



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	30-04-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	06-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 410

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9261

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 14

Andre medlemmer i gruppen: 413

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Somaliske kvinners erfaring med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested
Somali women's experience with first contact and labour at planned birthplace

Kandidatnr.: 410/413

JOR 508 Masteroppgave

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 06.05.2019

Antall ord artikkel: 4383

Antall ord kappe: 4878

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Forord

Masterprosjektet har vært en utfordrende, spennende og lærerik prosess. Vi kunne ikke klart oss uten våre kjære veiledere. Uten de som veiledere ville vi nok gått oss vill i ferden. Vi er takknemlige for all råd, konstruktiv veiledning og støtte dere har gitt oss. Vi er utrolig heldige som har fått oss så dyktige og gode veiledere. Vi ønsker også å takke alle lærerne i masterseminarene som har gitt oss gode innspill og vist interesse for vår masteroppgave.

Spesielt takk til de 10 somaliske kvinnene som deltok i denne studien. Masteroppgaven hadde ikke blitt til uten dere.

Tilslutt en spesiell takk til vår familie og venner for oppmuntring og støtte under denne studien.

Sammendrag

Tittel: Somaliske kvinners erfaring med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested

Hensikt: Å undersøke somaliske kvinners erfaringer med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested

Problemsstilling: Hvilke erfaringer har somaliske kvinner med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested.

Metode: Denne studien baserer seg på resultatene fra semistrukturerte dybdeintervju med 10 somaliske kvinner.

Resultat: Kvinnene beskrev fødselen som risikofylt og derfor opplevde de det ekstra sårbart dersom de ble avvist på telefonen. Kvinnene i studien beskrev møtet med den norske helsetjenesten som positivt. Samtidig uttrykte kvinnene at språkproblemer og kulturelle forskjeller utfordret samspillet med helsepersonell.

Konklusjon: Funnene i denne studien tyder på at behovene til somaliske kvinner blir ikke tilfredsstillende møtt i dagens praksis. Kvinnene i studien ga uttrykk for en begrenset forståelse for egen helse i forbindelse med graviditet og fødsel, og dette er kunnskap som helsepersonell trenger å kjenne til for å kunne gi tilfredsstillende råd og oppfølging i forbindelse med innleggelse og fødsel.

Nøkkelord: Somaliske kvinner, sykehusinnleggelse, første kontakt, fødsel, kulturforståelse, språkutfordringer

Abstract

Title: Somali women's experience with first contact and birth at planned birthplace

Objective:To explore Somali women's experiences with first contact and birth at planned birthplace

Research question: Which experiences have Somali women with first contact and birth at the planned place of birth.

Method: This study is based on the results of semi-structured in-depth interviews with 10 Somali women.

Result: The women described the birth as risky and therefore they experienced extra vulnerability if they were rejected on the phone. The women in the study described the meeting with the Norwegian health service as positive. At the same time, the women expressed that language problems and cultural differences challenged the interaction with health personnel.

Conclusion: The findings in this study indicate that the needs of Somali women are not satisfied in current practice. The women in the study expressed a limited understanding of their own health related to pregnancy and childbirth, and this is knowledge that health personnel need to know about in order to provide appealing advice and follow-up in connection with hospitalization and birth.

Keywords: Somali women, hospitalization, first contact, birth, cultural understanding, language challenges

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Formål med studien	2
1.2 Oppgavens oppbygning	2
2.0 Teoretisk rammeverk	2
2.1 Somalieres bakgrunn for migrasjon til Norge	2
2.2 Health literacy	3
2.2.1 Health literacy blant somaliske kvinner	4
3.0 Metode	5
3.1 Utvalg og rekrutering.....	5
3.2 Presentasjon av utvalgte	6
3.3 Intervjuguide	6
3.4 Intervju	7
3.5 Transkribering.....	8
3.6 Dataanalyse	9
3.7 Etikk.....	11
4.0 Metodediskusjon	12
4.1 Refleksivitet.....	12
4.2 Validitet	13
4.3 Relevans	15
5.0 Referanseliste	16
6.0 Vedleggliste	18
Vedlegg 1.....	19
Vedlegg 2.....	21
Vedlegg 3.....	23
Vedlegg 4.....	24
Vedlegg 5.....	35

1.0 Introduksjon

Det er omkring 765 108 mennesker bosatt i Norge som enten har innvandret selv eller er født i Norge med to innvandrerforeldre (Statistisk sentralbyrå, 2019). Disse menneskene representerer mer enn 200 ulike land hvor av de største gruppene kommer fra Polen, Litauen, Sverige, Syria og Somalia (Statistisk sentralbyrå, 2019). Somaliere utgjør en av de største ikke-vestlige befolkningene i Norge med hele 28 642 innvandrere, mens deres etterkommere utgjør 14 160 (Statistisk sentralbyrå, 2019). Somaliske kvinner i Norge føder flere barn enn gjennomsnittet blant norske kvinner (Glavin & Sæteren, 2016). Som jordmor vil man møte somaliske kvinner både i svangerskap- fødsel og barselperioden, og for mange av disse kvinnene kan dette bli det første møte med helsetjenesten i Norge (St.meld.nr.12, 2009).

Flere studier viser at somaliske kvinner kan ha større risiko for medisinske utfordringer som for eksempel høyere perinataldødelighet og kjønnslemlestelse (Ahlberg & Vangen, 2005; Berggren, Bergström, & Edberg, 2006). I tillegg er denne gruppen mer utsatt for unødvendig bruk av medisinske intervensjoner (Ahlberg & Vangen, 2005). Tidligere studier viste også at somaliske kvinner møtte på språk og kulturelle utfordringer som kulturforskjeller og negativ adferd som diskriminering fra helsepersonalet (Davies & Bath, 2001; Degni, Suominen, El Ansari, Vehvilainen-Julkunen, & Essen, 2014; Glavin & Sæteren, 2016; Viken, Lyberg, & Severinsson, 2015). Ivaretagelse av likeverdige tjenester hos alle kvinner i svangerskap- fødsel og barselomsorgen er et viktig ansvar hos jordmødre og helsepersonell, og dermed belyses det på bakgrunn av de nevnte utfordringene et behov for å styrke helsepersonells flerkulturelle forståelse (Davies & Bath, 2001; Degni et al., 2014; Glavin & Sæteren, 2016; Viken et al., 2015).

Forskning knyttet til somaliske kvinners erfaringer med første møtet med fødselsomsorgen i Norge er begrenset, derfor ser vi det hensiktsmessig å bruke masterprosjektet til å se nærmere på dette temaet. Vi har valgt dette fokuset fordi den første kontakten med fødestedet anses som avgjørende øyeblikk hvor kvinnen selekteres ut ifra behov, samtidig som det kan være avgjørende for utfallet av fødselen og videre opphold (Eri, T. S et. al, 2011, St.meld.nr.12). Det overordnet målet med masterprosjektet er å bidra med kunnskap som kan være med på å styrke fremtidens omsorg for denne gruppen kvinner, slik at de opplever en mer likeverdig helsetjeneste av høy kvalitet.

1.1 Formål med studien

Hensikten med masterprosjektet er å belyse somaliske kvinners erfaringer med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested.

1.2 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven består av en artikkel med tilhørende kappe. Resultatene er presentert i artikkelen dermed anbefaler vi leser å lese artikkelen først. Artikkelen (vedlegg 5) planlegges å publiseres i tidsskriftet *Midwifery*, på bakgrunn av dette er artikkelen skrevet i tråd med forfatterveiledning til tidsskriftet.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet belyser vi teoretisk referanseramme med relevant teori som har til hensikt å belyse vårt forskningsspørsmål. Det kan være utfordrende å forstå somaliere og deres situasjon i Norge uten forkunnskap om deres bakgrunn og historie. Av den grunn har vi tenkt å presentere et kort avsnitt om somaliernes migrasjon til Norge. Deretter vil vi gjøre rede for teorien om health literacy som anvendt primær teori.

2.1 Somalieres bakgrunn for migrasjon til Norge

De første somaliere i Norge kom allerede på 1970-tallet. Mange av de første somaliene emigrerte fra Nord-Somalia etter luftbombing under diktatur (Fangen, 2006). Likevel var det ikke før etter borgerkrigen brøt ut i 1991 at antall somaliske innvandrere økte betydelig, dette skyldtes at konflikten også spredde seg til Sør – Somalia (Fangen, 2006; Glavin & Sæteren, 2016).

Somaliske befolkningen er preget av etniske klansystemer (Landinfo, 2015). Menn og kvinner tilhører en bestemt klan livet ut. Fellestrekket er at både menn og kvinner tilhører klanen til deres egen far (Glavin & Sæteren, 2016; Landinfo, 2015). Det er ingen religiøse skille mellom de ulike klanene, og de fleste i somaliske befolkningen identifiserer seg som sunnimuslimer

(Glavin & Sæteren, 2016; Fangen, 2006). Denne sosiale organiseringen er bygget på tilhørighet, beskyttelse, hjelp og meglingsinnad klanen da man ikke kunne få den hjelpen fra staten (Fangen, 2006; Landinfo, 2015). Nye somaliske flyktninger til Norge etterlyser derfor ofte folk fra egen klan da de anser dem som en ressurs til ny informasjon og støtte (Glavin, 2016). På bakgrunn av politiske motiver fra krigen kunne identifisering av hvilken klan man tilhørte resultere i mobbing og utestengelse fra andre somaliere (Fangen, 2006).

Ikke nok med den interne stigmatiseringen fremstilte flere norske aviser somaliere som vanskelige og konfliktskapende (Fangen, 2006). Dette førte til at mange somaliere opplevde en form for stigmatisering (Fangen, 2006). På bakgrunn av dette anses somaliere i Norge som en sårbar gruppe som kan ha mer vanskeligheter med å integrere seg i det norske samfunnet (Fangen, 2006). Ifølge Glavin (2016) spiller de kulturelle aspektene en stor rolle for integrering av innvandrere i Norge.

2.2 Health literacy

Health literacy er et begrep som er blitt brukt i litteraturen de siste førti årene (Nutbeam, 2000; Parnell, 2014). Pettersen oversetter begrepet health literacy til helsefremmende allmenndannelse på norsk, siden dette begrepet fortsatt er fremmed og lite brukt i forskningsverden er det ønskelig å benytte begrepet health literacy i oppgaven (Pettersen, 2003).

Det finnes utallige definisjoner av health literacy, i denne oppgaven har vi valgt å bruke Don Nutbeams definisjon av health literacy. Nutbeam (2000) definerer health literacy som personlige, kognitive og sosiale ferdigheter som avgjørende faktor for å fremme helse hos individet. Disse faktorene bestemmer individets kapasitet til å motta, forstå og vedlikeholde helseinformasjon. Nutbeam (2000) poengterer at definisjonen av health literacy har mye dypere mening og hensikt enn personens lese- og skriveevne, derfor inndeler han health literacy i tre nivåer;

- Funksjonell health literacy er laveste nivået i hierarkiet og omhandler individets evne til å kunne beherske grunnleggende lese og skriveferdigheter på en tilstrekkelig måte for å bruke helsesystemet. Dette nivået presenterer også utfallet av helseutdanning basert på kommunikasjon og kunnskap om helserisiko (Nutbeam, 2000).
- Nivå to i hierarkiet retter fokuset mot å forbedre personens evne til å handle selvstendig, det vil si hvordan personen kan oppsøke de rette instansene i helsevesenet og motta

helse råd. Dette krever at vedkommende har evnen til å mestre avansert lese- og skrive ferdigheter. Nivå to omhandler også i hvor stor grad personen er trygg nok til å kunne handle selvstendig basert på informasjonen en mottar (helse råd), også i sosiale sammenhenger (Nutbeam, 2000).

- Kritisk health literacy er det høyeste nivået, og bygger på det å kunne kritisk vurdere og anvende helseinformasjonen man mottar. Dette innebærer å kunne engasjere seg i helsefremmende virksomhet, både familiært, lokalt og nasjonalt. Dette nivået beskriver også om personen har ferdigheter som kognitive ferdigheter for å kunne orientere seg og utføre sosiale, politiske og individuelle handlinger (Nutbeam, 2000).

I følge Nutbeam (2000) er progresjonen mellom nivåene ikke bare avhengig av den kognitive utviklingen, men også personlige bakgrunn (sosiale ferdigheter, selvsikkerhet). Disse tre nivåene av health literacy kan tilsammen føre til at personen handler adekvat i forhold til sin helsetilstand, noe som igjen kan føre til høy grad av health literacy (Nutbeam, 2008). Health literacy utfordrer helsepersonell til å kommunisere på ulike måter som bidrar til at pasienten kan delta og samarbeide (Nutbeam, 2008). Bruken av helsetjenesten spiller ofte en stor rolle i health literacy ferdigheter (Parnell, 2014). Siden health literacy ferdighetene kan variere fra en pasient til en annen pasient, kan health literacy bli kommunisert på ulike måter og kan tilpasses ut ifra pasientens ferdigheter (Parnell, 2014).

2.2.1 Health literacy blant somaliske kvinner

En norsk studie viser at somaliske kvinner kan ha utfordringer med å forstå helseinformasjonen som blir formidlet (Gele, Pettersen, Torheim, & Kumar, 2016). Somaliere har ulike helseerfaringer og kunnskap om sine helseutfordringer, og tilgangen til helseinformasjon kan være begrenset (Siyad, Bildsten, & Hellevang, 2007). Utfordringene er gjerne knyttet til språk og kulturbarriere i et nytt land (Siyad et al., 2007). Mennesker med lav utdanning og de som opplever kultur- og språkbarriere er mest utsatt for lav health literacy (Parnell, 2014). Som følge av tidligere studier har somaliske kvinner flere risikofaktorer for lav health literacy (Gele et al., 2016).

Lav health literacy er vanligvis forbundet med dårlig sosioøkonomiske forhold og uheldige helseutfall som igjen kan føre til økte helserisikofaktorer (Nutbeam, 2008). Pasienter med lav health literacy har ofte vanskeligheter med å bruke helsetjenestene, og er derfor mer utsatt

for flere sykehusinnleggelse enn pasienter med høyere health literacy (Nutbeam, 2008). Utfordringene er vanligvis at de ikke forstår helseinformasjonen de mottar på grunn av ordbruket og kan derfor signere et dokument som de ikke har forstått, og dermed sitte igjen med uavklart informasjon (Safeer, 2005). Mange kan oppleve skam og unnlater å si ifra at de ikke har forstått informasjon og tør derfor ikke å spørre om de kan få repetert den samme informasjonen (Safeer, 2005). For å ivareta sin egen helse er somaliske kvinner avhengig av helseinformasjon som er tilgjengelig for dem (Siyad et al., 2007). Som følge av dette er det nødvendig å styrke kommunikasjonen i helsevesenet for å ivareta behovet til mennesker med lav health literacy (Nutbeam, 2008).

3.0 Metode

I denne masterprosjektet har vi valgt et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer som metode. Ved at vi ønsker kunnskap om somaliske kvinners erfaringer og opplevelser anser vi kvalitativ studiedesign som en hensiktsmessig metode (Thornquist, 2003). I masterprosjektet har vi også brukt kvalitativt design med fenomenologisk tilnærming og har som formål å beskrive individuelle erfaringer av fenomenet (Creswell, 2019).

I følge Thornquist (2003) må fenomener som undersøkes tilsvare forskningsmetodene og begrepene for å få svar på studien. Vi har derfor valgt humanvitenskapen som vitenskapsteori med hensikt i å belyse det aktuelle fenomenet og forskningsspørsmålet i studien vår. Humanvitenskap undersøker mennesker og søker å fortolke og forstå meningen i en tekst eller handling (Thomassen, 2006). Ifølge humanvitenskapene er metoden og tankemåten det fortolkende paradigmet, som har sin hensikt i å innhente svar om spørsmål knyttet til forståelse og forklaring (Malterud, 2017; Thomassen, 2006).

3.1 Utvalg og rekrutering

Inklusjonskriteriene tok utgangspunkt i forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2017). På bakgrunn av dette ble inklusjonskriterier for denne studien: Somaliske kvinner over 18 år og som hadde født i Norge i løpet av de siste ti årene. Et annet kriterium var at sist fødsel må ha foregått minst seks uker før intervjuet. Valget av tid for intervju etter fødselen var begrunnet ut ifra forskning. En svensk studie viste at kvinnens fødselsopplevelse kort tid etter fødsel kan bli preget av lykkefølelse over at fødselen var overstått, mens det negative erfaringen kan

forekomme senere (Waldenström, 2004). I tillegg går kvinnen gjennom en barselperiode på cirka seks uker hvor man kan bli preget av ulike psykiske og fysiske forandringer (Binnie & Reinart, 2017).

Vi rekrutterte deltagerne til studien vår i perioden 8 oktober – 22 oktober 2019. For å komme i kontakt med informantene ble det først forsøkt å kontakte ulike helsestasjoner på Vestlandet. Rekruttering av somaliske kvinner var utfordrende fordi de ulike helsestasjonene hadde ferie og personalmangel. Innvandregrupper blir beskrevet som “vanskelig å nå” befolkning å rekruttere til intervju (Noseworthy Tom et al., 2008). Derfor valgte vi snøballmetoden som går ut på at en deltager blir spurt om å henvise andre som oppfyller kvalifikasjonskriteriene (Polit & Beck, 2017). Vi ble tipset om en nøkkelperson fra det somaliske miljøet på Vestlandet. Vi kontaktet kvinnen per telefon og hun rekrutterte seks informanter, fem av disse møtte opp til et intervju hvor en av dem ønsket å trekke seg fra studien. Vi kom også i kontakt med en somalisk kvinne på Østlandet som rekrutterte seks informanter fra ulike steder i landet. De aktuelle deltagerne ble kontaktet på telefon og vi informerte om prosjektets hensikt, metode og samtykke til deltagelse.

3.2 Presentasjon av utvalgte

Intervjuene ble gjort fortløpende etter hvert som informantene ble rekruttert. Det endelige utvalget bestod av ti somaliske kvinner som bodde ulike steder i Norge. To av kvinnene var førstegangsfødende mens åtte av kvinnene var flergangsfødende. Kvinnene i intervjuet var i aldersgruppen 26 – 38 år. Tre av kvinnene hadde født sitt første barn i Somalia. To av kvinnene hadde gjennomgått keisersnitt i Norge, mens de åtte andre hadde normale vaginale fødsler.

3.3 Intervjuguide

Vi utviklet en intervjuguide (vedlegg 3) som besto av bakgrunnsspørsmål og åpne spørsmål med hensikt i å svare på forskningsspørsmålet. De første spørsmålene i intervjuet var bakgrunnsspørsmål som alder, antall barn i Norge, antall barn før migrasjon, oppholdstid og beherskelse av norske språket under første fødsel i Norge. Disse er også enkle spørsmål som kan fungere som oppvarming ved oppstart av intervjuet (Andersen, 2008). Som tidligere nevnt i oppgaven kan utfordringer som nytt land, språk og kultur være påvirkelig i ulike situasjoner som angår blant annet formidling av helseinformasjon og samspill med helsepersonell (Gele et

al., 2016). Bakgrunnsinformasjonen gir oss fakta om deltagerne og hensikten med dette var å danne et bilde av deltagerne i studien.

I tråd med Polit og Beck (2017) inneholdt intervjuguiden kun åpne spørsmål, satt opp i kronologisk rekkefølge i forhold til hendelser i fødsel, slik at deltagerne selv fikk friheten til å beskrive og forklare egne erfaringer. Hoveddelen av intervjuet besto av: «*Kan du fortelle meg litt om fødselen din? Ta gjerne utgangspunkt i første gang du fødte i Norge, og start gjerne med det øyeblikket du skjønnte at det var noe på gang, før du kontaktet fødestedet ditt. Kan du fortelle om da du kontaktet fødestedet ditt? Hvordan gjorde du det, og hvordan opplevde du denne kontakten? Var du i kontakt med fødestedet ditt flere ganger gjennom graviditeten? Kan du i så fall fortelle meg litt om det? Kan du fortelle meg litt om hva du tenkte og gjorde da det ble klart at du skulle reise inn til sykehuset. Kan du fortelle om det første møtet med jordmor da du kom inn på sykehuset?*» Vi avsluttet intervjuet ved å be om sluttkommentarer. «*Er det noe mer du har lyst til å fortelle?*» Her er essensen å få deltageren til å reflektere over temaet og åpne opp for mer berikende data (Polit & Beck, 2017). Vi brukte intervjuguiden som et utgangspunkt i intervjuene, men for å innhente mest mulig informasjon lot vi deltagerne samtale fritt om egne opplevelser knyttet til tema (Polit & Beck, 2017). Formålet med intervjuguiden var å skape en dialog der vi stilte åpne spørsmål, lyttet aktivt og frembringe deres erfaringer rundt tema.

3.4 Intervju

Vi valgte semistrukturerte dybdeintervjuer som metode for å samle inn empirisk data med hensikt å kunne frembringe kvalitative og rike beskrivelser av somaliske kvinners erfaringer knyttet til førstekontakt og fødsel ved planlagt fødested (Polit & Beck, 2017). Dybdeintervju er den vanligste datainnsamlingsmetoden innen fenomenologisk tilnærming. For å innhente den kunnskapen vi trenger anser vi dybdeintervju som best egnet til vår studie (Polit & Beck, 2017; Thornquist, 2003).

Gjennom en fenomenologisk tilnærming er det viktig å intervjuer deltageren slik at forsker kan fange deltagerens livsverden, altså hvordan deltageren erfarte fødselsomsorgen. Derfor tilstrebet vi å være åpne og lyttet på deltagerne under intervjuene (Polit & Beck, 2017). Vi har valgt å supplere semistrukturert intervju med lydopptak. Dette kan hjelpe oss å beskrive det kvinnene har sagt, og ut ifra en fenomenologisk tilnærming er dette spesielt viktig da man ikke

skal tolke beskrivelsene og eksakte beskrivelser av fenomenet er studiens mål (Olsson, Sörensen, & Bureid, 2003). Datamaterialet er basert på individuelle dybdeintervjuer med ti somaliske kvinner. Til stede i intervjusituasjonen var deltageren og vi som intervjuer og observatør. Intervjuene hadde en varighet på 15-40 minutter. Vi byttet på rollen som intervjuer og observatør fra intervju til intervju. Observatørens oppgave var å stille oppfølgingsspørsmål til slutt.

Ved første møtet med deltagerne introduserte vi oss og hadde en uformell prat, der vi prøvde å skape en trygg atmosfære før vi startet med intervjuet. Vi ønsket å snakke oss varme slik at vi opparbeidet oss tiltro hos deltagerne før vi gikk videre til hovedspørsmålene i intervjuet. I tillegg gjentok vi informasjonsskrivet om studien, studiens formål, deltagerens rolle og rettigheter (Polit & Beck, 2017). Trygghet spiller en stor rolle i å fremme en god datasamling (Polit & Beck, 2017). Samspillet mellom forsker og deltager har en stor påvirkning under datainnsamlingen. Å etablere et forhold basert på tillit skaper tilgang til berikende informasjon (Polit & Beck, 2017).

Deltagerne fikk selv velge hvor intervjuet skulle foregå, slik at deltagerne skulle oppleve å være i en kjent og trygg omgivelse (Polit & Beck, 2017). Intervjuene fant sted hovedsakelig i kvinnenes egne hjem, og ett intervju foregikk i kafébar i et kjøpesenter. I følge Polit & Beck (2017) er hjemmet en betryggende og ideell plass for forskeren å observere informanten. Tre av kvinnene bodde i ulike byer og dermed foregikk intervjuene gjennom facetime og telefon. To av intervjuene foregikk på norsk og åtte av intervjuene var på somalisk. Somaliere har ulike dialekter, men de aller fleste dialektene går innenfor en av de to hovedgruppene og skaper stort sett ikke utfordringer med å forstå hverandre (Landinfo, 2015). Det var ikke nødvendig med tolk da forfatterne i studien behersker det somaliske språket. Intervjuene hadde en gjennomsnittsvarighet på: 26 minutter.

3.5 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp med lydopptak. Transkribering innebærer å transformere muntlig samtale til en skriftlig tekst. Samtalen som foregår mellom to mennesker som er fysisk tilstede abstraheres til skriftlig form (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). I tillegg til transkribering av intervjuene oversatte vi datamaterialet fra somalisk til norsk språk. Å

oversette ord eller utsagn fra ulike språk kan være utfordrende, da språkforskjeller kan hindre at meningen bak ordene ikke blir optimalt overført (Nes, Abma, Jonsson, & Deeg, 2010). For eksempel kunne kvinnene i vår studie fortelle et utsagn på somalisk som kunne være utfordrende å oversette til norsk. Derfor tilstrebet vi å oversette datamaterialet på en riktig måte for å sikre en troverdig representasjon av kvinnenenes erfaringer. For å sikre god kvalitet i transkripsjonsarbeidet har vi også lyttet til lydbåndet gjentatte ganger og gjorde hele transkripsjonsarbeidet sammen. Ifølge Kvaale & Brinkmann (2017) vil forskere som har transkribert egne intervjuer lære mye om sin egen intervjustil.

3.6 Dataanalyse

Data ble analysert ved hjelp av Malteruds modifiserte tekstkondensering (STC). Analysen består av fire trinn og er en systematisk metode som kan analysere empirisk data (Malterud, 2017). STC tilstreber en nøyaktig beskrivelse av fenomenet som blir undersøkt. Dette er i tråd med vår hensikt i studien hvor vi ønsker å beskrive somaliske kvinners erfaringer med fenomenet (Malterud, 2017).

Som et første steg startet vi med å lese over skriftlig data gjentatte ganger for å studere materialet og skaffe oss et helhetsinntrykk. Under denne prosessen forsøkte vi å legge vekk forforståelsen vår. Vi dannet en helhetsoversikt hvor vi noterte oss oversikten over de ulike intervjuene. Deretter markerte vi det i teksten som var mest relevant i forhold til forskningsspørsmålet vårt. Vi identifiserte åtte foreløpige tema.

I trinn to systematiserte vi de meningsbærende enhetene til tilhørende tema. For å få en systematisk oversikt startet vi med å markere intervjuene med ulike farger. Innholdet i teksten som var irrelevant i forhold til temaene ble vurdert og deretter lagt til side. I dette trinnet organiserte vi systematisk mening i de ulike kodene ved å kondensere de meningsbærende enhetene i enhver hovedkode. Kondensering innebærer at teksten blir delt i mindre biter og blir tatt ut av den sammenhengen den står i (Malterud, 2017). I denne prosessen analyserte vi datamaterialet hver for seg med forskningsspørsmålet i bakgrunn hele tiden. Dette tillot oss å se teksten fra ulike vinkler. Det viste seg at noen av temaene overlappet hverandre. De åtte foreløpige temaene ble omgjort til fem kodegrupper.

I tredje trinnet tok vi for oss hver kodegruppe individuelt. Det viste seg at flere av kodegruppene gjenga samme innhold som de andre kodegruppene. Derfor justerte vi kodegruppene til tre kodegrupper. Materialet som ble dekontualisert i hver kodegruppe ble videre sortert inn i to subgrupper. For å fange hver deltagers stemme ble så innholdet i hver subgruppe sammenfattet i et kunstig, kondensert sitat i jeg- form. Under analyseprosessen tenkte vi hele tiden «hva er det kvinnene virkelig forteller oss?» Dette var en dynamisk prosess og vi måtte se tilbake på den originale teksten for å ikke miste essensen i det originale datamaterialet, i tillegg hadde vi forskningsspørsmålet i bakgrunn.

I siste trinn satte vi sammen bitene igjen (rekontekstualisering) og lagde en sammenhengende tekst til tilhørende subgruppe og kode. Dette utgjorde de analyserte funnene i studien som representerte deltakernes stemme. Kodegruppens overskrifter har sitt utspring i opprinnelige temaer og innholdet fra subgruppene. For å underbygge funnene supplerte vi teksten med tilhørende "“gullsitater”". Disse sitatene gjenspeiler også den sammenhengende teksten i subgruppene.

Tabell 1: Et eksempel fra analyseprosessen

Tema: Kvinnens forforståelse

Meningsbærende enhet	Kode	Sub kategori
<p>“Jeg merket blod uten rier. Sist jeg opplevde blødning var for ni måneder siden og jeg ble redd. Da tenkte jeg at ungen har kommet. Jeg pleide å høre fra mødrene (somaliske) at først går vannet og ikke blod. Jeg begynte å skjelve og ble redd.”</p> <p>“Den verste følelsen var når de fortalte meg at det ble</p>	<p>Kvinnens kunnskap om fødsel før innleggelse påvirker kontakten med sykehuset</p>	<p>Kvinnene hadde ulik kunnskap om fødsel, og de ble raskt redde dersom fødselen ikke utviklet seg slik de forventet</p> <p>Kvinnene beskrev intervensjoner i fødsel som risikofylt</p>

keisersnitt. Jeg glemmer det aldri. Jeg ble så redd, fordi operasjon var noe annet for meg, det var som om jeg skulle dø. Jeg trodde at det var 50 / 50 % om man overlevde eller ikke.”		
---	--	--

3.7 Etikk

Ved en kvalitativ studie vil forsker komme over mange etiske dilemmaer under datainnsamling (Creswell, 2019). Etiske problemstillinger oppstår når forskningen direkte berører mennesker, enten den foregår gjennom deltakende observasjoner, intervjuer eller eksperimenter. I følge Polit & Beck (2017) skal alle studier som involverer mennesker ta hensyn til etikk. Uansett type datainnsamling vil etiske prinsipper som konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av forskningssubjektene integritet være viktig (Fossheim, 2015). Før datainnsamlingen startet fikk vi godkjenning til forskningsprosjektet gjennom regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (2018/1395/REK vest). For å overholde de etiske prinsippene om informantenes informerte samtykke utarbeidet vi et informasjonsskriv til deltagerne, samt et samtykkeskjema (viser til vedlegg nr. 1). Vi la særlig vekt på at deltagelse i forskningsprosjektet var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi begrunnelse. Vi vurdert også de etiske aspektene ved de bakgrunnsdata som presenteres i studien. De sitatene som inngår i studien presenteres kun med intervju nummer, dette for å unngå at enkeltpersoner blir indentifisert. Sykehusene som ble nevnt i intervjuene blir også anonymisert. Datamaterialet blir slettet ved prosjektets slutt, ifølge Kvaale & Brinkmann (2015) er det nødvendig å slette opptakene når de ikke lenger er i bruk.

4.0 Metodediskusjon

I dette kapitlet diskuterer vi studiens metode ved hjelp av kvalitetsindikatorerne refleksivitet, validitet og relevans (Malterud, 2017).

4.1 Refleksivitet

Refleksivitet vil si at forskeren reflekter over seg selv som forsker, sine personlige verdier, forforståelse og hvordan det kan påvirke forskerrollen i samspill med datainnsamlingen (Polit & Beck, 2017). I dette prosjektet innledet vi med en prosjektplan der vi søkte etter aktuell teori og tidligere forskning for å fordype oss i tema. Som jordmor-studenter har vi hatt somaliske fødekvinne i praksis og sett behovet for kulturell støtte og tolk under fødsel. Dette er kunnskap og erfaring som kan ha preget vår forforståelse (Malterud, 2017), da vi på bakgrunn av dette antok at de somaliske kvinnene hadde ulike utfordringer knyttet til norsk helsevesen. Vi forsøkte å ha en refleksiv holdning ved at vi stilte oss kritiske spørsmål til datainnsamlingen og analysen (Malterud, 2017). Vi opplevde imidlertid at det var utfordrende å reflektere over egne funn på grunn av nærheten vi fikk til datamaterialet etterhvert. Dette kan ses i sammenheng med det Malterud (2017) sier at når man identifiserer seg med et bestemt material, kan det være vanskelig å se andre alternativer. Prosjektplanen har gjort oss oppmerksom på å ikke la forforståelsen ta for mye plass. Ved at vi stadig tok et skritt tilbake for å se hva som kunne ha påvirket måten vi tolket dataene på, og dermed etterstrebet å sikre at det var kvinnens perspektiv som ble synliggjort (Polit & Beck, 2017). Dersom man lar forforståelsen ta for stor plass kan det hindre empiriske materialets nye kunnskaper komme frem (Malterud, 2017). Når vi derimot oppdaget flere funn i analysen som vi ikke forventet på forhånd ble bevisstgjøring av forforståelsen enda viktigere. Når datamaterialet bidrar til flere overraskelser er det et godt tegn på at man har lyktes i å få ny kunnskap fra empirien (Malterud, 2017).

I dette prosjektet har begge forskerne somalisk opprinnelse, noe som betyr at vi deler samme kultur, språk og nasjonalitet med utvalget. Denne bakgrunnen kan påvirke vår rolle som forskere både positivt og negativt. Enkelte innvandrere blir betraktet som en vanskelig og sårbar gruppe å etablere kontakt med, noe som igjen kan skape utfordringer i forbindelse med forskning (Noseworthy et al., 2008). På grunn av mangel på kulturelle og språklige barrierer mellom intervjuerne og deltagerne i studien opplevde vi at deltagerne ga uttrykk for at de hadde tillitt til oss ut over det en kanskje kunne forventet om vi ikke hadde delt deres somaliske bakgrunn. Videre fikk vi inntrykk av at kvinnene i vår studie hadde genuin interesse for tematikken og at de var åpne for å dele deres erfaringer rundt temaet. På den andre siden møtte

vi også utfordringer knyttet til felles nasjonalitet under rekrutteringen. Dette kan ses i sammenheng med at i den somaliske kulturen anses klansystemet som den viktigste sosiale grupperingen, noe som resulterer at enkelte naturligvis sosialisere seg kun med sin egen klan (Landinfo, 2015). Kanskje dette kan forklare hvorfor noen av kvinnene avviste å delta i studien.

4.2 Validitet

Validitet blir inndelt i to begreper intern validitet og ekstern validitet. Intern validitet handler om å undersøke hvorvidt valgt metode og teoretisk referanseramme er egnet til forskningsprosjektet med hensikt i å få gyldige svar på forskningsspørsmålet (Malterud, 2017). Dette innebærer at forsker dokumenterer bakgrunnen for og fremgangsmåten i forskningsprosjektet (Postholm, 2017). For å tilstrebe en troverdig representasjon av forskningsprosjektet har vi prøvd å dokumentere fremgangsmåten i metode, tolkning av data og funn av studie så nøyaktig som mulig (Postholm, 2017).

Det at vi brukte semistrukturerte intervju som datasamlingsmetode gjorde at vi fikk frem berikende data om fenomenet i studien (Polit & Beck, 2017). Fordelen med semistrukturert intervju var at vi brukte en intervjuguide som var en systematisk måte å arbeide på for å svare på forskningsspørsmålet. Intervjuguiden motiverte deltageren til å fortelle så fritt så mulig om tema (Tjora, 2012). For å kunne styrke den interne validiteten gjentok vi svarene til deltager for å forsikre at vi har forstått deltageren (Malterud, 2017). Å intervjuer deltagerne enkeltvis gjorde det enklere for oss å og konsentrere oss om den enkeltes fortellinger, ulike kroppsspråk og ansiktsuttrykk. I tillegg har det hjulpet oss å komme med oppfølgingsspørsmål (Polit & Beck, 2017). Deltagerne var trygge og delte sine erfaringer om tema. Styrke med individuelle intervjuer var at vi kunne samle rike data (Polit & Beck, 2017). Under intervjuene brukte vi lydopptak for dokumentering og for forebygging av datamangel (Polit & Beck, 2017). Lydopptak var også til stor hjelp i dokumentasjon av nøye beskrivelser av deltagerens perspektiv/ erfaring (Tjora, 2012)

Første intervjuet vi foretok var vi nokså bundet av intervjuguiden, dette skyldes at vi var uerfarne med intervjuer. I følge Malterud (2017) er det viktig å være kritiske under forskningsprosessen for å unngå systematiske feil som kan svekke gyldigheten i forskningsarbeidet. På den andre siden gikk ikke dette utover studiens validitet da deltageren var åpen og ga oss fyldige svar om sine erfaringer om tema. I de neste intervjuene var vi

bevisste på å løsrive oss fra intervju-guiden og få blikkontakt med deltagerne. I tillegg lyttet vi på lydbåndet etter intervjuet for å sikre oss om intervju-guiden svarte på forskningsspørsmålet (Dalen, 2011). Vi anså individuelle intervju som en fordel, fordi det ga oss grunnlaget til å omformulere spørsmålene i intervju-guiden på morsmålet samt vurdere om forskningsspørsmålene svarte på problemstillingen, for å sikre gyldighet (Dalen, 2011).

Utvalget i studien har stor påvirkning på kvaliteten på datainnsamlingen og mengden informasjon som blir formidlet til studien (Polit & Beck, 2017). Derfor var rekruttering av utvalget basert på inklusjonskriteriene. Når det gjelder rekrutteringsmetoden i studien støttes det av noseworthy snøballmetoden er best egnet til «vanskelig å nå» populasjon (Noseworthy, 2008). Deltagerne vi valgte i forskningsprosjektet representerte fenomenet på en best mulig måte da de kunne besvare problemstillingen (Polit & Beck, 2017). Vi valgte å intervju 10 kvinner med tanke på uerfarenheten vi har med datainnsamlingsmetoden i praksis. Det er anbefalt å bruke ti deltakere i studien da det kan bidra til mer data (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016)

Det at begge forfatterne i studien behersker muntlig og skriftlige språket i både norsk og somalisk språket under transkripsjonsarbeidet kan føre til en styrking av den interne validiteten i studien (Nes et al., 2010). Vi anser det også som en styrke at vi var to personer som tolket datamaterialet som var kritiske til datamaterialet og vurderte hver trinn i analysen. Siste trinnet i analysen når funnene blir omdannet til sammenhengende tekst tilstrebet vi at alle deltagerne sine stemmer ble fanget og beskrevet best mulig og var tro mot det originale datamaterialet. I følge Malterud (2017) bidrar rekontualisering til at analysen og funnene blir validert opp mot det originale datamaterialet. Analysen gav oss mulighet til å underbygge funnene med gullsitater fra det originale datamaterialet som bidrar til å styrke studiens pålitelighet (Malterud, 2017). Det at STC er en systematisk fremgangsmåte gjorde det enklere for oss nye forskere å dokumentere de ulike trinnene i analysen og vedlikeholde troverdigheten i forskningsprosjektet (Polit & Beck, 2017).

Ekstern validitet er knyttet til om studien kan overføres til andre kontekster (Malterud, 2017). Våre funn kan overføres til andre somaliske fødekvinner og andre innvandrere kvinner i møte med helsetjenesten i Norge og Skandinavia. Noen somaliske kvinner kan kjenne seg igjen i funnene og medføre at det kan bli brukt i andre kontekster enn fødeavdeling som omhandler helsehjelp og informasjon. I tillegg støttes funnene av flere studier. Studien har også gitt oss rom til å se hva som kan forskes videre på, ut ifra tema.

4.3 Relevans

Basert på tidligere forskning ser vi at deler av vårt forskningsspørsmål er besvart av andre. Sett i sammenheng med lite forskning omkring dette temaet i Norge anser vi studien som anvendbar og stor relevans i dagens helsevesen. Kunnskapen i studien kan overføres og brukes av helsearbeidere for å bevisstgjøre kultursensitivitet, og bruken av tolk og health literacy i møte med somaliske kvinner og andre innvandreregrupper.

5. 0 Referanseliste

- Ahlberg, N., & Vangen, S. (2005). Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(5), 586-588.
- Berggren, V., Bergström, S., & Edberg, A.-K. (2006). Being Different and Vulnerable: Experiences of Immigrant African Women Who Have Been Circumcised and Sought Maternity Care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50-57. doi:10.1177/1043659605281981
- Binnie, E. A., & Reinart, L. M. Gjengitt i Brunstad, A., & Tegnander, E. (2017). Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde, 2. utgave. Oslo: Arkibe AS.
- Creswell, J. W. (2019). *Educational research : planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (Sixth edition. ed.). Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Davies, M. M., & Bath, P. A. (2001). The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *J Adv Nurs*, 36(2), 237-245.
- Degni, F., Suominen, S. B., El Ansari, W., Vehvilainen-Julkunen, K., & Essen, B. (2014). Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethn Health*, 19(3), 348-366. doi:10.1080/13557858.2013.797567
- Gele, A., Pettersen, K., Torheim, L., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), n/a. doi:10.1186/s12889-016-3790-6
- Glavin, K., & Sæteren, B. (2016). Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences With Health Care in Norway.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative health research*, 26(13), 1753. doi:10.1177/1049732315617444
- Nes, F., Abma, T., Jonsson, H., & Deeg, D. (2010). Language differences in qualitative research: is meaning lost in translation? *Social, Behavioural and Health Perspectives*, 7(4), 313-316. doi:10.1007/s10433-010-0168-y
- Noseworthy Tom, W., Dunn James, R., Maxwell Colleen, J., Lewis, S., Southern Danielle, A., Corbett, G., . . . Ghali William, A. (2008). Sampling 'hard-to-reach' populations in health research: yield from a study targeting Americans living in Canada. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 57. doi:10.1186/1471-2288-8-57
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Olsson, H., Sörensen, S., & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Parnell, T. A. (2014). *Health literacy in nursing providing person-centered care*. S.I.: S.I. : Springer Publishing Company.
- Pettersen, S. (2003). *Er også naturfagdidaktikk godt for helsen?* Oslo:
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Postholm, M. B. (2017). *Kunnskap for en bedre skole : etter- og videreutdanning som strategi*. Bergen: Fagbokforl.
- Safeer, R. K., J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. . *American family physician*, 72(3).
- Siyad, A., Bildsten, C., & Hellevang, C. (2007). Somalis in Norway, some experiences. . *Somali Developer Forum*.
- St.meld.nr.12 (2009). En gledelig beginnelse - Om en sammenhengende svangerskap-, fødsel- og barselomsorg. Oslo: Det kongelige helse og omsorgsdepartementet, hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>,
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Viken, B., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2015). Maternal health coping strategies of migrant women in Norway. *Nurs Res Pract*, 2015, 878040. doi:10.1155/2015/878040
- Waldenström, U. (2004). Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth*, 31(2), 102-107. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x

6.0 Vedleggliste

Vedlegg 1: Godkjenning fra REK

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykke på Norsk

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Informasjon til forfatter (midwifery)

Vedlegg 5: Artikkel: Somaliske kvinners erfaring med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested.

Vedlegg 1



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Fredrik Rongved	55978498	05.09.2018	2018/1395/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			12.06.2018	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelse

[REDACTED]
Institutt for sykepleiefag

2018/1395 Somaliske kvinners erfaringer med den første kontakten med planlagt fødested før innleggelse

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet **Prosjektleder:** [REDACTED]

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 15.08.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Hensikten med dette prosjektet er å belyse somaliske kvinners erfaringer med kontakten de har med fødestedet før innleggelse. Problemstillingen skal besvares gjennom individuelle semistrukturerte dybdeintervju med førstegenerasjons somaliske kvinner bosatt i Norge. Det overordnede målet med prosjektet er å bidra med kunnskap som kan være med på å styrke fremtidens omsorg for denne gruppen kvinner, slik at de opplever en mer likeverdig helsetjeneste av høy kvalitet. Kontakten med sykehuset før innleggelse er avgjørende for utfallet av fødselen da jordmor på innleggelsestelefonen (eventuelt andre, som AMK-sentralen) er avhengig av korrekt informasjon for å kunne ta gode avgjørelser i forhold til seleksjon av fødekvinne, derfor ønsker vi å ha fokus på nettopp denne kontakten.

Vurdering

Søknadsplikt:

Formålet med studien er å «... belyse somaliske kvinners erfaringer med kontakten de har med fødestedet før innleggelse». Prosjektet kan skaffe til veie ny kunnskap som kan bidra til å styrke framtidig omsorg for denne pasientgruppen i møte med helsetjenesten. Komiteen vurderer at dette prosjektet havner i en gråson, men velger å definere prosjektet innenfor medisinsk og helsefaglig forskning under tvil.

Forsvarlighetsvurdering:

Masterstudenter av somalisk opprinnelse skal intervju somaliske kvinner som har født barn i Norge. Studentene behersker somali og skal stille spørsmål om fødselen med fokus på kontakten mellom den fødende og fødestedet/jordmor.

I tillegg vil det samles inn noen bakgrunnsopplysninger som: alder, antall barn, antall fødsler i Norge, antall år bosatt i Norge, og norskkunnskaper. Komiteen vurderer studien som godt organisert og forsvarlig.

Informasjonsskriv og samtykkeskjema:

REK vest forutsetter at informasjonsskrivet revideres slik at logoen til forskningsansvarlig institusjon lagt til, før informasjonsskrivet tas i bruk. Komiteen har ingen ytterligere merknader til skrivet.

Besøksadresse: Telefon: 55975000 All post og e-post som inngår i Kindly address all mail and e-mails to
Armauer Hansens Hus (AHH), E-post: post@helseforskning.etikkom.no saksbehandlingen, bes adressert til REK the Regional Ethics Committee, REK Tverrflyøy Nord,
2 etasje, Rom Web: http://helseforskning.etikkom.no/ vest og ikke til enkelte personer vest, not to individual staff
281. Haukelandsveien 28

REK er i prosess med å utarbeide nye maler for informasjonsskriv i henhold til de nye reglene som trådte i kraft 20. juli med ny personopplysningslov og EUs personvernforordning (GDPR). Vi satser på at de reviderte malene vil ligge ute på vår hjemmeside i løpet av de neste 14 dagene. Det forventes at endringene i malen blir små men viktige. Endringene kan få betydning for framtidig bruk av data som innhentes med samtykke som grunnlag. REK vest setter derfor som vilkår at et nytt informasjonsskriv som er revidert i henhold til de nye malene sendes inn på epost. Skriv «REK vest» og referansenummer «2018/1395» i emnefeltet.

Rekruttering:

8 – 10 førstegenerasjons somaliske kvinner som har født barn i Norge. «Vi ønsker å rekruttere deltakere ved å kontakte somaliske foreninger, og bruke sosiale medier.» Komiteen har ingen merknader til dette.

Prosjektslutt og behandling av data:

Prosjektslutt er satt til 01.08.2020. «Alle dokumenter knyttet til prosjektet vil oppbevares på Høgskulens egen beskyttede forskerserver. All data vil anonymiseres, og lydfiler og kontaktinformasjon vil slettes ved prosjektets slutt.» Komiteen har ingen merknader til dette.

Vilkår:

Et revidert informasjonsskriv skal sendes til REK på epost.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 01.02.2021, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning Prof.
dr.med. Komiteleder

Fredrik Rongved rådgiver

Kopi til:post@hvl.no

Vedlegg 2



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Somaliske kvinners erfaring knyttet til første kontakt med planlagt fødested

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvilke erfaringer somaliske kvinner har knyttet til første kontakten med planlagt fødested før innleggelse. I dette prosjektet er vi to jordmorstudenter som heter [REDACTED] og [REDACTED]. Forskningsprosjektet er en masteroppgave som vi skriver i jordmorfag ved Høgskulen på Vestlandet.

Hva innebærer PROSJEKTET?

Vi ønsker å intervju 8-10 somalisk-fødte kvinner som har født i Norge i løpet av de siste 10 årene. Du vil bli intervjuet alene, og det blir stilt spørsmål knyttet til din erfaring med første kontakten med fødeavdelingen. I tillegg vil det samles inn noen bakgrunnsopplysninger som: alder, antall barn, antall fødsler i Norge, antall år bosatt i Norge, og norskkunnskaper. Intervjuet varer mellom 30-60 min.

Mulige fordeler og ulemper

Fordeler med studien er målet med studien. Forskningsprosjektet kan bidra med økt forståelse og kvalitetsforbedring som kan styrke oppfølgingen til somaliske kvinner i fødselsomsorgen. Mulige ulemper er tiden kvinnene bruker ved å delta under intervjuet som er verdifull. Ut over dette ser vi ingen åpenbare ulemper ved prosjektet.

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. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, 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 [REDACTED] veileder for prosjektet. Mobil: [REDACTED]. E-mail [REDACTED]

Hva skjer med OPPLYSNINGENE om deg?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. 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. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun veiledere for prosjektet som har tilgang til denne listen. Opplysningene om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

Dataene vil bli trygt lagret på HVLs forskningsserver.

Godkjenning

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert prosjektet, og har gitt forhåndsgodkjenning (REK vest: ref. nr. 2018/1395).

Etter ny personopplysningslov har Høgskulen på Vestlandet og prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel [6].

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med

██████████, mastergradsstudent i jordmorfag. Mobil: ██████████ E-mail:
██████████

██████████, mastergradsstudent i jordmorfag. Mobil: ██████████ E-mail: ██████████

Du kan ta kontakt med institusjonens personvernombud dersom du har spørsmål om behandlingen av dine personopplysninger i prosjektet. [██████████] og, personvernombud@hvl.no

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og til at mine personopplysninger og mitt biologiske materiale brukes slik det er

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Rolle i prosjektet

Vedlegg 3

Intervjuguide

1. Kan du fortelle meg litt om fødselen din? Ta gjerne utgangspunkt i første gang du fødte i Norge, og start gjerne med det øyeblikket du skjønnte at det var noe på gang, før du kontaktet fødestedet ditt.
2. Kan du fortelle om da du kontaktet fødestedet ditt? Hvordan gjorde du det, og hvordan opplevde du denne kontakten?
3. Var du i kontakt med fødestedet ditt flere ganger gjennom graviditeten? Kan du i så fall fortelle meg litt om det?
4. Kan du fortelle meg litt om hva du tenkte og gjorde da det ble klart at du skulle reise inn til sykehuset?
5. Kan du fortelle om det første møtet med jordmor da du kom inn på sykehuset?
6. Er det noe mer du har lyst til å fortelle?

Bakgrunnsspørsmål:

1. Hvor gammel er du?
2. Hvor mange barn har du født?
3. Hvor mange barn har du født i Norge?
4. Hvor lenge har du bodd i Norge (år)?
5. Opplevde du selv at du behersket norsk muntlig på en tilfredsstillende måte da du skulle føde for første gang i Norge?

Vedlegg 4



Introduction

Dr Debra Bick, the Editor of *Midwifery*, welcomes manuscripts for consideration for publication in the journal.

Uniform Requirements

These guidelines generally follow the 'Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals', published by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). *Midwifery* is a signatory journal to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, issued by the International Committee for Medical Journal Editors (ICMJE), and to the Committee on Publication Ethics (COPE) code of conduct for Editors. We follow COPE's guidelines.

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print

Graphical Abstracts / Highlights files (where applicable)



Before You Begin

Ethics in publishing

Please see our information pages on [Ethics in publishing](#) and [Ethical guidelines for journal publication](#).

Studies in humans and animals

If the work involves the use of human subjects, the author should ensure that the work described has been carried out in accordance with [The Code of Ethics of the World Medical Association](#) (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans. The manuscript should be in line with the [Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](#) and aim for the inclusion of representative human populations (sex, age and ethnicity) as per those recommendations. The terms [sex and gender](#) should be used correctly.

Authors should include a statement in the manuscript that informed consent was obtained for experimentation with human subjects. The privacy rights of human subjects must always be observed.

All animal experiments should comply with the [ARRIVE guidelines](#) and should be carried out in accordance with the U.K. Animals (Scientific Procedures) Act, 1986 and associated guidelines, [EU Directive 2010/63/EU](#)

[for animal experiments](#), or the National Institutes of Health guide for the care and use of Laboratory animals (NIH Publications No. 8023, revised 1978) and the authors should clearly indicate in the manuscript that such guidelines have been followed. The sex of animals must be indicated, and where appropriate, the influence (or association) of sex on the results of the study.

Declaration of Interest

All authors are requested to disclose any actual or potential conflict of interest including any financial, personal or other relationships with other people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence, or be perceived to influence, their work. [More information](#).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Articles should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader, should contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of race, sex, culture or any other characteristic, and should use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, for instance by using 'he or she', 'his/her' instead of 'he' or 'his', and by making use of job titles that are free of stereotyping (e.g. 'chairperson' instead of 'chairman' and 'flight attendant' instead of 'stewardess').

Contributors

Those who meet some but not all of the criteria for authors can be identified as 'contributors' with their contribution specified. All those individuals who provided help during the research (e.g., collecting data, providing language help, writing assistance or proofreading the article, etc.) that do not meet criteria for authorship should be acknowledged in the paper. Acknowledgments should be added to the title page if applicable.

Authorship

All authors should have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted.

During the submission process online, we ask you make a true statement that all authors meet the criteria for authorship, have approved the final article and that all those entitled to authorship are listed as authors.

Changes to authorship

Authors are expected to consider carefully the list and order of authors **before** submitting their manuscript and provide the definitive list of authors at the time of the original submission. Any addition, deletion or rearrangement of author names in the authorship list should be made only **before** the manuscript has been accepted and only if approved by the journal Editor. To request such a change, the Editor must receive the following from the **corresponding author**: (a) the reason for the change in author list and (b) written confirmation (e-mail, letter) from all authors that they agree with the addition, removal or rearrangement. In the case of addition or removal of authors, this includes confirmation from the author being added or removed.

Only in exceptional circumstances will the Editor consider the addition, deletion or rearrangement of authors **after** the manuscript has been accepted. While the Editor considers the request, publication of the manuscript will be suspended. If the manuscript has already been published in an online issue, any requests approved by the Editor will result in a corrigendum.

All authors should have made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted.

Article transfer service

This journal is part of our Article Transfer Service. This means that if the Editor feels your article is more suitable in one of our other participating journals, then you may be asked to consider transferring the article to one of those. If you agree, your article will be transferred automatically on your behalf with no need to reformat. Please note that your article will be reviewed again by the new journal. [More information](#).

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete an 'Exclusive License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

Elsevier supports responsible sharing

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement then this should be stated.

Funding body agreements and policies

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some funding bodies will reimburse the author for the gold open access publication fee. Details of [existing agreements](#) are available online.

After acceptance, open access papers will be published under a noncommercial license. For authors requiring a commercial CC BY license, you can apply after your manuscript is accepted for publication.

Open access

This journal offers authors a choice in publishing their research:

Subscription

- Articles are made available to subscribers as well as developing countries and patient groups through our [universal access programs](#).
- No open access publication fee payable by authors.
- The Author is entitled to post the [accepted manuscript](#) in their institution's repository and make this public after an embargo period (known as green Open Access). The [published journal article](#) cannot be shared

publicly, for example on ResearchGate or Academia.edu, to ensure the sustainability of peer-reviewed research in journal publications. The embargo period for this journal can be found below.

Gold open access

- Articles are freely available to both subscribers and the wider public with permitted reuse.
- A gold open access publication fee is payable by authors or on their behalf, e.g. by their research funder or institution.

Regardless of how you choose to publish your article, the journal will apply the same peer review criteria and acceptance standards.

For gold open access articles, permitted third party (re)use is defined by the following [Creative Commons user licenses](#):

Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs (CC BY-NC-ND)

For non-commercial purposes, lets others distribute and copy the article, and to include in a collective work (such as an anthology), as long as they credit the author(s) and provided they do not alter or modify the article.

The gold open access publication fee for this journal is **USD 3200**, excluding taxes. Learn more about Elsevier's pricing policy: <https://www.elsevier.com/openaccesspricing>.

Green open access

Authors can share their research in a variety of different ways and Elsevier has a number of green open access options available. We recommend authors see our [open access page](#) for further information. Authors can also self-archive their manuscripts immediately and enable public access from their institution's repository after an embargo period. This is the version that has been accepted for publication and which typically includes author-incorporated changes suggested during submission, peer review and in editor-author communications. Embargo period: For subscription articles, an appropriate amount of time is needed for journals to deliver value to subscribing customers before an article becomes freely available to the public. This is the embargo period and it begins from the date the article is formally published online in its final and fully citable form. [Find out more](#).

This journal has an embargo period of 12 months.

Language (usage and editing services)

Language should be standard UK English and woman-centred, e.g. use "childbearing woman" instead of "gravid patient", birth instead of delivery. Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the English Language Editing service (<http://webshop.elsevier.com/languageediting/>) available from Elsevier's WebShop.

Informed consent and patient details

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent, which should be documented in the paper. Appropriate consents, permissions and releases must be obtained where an author wishes to include case details or other personal information or images of patients and any other individuals in an Elsevier publication. Written consents must be retained by the author but copies should not be provided to the journal. Only if specifically requested by the journal in exceptional circumstances (for example if a legal issue arises) the author must provide copies of the consents or evidence that such consents have been obtained. For more information, please review the [Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals](#). Unless you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Submit your article

Please submit your article via <https://ees.elsevier.com/YMIDW>.



Preparation

Peer review

This journal operates a double blind review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. [More information on types of peer review](#).

Double-blind review

This journal uses double-blind review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

Title page (with author details): This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

Blinded manuscript (no author details): The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Full length articles and reviews should be approximately 5,000 words in length, excluding references, tables and figures.

Double-blind peer review - This journal uses double-blind review, which means that both the reviewer and author name(s) are not allowed to be revealed to one another for a manuscript under review. The identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. To facilitate anonymity, the author's names and any reference to their addresses should only appear on the title page.

Blinded manuscript (no author details): The main body of the paper (including the references, figures and tables) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations. Authors should also ensure that the place of origin of the work or study, and/or the organization(s) that have been involved in the study/development are not revealed in the manuscript – "X" can be used in the manuscript and details can be completed if the manuscript is processed further through the publication process.

Headings

Headings in the article should be appropriate to the nature of the paper. Research papers should follow the standard structure of: Introduction (including review of the literature), Methods, Findings and Discussion.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Methods

Provide sufficient detail to allow the work to be reproduced. Methods already published should be indicated by a reference: only relevant modifications should be described.

Results

Results should be clear and concise.

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Please note that the Title Page should be provided as a separate file.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.
- **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**
- **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

• Authors are also encouraged to include their personal Twitter handles on the title page if they wish for these to be published.

Title page information and declarations. Authors are required to make certain declarations on their Title Page under the following mandatory headings 1-3, and in the order given here: (1) Conflict of Interest, (2) Ethical Approval, (3) Funding Sources. If some, or all three, do not apply, please still include the headings and state "None declared" / "Not applicable" next to them if necessary (for example "Conflict of Interest - None Declared"). Further headings may be used if applicable: (4) Clinical Trial Registry and Registration number (if applicable) and (5) Acknowledgments (if applicable). Authors are also required to upload a completed Conflict of Interest checklist for each author from the ICMJE website - <http://icmje.org/conflicts-of-interest/> as a separate 'Supplementary Material' file entitled "Conflict of Interest Checklist".

Abstract

A summary should be in the 'Structured Summary Format' giving objective, design, setting, participants, interventions (if appropriate), measurements and findings, key conclusions and implications for practice (see https://www.elsevier.com/data/promis_misc/midwifery-abstracts.pdf, Vol 10, p58 for further information).

Highlights

Highlights are mandatory for this journal. They consist of a short collection of bullet points that convey the core findings of the article and should be submitted in a separate file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point). See <https://www.elsevier.com/highlights> for examples.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords. The purpose of these is to increase the likely accessibility of your paper to potential readers searching the literature. Therefore, ensure keywords are descriptive of the study. Refer to a recognised thesaurus of keywords (e.g. CINAHL, Medline) wherever possible.

Abbreviations

As this is an international journal, please note that abbreviations can be used but the full name of the organisation must be included. No abbreviations should be used in abstracts.

Acknowledgements

For original submissions Acknowledgements should be included in the title page file to facilitate blinded review. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Illustration services

[Elsevier's WebShop](#) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in Text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not permitted. Citations of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

The accuracy of the references is the responsibility of the author.

Text:

All citations in the text should refer to:

1. *Single author*: the author's name (without initials, unless there is ambiguity) and the year of publication;
2. *Two authors*: both authors' names and the year of publication;
3. *Three or more authors*: first author's name followed by 'et al.' and the year of publication.

Citations may be made directly (or parenthetically). Groups of references should be listed first chronologically, then alphabetically.

Examples: "as demonstrated (Allan, 1996a, 1996b, 1999; Allan and Jones, 1995). Kramer et al. (2000) have recently shown "

Reference list: References should be arranged first alphabetically and then further sorted chronologically if necessary. More than one reference from the same author(s) in the same year must be identified by the letters "a", "b", "c", etc., placed after the year of publication. Full journal titles must be used in the reference list.

Examples:

Reference to a journal publication:

Oguro, M., Imahiro, S., Saito, S., Nakashizuka, T., 2015. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions. Mendeley Data, v1. <http://dx.doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

References to a book:

Field, P. A., Morse, J. M., 1985. Nursing research: the application of qualitative approaches. Croom Helm, London.

Reference to a chapter in an edited book:

Mettam, G.R., Adams, L.B., 1999. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones, B.S., Smith, R.Z. (Eds.), Introduction to the Electronic Age. E-Publishing Inc., New York. pp. 281-304.

Citing and listing of Web references. As a minimum, the full URL should be given. Any further information, if known (Author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software.](#)

Users of Mendeley Desktop can easily install the reference style for this journal by clicking the following link: <http://open.mendeley.com/use-citation-style/midwifery>

When preparing your manuscript, you will then be able to select this style using the Mendeley plug-ins for Microsoft Word or LibreOffice.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary Data

Supplementary material can support and enhance your scientific research. Supplementary files offer the author additional possibilities to publish supporting applications, high-resolution images, background datasets, sound clips and more. Please note that such items are published online exactly as they are submitted; there is no typesetting involved (supplementary data supplied as an Excel file or as a PowerPoint slide will appear as such online). Please submit the material together with the article and supply a concise and descriptive caption for each file. **All authors should have checked and approved the submission of each supplementary file.** Supplementary files will be subject to the journal's usual peer review process and all data included must meet ethical standards and approvals. If you wish to make any changes to supplementary data during any stage of the process, then please make sure to provide an updated file, and do not annotate any corrections on a previous

version. Please also make sure to switch off the 'Track Changes' option in any Microsoft Office files as these will appear in the published supplementary file(s). For more detailed instructions please visit our [artwork instruction pages](#).

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Mendeley Data

This journal supports Mendeley Data, enabling you to deposit any research data (including raw and processed data, video, code, software, algorithms, protocols, and methods) associated with your manuscript in a free-to-use, open access repository. During the submission process, after uploading your manuscript, you will have the opportunity to upload your relevant datasets directly to *Mendeley Data*. The datasets will be listed and directly accessible to readers next to your published article online.

For more information, visit the [Mendeley Data for journals page](#).

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).



After Acceptance

Online proof correction

Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also

comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

Language Editing

Authors who require information about language editing and copyediting services pre- and post-submission please visit: <http://webshop.elsevier.com/languageediting> or visit our [Support Center](#) for more information. Please note Elsevier neither endorses nor takes responsibility for any products, goods or services offered by outside vendors through our services or in any advertising. For more information please refer to our Terms & Conditions <https://www.elsevier.com/legal/elsevier-website-terms-and-conditions>

Considerations specific to types of research designs

The editors require that manuscripts adhere to recognized reporting guidelines relevant to the research design used. These identify matters that should be addressed in your paper. These are not quality assessment frameworks and your study need not meet all the criteria implied in the reporting guideline to be worthy of publication in the journal. The checklists do identify essential matters that should be considered and reported upon.

Any paper reporting the results of a questionnaire survey should include a copy of the questionnaire used, together with the manuscript. This should be uploaded as Supplemental Information.

You are encouraged (although not required) to submit a checklist from the appropriate reporting guideline together with your paper as a guide to the editors and reviewers of your paper.

Reporting guidelines endorsed by the journal are listed on the EQUATOR website at <http://www.equator-network.org/>

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Webshop](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.



Author Inquiries

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

Vedlegg 5

Sammendrag

Tittel: Somaliske kvinners erfaringer med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested

Hensikt: Å undersøke somaliske kvinners erfaringer med første kontakt og fødsel ved planlagt fødested

Forskningsdesign: En kvalitativ intervjustudie

Kontekst: Individuelle semi-strukturerte intervju med somaliske kvinner i Norge. Intervjuene foregikk i kvinnenenes hjem og på café.

Deltagere: 10 somaliske kvinner som fødte i Norge de ti siste årene. To førstegangsfødende og åtte flergangsfødende deltok i studien

Resultat: Funnene i studien kan deles inn i tre hovedkategorier:

- 1) Kvinnene beskrev kunnskapen de hadde om fødsel før innleggelse, og hvordan dette påvirket den første kontakten med sykehuset i forbindelse med fødsel.
- 2) Kvinnene fortalte at de vurderte det som risikofyllt å føde, og derfor opplevde de det ekstra sårbart å kunne bli avvist på telefonen. I tillegg beskrev kvinnene at språkutfordringer påvirket møte med helsepersonell.
- 3) Møtet med helsevesenet ble generelt beskrevet som godt, med mindre de møtte helsepersonell med fordommer eller begrenset kulturforståelse.

Konklusjon:

Funnene i studien viste at kvinnene hadde gode erfaringer knyttet til første kontakt med sykehuset og fødsel i Norge. Kvinnene beskrev like fullt utfordringer knyttet til språkbarrierer og mangel på kulturforståelse hos enkelte helsepersonell. Videre beskrev kvinnene at kvaliteten på helsehjelpen ble påvirket av disse faktorene, samtidig som kvinnene beskrev en generell god opplevelse med fødselsomsorgen i Norge.

Nøkkelord: Somaliske kvinner, sykehusinnleggelse, første kontakt, fødsel, kulturforståelse, språkutfordringer, forkunnskap.

Introduksjon

Når en kvinne er i tvil om hvorvidt fødselen er i gang eller lurer på noe oppfordres hun til å kontakte jordmor via telefonkontakt (Eri et al., 2011). Første møtet med jordmor anses som viktig, fordi dette er et øyeblikk hvor jordmor selekterer kvinnene for videre oppfølging, og flere studier viser at kvinners erfaringer knyttet til første kontakten med jordmor kan påvirke hvordan kvinnen opplever hele fødselsprosessen (Eri et al., 2011, Green et al., 2012). Somaliere er den største ikke-vestlige innvandrerguppen i Norge (Glavin and Sæteren, 2016). Somaliske kvinner i Norge føder flere barn enn gjennomsnittet blant norske kvinner (Glavin and Sæteren, 2016). I denne demografiske gruppen vil mange få sitt første møte med den norske helsetjenesten i forbindelse med svangerskap- fødsel- barselperioden (St.meld. nr.12, 2009).

Én norsk studie viser at kvinner fra området Afrikas horn (Somalia, Eritrea, Etiopia, Djibouti) hadde 2 – 3 ganger høyere perinatal dødelighet enn etnisk norske kvinner. Denne gruppen er også mer utsatt for unødvendig bruk av medisinske intervensjoner (Ahlberg and Vangen, 2005). Flere studier viser at innvandrergupper ofte opplever utfordringer som kulturforskjeller og negativ atferd fra helsepersonalet (Degni et al., 2014, Viken et al., 2015, Glavin and Sæteren, 2016, Davies and Bath, 2001). På bakgrunn av dette viser flere studier behovet for å styrke helsepersonells flerkulturelle forståelse (Davies and Bath, 2001, Degni et al., 2014, Glavin and Sæteren, 2016, Viken et al., 2015). Ivaretagelse av likeverdige tjenester hos alle kvinner i svangerskap- fødsel og barselomsorgen er et viktig ansvar hos jordmødre og helsepersonell (Degni et al., 2014).

Health literacy er et begrep som er blitt brukt i litteraturen de siste førti årene (Parnell, 2014). Nutbeam definerer begrepet health literacy som at personlige, kognitive og sosiale ferdigheter er avgjørende faktorer som fremmer helse hos individet (Nutbeam, 2000). Disse faktorene bestemmer individets kapasitet til å motta, forstå og vedlikeholde helseinformasjon (Nutbeam, 2000). Noen somaliske kvinner kan ha utfordringer med forståelse og tilgang til helseinformasjon. Dette kan skyldes ulik kunnskap om sine helseutfordringer, kultur og språkbarriere i et nytt land (Gele, 17). En god dialog mellom kvinnen og helsearbeider er derfor viktig og dermed er det ønskelig å diskutere funnene i lys av teorien health literacy. Hensikten

med studien er å undersøke somaliske kvinners erfaringer knyttet til den første kontakten og fødsel ved planlagt fødested

Studiedesign

I denne studien har vi brukt et kvalitativ studiedesign med fenomenologisk tilnærming. Data ble samlet gjennom individuelle semistrukturert intervju av somaliske kvinner i Norge. Kvinnene i intervjuet fikk informasjon om prosjektets hensikt, anonymitet samt retten til å trekke seg fra studien når som helst uten konsekvenser. Alle deltagerne signerte samtykke for deltagelse av studien.

Utvalg/rekruttering

Inklusjonskravene til rekruttering var somaliske kvinner som har født i Norge de siste ti årene. Intervjuet skulle foregå minst seks uker etter siste fødsel. Vi foretok snøball-metoden for å rekruttere kvinnene i studien. Denne metoden går ut på at en deltaker blir spurt om å henvise andre som oppfyller kvalifikasjonskriteriene (Polit and Beck, 2017). Vi ble tipset om en nøkkelperson fra det somaliske miljøet på Vestlandet. Vi kontaktet kvinnen per telefon og rekrutterte fire av deltagerne i studien. Vi kom også i kontakt med en somalisk dame på Østlandet som rekrutterte seks deltagere fra ulike steder i landet. Før datasamlingen startet ble hver kvinne informert over telefon om prosjektets hensikt, metode og samtykke til deltagelse. Informasjonen ble også gjenfortalt på selve intervjudagen. Innvandrergupper blir beskrevet som “hard to reach population” å rekruttere til intervju (Noseworthy Tom et al., 2008). Forfatterne i studien delte samme kultur og språk med deltagerne, noe som kan ha økt studiens interne validitet.

Datasamling

Intervjuene startet i oktober 2018. Kvinnene valgte hvor intervjuene skulle foregå. Intervjuene foregikk hovedsakelig i kvinnenenes egne hjem, og kun ett intervju foregikk i en kafebar i et kjøpesenter. Tre av kvinnene bodde i ulike byer og dermed foregikk intervjuene gjennom facetime og telefon. Vi brukte en intervjuguide som et utgangspunkt i intervjuene og den inneholdt åpne spørsmål knyttet til tema (Polit & Beck, 2017). Først stilte vi kvinnene bakgrunnsspørsmål om alder, antall barn, antall fødsler i Norge, oppholdstid i Norge og hvordan

norskkunnskapene var når kvinnen skulle føde i Norge for første gang. Deretter startet vi hovedintervjuet som bestod av fire åpne spørsmål. Alle spørsmålene startet eller sluttet med "Kan du fortelle..." Første spørsmål var følgende: «*Kan du fortelle om din første fødsel i Norge? Ta gjerne utgangspunkt i da du skjønnte at fødselen var i gang, før du tok kontaktet fødestedet ditt*» Videre stilte vi spørsmålene: «*Kan du fortelle om da du kontaktet fødestedet ditt? Hvordan gjorde du det, og hvordan opplevde du denne kontakten? Var du i kontakt med fødestedet ditt flere ganger gjennom graviditeten? Kan du i så fall fortelle meg litt om det? Kan du fortelle meg litt om hva du tenkte og gjorde da det ble klart at du skulle reise inn til sykehuset? Kan du fortelle om det første møtet med jordmor da du kom inn på sykehuset?*» Vi avsluttet intervjuet med å spørre kvinnene om de hadde noe mer å fortelle om gjeldende tema.

I vår studie deltok 10 somaliske kvinner. Kvinnene vi intervjuet var i aldersgruppe: 26- 38 år. To av intervjuene foregikk på norsk og åtte av intervjuene var på somalisk. Det ble tatt lydopptak under intervjuene. Intervjuene hadde en gjennomsnittsvarighet på: 26 minutter. Det ble skrevet en prosjektlogg underveis i forskningsprosessen.

Dataanalyse

Data ble analysert ved hjelp av Malteruds modifiserte tekstkondensering (STC). Analysen består av fire trinn (Malterud, 2017). All tale fra lydopptakene ble transkribert. Opptaket ble lyttet på gjentatte ganger og deretter transkribert til skriftlig tekst på norsk. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju. Forfatterne av studien valgte å transkribere materialet selv uten bruk av tolk, da de behersker det somaliske språket godt.

Første trinn i Malteruds modifiserte tekstkondensering innebærer å skaffe seg et helhetsinntrykk av datamaterialet. Det blir derfor nødvendig å lese over skriftlig data gjentatte ganger for å studere datamaterialet. Vi identifiserte åtte temaer. I trinn to identifiserte vi de meningsbærende enhetene i teksten og deretter sorterte de meningsbærende enhetene til tilhørende temaer. Videre kodet vi de meningsbærende enhetene i tema ut ifra forskningsspørsmålet. Det viste seg at noen av temaene overlappet hverandre. Åtte temaer ble justert til tre kodegrupper. I trinn tre uthentet vi systematisk mening i de ulike kodene ved å kondensere de meningsbærende enhetene i hver hovedkode. I tillegg ble kodene redusert til et dekontualisert utvalg som utgjorde til sammen seks subgrupper. I siste trinn satte vi sammen bitene igjen (rekontualisering) og lagde en sammenhengende tekst tilhørende hver subgruppe innen hver

hovedkode. Dette materialet utgjorde funnene i studien. For å underbygge funnene supplerte vi teksten med beskrivende sitater hentet fra originalmaterialet.

Forskningsetiske betraktninger

Studien er godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2018/1395/REK vest). Vi har fulgt forskningsetiske retningslinjer i tråd med REK søknad. Informert samtykke etter REK ble utdelt til kvinnene og signaturer er innhentet. Datamaterialet ble anonymisert og behandlet konfidensielt.

Resultatet

Analysen i studien resulterte i tre kodegrupper;

- (I) Kvinnens kunnskap om fødsel før innleggelse påvirker kontakten med sykehuset.
- (II) Det er risikofyllt å føde og derfor oppleves det ekstra sårbart dersom en blir avvist på telefonen.
- (III) Kvinnene opplevde møtet med det norske helsevesenet som generelt godt, med mindre de møtte helsepersonell med begrenset kulturforståelse og fordommer.

Kvinnens kunnskap om fødsel før innleggelse påvirker kontakten med sykehuset.

Kvinnene vi intervjuet fortalte om sine forkunnskaper i forhold til fødsel og fødselens start. Kvinnene ga uttrykk for at de hadde ulik kunnskap om fødsel og at de ble raskt redde og bekymret dersom fødselen ikke utviklet seg slik som de forventet. De fleste kvinnene beskrev at de hadde troen på egen fødekraft og hentet sine kunnskaper fra familie, venner eller fra bøker. Noen beskrev at de hadde fått informasjon hos fastlegen i forhold til fødselens start, mens andre la mest vekt på informasjon fra eget nettverk og egne erfaringer. I tilfeller der fødselen startet på en annen måte enn forventet beskrev kvinnene en redsel for at fødselen skulle få et uheldig utfall, slik som denne førstegangsfødende beskriver:

«Når jeg så fostervannet ble jeg bekymret fordi det var første gangen (...). Et sted leste jeg at dersom vannet gikk så kunne barnet få navlestrengen rundt halsen og dø» *Intervju*
8

Kvinnene beskrev smerte som en naturlig del av fødselen og noe de måtte takle. Alle deltagerne snakket om sine forkunnskaper om keisersnitt og smertelindring i fødsel. Flere av kvinnene

uttrykte at de så på keisersnitt som noe svært risikofylt. En kvinne nevnte at hun var redd for at helsepersonell kunne operere ut en nyre dersom det ble keisersnitt, og en annen kvinne nevnte at det kunne være opptil 50% sjanse for å ikke overleve en operasjon. Flere av kvinnene fortalte at de fikk informasjon om epidurales negative virkninger fra andre somaliske mødre. Informasjonen som kvinnene fikk var at fødekvinne kunne bli handicappet eller at epidural kunne hindre fremgangen i fødselen. Dette førte også til at noen av kvinnene var bekymret og nektet smertestillende under fødselen. Slik som denne flergangsfødende kvinnen beskriver;

«Jeg var redd for at de skulle stikke meg i ryggen. Jeg har hørt det fra somaliske kvinner at sprøyten ikke var bra og at man kan bli lam av den» *Intervju 7*

Det er risikofylt å føde, og derfor oppleves det ekstra sårbart dersom en blir avvist på telefonen.

De fleste kvinnene ringte til sykehuset på forhånd da de skjønnte at fødselen var i gang. Tilfeller der kvinnene ikke ringte sykehuset på forhånd var primært knyttet til kvinner som ble henvist til fødestedet for induksjon. Kvinnene oppga telefonkontakten med jordmor som en god opplevelse. De opplevde jordmødrene som åpne og behjelpelige. De ble stilt spørsmål og fikk veiledning gjennom telefon. Flere av kvinnene oppga at de ikke forsto spørsmålene som ble spurt under telefonsamtalen og opplevde derfor samtalen som et intervju. Flere fortalte at de fikk komme inn til sykehuset med engang, og de som sa dette trodde det skyldtes at de var førstegangsfødende med lite erfaring. Kvinnene var derimot engstelige for å bli avvist på telefon. Mange av kvinnene uttrykte at de var redde for at det kunne skje noe galt dersom de ble bedt om å være hjemme. De var redde for å føde hjemme, blø i hjel eller at barnet døde dersom de fikk beskjed om å bli hjemme. De fleste kvinnene fortalte at de gjenkjente signalene fra egen kropp og stolte på sine fødeerfaringer og instinkt om å beskytte seg selv og barnet. Derfor uttrykte de sterkt at det er viktig at alle fødekvinne får tilbud om å komme til sykehuset for en vurdering før de eventuelt blir sendt hjem igjen. Slik som denne flergangsfødende kvinnen beskriver:

«Jeg hadde ikke sterke rier, men jeg oppgav riene sterkere enn det de var fordi jeg var redd for at de skulle si at jeg måtte bli hjemme. Hvis jeg hadde sagt at riene var mer enn fem minutter imellom så ville de ha sagt vær hjemme og da hadde jeg født hjemme»
Intervju 7

Kvinnene som kunne forstå språket opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon. Flertallet av kvinnene vi intervjuet beskrev derimot språkutfordringer i kontakt med helsepersonalet. Ingen av dem fikk profesjonell tolk under første møtet med sykehuset. Noen av kvinnene hadde med seg ledsagere som tolk. De fleste kvinnene oppga at de fikk mye informasjon, men på grunn av språkutfordringene forsto de ikke informasjonen som ble gitt og opplevde misforståelser. Slik som denne førstegangsfødende kvinnen beskriver:

«Den største utfordringen jeg har erfart er hvis man ikke forstår noe, så kan ingen hjelpe deg. Jeg kunne ikke språket godt nok til å uttrykke meg. Jeg hadde ingen tolk og jeg fikk aldri riktig tilbud» *Intervju 10*

Kvinnene opplevde møtet med det norske helsevesenet som generelt godt, med mindre de møtte helsepersonell med begrenset kulturforståelse og fordommer.

Flere av kvinnene vi intervjuet hadde vært i landet kort tid før fødselen. Samtlige fortalte at de savnet et nettverk eller noen å dele opplevelsen med. Kvinnene som var ny i landet fødte uten ledsagere tilstede. Kvinnene opplevde ensomhet, redsel og følte seg ikke trygge. Noen av kvinnene beskrev at de hadde hørt negative ting om det norske helsevesenet før fødsel, noe som gjorde at de ble skeptiske til helsepersonell. Kvinnene fortalte om utfordringer med kulturforskjeller som at familiemedlemmer og venner er en viktig hjelp og støtte for fødekvinnen i hjemlandet, mens i Norge var det ikke like vanlig å ha flere familiemedlemmer under fødsel. Flere av kvinnene fortalte også at når de fikk lov til å ha sine nærmeste tilstede erfarte de god støtte. Noen hadde med seg venninner, men de ble ofte sendt bort av helsepersonell. En kvinne som fikk lov til å ha med seg sin venninne beskrev hvordan dette styrket henne og hennes forhold til helsepersonalet under fødselen:

«Jeg sverger, de behandlet meg veldig bra. Jeg har bedt en del for dem. De var gode mennesker. Til og med da jeg skulle presse, klarte jeg det ikke så godt og de hjalp meg. De oppmuntret meg. Dette klarer du, du kommer til å føde snart. Jeg forsto ikke hva de sa, men det var venninnen min som tolket for meg.» *Intervju 5*

Kvinnene vi intervjuet beskrev at kvaliteten på hjelpen de fikk kunne variere fordi jordmødrene på mange måter er så forskjellige mennesker. Jordmødre med lite forståelse for migrasjon og som gjerne viste at de hadde fordommer gav kvinnene en negativ opplevelse. Noen av kvinnene fortalte at enkelte jordmødre var strenge. Flere kvinner beskrev at jordmoren ikke tok hensyn

til fødekvinnens behov for å være tildekket, og noen av deltakerne som hadde fire eller flere barn var misfornøyde med helsepersonell. Fordi de opplevde at jordmødrene hadde fordommer mot kvinner med mange barn. Majoriteten av kvinnene vi intervjuet derimot beskrev kontakten med jordmor som en positiv opplevelse. De beskrev jordmødrene som hyggelige og dyktige. Kvinnene satte ekstra pris på jordmødrene som gav god omsorg, informasjon, veiledning og oppmuntring. Spesielt under fødselen var oppløftende ord motiverende for fødekvinnen. Flertallet fortalte at de var fornøyde med at de fikk god hjelp og var takknemlige for hjelpen de fikk av jordmødrene. Slik som denne førstegangsfødende kvinnen beskriver:

«Heldigvis jobber det ikke bare en person i en avdeling, men mange forskjellige (...)
Folk er ikke like og hvis du ikke opplever godhet eller vennlighet av en vil du kunne oppleve det fra noen andre. Jeg var veldig glad for at jeg fødte i Norge. Fordi, de reddet meg og mitt barn» *Intervju 9*

Diskusjon

Funnene i studien viser at kvinnenes erfaringer med første kontakt og fødsel i Norge var påvirket av forkunnskaper og tidligere fødselserfaringer i Norge. Fødsel ble ansett som risikofylt og telefonkontakten med planlagt fødested var inngangsporten for å komme til sykehuset. Kvinnene hadde forventninger om å bli vurdert på sykehuset, før de ble sendt hjem. Møtet med helsepersonalet ble beskrevet som god, men utfordringer som språk, kulturforståelse og fordommer påvirket opplevelsen på en negativ måte. Funnene i studien diskuteres i lys av teorien health literacy og andre relevant forskning knyttet til tema.

Kvinnene i vår studie oppga ulik kunnskap om fødsel og de ble raskt engstelige dersom fødselen ikke utviklet seg slik de forventet. En norsk studie viste et tilsvarende funn ved at når fødselen ikke utviklet seg slik som man tenkte skapte dette usikkerhet og redsel hos kvinnene (Eri et al., 2015). Dette var også relatert til at kvinnene ikke hadde kunnskap eller forståelse for fødesituasjonen (Eri et al., 2015). Dersom kvinnene i vår studie ble avvist på telefonen var kvinnene engstelige for at fødselen kunne få uheldig utfall. Som et resultat av dette beskrev de telefonkontakten med jordmor som en avgjørende del i beslutningen for innleggelse på sykehuset. Dette kan ses i sammenheng med at fødekvinnene i den norske studien var det svært viktig å vite om alt var normalt, og derfor ønsket de å få bekreftelse særlig av helsepersonell da de selv ikke hadde kunnskapen (Eri et al., 2015). Dette støttes av funnene i vår studie, hvor kvinnene utrykte et sterkt ønske om at alle fødekvinne bør få tilbud om å komme til sykehuset

for en vurdering. På den andre siden står dette i kontrast til at fødekvinne i Norge blir oppfordret til å være hjemme så lenge som mulig (Eri et al., 2010). Argumentasjonen for dette skyldtes at flere studier viser at sykehusinnleggelse i latensfasen øker risikoen for komplikasjoner og unødvendige medisinske intervensjoner (Eri et al., 2011). I likhet med våre funn viser den norske studien at kvinnene derimot ville bli undersøkt av jordmor på sykehuset, fordi de ønsket å få bekreftelse på barnets velvære og hvilke fødselsstadiene kvinnen befant seg i (Eri et al., 2015). Dette gav kvinnene en betryggelse på å være hjemme (Eri et al., 2015). Ifølge teorien til Nutbeam er personlig kommunikasjon med helsepersonell en god måte for kvinnene å selvstendig motta og bruke helseinformasjonen med selvtillit (Nutbeam, 2000).

De fleste kvinnene vi intervjuet oppga språkutfordringer, og de opplevde samtalen med jordmor som et intervju. Språkutfordringer påvirket kontakten med helsepersonalet på en negativ måte. Den australske studien viser at kommunikasjonsproblemer utgjorde en del av den negative opplevelsen hos afrikanske kvinner (Mohale et al., 2017). Dette sammenfaller med den norske studien hvor språkutfordringene som somaliske kvinnene opplevde var knyttet til viktig informasjon om fødsel og dette påvirket opplevelsen av fødselen på en negativ måte (Glavin and Sæteren, 2016).

En australsk studie viste at lite helseinformasjon hos innvandrerkvinnene resulterte i engstelse og bekymringer i møte med helsepersonell (Murray et al., 2010). Flertallet av kvinnene i vår studie hadde kort botid i landet før første fødsel. Den norske studien imidlertid viste at enkelte somaliske kvinner har vanskeligheter med å forstå helseinformasjon (Gele et al., 2016). Basert på teorien til Nutbeam ligger de fleste kvinnene i vår studiet på laveste nivået i hierarkiske model av health literacy (Nutbeam, 2000). Dette skyldes at flertallet av kvinnene i vår studie hadde kort botid i Norge og / eller hadde begrenset norskkunnskap før første fødsel. Ifølge en metaanalyse er dette nøkkelfaktorer til språkutfordringer hos innvandrere kvinner (Santiago and Figueiredo, 2015). Kvinnene i vår studie som kunne forstå språket opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon. Denne antagelsen støttes av den australske studien hvor kvinner med lengre botid i landet følte en følelse av empowerment da de lettere kunne uttrykke seg (Murray et al., 2010). Språkbarriere førte ikke bare til at kvinnene ikke forsto informasjonen som ble gitt, men også kvinnens evne til å uttrykke sine spørsmål og bekymringer knyttet til helsehjelp (Murray et al., 2010). Dette forsterker funnene i vår studie der kvinnene uttrykte misforståelse i samspill med helsepersonalet til tross for at de fikk mye informasjon. Språkbarriere er den største utfordringen for god kommunikasjon og informasjon (Santiago and Figueiredo, 2015). Dette støtter teorien som belyser at behovet for

helseinformasjon blant pasienter med lav health literacy er undervurdert. Derfor er det viktig å minske gapet som finnes mellom pasientens ferdigheter innen health literacy og helsetjenestene som formidler pleie og omsorg for å øke pasientkvaliteten (Parnell, 2014).

Kvinnene i vår studie uttrykte at de ikke fikk profesjonell tolk under førstekontakten med sykehuset eller i fødselen. En britisk studie på sin side hevder at lite tilgang til tolketjenester var et av årsakene til at somaliske kvinnene i studien fikk lite helseinformasjon (Davies and Bath, 2001). Noen av kvinnene i studien vår hadde med seg ledsagere og de ble ofte brukt som tolk. Dette kritiserer den britiske studien som hevder at bruk av familie som tolk fører til at kvinnen kan motta lite helseinformasjon (Davies and Bath, 2001). På den andre siden kan innvandrerkvinner oppleve tolkene som lite kompetente (Santiago and Figueiredo, 2015). Dette funnet sammenfaller med beskrivelsene til nasjonale strategier om innvandreres helse. I Norge er opplæring i tolkebruk for helsepersonell mangelfull, og for at tolkingen skal fungere er man avhengig av både kvalifiserte tolker og helsepersonell som kan kommunisere via tolk (Nasjonal strategi om innvandreres helse, 2013). Språk og kommunikasjonsferdigheter er viktige faktorer for hvordan helsetjenesten yter helsehjelp (Parnell, 2014). utfordringer som språkvansker er et av risikofaktorene for lav health literacy, og mennesker med lav health literacy har ofte vansker med å benytte helsetjenesten (Nutbeam, 2008).

Health literacy beskrives som en dynamisk prosess hvor individet utvikler ferdigheter ved å forstå helseinformasjon (Parnell, 2014). Videre hevder Parnell at man er avhengig av å forstå helseinformasjon for å kunne ta en informert beslutning (Parnell, 2014). Dette støttes også av flere studier som hevder at bruk av tolk er viktig i enhver konsultasjon for somaliske kvinner som har lite språkferdigheter (Davies, 2001, Glavin, 2016). Siden språkferdigheter påvirker individets evne til å forstå og oppfatte helseinformasjon er det helsepersonellens ansvar og ivareta alle aspekter hos sine pasienter uansett utfordring (Parnell, 2014).

Somaliske kvinner i denne studien erfarte ulike holdninger fra jordmødrene og jordmødre med lite forståelse og fordommer gav en negativ opplevelse. Dette fremkommer også i en svensk studie som viser at kvinner med lite nettverk var ofte utsatt for kommunikasjonsproblemer og var sårbar for diskriminering og isolering (Wikberg et al., 2012). I samsvar med studien vår viste også flere studier at somaliske kvinner med store familier som søkte helseinformasjon var også utsatt for diskriminering og negativ holdning fra helsepersonell (Davies and Bath, 2001, Glavin and Sæteren, 2016). En metanalyse som sammenlignet opplevelser av fødselsomsorgen blant innvandrer og ikke-innvandrer kvinner viste at kvinnene som beskrev kommunikasjonsproblemer i kontakt med helsepersonell opplevde også helsepersonell som

ikke vennlige og respektløse (Small et al., 2014). Tilsvarende funn var også beskrevet i en Nederlandsk studie hvor kommunikasjonsproblemer hos innvandrerkvinner var en negativ faktor som gikk utover pasientkvaliteten og opplevelse av god pleie (Jonkers et al., 2011). Flere studier hevder at helsepersonals holdninger og atferd påvirker fødselsopplevelsen og pleien innvandrerkvinner fikk (Small et al., 2014, Degni et al., 2014, Mohale et al., 2017). På den andre siden er det også rapportert at helsepersonell ofte ikke er bevisste sine fordommer og måten det påvirker kommunikasjonen og pleien til pasientene. Manglende bevisst om egne fordommer står i veien for health literacy ferdighetene til kvinnene og det krever at helsepersonell har selvinnsikt for å redusere de ubevisste fordommene (Parnell, 2014). Kvinnene i vår studie satte pris på kulturforståelse og god omsorg. Flere studier viser at fødekvinner, uavhengig av innvandringsstatus verdsetter å bli behandlet med respekt, få individualisert pleie, klar informasjon, støtte og oppmuntring (Small et al., 2014, Degni et al., 2014, Jonkers et al., 2011).

Somaliske kvinner i denne studien og i andre studier beskrev intervensjoner i fødsel som riskofylt og forbundet med frykt (Brown et al., 2010, Glavin and Sæteren, 2016, Wikberg et al., 2012). Dette kan forklares ved at man har en oppfatning om at keisersnitt kan føre til død, infertilitet og funksjonshemming (Wikberg et al., 2012, Brown et al., 2010). En metaanalyse som involverer 15 studier viste innvandrerkvinneres forventinger til fødsel var relatert til erfaringer fra hjemlandet (Benza and Liamputtong, 2014). I likhet med kvinnene i vår studie, ønsket de ofte naturlig fødsel uten bruk av medisinsk intervensjon (Benza and Liamputtong, 2014).

I følge kvinnene i vår studie er det trygt å føde i Norge, forutsatt at kvinnene fikk ha pårørende med seg. Det er relatert til somaliske kvinners kulturelle bakgrunn og ha familiestøtte under fødsel (Dundek, 2006). I samsvar med vår studie uttrykker innvandrerkvinner viktigheten med et godt nettverk og noen å dele fødselsopplevelsen med (Benza and Liamputtong, 2014). De fleste kvinnene i vår studie beskrev at når de fikk lov til å ha sine nærmeste tilstede erfarte de god støtte. Dette funnet sammenfaller med den australske studien hvor de afrikanske kvinnene var vant med å ha familiemedlemmer som støtte under fødsel i hjemlandet og derfor opplevde de fødselen annerledes i et nytt land når de ikke hadde tilgang til slikt nettverk, og kvinnene opplevde ensomhet (Murray et al., 2010). I tillegg var kvinnene lite kjent med helsesystemet noe som førte til negativ opplevelse av fødselen (Murray et al., 2010). Noen av kvinnene i vår studiet var påvirket av negative hendelser de har hørt om det norske helsevesenet før fødsel, noe som gjorde at de ble skeptiske til helsepersonell. Dette kan forklares med den svenske

studien hvor kvinnene ikke var kjent med helsevesenet i landet, men når kvinnene erfarte hvordan helsevesenet var organisert så var de fornøyde (Wikberg et al., 2012). Mangel på kunnskap og informasjon om fødekvinners ulike kulturelle bakgrunn kan føre til mindre kvalitet og dårligere opplevelse av pleien (Brathwaite & Williams, 2004). Ifølge teorien påvirker kultur og språk måten personen anvender seg health literacy ferdigheter (Parnell, 2014). Kultur preger opplevelsen av helsesituasjonen i form av forståelse av helseinformasjonen man mottar og hvordan man handler etter den (Parnell, 2014). En amerikansk studie undersøkte somaliske kvinners behov for kulturell støtte under fødsel og bruken av doula (Dundek, 2006). Studien viste at 94.4% av kvinnene var storfornøyde med dette tiltaket og anbefalte denne tjenesten til andre (Dundek, 2006). En metanalyse undersøkte når fødekvinnen fikk støtte under fødsel og viste at en til en støtte kunne redusere frykten for ukjente omstendigheter og fremme en naturlig fødsel (Hodnett et al., 2013). Kulturell støtte i form av helsepersonell, familie eller doula kan være avgjørende for opplevelsen av fødsel hos somaliske fødekvinner.

Konklusjon/implikasjon for praksis

Funnene i studien viser at kvinnene hadde primært gode erfaringer med første kontakten og fødsel i Norge. Mangel på forkunnskaper om fødsel, språkbarriere og manglende kulturforståelse blant helsepersonell påvirket opplevelsen negativt. Studien belyser somaliske kvinners erfaringer med fødselsomsorgen i Norge noe som kan bidra til å øke kvaliteten og styrke fødselsomsorgen hos denne gruppen. Funnene som kommer frem i studien kan også være overførbar til andre somaliske fødekvinner og andre innvandrere kvinner i møte med helsetjenesten. I tillegg kan studien bidra til at helsepersonell blir mer oppmerksom rundt tema kultursensitivitet, behovet for tolk og støtte i møte med helsetjenesten i Norge.

Et interessant funn fra studien som kvinnene hadde til felles var at alle ønsket å få komme til sykehuset for en vurdering før de ble avvist på telefonen. Denne kvalitative metoden er begrenset til å konkludere hvorvidt årsakene skyldes mangel på forståelse av mottatt informasjon, men på bakgrunn av det forskning viser er det sannsynlig at det kan ha en sammenheng. Videre ville det vært interessant å fokusere på kvantitativ forskning ved å kartlegge somaliske kvinners helseinformasjonsforståelse i forhold til telefonkontakt med planlagt fødested.

Videre forslag til klinisk praksis er at helsepersonell burde lære mer om health literacy og kultursensitivitet fordi det kan fremme behovet for å individualisere pleien til kvinnen og bidra

til at helseinformasjonen blir håndtert og mottatt hos kvinnene ut ifra health literacy ferdighetene.

Referanseliste

- AHLBERG, N. & VANGEN, S. 2005. Svangerskap og fødsel i et flerkulturelt Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125, 586-588.
- BENZA, S. & LIAMPUTTONG, P. 2014. Pregnancy, childbirth and motherhood: a meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery*, 30, 575-84.
- BROWN, E., CARROLL, J., FOGARTY, C. & HOLT, C. 2010. "They get a C-section...they gonna die": Somali women's fears of obstetrical interventions in the United States. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 21, 220.
- CARROLL, J., EPSTEIN, R., FISCELLA, K., GIPSON, T., VOLPE, E. & JEAN-PIERRE, P. 2007. Caring for Somali women: Implications for clinician-patient communication. *Patient Education and Counseling*, 66, 337-345.
- DAVIES, M. M. & BATH, P. A. 2001. The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *J Adv Nurs*, 36, 237-45.
- DEGNI, F., SUOMINEN, S. B., EL ANSARI, W., VEHVILAINEN-JULKUNEN, K. & ESSEN, B. 2014. Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethn Health*, 19, 348-66.
- DUNDEK, L. H. 2006. Establishment of a Somali doula program at a large metropolitan hospital. *J Perinat Neonatal Nurs*, 20, 128-37.
- ERI, T. S., BLYSTAD, A., GJENGEDAL, E. & BLAAGA, G. 2010. Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery*, 26, e25-30.
- ERI, T. S., BLYSTAD, A., GJENGEDAL, E. & BLAAGA, G. 2011. 'Stay home for as long as possible': midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour. *Midwifery*, 27, e286-92.
- ERI, T. S., BONDAS, T., GROSS, M. M., JANSSEN, P. & GREEN, J. M. 2015. A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*, 31, e58-e67.
- GELE, A., PETERSEN, K., TORHEIM, L. & KUMAR, B. 2016. Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16, n/a.
- GLAVIN, K. & SÆTEREN, B. 2016. Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences With Health Care in Norway.
- GREEN, J.M., SPIBY, H., HUCKNALL, C. & RICHARDSON, F.H. 2012. Converting policy into care: women's satisfaction with the early labour telephone component of the All Wales Clinical Pathway for Normal Labour. *Journal of Advanced Nursing* 68 (10), 2218-2228-
- HODNETT, E. D., GATES, S., HOFMEYR, G. J., & SAKALA, C. 2013. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*.
- JONKERS, M., RICHTERS, A., ZWART, J., ÖRY, F. & VAN ROOSMALEN, J. 2011. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reproductive Health Matters*, 19, 144-153.
- MALTERUD, L. 2017. *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode I medisin og helsefag, Oslo, Universitetsforl.*
- MOHALE, H., SWEET, L. & GRAHAM, K. 2017. Maternity health care: The experiences of Sub-Saharan African women in Sub-Saharan Africa and Australia. *Women and Birth*, 30, 298-307.

- MURRAY, L., WINDSOR, C., PARKER, E. & TEWFIK, O. 2010. The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International*, 31, 458-472.
- Nasjonalt strategi om innvandreres helse. 2013. Likeverdige helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo
- NOSEWORTHY TOM, W., DUNN JAMES, R., MAXWELL COLLEEN, J., LEWIS, S., SOUTHERN DANIELLE, A., CORBETT, G., THOMAS, K. & GHALI WILLIAM, A. 2008. Sampling 'hard-to-reach' populations in health research: yield from a study targeting Americans living in Canada. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 57.
- NUTBEAM, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- NUTBEAM, D. 2008. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072-2078.
- PARNELL, T. A. 2014. *Health literacy in nursing providing person-centered care*, S.I.], S.I. : Springer Publishing Company.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2017. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- SANTIAGO, M. & FIGUEIREDO, M. 2015. Immigrant Women's Perspective on Prenatal and Postpartum Care: Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 276-284.
- SMALL, R., ROTH, C., RAVAL, M., SHAFIEI, T., KORFKER, D., HEAMAN, M., MCCOURT, C. & GAGNON, A. 2014. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 152-152.
- ST.MELD. NR.12 (2008-2009) 2009. En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- STATISTISK SENTRALBYRÅ 2019. Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Oslo.
- VIKEN, B., LYBERG, A. & SEVERINSSON, E. 2015. Maternal health coping strategies of migrant women in Norway. *Nurs Res Pract*, 2015, 878040.
- WIKBERG, A., ERIKSSON, K. & BONDAS, T. 2012. Intercultural Caring From the Perspectives of Immigrant New Mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41, 638-649.