4007&vid=1&hid=4206>
- Hynes, M., Sheik, M., Wilson, H. G., & Spiegel, P. (2002). Reproductive Health Indicators and Outcomes Among Refugee and Internally Displaced Persons in Postemergency Phase Camps. *JAMA*, 288(5), 595-603. doi:10.1001/jama.288.5.595
- Høyer, K. (2011). Hvad er teori, og hvordan forholder teori seg til metode? In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskap* (Vol. 4). København: Munkgaard Danmark.
- International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Retrieved from http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD_2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- International Organization for Migration. (2016). *Missing Migrants Project; Mediterranean Sea*. Retrieved 24.10.2016 from <http://missingmigrants.iom.int/mediterranean>
- Jansen, A. (2013). *Narrative Kraftfelt. Psykologisk utvikling hos barn og unge i et narrativt perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Josselson, R. (2007). The Ethical Attitude in Narrative Research: Principles and Practicalities. In J. Clandinin (Ed.), *Handbook of Narrative Inquiry; Mapping a methodology* (pp. 537-566). London: Sage Publications.
- Kleven, T. A. (2008). Validity and validation in qualitative and quantitative research. *Nordic Studies in Education*, 28(03). Retrieved from http://www.idunn.no/ts/np/2008/03/validity_and_validation_in_qualitative_and_quantitative_research
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og Kvalitativ metode; Ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. (Vol. 10. opplag). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (Vol. 3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- McKelvey, M. M. (2014). The Other Mother: A Narrative Analysis of the Postpartum Experiences of Nonbirth Lesbian Mothers. *Advances in Nursing Science*, 37(2), 101-116. doi:10.1097/ANS.0000000000000022
- Murray, I., & Hassall, J. (2014). Changes and adaptation in pregnancy. In J. Marshall & M. Raynor (Eds.), *Myles Textbook for Midwives* (Vol. 16, pp. 144-173). Churchill Livingstone: ELSEVIER.
- National Institute for Health and Care Excellence guidelines. (2010). *Pregnancy and complex social factors: A model for service provision for pregnant women with complex social factors* (Clinical guideline 110/2010). Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice* (Vol. 9, pp. 487-514). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Proctor, S. (1998). Linking philosophy and method in the research process: the case for realism (Vol. 5, pp. 73-90): *Nurse Researcher*. Retrieved from <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/1801889093/fulltextPDF/D202B45816674FC1PQ/1?accountid=26439>.
- Raphael-Leff, J. (2011). Womb and World: the mother-to-be - common experience and cultural variations. In J. Raphael-Leff (Ed.), *Psychological Processes of Childbearing* (Vol. 4, pp. 45-59). Great Britain: The Anna Freud Centre.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis* (Vol. vol. 30). Newbury Park, Calif: Sage.
- Riessman, C. K. (2008). *Narrative Methods for the Human Sciences* (Vol. 1). Los Angeles: SAGE publications.
- Robertson, A. (2012). Narrativ analys. In G. Bergström & K. Boreus (Eds.), *Textens mening och makt. Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys* (Vol. 3, pp. 222-261). Lund: Studentlitteratur AB.
- Robson, S. E., Marshall, J. E., Doughty, R., & McLean, M. (2014). Medical conditions og significance to midwifery practice. In J. Marshall & M. Raynor (Eds.), *Myles textbook for Midwives* (Vol. 16, pp. 243-286). London: CURCHILL LIVINGSTONE, ELSEVIER.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og Helsefaglig etikk* (Vol. 3). Oslo: Gyldedal Norsk Forlag AS.
- Sandelowski. (1991). Telling Stories: Narrative Approaches in Qualitative Research 23, 161-165. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1991.tb00662.x/epdf>

- Skretteberg, R., & Jenssen, T. S. (2016). *Det globale flytningbildet; Flyktningregnskapet 2016: 65,3 millioner mennesker på flukt*. In Flyktninghjelpen (Series Ed.) (pp. 4-5). Oslo: Flyktninghjelpen. Retrieved from:
https://www.flyktninghjelpen.no/globalassets/pdf/flyreg/nrc-flyreg-screen_final.pdf
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement.(Report). *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537. doi:10.1001/jama.2009.1132
- Ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., . . . Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384(9949), 1226-1235. doi:10.1016/S0140-6736(14)60930-2
- Thisted, J. (2011). *Forskningsmetode i praksis; Projektorienteret videnskapsteori og forskningsmetodik* (Vol. 1). København: Munksgaard Danmark.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- United Nations Population Fond. (2015). *Shelter from the storm: A transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world*. Retrieved from
https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/State_of_World_Population_2015_EN.pdf
- Utlendingsdirektoratet. (2016). *Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn* (2016) Retrieved from: <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylosknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn-2016/>
- Vangen, S., Stoltenberg, C., Johansen, R. E., Sundby, J., & Stray-Pedersen, B. (2002). Perinatal complications among ethnic Somalis in Norway. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2002, Vol.81(4), p.317-322. Retrieved from
<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hioa.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c539b1e0-2752-4a8d-ac86-90face7ea90f%40sessionmgr1>
- Wang, C. C., & Geale, S. K. (2015). The power of story: Narrative inquiry as a methodology in nursing research. *International Journal of Nursing Sciences ELSEVIER*, 2(2), 195-198. doi:10.1016/j.ijnss.2015.04.014
- World Health Organization. (2002). *Promoting Effective Perinatal Care; Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care*. Retrieved from
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf
- World Health Organization. (2004, 29.09.2016). *Making pregnancy safer; The critical role of the skilled attendant*. Retrieved from
http://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/Making_pregnancy_safer_the_critical_role.pdf

SØKESTRATEGI

Søkerstrategien ble gjennomført fortløpende gjennom hele prosjektet. Vi har gjort systematiske søk i følgende databaser: Medline, Cinahl, Maternity and Infant care og Cochrane for å finne relevant forskningsartikler ang tema. Søkeord: Se pico-modell:

P - patient	I - intervention	C- Comparison	O - Outcome
<i>Pregnant, woman, azylum seeker, refugee, migrant</i>	<i>Refugee-camp Fleeing, stress, atenatel care, maternity care, midwifery</i>		<i>maternal health, health care, maternal morbidity, pregnancy outcomes, fetal outcomes</i>

Det ble også gjort mer strategiske søk i forhold til aktuelt tema, primært utfra litteraturlister fra aktuelle artikler og annen litteratur.

For å finne relevante artikler om narrativ tilnærming har gjort strategiske søk, og brukt følgende søkeord: *kvalitative, narrative, phenomenology and analysis*.

Relevante tall og faktaopplysninger om flyktninger og jordmødre har vi hentet fra Forente Nasjoner [FN], World Health Organisation [WHO], International Organization for migration [IOM], International Confederation of Midwives [ICM] og National Institute for Health and Care Exelences Guidelines [NICE] sine hjemmesider. I tillegg har vi brukt internettssidene; rodekors.no, flyktningshjelpen.no, folkehjelp.no, frelsesarmeen.no og legerutengrenser.no. Vi har i tillegg gjort søk på det åpne internett for å finne aktuelle artikler. Vi har også gjort strategiske søk i andre referanse- og litteraturlister både ift tema, resultat og funn, men også ift metoden og analysen vi har brukt i oppgaven.

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

Vår dato: 09.06.2016

Vår ref: 48527 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

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

<i>48527</i>	<i>Gravide på flukt</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ellen Blix</i>
<i>Student</i>	<i>Ragnhild Brautaset</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Vedlegg 2

Kopi: Ragnhild Brautaset rtbrautaset@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48527

Formålet med prosjektet er å undersøke gravide flyktningers opplevelse av å være gravid og på flukt, samt deres møte med det norske helsevesenet.

Problemstillingen er: Hvilke opplevelser og erfaringer har gravide kvinner med å være på flukt. Hvordan oppleves møtet med det norske helsevesenet?

Prosjektet har fått en fremleggelsesvurdering fra REK-sørøst, som fant at det ikke var fremleggelsespliktig. Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde. Vi viser her til kopi av e-post fra REK datert 03.05.2016.

Utvalget består av utenlandske kvinner som var gravide under flukten til Norge. Kvinnene rekrutteres fra norske asylmottak. Det er lagt opp til at det utelukkende rekrutteres kvinner som behersker engelsk godt. Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er også oversatt til kvinnenes eget morsmål. Informasjonsskrivet er noe mangelfullt/misvisende utformet og vi ber om at følgende endringer gjøres:

- Deltakere i forskning har rett til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. Følgende formulering må derfor endres: "Gjenfortellinger av opplevelser og erfaringer kan være vanskelig, og om du føler det ubehagelig i intervjuet, kan du innen en uke etter intervjuet trekke deg fra prosjektet uten begrunnelse". Vi foreslår at "innen en uke etter intervjuet" erstattes med "når som helst".
- Daglig ansvarlig er Ellen Blix. I informasjonsskrivet står Anne Kaasen oppført som daglig ansvarlig/veileder. Dette må korrigeres. Anne Kaasen må gjerne stå oppført som bi-veileder, men Ellen Blix og hennes kontaktopplysninger ved HiOA må føres opp som hovedveileder/ansvarlig for studien.
- Det må påføres dato for endelig anonymisering/prosjektslutt (jeg foreslår 31.12.2016 slik at dere har noe tid etter innlevering og sensur).

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

Det behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning, samt helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2, punkt 8 a) og c).

Tema i masterprosjektet og utvalgsgruppen innebærer at det vil rekrutteres personer fra en sårbar gruppe som skal intervjues om et særdeles vanskelig og inngripende tema. Studentenes erfaringer på dette feltet og oppfølgingen fra veileder vil derfor være av betydning. Personvernombudet har i sin vurdering av dette prosjektet vektlagt at masterstudentene som gjennomfører dette forskningsarbeidet allerede er utdannede sykepleiere og har mange års erfaring med håndtering av personer i en sårbar situasjon, herunder også flyktninger. Studentene utdannes når til jordmødre og har relevant praksis også på dette feltet. Vi har videre vektlagt at god informasjon til de som forespørres sikres gjennom at den utformes på utvalgets eget språk.

Utvalget som rekrutteres behersker engelsk godt og vi antar derfor at studentene selv har bedre forutsetninger til å fange det opp dersom informanten skulle gi uttrykk for ubehag eller intervjuet av andre årsaker bør avbrytes.

Personvernombudet har mottatt en redegjørelse for studentenes erfaringer på området og studentenes vurdering av sentrale etiske problemstillinger. Personvernombudet legger til grunn for sin vurdering at rekruttering av informanter skjer der hvor man har fått på plass en avtale med helsestasjon eller annet personell som deltakerne i prosjektet kan kontakte dersom de i etterkant av intervjuet har behov for å snakke med noen.

Vi minner om at prosjektopplegget skal legges frem for UDi og godkjennes før utvalget kontaktes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

GRAVID OG PÅ FLUKT

- en kvalitativ studie om kvinners narrativ om å være gravid på flukt fra hjemlandet sitt

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Bakgrunnen for vårt prosjekt er å undersøke og få en dypere forståelse for hvordan det oppleves å være gravid kvinne på flukt fra sitt hjemland. I forbindelse ønsker vi å snakke med kvinner som vil fortelle sin historie. Vi ønsker å høre din historie fra du forlot hjemlandet ditt og til du kom hit.

Studien innebærer at du intervjues. Vi kan møte deg der du bor, og intervjuet/samtalen vil ta mellom 60-90 minutter.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og deretter skrevet ut av oss. Lydfilene og materialet vil kun bli håndtert av oss, utilgjengelig for andre, og vil bli slettet når sensuren av oppgaven er falt. Vi er begge underlagt taushetsplikt, og personlige opplysninger vil bli anonymisert, og ikke mulig å spore tilbake til den som har deltatt. Om det vil være behov for tolk, vil også vedkommende være underlagt taushetsplikten. Resultatene av intervjuet vil bli en del av vår masteroppgave som skrives i løpet av perioden juni - november 2016. Informasjonen du gir oss vil kun bli bruket i denne oppgaven.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Gjenfortellinger av opplevelser og erfaringer kan være vanskelig, og om du føler det ubehagelig i intervjuet, kan du når som helst trekke deg fra prosjektet uten begrunnelse.

Vi vil ikke kunne ha noen innvirkning på din oppholdstillatelse i Norge.

Du vil ikke kunne motta noen fordeler ved å være med på denne studien.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede lydfiler, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder ved høyskolen i Oslo og Akershus: Ellen Blix, tlf 67236504, epost: Ellen.Blix@hioa.no. Biveileder: Anne Kaasen tlf.nr: 67236490, epost: Anne.Kaasen@hioa.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte.

Dato for prosjektslutt er 31.12.2016. Alle lydfiler og det transkriberte materialet fra intervjuet vil da bli slettet.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata) og UDI (Utlendingsdirektoratet).

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet [Tas med hvis ønskelig og bare i de tilfeller der informasjon gis ansikt til ansikt.]

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Interviewguide: Pregnant refugee

- A qualitative study about women's experiences being a pregnant refugee

Semistructured qualitative interview

Karen R. Grorud og Ragnhild T. Brautaset

Research questions:

To be a refugee

To be pregnant

Keywords: Elaborate, explain, tell me more about

Phase 1. Introduction/ setting limits

1. Informal chat (5 min)

About the weather, offer something to drink (tea/coffee)

2. Information (5-10 min)

Today we are going to implement an interview as a part of our master degree in midwifery, which concerns the phenomenon being a refugee and pregnant. The interview will take from 60-90 minutes.

We want to hear your story, and hope you can share with us your feelings and experiences. Our aim is to use your story to shed light on the situation and experiences to women who are pregnant refugees.

We want to make sure that you have read and understood the consent form, and that you know that what you say in this interview, will only be used in this assignment.

You will be anonymous, and what you tell us is confidential.

We will record the interview on tape recorder.

If we use an interpreter, she is also confidential.

Do you have any questions before we start?

Phase 2. Experiences

Transitional questions (15 min)

- How many weeks are you in your pregnancy?
- Which country do you come from?
- How long have you been a refugee/ away from your country?
- Are you alone, or do you have someone with you? Where is the rest of your family?

Phase 3. Focusing

Key-questions (50-60 min)

- We are interested in the story from when you found out you were pregnant, and the journey from your homecountry to Norway. Would you like to share it with us?
- What thoughts and feelings did you have when you left your home? When did you leave your home. Where were you pregnant at the time?
- Why did you leave your home?
- When and how did you discover that you were pregnant? What did you feel when you found out that you were pregnant? How many weeks were you in your pregnancy when you found out? What was important for you at that time?
- Can you tell us how your pregnancy has been?
- Have you had any contact with maternity services or midwife during your pregnancy? How do you feel about that meeting? How was that?

Phase 4. Lookback

Summary (15 min)

- Have we understood you?
- Is there anything you would like to add?
- Do you have any questions?

Malen for intervjuguiden er hentet fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

<https://www.tolkeportalen.no/no/brukerundersokelser/Verktoy/Eksempeldel-2/>

From: post@helseforskning.etikkom.no [<mailto:post@helseforskning.etikkom.no>]
Sent: Tuesday, May 03, 2016 8:38 AM
To: Ellen Blix <Ellen.Blix@hioa.no>
Subject: Sv: REK sør-øst 2016/775 Gravid på flukt

Vår [ref.nr.:](#) 2016/775 B

Hei.

Vi viser til fremleggingsvurdering for prosjektet *Gravid på flukt*, mottatt 02.05.2016.

I skjema og vedlagt prosjektbeskrivelse fremkommer det at formål og problemstillingen i prosjektet er: *Gravid og på flukt: Hvilke opplevelser og erfaringer har kvinner som har vært gravide og på flukt fra hjemlandet sitt.*

I henhold til helseforskningslovens § 4 forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

I dette prosjektet skal man intervjuer gravide flyktninger i Norge. Man ønsker med dette å belyse deres historier om å være gravid og på flukt og på denne måten få en bredere forståelse av hvordan det er å være gravid og på flukt. Det er altså ikke ny kunnskap om helse eller sykdom per se som er formålet.

Prosjektet faller dermed utenfor bestemmelsene i helseforskningsloven, jf. helseforskningslovens § 4. Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig for REK.

Komiteen antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende. Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Hege Holde Andersson
rådgiver/ komitésekretær
post@helseforskning.etikkom.no
T: 22845514

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>