

**Flerkulturell doula- en brobygger mellom mennesker i ulike
relasjoner, tjenester, språk og kulturer**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Ann Therese Madland

Veileder: Terese Elisabet Bondas

31/08/20

Forord

Denne studien har lært meg mye nytt. Jeg ser på fødselsomsorgen i Norge med et nytt blikk. På mange måter tror jeg at vi har et system som fungerer utrolig bra for mange vordende foreldre, gjerne for foreldre flest, men vi svikter gjerne de som trenger det mest, de mest sårbare, de stille stemmene som ikke kjenner systemet og som snakker lite norsk. Det å ferdigstille denne oppgaven har vært krevende. Kombinert med full jobb, så har det vært mange tøffe tak. Prosessen har likevel lært meg at alt går hvis man bare vil det nok, og jeg er stolt av resultatet.

Jeg vil takke de fantastiske informantene mine. Tusen takk for at dere tok dere tid til å delta i fokusgruppeintervju, og for at dere delte så åpenhjertig fra deres liv og fra deres erfaringer. Dere er kvinner, dere er inspiratorer og dere sprer omsorg og kjærlighet til de som er så heldige å treffe på dere.

Den neste jeg vil rette en stor takk til er prosjektlederen, Marit Stene Severinsen. Uten deg hadde ikke prosjektet vært mulig. Tusen takk for en fin innføring i prosjektet og organiseringen fra A til Å, fra jeg skulle rekruttere informanter til lån av lokaler der jeg hadde fokusgrupper. Tusen takk!

Min kjære veileder, Terese Elisabet Bondas, takk for at du har seilt ved min side under hele denne reisen. Det er jeg evig takknemlig for. Du har utfordret meg, gitt meg gode råd og støttet meg under hele prosessen. Uten deg hadde ikke dette prosjektet seilt velberget inn i havn. Tusen takk!

Til slutt vil jeg takke familie og venner. Tantegullene mine Kristoffer, Fredrik, Aksel og Emilie som er mine gledesspredere. Mamma og pappa som alltid har middag klar dersom jeg avser tid. Caroline og Kristian som har hatt husly til meg når jeg har hatt fokusgrupper. Bente, min faste turvenninne og foreningsjentene som alltid lytter og støtter meg. Else som så sporty stilte opp for å lese korrektur på tampen. Tusen takk!

Stavanger, august 2020

Ann Therese Madland

INNHALDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	5
1 INNLEDNING	6
2 BAKGRUNN	8
2.1 Å føde barn i en annen kultur	8
2.2 Flerkulturell doula	9
3 TIDLIGERE FORSKNING	10
3.1 Doulaprogram og ulike måter å organisere det på	10
3.2 Hvorfor ønsker fødekvinne en doula	13
3.3 Partnerens deltakelse under fødselen	14
3.4 Erfaringer ved bruk av doula	14
3.5 Rollen som doula, relasjoner og motivasjon	15
3.6 Kultur- og språkforståelse i møte med sårbare fødekvinne	16
3.7 Fødsel, barsel og empowerment	18
4 TEORETISK PERSPEKTIV	20
4.1 Teorien om empowerment	20
4.2 Kulturforståelse i helse	21
5 PROBLEMSTILLING	23
5.1 Studiens hensikt og forskningsspørsmål	24
6 METODE	25
6.1 Kvalitativt deskriptivt design	25
6.2 Utvalg	26
6.3 Fokusgruppe	27
6.4 Intervjuguide	28
6.5 Transkripsjon	30
6.6 Analyse	31
6.7 Etske overveielser	32
7 FUNN	33
7.1 Den flerkulturelle doulaen som brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner	33
7.1.1 Fødekvinne og den flerkulturelle doulaen	33
7.1.2 Fødekvinne og den flerkulturelle doulaen	35

7.1.3	Jordmor og den flerkulturelle doulaen	37
7.1.4	Å bruke hele seg, ønske om å hjelpe og å være til nytte	38
7.2	Brobygger mellom tjenester	40
7.2.1	Fra bydelsmødre til flerkulturell doula	40
7.2.2	Fødselen	41
7.2.3	Barseltiden	43
7.3	Brobygger mellom språk og kulturer	43
7.3.1	Forebygge redsel for barnevernet	46
7.3.2	Evnen til å sette seg inn i situasjonen til fødekvinne	48
7.3.3	Ildsjelen	48
7.4	Brobygger	49
8	DISKUSJON	51
8.1	Kultur, språk, bruk av tolk, barseltid og forståelse for helsesystemet	51
8.2	Barnevernet	57
8.3	Empowerment	58
8.4	Partnerens tilstedeværelse	59
8.5	Hva kan støtte bety?	60
8.6	Brobygger	61
9	METODEDISKUSJON	62
10	KONKLUSJON	64
	LITTERATURLISTE	65
Vedlegg 1	Vurdering, NSD	76
Vedlegg 2	Informasjonsskriv og samtykkeskjema til informanter	78
Vedlegg 3	Eksempel på analyse	81
Vedlegg 4	Eksempel på søk i databaser	82
Vedlegg 5	Et utvalg av artikler, rapporter og doktorgradsavhandlinger – tidligere forskning	84
Vedlegg 6	Informasjonsskriv om prosjektet «Sårbar, gravid og ny i Norge- trygg under fødsel med en flerkulturell doula»	93

SAMMENDRAG

Hensikten med denne studien var å få ny kunnskap om støtte til fødekvinnen og hennes partner, som føder i et nytt land ved hjelp av en flerkulturell doula. Som metode har jeg valgt kvalitativt deskriptivt design for å forstå den flerkulturelle doulaen sine opplevelser og erfaringer. I datainnsamlingen benyttet jeg meg av fokusgruppeintervju, som er analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Basert på den flerkulturelle doulaen sine beskrivelser trådte brobygger frem som hovedkategori. De generiske kategoriene var den flerkulturelle doulaen som brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner, den flerkulturelle doulaen som brobygger mellom tjenester og brobygger mellom språk og kulturer.

Funn i min studie viser at den flerkulturelle doulaen tilbyr støtte og omsorg for fødekvinnen og hennes partner, i en tid som kan ses på som sårbar for paret. Hun bistår som en kulturell og språklig støtte og gir informasjon og veiledning innen det de har behov for. Et funn som skiller seg ut i forhold til andre studier som omhandler den flerkulturelle doulaen er fødekvinnen og hennes partner sin frykt for barnevernet i Norge. Rollen til en flerkulturell doula er allsidig og viktig, og hun trer frem som en brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner, tjenester, språk og kulturer.

1 INNLEDNING

Vi lever i dag i et flerkulturelt samfunn, som i følge Kumar & Viken (2010) vil si at mennesker med ulik landbakgrunn, forskjellige kulturer, religioner og språk lever sammen. Det bor i dag omlag 790.000 innvandrere i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2020). En innvandrer er en person som bosetter seg i et nytt land (Kumar & Viken, 2010). Det finnes ulike grunner til å flytte på seg, og vi hører gjerne ordene innvandrer, arbeidsinnvandrer, flyktning, asylsøker og migrant bli brukt om hverandre. For å forstå forskjellen på disse begrepene skal jeg definere dem før vi går videre. En person som kommer til Norge for å jobbe blir kalt en arbeidsinnvandrer. Dersom du kommer fra krig eller forfølgelse kalles du gjerne for en flyktning, en migrant eller en asylsøker (Store norske leksikon, 2018). En flyktning har reist fra hjemlandet sitt grunnet frykt for forfølgelse på grunn av politisk oppfatning, rase, religion eller tilhørighet (Lien et. al. 2019). En person som enten frivillig eller tvungent reiser til et nytt land kalles migrant. Flyktninger og migranter er en undergruppe av migrant (Lien et. al., 2019).

Det kan være svært utfordrende og sårbart å komme til et nytt land der kulturen, språket og tradisjonene er helt annerledes enn i hjemlandet. Når man i tillegg er gravid og skal manøvrere seg i et ukjent system så kan det by på utfordringer. Denne oppgaven omhandler den flerkulturelle doulaen. En doula kan være et ukjent ord for mange. Det stammer fra gresk og betyr at en kvinne hjelper en annen kvinne. Doulaen bidrar med fysisk og emosjonell støtte, hjelper fødekvinnen med å ta beslutninger og informerer henne underveis. Dette gjelder før, under og etter fødselen (Klaus & Kennel, 1997; Koumouitzes- Douvia & Carr, 2006). Forskjellen på en doula og en flerkulturell doula er at den flerkulturelle doulaen i tillegg til å være en støtteperson fysisk og emosjonelt, er flerspråklig og snakker samme språk, har samme opprinnelsesland eller region, kultur og tradisjon som fødekvinnen (Oslo universitetssykehus, 2020).

I prosjektet jeg har hentet informantene mine fra skal den flerkulturelle doulaen ha født minst ett barn på et sykehus i et nordisk land. Hun fungerer ikke som en tolk, men kan oversette enkelte ord og forklare fødekvinnen og hennes partner hva som skjer underveis, på et språk som de forstår. Den flerkulturelle doulaen får lønn for inntil 20 timer og det inkluderer svangerskapet, fødselen og barseltiden. For å fungere som en flerkulturell doula må hun ha gjennomført 8 kursdager. På kurset er de innom ulike

tema som går på fødsel, kommunikasjon, rollen som doula og kultur (Oslo universitetssykehus, 2020). Kriteriene for den gravide er at hun har bodd i Norge i under to år, har lite sosialt nettverk, og at de snakker samme språk som noen av de flerkulturelle doulaene i prosjektet. Den flerkulturelle doulaen er ikke en del av det offentlige helsevesenet i verken Norge eller i andre land. De som tar på seg oppdrag som en doula eller en flerkulturell doula gjør det enten frivillig eller ved at de deltar i et prosjekt som er samfunnsbasert, sykehusbasert eller privat (Bondas & Wikberg, 2018; Morton & Basile, 2013).

Denne oppgaven har fokus på hva den flerkulturelle doulaen opplever og erfarer at nyankomne fødekvinne og hennes partner trenger støtte til i barseltiden. Barseltiden er tiden etter fødselen og varer fra fødselen er over og frem til kroppen tilpasser seg en ikke-gravid tilstand (Norsk helseinformatikk, 2020). For å få svar på dette hadde jeg to fokusgrupper med fire flerkulturelle doulaer i hver gruppe i en by i Norge.

Oppgaven er videre bygd opp med bakgrunn for valg av tema, etterfulgt av tidligere forskning som er delt inn etter tema. Det teoretiske perspektivet for oppgaven blir presentert før problemstilling og forskningsspørsmål. Metodedelen er delt inn i underkapitlene kvalitativt deskriptivt design, Utvalg, fokusgruppe, intervjuguide, Transkripsjon, analyse og etiske overveielser. Funnene blir presentert med hovedkategori, generisk kategorier og subkategorier. Videre blir funnene diskutert i lys av forskning, teori om empowerment og kulturforståelse, etterfulgt av metodediskusjon før konklusjonen. Etter litteraturlisten har jeg lagt ved vedlegg som er relevante for studien. Vurdering fra Norsk senter for forskningsdata, informasjonsskriv og samtykkeskjema til informanter, eksempel på analyse, eksempel på søk i databaser, artikkelsamling med et utvalg av artiklene som er brukt i oppgaven og informasjonsskriv om prosjektet jeg hentet mine informanter fra.

2 BAKGRUNN

Bakgrunnen for valg av emne for denne masteroppgaven var ønsket om å knytte bachelorgradene mine i henholdsvis interkulturell forståelse og folkehelsearbeid i en studie. Under en presentasjon ved Universitetet i Stavanger ble vi introdusert for ulike prosjekter. Et fremlegg som jeg ble interessert i var et nordisk forskningsprosjekt med fokus på doulaer. Jeg tok kontakt med prosjektansvarlig, som også ble min veileder, og vi ble enige om at jeg skulle skrive om den flerkulturelle doulaen. Jeg fikk ønsket mitt om å knytte bachelorgradene mine sammen oppfylt, og attpåtil fikk jeg pirret min nysgjerrighet på et tema som er relativt lite kjent i Norge. Da jeg skulle finne et prosjekt å rekruttere informanter fra kom det frem at det på det tidspunktet var kun et aktuelt prosjekt i Norge. Det var likevel nok til at det var mulig å gjennomføre det planlagte studiet.

2.1 Å føde barn i en annen kultur

Det å være gravid og å føde barn i en ny kultur kan by på utfordringer. En kan bli ekstra sårbar og kjenne på en avmaktsfølelse grunnet manglende språkforståelse, kulturforståelse og en generell forståelse for hvordan helsesystemet fungerer. Studier viser at gravide innvandrerkvinner har økt sjanse for både komplikasjoner under fødselen, og andelen dødfødsler er høyere enn blant majoritetsbefolkningen (Akhavan & Edge, 2012; Haugaard, Tvedte, Severinsen & Henriksen, 2020; Schytt et. al., 2020; Wikberg, 2020;). Dette kan komme av at kvinnene ikke får tilstrekkelig helsehjelp under svangerskapet fordi hun ikke kjenner til, eller forstår helsesystemet. Det kan igjen føre til at en kvinne som skal føde, heretter kalt fødekvinne, blir usikker, anspent og frustrert (Wikberg, 2020). Helsevesenet er bygd opp forskjellig i ulike land, og dersom en kommer fra et land der det eksempelvis ikke skal være menn til stede under en fødsel eller at menn ikke skal hjelpe til når det gjelder kvinnehelse så kan det by på utfordringer. Kommunikasjonsproblemer, både på grunn språkforståelse, men også kulturforståelse kan by på utfordringer. Fødekvinne kan blant annet oppleve fordommer, krenkelser, rasisme og diskriminering (Wikberg, 2014). Det kan ses på som mangel på helseferdigheter, eller health literacy, da det i praksis ofte er stor avstand mellom det helsepersonellet antar at pasientene forstår og det de faktisk forstår (Berg et.

al., 2017; Wångdahl, Lytsy, Mårtensson & Westerling, 2014). Health literacy brukes for å beskrive en persons evne og mulighet til å tilegne seg, forstå og å benytte seg av grunnleggende helseinformasjon (Berg et. al., 2017; Wångdahl et. al., 2014). Behovet for støtte fra en person som kjenner morsmålet og hjemkulturen til fødekvinne og hennes partner, i tillegg til norsk språk, kultur og system kan være avgjørende for at det skal bli til en fin tid hvor fødekvinne og hennes partner kan føle seg myndiggjort i en vanskelig tid.

2.2 Flerkulturell doula

Tilbudet om å få støtte fra en flerkulturell doula kom til Norge i 2017. Ved å benytte seg av en flerkulturell doula før, under og etter fødselen kan fødekvinne og hennes partner få den hjelpen de trenger for å mestre situasjonen på en best mulig måte. Tidligere studier har vist at det å bruke en doula kan ha svært positive gevinster. Bruken av keisersnitt reduseres med 50%, fødselsforløpet blir kortere for 25%, bruken av epidural går ned med 60% og annen smertelindring går ned med 30%. Bruk av doula spiller også positivt inn på andel kvinner som ammer etter fødselen og fødekvinne rapporterer om en bedre selvfølelse etter fødselen ved bruken av en doula (Bar- Yam, 2003). En flerkulturell doula kjenner til hjemkulturen til fødekvinne og snakker samme språk som henne. Hun veileder henne og partneren i foreldrerollen og hjelper dem med å forstå helsesystemet. Jeg ville finne ut av hva den flerkulturelle doulaen kan bidra med i barseltiden for de som er nye i Norge. Det finnes lite forskning på området, noe som gjorde det ekstra spennende.

3 TIDLIGERE FORSKNING

For å finne relevante artikler til masteroppgaven ble det gjort søk i databasene Cinahl, Pubmed og Scopus. Eksempel på søkekombinasjoner og antall treff er beskrevet i vedlegg 4. Når tittelen på artikkelen eller forfatter var kjent på forhånd ble det foretatt håndsøk, som betyr at jeg søkte spesifikt etter en kjent tittel eller en kjent forfatter i en database eller via google scholar. De fleste artiklene som er funnet via håndsøk er funnet i referanselisten i andre artikler. Artiklene som presenteres under omhandler viktige aspekt som belyser min problemstilling og plasserer min studie i tidligere forskning. Jeg har valgt å dele inn den tidligere forskningen i ulike tema for å gjøre det lettere for leseren å forstå bakgrunnen for mine valg. I vedlegg 5 har jeg skrevet korte sammendrag fra et utvalg av artiklene.

3.1 Doulaprogram og ulike måter å organisere det på

En doula kan jobbe under ulike organiseringer. Hun kan være en del av et samfunnsbasert prosjekt, et sykehusbasert prosjekt, jobbe frivillig uten lønn eller ha en privat doulapraksis (Bondas & Wikberg, 2018; Morton & Basile, 2013). Et samfunnsbasert doulaprogram er gjerne rettet mot enkelte grupper. McLeish & Redshaw (2019) skriver at samfunnsbaserte doulaprogram har blitt opprettet i USA for å møte behovet til vanskeligstilte kvinner, og da særlig unge, førstegangsmødre med afroamerikansk eller latinamerikansk opphav. I England har de i dag fem frivillige samfunnsbaserte doulaprogram (McLeish & Redshaw, 2019). Doulaene som nevnes i studien hadde minst 75 timer med innledende trening som førte til en akkreditert kvalifisering (McLeish & Redshaw, 2019). I USA har tre ulike modeller blitt utviklet: 1) sykehusbaserte program som enten bruker frivillige eller betalte doulaer, 2) samfunnsbaserte program og 3) privatpraktiserende doulaer (Ballen & Fulcher, 2006).

Det er ikke alle land som har et fødselstilbud som er godt og tilfredsstillende for vordende foreldre. I Australia er det en økende tendens til at fødekvinne betaler for doulastøtte under fødselen (Dahlen, Jackson & Stevens, 2011). Grunnen er ifølge Stevens et. al. (2011) at helsesystemet er dårlig og at minimumsbehovet for støtte til kvinnene ikke innfris. Tjenesten er beskrevet som fragmentert, overbelastet og er

dominert av økende medisinske intervensjonsrater som ikke gagnar kvinnene på en god måte. De blir til og med overlatt til seg selv når de er traumatiserte og redde. Lundgren (2010) så de samme tendensene i Sverige og mener at fødekvinnene bør få støtte fra en doula ikke bare under fødselen, men også i tiden før fødselen.

I USA finnes verdens første, største og ledende organisasjon som sertifiserer doulaer. Organisasjonen heter DONA International og ble opprettet i 1992. De profesjonaliserte doularollen og har per 2020 sertifisert over 12.000 doulaer i mer enn 50 land. Kvinnene som sertifiserer seg kan velge om de vil være fødselsdoula eller doula i barseltiden, tiden etter fødselen (DONA International, 2020). Ballen & Fulcher (2006) har blant annet omtalt DONA International i sine studier. Til tross for doulaprogrammet er det kun 6% av alle fødekvinne som benytter seg av en doula i USA (Lucas & Wright, 2019). Minst 40% av kvinner generelt i Verden vet ikke hva en doula kan hjelpe med (Wint et. al., 2019).

I Skandinavia finnes det også tilbud om doulastøtte under fødselen for kvinner med eller uten minoritetsbakgrunn. I Sverige har de doulaprogram hvor de utdanner flerkulturelle doulaer som kan støtte kvinner før, under og etter fødselen. Fødekvinne og de flerkulturelle doulaene har samme kultur- og språkbakgrunn (Wikberg, 2019). Doulaprogrammet startet i Gøteborg i 2008 og finnes i dag også i Stockholm og Halland (Akhavan, 2009; Doula & tolk, 2020). I Finland fungerer en doula enten som frivillig eller privat. Det offentlige helsesystemet i Finland er kommunalt og er ikke knyttet til noe doulaprogram (Bondas & Wikberg, 2018).

I Norge finnes doulaskolen for de som ønsker å bli en doula. Siden 2009 har doulaskolen i Oslo utdannet over hundre studenter. Utdanningen er på deltid, over to år og består av 19 kurshelger (Den norske doulaskolen, u. å). Det finnes også en norsk doulaforening, og noen av doulaene som er medlem der er kurset via den norske doulaforeningen, mens andre har tatt kurs via DONA International, Odis i Sverige eller ved doulaskolen i Oslo. De har også selvlærte doulaer i sin medlemsmasse (Norsk doulaforening, u. å).

Liv laga, som har fokus på foreldre og vordende foreldre, avholdt i 2010 et seminar som hadde tittelen «Å bli mor på morsmålet». Det var da et sterkt ønske om at det skulle utdannes flerkulturelle doulaer i Norge, og at de skulle være en bidragsyter til likeverdige helsetjenester også for de som ikke hadde norsk som morsmål, men som var bosatt i Norge (Liv laga, u. å.). Under seminaret presenterte ulike seksjoner innen helsevesenet utfordringer knyttet til fødselshjelpen som ble gitt til minoritetskvinner. Prosjektet søkte midler fra ulike stiftelser og med ulike samarbeidspartnere, blant annet ammehjelpen (Liv laga, u. å.). De fikk ikke midler. I 2017 fikk et prosjekt som var en del av likeverdige helsetjenester midler til et tilsvarende prosjekt. Dette prosjektet vokser nå til flere byer i Norge (Oslo universitetssykehus, 2020).

Tidligere studier har også foreslått bruken av kvinnelige familiemedlemmer eller venner som en støtte under fødsel i Botswana (Madi, Sandall, Bennett & MacLeod, 1999), i USA (Campbell, Lake, Falk & Backstrand, 2006) og i Jordan (Khresheh, 2010). Tidligere var det vanlig at hjelpekoner var med under fødselen i Norge og i andre land. Det var gjerne mor, søster eller nabokoner. Det ble imidlertid mindre vanlig når fødselstilbudet ble en del av sykehusstilbudet i Norge og andre land (Bohren et. al., 2017; Den norske doulaskolen, u. å.).

I prosjektet jeg har hentet mine informanter fra får fødekvinnene og hennes partner en flerkulturell doula uten å betale for det. Det er prosjektet som dekker lønn til den flerkulturelle doulaen (Oslo universitetssykehus, 2020). En doula kan jobbe som frivillig, men flere av dem som jobber som doula tar betaling og er tilgjengelig for paret døgnet rundt. Doulaene i Norge kan tilby ulike pakker og har ulik erfaring, og således kan prisene variere fra 15.000 kroner til 32.000 kroner (Høiness, 2019; L'Orsa, u. å.). Den norske doulaforeningen har ikke noen fastsatt pris som de sier at doulaene skal ta, men de anbefaler dem å ta godt betalt, gjerne også ut ifra erfaringer og tjenester de tilbyr i pakken (Norsk doulaforening, u. å.). Mange av doulaene har flere kurs bak seg og kan tilby mye forskjellig, som gravidmassasje og gravidyoga (Høiness, 2019). Ahlemeyer & Mahon (2015) skriver i sin studie at doulaene kan ha formell doulatrening, men at de vanligvis har sin egen private praksis.

En doula uten flerkulturell kompetanse kan en finne enkelt ved å søke på internett. En flerkulturell doula kan en få kjennskap til via jordmor eller lege (Oslo

universitetssykehus, 2020). Både en doula og en flerkulturell doula møter fødekvinnen og hennes partner før fødselen for å bygge en relasjon. De blir sammen enig om hva behovet er og blir trygge på hverandre (Høiness, 2019; L'Orsa, u. å.; Norsk doulaforening, u. å.; Oslo universitetssykehus, 2020).

3.2 Hvorfor ønsker fødekvinnen en doula

Det å ha med seg en doula under en fødsel er ikke veldig utbredt i Norge. Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala (2007) nevner at det å bruke en doula bringer med seg mange gevinster og få ulemper, og anbefaler det derfor til alle fødekvinner. En doula blir likevel lite brukt (Ross, 2012). Det hevdes at grunnen til det er at det ikke har nådd helt ut i offentligheten (Kline, 2007, 2010; Kuehl & Anderson, 2015; Matthias, 2010; Morris & McInerney, 2010).

Studier gjort i andre land har blant annet sett på hva kvinnene som har med seg en doula begrunner valget med. Rigg, Schmied, Peters & Dahlen (2017) fant at grunnen til at kvinnene valgte å ha med seg en doula under fødselen var at de ønsket å få en trygg og fin fødselsopplevelse. Den eneste måten de kunne få det på var ved å ha med seg en alternativ, kunnskapsrik støtteperson som var til stede til enhver tid og som lyttet til deres ønsker. Noen kvinner kan kjenne på angst med tanke på at de skal føde uten en partner til stede og uttrykker lettelse, eller at de endelig får sove på natten når de blir kjent med en doula (McLeish & Redshaw, 2019). I studien til Akhavan & Edge (2012) uttrykker kvinner med minoritetsbakgrunn og kort botid i Sverige at de var bekymret, og at de ønsket at noen var sammen med dem når de hadde smerter. Mange innvandrerkvinner valgte å ha med en doula fordi de ville ha noen som var der for dem, støttet dem når de var redde og snakket for dem når de ikke kunne snakke selv (Kang, 2014).

3.3 Partnerens deltakelse under fødselen

I en del kulturer er det ikke vanlig at fedrene deltar aktivt under fødselen. Vi skal ikke lenger tilbake enn til 1970- tallet for at det ikke var vanlig i Norge, da det fra da av ble vanlig at fødselen foregikk på sykehuset (Sykepleien, 2010). Det er i følge Odent (2009) en endring i de kulturelle normene i Verden som fører til økt fedredeltakelse under en fødsel. Duncan (2018) skriver om hvor uvanlig det var at partneren var med under fødselen på Filippinene. De som til tross for at det var uvanlig likevel var med var en fantastisk støtte til fødekvinnen, og i studien beskrives det at det var vakkert å se kjærligheten, omsorgen og motet far viste ved å være til stede. I studien til Akhavan & Edge (2012) beskrives ulike scenarioer for hvorfor far vanligvis ikke er til stede under fødselen i innvandremiljøene. Det kan være far ikke er i samme land som kona, at han må passe på barna eller at de var redde for å være med. En som valgte å være med beskrev det hele som at han og doula gjorde sitt beste, og han følte seg ikke utenfor selv om doula var der. En doula kan også støtte far inne på fødestuen. Koumouitzes- Douvia & Carr (2006) skriver at far kan få støtte både mentalt og emosjonelt, få råd og informasjon og ikke minst gir det den kommende faren en mulighet til å hvile. En fødekvinn beskrev at jordmor, doula og mannen var et godt støttetteam for henne (Akhavan & Edge, 2012).

3.4 Erfaringer ved bruk av doula

Det kan være flere grunner til at en kvinne føder alene, uten partneren sin. Studier viser at fødekvinne som føder alene, uten en partner ser på støtten fra en doula som noe kjærkomment. Relasjonen blir et tillitsforhold hvor fødekvinnen ser på doulaen som en søster, venninne og mor som hun møter forståelse hos (Haugaard et. al., 2020; McLeish & Redshaw, 2019). Fødekvinnene beskriver også doulaen som ikke dømmende, da hun ikke er en del av helsetjenesten som en jordmor, en lege eller en del av sosialtjenesten. Fødekvinnen føler således at de kan snakke med doulaen om alt mulig uten at det blir notert ned eller snakket om i ettertid (McLeish & Redshaw, 2019). Fødekvinnene beskriver også en støttende og viktig relasjon i tiden etter fødselen hvor hun veileder og beroliger fødekvinnen når det kommer til blant annet amming (McLeish & Redshaw, 2019).

3.5 Rollen som doula, relasjoner og motivasjon

En doula er ikke medisinsk personell, og det kan i noen tilfeller by på utfordringer i møte med helsepersonell. Relasjonen mellom en doula og en jordmor er omtalt en del i tidligere forskning og det er ikke alle som er like positive til bruken av en doula under fødselen. Mange profesjonelle er defensive overfor tradisjonelle jordmødre som doulaer, begrunnet med deres manglende utdanning (Mander, 2001; Smid, Campero, Gragin, Hernandez & Walker, 2010). En doula blir ikke alltid like godt tatt imot på sykehuset. Grunnen til dette er at det blant annet er mangel på forståelse for hennes rolle (Ballen & Fulcher, 2006; Haugaard et. al., 2020). Det som gjerne ikke blir nevnt i disse studiene er at doulaen er sammen med fødekvinne hele tiden i motsetning til en jordmor som har andre pasienter og gjøremål. Doulane har derfor gjerne mer forståelse for hvordan fødekvinne faktisk har det og hvilke behov hun har (Adams & Bianchi, 2004; Akhavan & Lundgren, 2010; Ballen & Fulcher, 2006). Jordmor og doula har også ulike mål under en fødsel. Jordmoren har som mål at barnet skal bli født, mens doulaen i tillegg skal sikre at fødekvinne føler seg trygg og selvsikker under hele forløpet (Ballen & Fulcher, 2006). Doulaen har altså en støtterolle overfor fødekvinne og ikke noe medisinsk ansvar. Å gi støtte blir gjerne sett på som å myndiggjøre den man hjelper. Mander (2001) mener at en doula sin rolle er å lære moren å være mor. Doulaen støtter kvinnen til å ta egne valg, lytter til fødekvinnes og partnerens bekymringer og forventninger, og utvikler et tillitsbasert forhold til paret (Steel, Frawley, Adams & Diezel, 2014).

De som blir en doula kan ha ulike grunner til å ønske det. Noen føler seg ønsket og kjenner på et kall. De tror at de kan redusere negative fødsels erfaringer (Hardeman & Kozhimannil, 2016). En annen studie viste at de som ble doulaer ønsket økt kunnskap om fødsel, å være til stede under en fødsel, en karriere som doula, å diskutere fødselsutfordringer og å hjelpe kvinner til å få en bedre fødselsopplevelse (Gilliland, 2016). I artikkelen til Bondas & Wikberg (2018) kan vi lese at doulaen ser at den støtten som de gir er viktig for både fødekvinne og hennes partner og at det i seg selv var motivasjon nok til å fortsette.

3.6 Kultur- og språkforståelse i møte med sårbare fødekviner

Det er viktig at en doula kan møte kvinnen hun skal hjelpe på en respektfull måte uavhengig av religion, kultur og etnisitet (Adams & Bianchi, 2004). Det som tradisjonelt er oppgaven til en doula kan bli annerledes når de skal hjelpe gravide flyktningkvinner. Mange av de som kommer som flyktinger har gjerne ikke vært gjennom rutinekontroller under graviditeten. Disse kvinnene har gjerne en annen forventning til fødselen og flere av dem er traumatiserte etter seksuelle overgrep under flukten (Lusher, 2018). Det er også stor variasjon i hva som blir sett på som en passende fødselshjelper ut ifra kultur og historie (Bar- Yam, 2003).

Innvandrerkvinner sliter gjerne også med å finne en mening med den nye tilværelsen i et nytt land. De har ikke mestringsfølelse, sliter med å kommunisere og det kan igjen føre til at det er utfordrende å gå gjennom et trygt svangerskap og en trygg fødsel (Balaam et. al., 2013). Omsorg for den gravide er viktig, særlig dersom hun har en annen kultur- og språkbakgrunn. Fødekvinne føler seg myndiggjort når følelsen av å motta omsorg er til stede. Bruken av en profesjonell tolk kan være en del av omsorgen. Språklige misforståelser kan føre til ubehagelige og vanskelige situasjoner. Slike situasjoner kan også forekomme dersom det er en tolk til stede, men sjansene er mindre dersom noen oversetter så direkte som mulig. Gravide flyktningkvinner er også her ekstra sårbare. De forstår gjerne ikke informasjonen de mottar om graviditet, fødsel og amming dersom det ikke benyttes en tolk (Wikberg, 2020). Blant flyktningkvinner er det mange bekymringer og spørsmål, og bruk av både en doula og en tolk kan bidra til at bekymringene og spørsmålene kan besvares på et språk kvinnene forstår (LaMancuso, Goldman & Nothnagle, 2015). Noen ganger er det imidlertid vanskelig å få tak i en tolk som er passende til oppdraget. Kulturelt sett skal det gjerne være kvinnelig tolk når det gjelder kvinnehelse (Kang, 2014). Det er derimot ikke alle jordmødre som foretrekker at det blir brukt en autorisert og profesjonell tolk. I studien til Akhavan & Lundgren (2010) uttalte noen av jordmødrene at de foretrekker at doulaen oversetter fremfor å bruke en profesjonell tolk. Akhavan & Edge (2012) mener at språk og kulturforståelse er essensielt for at det skal bli en fin opplevelse for alle parter. Det kommer også frem at det hender at jordmor følte seg «utenfor» når fødekvinne og doulaen snakket sitt morsmål inne på fødestuen. Kommunikasjon har en sentral og signifikant rolle, og mangel på god kommunikasjon kan føre til dårligere helsehjelp basert på etniske og kulturelle forskjeller (Akhavan, 2009). Jordmødre som

ble intervjuet i studien hevdet imidlertid at kvinnens utdanningsbakgrunn og om hun kom fra landsbygden eller en by hadde mer å si enn kulturelle normer når det kommer til det å søke helsehjelp (Akhavan, 2009).

En doula fyller en viktig rolle for gravide innvandrerkvinner. Kunnskapen som doulaen har om samfunnet de lever i kan hjelpe kvinnene i stor grad ved at de får tilgang til informasjon, som igjen kan føre til en mer effektiv omsorg. Det å prøve å forstå helsesystemet i et nytt land kan være krevende for innvandrerkvinner og kan føre til stress (Schoroeder & Bell, 2005). Noen innvandrerkvinner kommer fra vanskelige forhold i hjemlandet og søker først helsehjelp når det er for sent (Akhavan, 2009). Dette kan komme av at de ikke har språket og forståelsen for helsesystemet (Haugaard et. al., 2020). Støtten som doulaen gir både følelsesmessig og sosialt kan gjøre opplevelsen til fødekvinne bedre både før, under og etter fødsel (Kang, 2014). Fødekvinne føler seg tryggere og stoler mer på doulaen når hun har samme kulturbakgrunn som henne selv (Wint et. al., 2019). Grunnet at doulaen kjenner til kvinnen og hennes partner sine preferanser på forhånd kan hun gi støtte og omsorg på en helt annen måte enn annet helsepersonell (Kang, 2014). En doula fungerer som en brobygger mellom kulturene (Akhavan & Lundgren, 2010; Haugaard et. al., 2020). Likevel viser forskning at de fleste doulaene er hvite, har universitetsutdannelse og har en annen jobb ved siden av det å være en profesjonell doula (Gilliland, 2016).

Kulturelle ritualer kan i noen tilfeller by på utfordringer for helsepersonell. Dundek (2006) har i sin studie sett på somaliske kvinner og utfordringene som helsepersonell møter på med tanke på fødekvinne som er omskåret. Det finnes ulike grader av omskjæring og det kan føre til store komplikasjoner under en fødsel. Dersom helsepersonell ikke er klar over, eller har kunnskaper nok om konsekvensene kan utfallet bli fatalt. Somaliske kvinner ligger øverst når det kommer til komplikasjoner og dødfødsler i Sverige (Schytt et. al., 2020). Keisersnitt er også mer vanlig blant migrantkvinner sammenlignet med majoritetsbefolkningen i landet. Keisersnitt ble imidlertid mindre brukt blant somaliske flyktning- og innvandrerkvinner når de hadde med seg en doula sammenlignet med dem som ikke hadde med seg en doula (Dundek, 2006).

3.7 Fødsel, barseltid og empowerment

Det å ha med seg en doula under fødselen kan være ses på som utelukkende positivt da fødekvinnen benytter seg av keisersnitt i mindre grad og at hun oftere har en positiv opplevelse av selve fødselen i ettertid (Ballen & Fulcher, 2006). Fødekvinnene bruker også mindre smertestillende under fødselen når de har med seg en doula (Hodnett et. al., 2007; Lantz, Low & Watson, 2004; Mottl- Santiago et. al., 2007). Flere studier fra ulike land har også vist at kvinner som får støtte fra en doula under fødsel får den hjelpen hun trenger emosjonelt, sosialt og fysisk for å kontrollere smertene på en bedre måte under fødselen og at det også fører til at fødselen går fortere (Campbell et. al., 2006; Lantz et. al., 2004; Roth, Henley, Seacrist & Morton, 2016). Positive fødsels erfaringer er relatert til kontinuerlig støtte, som igjen er assosiert med mindre behov for smertestillende og keisersnitt (Bohren et. al., 2017; Fortier & Godwin, 2015). Tilfredsstillende fødsels erfaringer har blitt rapportert i studier der doula er med og støtter under fødselen (Bohren et. al., 2017; Lunda, Minnie & Benadé, 2018; Sosa, Kennell, Klaus, Robertson & Urrutia, 1980).

Vanskeligstilte kvinner som vanligvis har økt fare for å føde barn med lav fødselsvekt og å oppleve komplikasjoner under fødselen opplevde at dette forekom sjeldnere når en doula var til stede (Gruber, Cupito & Dobson, 2013). Det rapporteres også om økte tendenser til at mor ammer barnet og har positive følelser for barnet når hun får hjelp av en doula (Campbell, Scott, Klaus & Falk, 2007; Gruber et. al., 2013; Madi et. al., 1999; Mottl- Santiago et. al., 2008; Scott, Klaus & Klaus, 1999). Informasjon er viktig for nye mødre og hennes familie. Amming er et tema som går igjen i mange av artiklene og Mottl- Santiago et. al. (2007) skriver at sjansen for at fødekvinnen skal amme etter fødselen øker dersom hun har støtte fra en doula. Middleton (2003) viser til at doulaen blant annet tilbyr veiledning i ulike ammeteknikker, som også er en kunnskapsrik støtte til hele familien under det hun karakteriserer som den kritiske fasen rett etter fødsel. Doulaen støtter fødekvinnen og tilbyr hjelp til familien i form av fysisk, emosjonell, informativ og praktisk støtte. Foruten om ammeteknikker gir hun også informasjon om hva som er vanlig i tiden etter fødselen. McLeish & Redshaw (2019) påpeker at det er en enorm endring i livet å få et barn og å tilegne seg rollen som mor.

Kvinnens opplevelse under fødselen påvirker blant annet selvfølelsen hennes og hvordan hun er som forelder i ettertid (Ballen & Fulcher 2006). I studien til McLeish &

Redshaw (2019) beskriver doulaene hva de ser hos sårbare kvinner. Her skildres det hvordan doulaen aktivt bygger kvinnenes selvbilde og selvtillit ved å gi dem mye tid, oppmerksomhet og respekt. Kvinner som hadde en støtteperson med seg under fødselen kjente på en større tilfredshet etter fødselen. Et av hovedfunnene i studien var empowerment og kvinnens selvfølelse (Safarzadeh, Shafipor & Salar, 2018). Dette kan bidra til at kvinnen påvirker sin egen fødsel i positiv retning (Thomas, Ammann, Brazier, Noyes & Maybank, 2017). Noen migrantkvinner har gitt tilbakemelding på at de ligger mye alene under fødselen, de er redde, usikre og føler ikke at de får den støtten som de hadde behov for i den kritiske fasen som fødselen er (Schytt et. at., 2020). Wikberg (2020) skriver at når jordmoren var omsorgsfull og respektfull overfor fødekvinne så opplevde fødekvinne empowerment. Hvis jordmoren brukte «makten» sin feil som ved for eksempel å vise rasisme, diskriminering, etnosentrisme, forhåndsdomming eller stereotypier så ble resultatet at kvinnen kjente på en følelse av avmakt.

Fødselsdepresjon er noe som kan ramme alle fødekvinne. Det å benytte seg av en doula under fødselen kan redusere sjansen for å utvikle fødselsdepresjon, i tillegg til at fødekvinne har økt sjanse for et godt selvbilde og økt tilfredshet med partneren etter fødselen (Bar- Yam, 2003; McLeish & Redshaw, 2019; Safarzadeh et. al., 2018). Kvinner som ikke har et nettverk rundt seg er spesielt utsatt for å utvikle angst og fødselsdepresjon. De som i tillegg ikke har de beste sosio- økonomiske vilkårene er i faresonen (McLeish & Redshaw, 2019).

4 TEORETISK PERSPEKTIV

Det teoretiske perspektivet i denne oppgaven er teorien om empowerment og kulturforståelse i helse. Teorien om empowerment ble valgt fordi den flerkulturelle doulaen støtter både fødekvinnen og hennes partner før, under og etter fødselen. Den flerkulturelle doulaen skal bidra til at foreldrene får økt selvtillit, og skal således støtte dem og ikke ta over prosessen. Kulturforståelse i helse ble valgt fordi den flerkulturelle doulaen har en kulturforståelse som gir trygghet og støtte til fødekvinnen og hennes partner og til jordmor og andre tjenester. Det er viktig å forstå både likheter og ulikheter i kulturer for å lettere kunne sette seg inn i situasjonen som fødekvinnene og hennes partner står overfor.

4.1 Empowerment

Teorien om empowerment ble først kjent i faglitteraturen på 1960- 70 tallet. Bakgrunnen var de siviles rettigheter og demokratiets fremgang i USA, Sør- Afrika og Sør- Amerika. Hensikten var å øke autonomien, gi styrke og påvirkning til de undertrykte. Mangel på empowerment, oversatt til myndiggjøring på norsk (Askheim & Starrin, 2018, s. 28) ble assosiert med gammeldags, mens det å ha styrke ble sett på som status og mulighet til å kontrollere både folks handlinger og deres økonomiske ressurser. Politisk sett var målet å få oppmerksomheten over på individet og evnene til den enkelte, for å øke deltakelsen. Dette var for å ikke fokusere kun på den enkeltes mangler og behov (Freire & Ramos, 2000; Kendall, 1998; Rappaport, 1987). I begrepet myndiggjøring ligger det er en skjev maktbalanse. Empowerment defineres ulikt alt etter hvilken situasjon en befinner seg i. En av situasjonene presenteres som etablering av motmakt. ”I denne tilnærmingen til empowerment står sammenhengen mellom enkeltindividets livssituasjon og samfunnsmessige, strukturelle forhold i fokus” (Askheim & Starrin, 2018, s. 22). Individet skal oppleve styrke slik at vedkommende kommer seg ut av avmaktssituasjonen, samt å bidra til økt selvtillit og få støtte og hjelp til å øke både kunnskaper og ferdigheter for å komme seg ut av avmaktssituasjonen. I 1986 ble Ottawa- charteret undertegnet. To av punktene i charteret er at helsepersonell skal gi styrke til pasienten og at pasienten er eksperten på seg selv (Verdens helseorganisasjon, 2020). For å komme i en posisjon hvor en kan tilby å gi styrke eller å

myndiggjøre fødekvinne og hennes partner må en ha fortjent tilliten. Da er det viktig at en har en relasjon i bunn. Den flerkulturelle doulaen er sammen med fødekvinne og hennes partner både før, under og etter fødselen, og ut ifra det kan hun være den personen som kan hjelpe henne og hennes partner ut av en avmaktssituasjon. Fødekvinne som er med i prosjektet som denne oppgaven bygger på har kort botid i Norge, og de har derfor gjerne økt sjanse for å kjenne på avmaktsfølelsen- både når det kommer til språk, kultur og en generell forståelse av det norske helsesystemet.

4.2 Kulturforståelse i helse

Det å flytte til et nytt land kan være svært utfordrende. Det som er kjent og kjært kan bli til noe ukjent og annerledes. Kultur kan defineres på mange måter. Lien et. al. (2019) definerer kultur som en felles oppfatning med felles verdier og handlingsmønstre. Kulturen gir oss både identitet og tilhørighet. Det hevdes imidlertid at det må være noe stabilt og uforanderlig dersom det skal ha denne funksjonen fullt og helt. Kultur endrer seg i virkeligheten (Lien et. al., 2019, s. 64). Kulturen er ulike og vi kan dele de inn i såkalte individualistiske kulturer og kollektivistiske kulturer. Norge er beskrevet som preget av en individualistisk kultur. Det vil si at vi som oftest verdsetter uavhengighet, autonomi og selvhevdelse (Kumar & Viken, 2010, s. 208). Staten er sikkerhetsnettet vårt og dersom vi har behov for helsehjelp eller trenger økonomisk hjelp, så er det det ofte det offentlige som gir oss den støtten i form av et velfungerende og komplisert helsesystem og nav. De flerkulturelle doulaene i prosjektet jeg har hentet informanter fra kommer fra kulturer som blir beskrevet som kollektivistiske kulturer. Det vil si at storfamilien, avhengighet av storfamilien, plikt og underkastelse blir høyt verdsatt (Kumar & Viken, 2010, s. 208). Storfamilien tar vare på de dersom noen blir syke eller trenger økonomisk støtte.

Ulike kulturer har også ulik forståelse av hva som blir sett på som riktig helsehjelp. Den medisinske antropologen og psykiateren Arthur Kleinman laget i 1980 en modell som han delte inn i tre ulike sektorer. Den første av sektorene er familiesektoren hvor individ, familie og nettverket rundt er det som betyr mest. I følge Kleinman foregår 70 - 90% av spørsmål om helse og behandling i denne sektoren på verdensbasis. I det kollektivistiske samfunnet er en doula gjerne et familiemedlem i form av mor, søster, tante eller nabo. Den neste sektoren er folkelig sektor. Her er det gjerne overnaturlige

krefter og det alternative som har mest fokus. Det kan være Gud og Allah eller alternativ medisin. I det flerkulturelle Norge ser en gjerne at den folkelige sektoren blir mest brukt, og det er trolig i denne sektoren av vi vil si at en doula passer inn i det norske systemet. Den tredje og siste sektoren er profesjonell sektor som består av utdannet helsepersonell. Denne sektoren har mest makt i Norge og i andre vestlige land. Det er fordi det er skolemedisinen som utgjør det profesjonelle helseomsorgssystemet vi i dag har (Kumar & Viken, 2010, s. 64). De tre sektorene overlapper hverandre til en viss grad, men det varierer fra kultur til kultur hvilken av de som blir benyttet i størst grad (Kumar & Viken, 2010, s. 63).

For å møte mennesker fra etniske minoriteter på en god måte kan det være viktig å ha kunnskap om ulike kulturer. Pasienter med minoritetsbakgrunn opplever både omsorg og respekt dersom helsevesenet viser forståelse for religionen og kulturen til den enkelte. Det igjen kan føre til at møtet med det norske helsevesenet blir til noe positivt (Hanssen, 2007, s. 17).

5 PROBLEMSTILLING

Problemstilling:

Hva erfarer og opplever den flerkulturelle doulaen at fødekvinnen og hennes partner trenger støtte til i barseltiden, når de får barn i en ny kultur?

Med opplevelser og erfaringer mener jeg i denne sammenheng det den flerkulturelle doulaen kan si om det hun er med på, hva hun gjør for å støtte dem i barseltiden, det hun observerer og følelser hun kjenner på. I Norge er prosjektet som de flerkulturelle doulaene er en del av enda i en prosjektfase og har ikke veldig lang fartstid. Prosjektet vokser nå til flere byer og denne studien kan være et viktig bidrag til utviklingen videre. Dette gjorde at jeg var interessert i å vite mer om den flerkulturelle doula sin rolle og hva som finnes av behov for støtte i barseltiden, blant fødekvinnen og hennes partner som er nyankommet til Norge.

I begrepet støtte legger jeg i denne sammenhengen emosjonell, fysisk og sosial støtte (Lantz et. al., 2004). I tillegg har jeg med informativ støtte og kultur- og språkstøtte. Jeg legger forståelse for religion, tradisjoner og andre kulturelle termer som smerteuttrykk til grunn for det (Wikberg, 2020), samt tryggheten det kan være å forstå hva som blir sagt (Shelp, 2004). Dersom fødekvinnen ikke forstår hva som blir sagt kan det føre til kommunikasjonsproblemer, og fødekvinnen kan således oppleve både mangel på tillit og respekt grunnet sin bakgrunn og i verste fall rasisme og diskriminering (Wikberg, 2020). En doula kan fylle en viktig rolle for gravide innvandrerkvinner. Deres påvirkning ved beslutninger kan føre til at fødekvinnene får økt tilgang på informasjon og effektiv omsorg og pleie. Doulaen sin emosjonelle og sosiale støtte kan påvirke kvinnens opplevelse av fødselen og barseltiden (Kang, 2014).

5.1 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive den flerkulturelle doulaen sine erfaringer av å støtte fødekvinnen og hennes partner under barseltiden i et nytt land.

Forskningsspørsmål:

Hva er støtte til fødekvinner og hennes partner under barseltiden i et nytt land, fra den flerkulturelle doulaen sitt perspektiv?

Målet med studien var å søke mer kunnskap om den flerkulturelle doulaen, og å finne ut hvilken støtte hun gir og opplever at det er behov for i barseltiden blant de som er nye i Norge. Dette er viktig for å sikre at de som benytter seg av en flerkulturell doula får den nødvendige starthjelpen som de trenger for å lettere komme inn i det norske helsesystemet. Det at fødekvinnen og hennes partner får en veileder inn i systemet fører med seg gode ringvirkninger når det kommer til helse for hele familien. Videre kan denne forståelsen også brukes i nettverket som de er en del av.

6 METODE

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av en kvalitativ metode. Valget av en metode avhenger av hvilken type informasjon vi ønsker å hente inn (Espnes & Smedslund, 2009). I dette kapitlet er det gjort rede for mine metodiske valg. Jeg starter med kvalitativ deskriptiv design hvor jeg gjør rede for den kvalitative innholdsanalysen før jeg fortsetter til utvalget. Under utvalget har jeg også tatt med inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for studien. Etterpå kommer fokusgruppe, før jeg beskriver intervjuguiden. Transkripsjon av fokusgruppene og analyse ved kvalitativ innholdsanalyse med en induktiv tilnærming blir gjort rede for før kapitlet avsluttes med etiske overveielser.

6.1 Kvalitativ deskriptiv design

I denne studien ble valget et kvalitativt deskriptivt design. Kvalitativ innholdsanalyse med en induktiv tilnærming basert på Elo & Kyngäs (2008) og Vaismoradi, Turunen & Bondas (2013) ble benyttet som analyseredskap. Med deskriptivt design mener jeg at det er beskrivende i den form at informantene sine meninger er tolket og analysert med tanke på at det skulle gi et så ekte og nært bilde av deres erfaringer og opplevelser i møte med barselkvinnen og hennes partner som overhodet mulig (Krippendorff, 2004). Med erfaringer og opplevelser legger jeg i denne sammenheng den flerkulturelle doulaen sin subjektive forståelse for det hun bidrar med. Den flerkulturelle doulaen kan svare ut ifra sitt ståsted, og kan således ikke være objektiv (Kvale & Brinkmann, 2018). En innholdsanalyse er en måte å analysere store mengder tekst på ved at man utfører systematiske kodinger og kategoriseringer av materialet man har hentet inn (Elo & Kyngäs, 2008; Vaismoradi, Turunen & Bondas, 2013). Målet med en innholdsanalyse er å beskrive det som er karakteristisk. En innholdsanalyse er godt egnet til å analysere blant annet sensitive fenomen, som i denne studien den flerkulturelle doulaen sin støtte til fødekvinne og hennes partner (Elo & Kyngäs, 2008; Vaismoradi, Salsali & Mark, 2011). Når det ikke eksisterer mye forskning eller kunnskap om det som en ønsker å finne ut mer om på forhånd anbefales det å bruke induktiv tilnærming. I induktiv tilnærming beveger vi oss fra det spesifikke til det generelle (Elo & Kyngäs, 2008).

Funnene beskrives i hovedkategori, generisk kategori og subkategori. Kategoriene er ment for å beskrive, øke forståelsen og generere ny kunnskap (Cavanagh, 1997).

6.2 Utvalg

Utvalget var flerkulturelle doulaer, som var kvinner og deltakere i et prosjekt som jobber med å tilby sårbare, nyankomne kvinner med minoritetsbakgrunn en trygg fødsel. Dette ved at de sårbare kvinnene får med seg en støtteperson som har samme kulturbakgrunn og snakker et språk som hun behersker. Utvalget mitt var strategisk. Et strategisk utvalg vil si at informantene ble plukket ut etter kvalifikasjoner og egenskaper som kan besvare problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54). Av forskningsetiske hensyn beskrives ikke bakgrunnsfaktorene i detalj da det er en liten gruppe i Norge. I utvalget var det kvinner fra ulike land og kulturer, de var mellom 25 og 55 år gamle, hadde mellom to til seks barn hver og hadde deltatt på en til seks fødsler som flerkulturell doula. De hadde ulik botid i Norge, fra 5 til 35 år.

For å få et utvalg til min studie måtte jeg først finne ut om det fantes noen jeg kunne intervju. Jeg sendte en email med en forespørsel til alle deltakerne på et seminar som hadde tittelen «Å bli mor på morsmålet». Seminaret ble arrangert av Liv laga i 2010 (Liv laga, u. å.). Jeg fikk svar fra flere av deltakerne, med videre kontaktinformasjon til prosjektleder for prosjektet som de flerkulturelle doulaene er en del av i dag. Prosjektleder var også behjelpelig med å sende ut informasjon og å rekruttere informanter. Til slutt bestod mitt utvalg av åtte flerkulturelle doulaer.

Inklusjonskriteriene for å delta i studien var at de måtte ha samme språk og kulturbakgrunn som fødekvinne, de måtte ha født ved et skandinavisk sykehus selv og de måtte ha blitt kurset i rollen som flerkulturell doula. I tillegg hadde jeg som inklusjonskriterie at de måtte ha deltatt under minimum en fødsel som flerkulturell doula på intervjutidspunktet. Grunnen til det var at hun skulle ha erfart hvordan det var å støtte en fødekvinne og hennes partner, og hun skulle ha erfart hvilke behov som var fremtredende i barseltiden. Eksklusjonskriteriet var at de ikke hadde deltatt under en fødsel enda. Jeg måtte ikke ekskludere noen da alle hadde deltatt under minst en fødsel.

6.3 Fokusgruppe

En fokusgruppe er en ikke-styrende intervjustil der det er viktig å få så mange synspunkt som mulig på et bestemt tema. Temaet bestemmes av moderator (Kvale & Brinkmann, 2018). Det anbefalte antallet i en fokusgruppe varierer fra seks til tolv deltakere. Det rapporteres likevel om at en vellykket fokusgruppe også kan ha tre til fire deltakere, særlig dersom en skal ta opp sensitive tema. Det anbefales små grupper dersom det skal bearbeides materiale i ettertid med blant annet språklige uttrykk (Halkier, 2010, s. 39). En fokusgruppe ses på som ideell for etniske minoriteter. Det er en god måte å prøve å forstå kulturelle forskjeller på og kan ses på som en myndiggjører ved at deltakerne blir sett på som en «ekspert» innen området som utforskes (Liamputtong, 2011, s. 6, s. 127-128). Den som leder en fokusgruppe kalles en moderator. I mine fokusgrupper fungerte jeg som moderator alene. Moderator skal stille spørsmål, lytte og sørge for at fokusgruppen dekker emnet i forskningsprosjektet (Halkier, 2010, s. 57).

Begge fokusgruppene i min studie ble avholdt i en by i Norge, på to ulike dager i oktober, 2019. Jeg benyttet meg av en digital lydopptaker for å ta opp intervjuene, og den hadde jeg testet på forhånd for å sikre at den fungerte som den skulle, både lydmessig og at den kunne overføres til min datamaskin og så videre til en verbatim minnepinne som var passordbeskyttet. Det var fire deltakere i hver fokusgruppe.

Det første fokusgruppeintervjuet varte i to timer og fem minutter og det andre fokusgruppeintervjuet varte i to timer og tretti minutter. En av deltakerne i den andre fokusgruppen måtte gå etter 40 minutter, så da var det kun tre informanter i den andre fokusgruppen mesteparten av tiden. Det var lett bevertning med mat og drikke under begge fokusgruppene. Det er ifølge Kvale & Brinkmann (2018) viktig å være observant, sikre god lyd kvalitet og lytte etter hvordan ting sies under selve intervjuet. Det være seg stemmeleie, pauser og følelser. Begge rommene som ble benyttet til fokusgruppene hadde gode forhold med tanke på opptak av lyd, støy og sittegrupper. Prosjektlederen reserverte rom til oss i lokalene som prosjektet har sitt hovedkontor.

Svarene fra informantene var utfyllende, og de besvarte ofte flere spørsmål om gangen, noe som førte til at jeg som moderator måtte gå litt frem og tilbake i forhold til spørsmålene i intervjuguiden. I begge fokusgruppene var det forskjell på hvor aktive

deltakerne var. Noen svarte mer enn andre. Jeg forsøkte å stille spørsmål direkte til de som sa lite. Det fungerte som regel bra. De flerkulturelle doulaene oppklarte mye seg imellom under intervjuene og stilte også hverandre spørsmål. De spilte på hverandre. Når en svarte på et spørsmål koblet de andre seg på, noen ganger ved at jeg spurte dem hva de tenker om det som akkurat ble sagt. Det skjedde også at noen kom på noe underveis fordi at en av de andre sa noe som fikk de til å hente frem ting de ville si. Dette samspillet hadde ikke skjedd dersom det ble foretatt individuelle intervju. Thagaard (2018) skriver at medlemmene i en fokusgruppe kan gi respons på hverandres synspunkter, og det fører til at man får kjennskap til ulike holdninger rundt temaet som diskuteres (Thagaard, 2018, s. 92). Etter endt fokusgruppe fikk alle med seg en liten gave.

Kvale & Brinkmann (2018) nevner at det kan være utfordrende å intervjuer noen med en ukjent kultur. Han mener at den som skal intervjuer må sette seg godt inn i deltakernes kultur for å unngå misforståelser. Eksempel på misforståelse er at et nikk som betyr ja i Norge betyr nei i flere områder i Hellas (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 173). Jeg opplevde ikke at det var store misforståelser under fokusgruppeintervjuene. Jeg hadde fokus på å snakke klart, tydelig og sakte når jeg innledet fokusgruppene og når jeg presenterte meg selv. Jeg snakket bokmål under begge fokusgruppene for å sikre at dialekten min ikke skulle skape en barriere og føre til misforståelser. I introduksjonen fortalte jeg om min bakgrunn, blant annet fra tidligere studier og jobberfaringer, og min interesse for kvinne- og minoritetshelse. Jeg opplevde tillit og respekt fra informantene da de snakket både fritt og mye, og delte både personlige erfaringer og hva de hadde tilegnet seg av kunnskaper og erfaringer om behov i barseltiden i rollen som en flerkulturell doula.

6.4 Intervjuguiden

Intervjuguiden ble utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen og forskningsspørsmålet. Jeg måtte ta en vurdering på hva som var viktig bakgrunnsinformasjon om den enkelte flerkulturelle doulaen, og hva jeg måtte ha svar på for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålet. Thagaard (2018) skriver at det er lurt å begynne med spørsmål som kan ses på som nøytrale og som intervjupersonen er komfortabel med å snakke om før en går inn på spørsmål som

krever mer av intervjupersonen å besvare. Det er lurt å avslutte intervjuet med nøytrale spørsmål igjen (Thagaard, 2018, s. 100). Intervjuguiden min hadde et åpent design. Det vil si at jeg skrev ned spørsmål som jeg ønsket svar på, og på den måten ble intervjuet styrt av meg som moderator. Jeg var likevel åpen for at svarene ikke kom i samme rekkefølge som jeg hadde notert dem ned, og var åpen for at det skulle komme mer informasjon underveis, eller andre interessante diskusjoner mellom mine intervjupersoner (Kvale & Brinkmann, 2018).

Intervjuguiden min ble innledet med konkret bakgrunnsinformasjon om den enkelte intervjupersonen og spørsmålene var «hvor er dere fra?», «hvor lenge har dere vært i Norge?», «hvor gamle er dere?», «hvor mange barn har dere?», «hvor mange av barna er født i Norge?», «brukte dere selv en doula da dere fødte?», «vil dere si noe om hvordan det har vært å bo i Norge?».

I hoveddelen spurte jeg mer om det som var relatert til rollen som den flerkulturelle doula og spørsmålene var «hvor fikk dere høre om doula for første gang?», «hvorfør valgte dere å bli en doula?», «har dere tidligere erfaringer som gjør at dere valgte å bli en doula?», «hvor mange doulaoppdrag har dere hatt til nå?», «er det typisk at både mor og far er med på fødselen?», «hvordan er deres relasjon til kvinnene? Er de pasienter eller blir det mer personlig? ”fordeling”», «hvordan er deres relasjon til partneren?», «har dere sett at kvinnene og partneren trenger deres støtte i tiden etter fødselen?», «hva trenger de støtte til?», «opplever dere at deres støtte er viktig?», «hva er deres rolle i forhold til helsesykepleier som kommer på hjemmebesøk etter fødselen?», «hvor mange timer i snitt brukes i tiden etter fødselen?», «føler dere at dere strekker til innenfor timeantallet dere får betalt for?», «hender det at dere gjør mer enn det dere får betalt for?», «føler dere at dere har utviklet dere personlig når dere jobber som en doula?», «har du noen planer fremover?».

Jeg avsluttet fokusgruppene med spørsmålet «har dere noe å tilføye?». Således åpnet jeg opp for at de kunne komme med eventuelle poeng som jeg ikke hadde spurt om og som de tenkte var viktig for oppgaven. Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt under intervjuene, men det ble naturlig å vike fra intervjuguiden for å fange opp nyanser og for å få mer utfyllende svar underveis. Det er naturlig å stille oppfølgingsspørsmål dersom noe er uklart (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 166). Oppfølgingsspørsmål kan

være enten for å utdype emnet som det opprinnelig ble spurt om, men også for å følge opp en interessant og uventet retning som det er behov for mer fortolkninger av (Halkier, 2010). Det er også viktig å tenke over ordlyden i spørsmålene. Man kan velge vide spørsmål eller mer styrende spørsmål. Vide spørsmål åpner opp for at informantene kan svare bredt og at en kan få interessante og også uventede svar. Dersom en leder dem inn i styrte spørsmål så bestemmer moderatoren mer i prosessen (Halkier, 2010). I min studie hadde jeg en blanding av vide og styrte spørsmål. Jeg startet med konkrete spørsmål med kun et svar. I hoveddelen ble det naturlig at de svarte mer utfyllende. Det er viktig å poengtere at spørsmålene i intervjuguiden min var en veileder, og at spørsmålene ble stilt på en muntlig måte som ga rom for mer enn ja og nei svar.

6.5 Transkripsjon

Etter fokusgruppeintervjuene startet prosessen med transkripsjon. Transkripsjon betyr å skrive fra tale til tekst og er det som skal til for at materialet skal bli klart for analyse (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 138, s. 204). Det som ble sagt ble skrevet ordrett av og kodenommerne 1 – 4 ble brukt for å skille deltakerne fra hverandre i begge intervjuene. I etterkant av transkripsjonen har jeg tenkt at det kunne vært lurt å bruke kodenommerne 1 – 8 for å skille utsagnene fra deltakerne fra hverandre under kapittel 7, men jeg valgte å være tro til det jeg opprinnelig hadde gjort og valgte å heller dele det inn i fokusgruppe 1 og 2 og doula 1 – 4 i de aktuelle fokusgruppene. Det hendte at det var vanskelig å høre ordrett hva som ble sagt, og da måtte jeg spole tilbake flere ganger for å forsøke å høre hva som ble sagt. Grunnen til at det var vanskelig å høre noen ganger var at ikke alle snakket like høyt, de snakket i munnen på hverandre, at de uttalte ord med aksent eller at det var bakgrunnsstøy, som for eksempel en kopp som ble satt ned på bordet. Det kan være utfordrende å få med ironi, blick og humor i transkripsjonen, men jeg forsøkte så godt det lot seg gjøre å få med når det var mye latter i transkripsjonen. Transkripsjonen endte til slutt opp på 93 tettskrevne A4 sider for begge fokusgruppene.

6.6 Analyse

For å komme frem til de ulike kategoriene måtte materialet først munne ut i meningsenheter fra transkripsjonen og bli satt under ulike koder. NVIVO ble brukt for å systematisere meningsenhetene. Koding betyr at teksten ble delt opp og at utsnitt som kunne besvare min problemstilling ble trukket ut (Thagaard, 2018, s. 153). Koding defineres gjerne som «...betegnelser som symboliserer meningsinnholdet i teksten» (Miles, Huberman & Saldana, 2014, s. 71-72). Jeg hadde en induktiv tilnærming som «...innebærer at vi forankrer kodene empirisk ved å utvikle koder som gir et konsentrert uttrykk for deltakernes erfaringer og handlinger» (Thagaard, 2018, s. 153). Dersom det benyttes korte setninger eller direkte utsagn fra deltakernes språk kalles kodene for «in vivo». Jeg har benyttet meg av direkte utsagn fra informantene og kan således si at jeg benytter meg av «in vivo» i denne oppgaven. Utsagnene som ble tatt med videre ble fornorsket noe grammatisk for at leser skal forstå meningen i størst mulig grad. I prosessen med kodingen endte jeg opp med 22 sider med meningsenheter fra transkripsjonen, som igjen ble fordelt under 30 koder. Noen meningsenheter passet inn under flere koder, så da måtte jeg ta et valg for hvor jeg mente at det passet best.

Etter kodingen startet jeg med å kategorisere. «*Kategorisering* beskriver prosessen hvor den som undersøker, setter de forskjellige kodene i forhold til hverandre» (Coffey & Atkinson, 1996, s. 26-30, 50). Flere koder kan samles under en kategori (Halkier, 2010, s. 87). En innholdsanalyse skal gjennom tekst og uttalelser gjenspeile det som ble sagt i intervjuene, og forskeren må således ha dette i tankene under analyseringsprosessen (Krippendorff, 2004). Kategoriene blir presentert i kapittel 7 og et eksempel på analysen er beskrevet i vedlegg 4. Grunnen til at valget falt på denne analysemetoden var at den virket logisk med tanke på materialet som skulle analyseres. Analyseprosessen fra transkripsjon til kategorisering ble ledet av meg som student, mens veileder bidro med sine innspill underveis i prosessen.

6.7 Etiske overveielser

For å gjennomføre studiet måtte det søkes til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dette måtte gjøres før fokusgruppene kunne finne sted. NSD måtte vurdere prosjektet for å sikre at personvern og etikk er tatt i betraktning under hele prosessen. Prosjektet ble vurdert 31.07.2019. Før fokusgruppeintervjuene fikk informantene tilsendt informasjon om prosjektet og har gitt et signert, informert samtykke til deltakelse (vedlegg 2). Et informert samtykke betyr at informantene skal få tilstrekkelig med informasjon om hva det skal forskes på, hva som er formålet med studien, hvem som får tilgang på informasjonen om dem, hvordan resultatene skal brukes og hvilke følger det vil ha å delta (Thagaard, 2018, s. 22). I en kvalitativ studie kan ting endre seg underveis i prosessen og en vet ikke på forhånd hvilke resultater det fører frem til. Informantene må ha tillit til at forskeren behandler datamaterialet på en måte som ikke fører til gjenkjenning eller at det oppleves som et overtramp for informantene (Thagaard, 2018, s. 24).

Prosjektet jeg har hentet mine informanter fra består av få personer og det finnes heller ikke mange tilsvarende prosjekter i Norge. Det gjør det sårbart med tanke på konfidensialitet. Konfidensialitet innbefatter blant annet anonymitet, som skal sikre at identiteten til informantene ikke skal kunne spores til denne oppgaven. Navn og andre identifiserbare opplysninger bør ikke ligge lagret på datamaskinen og pseudonymer eller kodennummer skal anvendes i stedet for navn (Thagaard, 2018, s. 24). Jeg benyttet kodennummer 1 -4 da jeg foretok transkripsjon av intervjuene og har ikke notert ned navnet til informantene mine noe sted. Lydfilene fra fokusgruppene ligger lagret på en verbatim minnepinne som er beskyttet med passord. Jeg har også sikret datamaskinen som oppgaven skrives på med passord, og jeg er den eneste som vet passordet.

7 FUNN

Funnene som blir presentert i dette kapittelet er et resultat av de to fokusgruppeintervjuene som ble utført i oktober 2019, transkribering, analyse og min tolkning av materialet. Hovedfunn i studien er den flerkulturelle doulaen som brobygger. En brobygger er ifølge synonymordboka blant annet en mellommann, kontaktskaper, mekler, forhandler og en diplomat (www.synonymordboka.no). Den første generiske kategorien er den flerkulturelle doulaen som *brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner* med subkategoriene *fødekvinne og den flerkulturelle doulaen, fødekvinnes partner og den flerkulturelle doulaen, jordmor og den flerkulturelle doulaen og å bruke hele seg, ønske om å hjelpe og å være til nytte*. Den neste generiske kategorien er *brobygger mellom tjenester* som har subkategorier *fra bydelsmødre til flerkulturell doula, fødselen og barseltiden*. Den tredje generiske kategorien er *brobygger mellom språk og kulturer* hvor subkategoriene er *evnen til å sette seg inn i situasjonen til fødekvinne, barnevernet og ildsjelen*.

7.1 Den flerkulturelle doulaen som brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner

Den flerkulturelle doulaen fungerer som en viktig støtte og trygghet i møter mellom mennesker og i ulike relasjoner. Hun treffer fødekvinne og hennes partner før fødselen og skaper en relasjon til dem. Under fødselen er hun ikke bare en støtte for fødekvinne og hennes partner, men hun støtter også jordmor og annet helsepersonell ved eksempelvis å forklare kulturelle termer og oversette hva som blir sagt. Den flerkulturelle doulaen har et inderlig ønske om å hjelpe andre og får et unikt bånd til dem hun hjelper.

7.1.1 Fødekvinne og den flerkulturelle doulaen

Den flerkulturelle doulaen forteller om en sterk relasjon til fødekvinne. Relasjonen starter profesjonelt, men glir fort over i en mer personlig relasjon. Hun ser på fødekvinne som sin egen datter og blir oppriktig glad i henne. Den flerkulturelle doulaen jobber sammen med fødekvinne, gråter med dem og glemmer dem aldri selv

om kontakten avtar etterhvert. Den flerkulturelle doulaen ser på både fødekvinnen og hennes partner som sine barn:

«Jeg behandler dem som mine barn begge to» (Fokusgruppe 2, doula 1).

Noen av de flerkulturelle doulaene forteller at de blir invitert i både dåp og bursdager til barna de har vært med å hjelpe til verden, men at de ikke alltid drar. Relasjonen er nær, men den flerkulturelle doulaen er også opptatt av at relasjonen ikke må bli for tett. Dette handler om hvor mye tid det ville tatt å følge opp alle de hjelper i like stor grad. De flerkulturelle doulaene har egen familie som også skal følges opp, og må da ta et valg. Det første oppdraget som flerkulturell doula er spesielt, og en fortalte at det ble spesielt tett da, siden det var første gangen. Til tross for at de flerkulturelle doulaene er opptatt av at relasjonen ikke skal bli for tett, så er de likevel tilgjengelig for fødekvinnen og hennes partner til de selv faser ut kontakten.

«...Folk er jo forskjellige, noen har ikke behov for videre oppfølging, mens andre trenger litt mer...» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«...Man må ta vare på seg selv i prosessen også» (Fokusgruppe 1, doula 3).

I løpet av et sykehusopphold blir det ofte gitt veldig mye informasjon og det henvises gjerne videre til brosjyrer, nettsider, fastlege og helsestasjon. Den flerkulturelle doulaen bidrar med å gjenta denne informasjonen og å finne informasjon dersom det er et behov fødekvinnen har i tiden etter fødselen. Den digitale kompetansen til fødekvinnene er ikke alltid like god, og da nytter det ikke å henwise til en nettside hvor det i tillegg gjerne kun står informasjon på norsk.

«Også etter at du kommer hjem blir du usikker på mange ting, så jeg tror det kan være lurt å ha delt det som er det viktigste...» (Fokusgruppe 2, doula 4).

De flerkulturelle doulaene ser på fødekvinnene som utrolig sterke kvinner. Fødekvinnene har forlatt hjemlandet for å søke fred og trygghet i Norge. De flerkulturelle doulaene uttrykker at det er trist at fødekvinnene blir sett på som nederst på rangstigen av folk flest i Norge. Dette kan ses på som rasisme eller diskriminering.

Vi dømmer mennesker ut ifra hudfarge, etnisitet og kultur uten å vite noe om dem på forhånd.

«Mange av de har kompetanse fra hjemlandet, mange av de er sterke kvinner som kan mye, men når de kommer til Norge blir de satt nederst på rangstigen og blir sett på som de mest trengende. Men de er kanskje de mest sterke...De er de sterkeste kvinnene som finnes» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«Ja, men du bor jo i Norge, du skal jo kunne norsk» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Noen av fødekvinnene mener at det er Gud eller Allah som hjelper dem under fødselen, og ikke jordmor, lege eller den flerkulturelle doulaen.

«På vårt språk sier vi at det ikke er jordmoren eller legen som hjelper oss, det er Allah, eller Gud som dere sier» (Fokusgruppe 2, doula 1).

7.1.2 Fødekvinnens partner og den flerkulturelle doulaen

I mange kulturer er det uvanlig at en mann deltar aktivt under en fødsel. De flerkulturelle doulaene beskrev at det ikke er vanlig at mannen deltar aktivt i deres hjemkultur. Mennene forstår ikke hvorfor de skal være med på noe som kun angår kvinnene. De flerkulturelle doulaene fortalte om menn som i utgangspunktet ikke ønsket å være med, og begrunner dette med nettopp hjemkulturen. Mennene blir likevel med når de har med seg en flerkulturell doula. De måtte noen ganger jobbe litt for å få mannen til å bli med, men få av de opplevde at mannen ikke ble med i det hele tatt. En mann hadde uttalt:

«Jeg er redd, jeg kommer til å besvime» (Fokusgruppe 2, doula 1).

Den flerkulturelle doulaen trygger og støtter også partneren til fødekvinnen. Vi kan således si at hun gjerne får en dobbeltrolle under fødselen. Hun skal også passe på at mannen har det bra og at han forstår hva som foregår. Han er i likhet med sin kone i et ukjent terreng. For mannen kan det på mange måter gjerne være en ukjent rolle i dobbel forstand. I deres kultur er det ikke vanlig at mannen er til stede under fødselen, og

plutselig blir han en del av noe som er helt ukjent for ham i en ukjent kultur. Det kan nok oppleves som skummelt for mange.

«Pluss at mannen også er til stede. Vi må også passe på ham. For han heller har ikke familie og han er fortvilet. Han skjønner ikke hva vi driver med...hva en kvinne som skal føde driver med» (Fokusgruppe 1, doula 2).

De beskrev videre at mannen ikke skal vise svakhet i deres kultur. Han er familiens overhode og skal alltid være sterk. Det kan også gjerne føles som en byrde for mannen at han plutselig må vise svakhet ved å være usikker og redd under en fødsel.

«Mannens hode er alltid sterkt, han kan ikke lide av noe, han må bare skjule alt. At han er sterk, at han er en god far, at han forsørger familien, ja, han gjør alt ditt og datt» (Fokusgruppe 1, doula 4).

Det hender at fødekvinnene blir sinte på mannen sin underveis i fødselsforløpet. Mannen kan virke stresset og forstår ikke hva som skjer. Flere av de flerkulturelle doulaene fortalte at mennene gjerne satt mye på mobilen underveis i fødselen, i mangel på å vite hva de skulle gjøre. Han ser at kona har det vondt og vet ikke hvordan han skal reagere og hva han skal gjøre. Han er i tillegg med på noe som ikke er normalt at mannen er med på i deres hjemkultur. Den flerkulturelle doulaen kan da forklare ham hva som skjer, hva som er normalt, samt berolige ham. En av de flerkulturelle doulaene fortalte om en mann som hadde vært gift tidligere. Han hadde barn med ekskona, men han hadde aldri deltatt under fødselene tidligere. Han uttalte til en av de flerkulturelle doulaene:

«Før så brydde jeg meg ikke. Med den første kona mi, jeg brydde meg ikke. Jeg var forferdelig og vil ikke være sånn nå» (fokusgruppe 1, doula 3).

Den samme mannen hadde etter fødselen med sin nye kone uttalt:

«Jeg har så mye respekt for kona mi» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Mennene blir også forklart at det er vanlig og forventet at mannen bidrar aktivt fra første stund i Norge, enten det gjelder bleieskift, våkenetter eller å få babyen til å rape

etter amming. De får også veiledning i at de kan ha fokus på de andre barna, dersom de har flere barn, når mor er opptatt med for eksempel amming.

«...Når barnet er mett, gi det til far» (Fokusgruppe 2, doula 1).

«Noen tar seg fri fra jobben for å vær med kona til helsestasjonen. Det har jeg ikke sett før» (Fokusgruppe 2, doula 4).

«Når jeg møter mennene, så er de veldig engasjert. De vil være med på fødselen, de vil være med på helsestasjonen. Jeg tror mennene forandrer seg. Det er ikke så mye tradisjonelt nå lenger» (Fokusgruppe 2, doula 4).

I kulturene som var representert i fokusgruppene så er det vanlig at det er kvinnen som tar seg av husarbeid som vasking og matlaging. I den ene kulturen blir mannen sett på som en kvinnemann dersom han bistår på kjøkkenet. Mennene prøver gjerne å hjelpe, men det er ofte kvinnene som sier at de ikke skal hjelpe til- det er hennes territorium. De flerkulturelle doulaene mener at kvinnene bestemmer mye i forhold til omsorgen av barn og huslige oppgaver som å lage mat og å vaske. Mennene har mer oppgaver utenfor hjemmet og har gjerne tradisjonelt forsørgeransvaret for familien.

«De følger barna sine på fotball for eksempel. Ser på kino...» (Fokusgruppe 2, doula 3).

7.1.3 Jordmor og den flerkulturelle doulaen

De fleste av de flerkulturelle doulaene mener at de møter stor aksept i helsevesenet fordi de har fordelen med å forstå fødekvinnen og hennes partner. Jordmoren og helsepersonell forøvrig har ikke den samme kulturforståelse og snakker som oftest ikke er språk som fødekvinnen og hennes partner kan.

«Vi flerkulturelle doulaer bruker vår flerkulturelle kompetanse i dette og det ser jordmødrene at de ikke har, så da er de bare sånn: Velkommen!» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«De fleste jordmødrene er veldig flinke og veldig koselig. Det ansiktet du treffer når du kommer til fødestua er viktig», (Fokusgruppe 2, doula 1).

«Jordmor er veldig nysgjerrige og vil lære, så det må vi utnytte. Og hverandre» (Fokusgruppe 1, doula 3).

En av de flerkulturelle doulaene hadde derimot hatt en utfordrende opplevelser i møte med en jordmor. Hun fortalte at hun fikk beskjed om at hun måtte gå ut av rommet der fødekvinnen var. Hun ble ikke fortalt hva som skjedde og fødekvinnen ønsket ikke at hun skulle gå. Fødekvinnen ba om at den flerkulturelle doulaen skulle få bli uten at ønsket ble oppfylt.

«Hun holdt meg i hånden- ikke gå, vær så snill, ikke gå, ikke gå. Jeg fikk så vondt. Jeg måtte gå» (Fokusgruppe 2, doula 1).

Den flerkulturelle doulaen måtte vente utenfor rommet i flere timer. Den flerkulturelle doulaen forteller at hun var stresset og det eneste hun ønsket var å være sammen med fødekvinnen for å trygge henne og å forklare henne hva som foregikk. Underveis lurte hun seg til å kikke inn i rommet til fødekvinnen, bare for å se av alt var bra. Hun fikk omsider komme inn for å støtte fødekvinnen hun var der for. Hun følte at hun sviktet fødekvinnen.

«Da føler du at du har sviktet også» (Fokusgruppe 2, doula 1).

7.1.4 Å bruke hele seg, ønske om å hjelpe og å være til nytte

Den flerkulturelle doulaen er i en posisjon hvor hun betyr en stor forskjell for fødekvinnen og hennes partner. Hun blir sett på som en søster, mor eller tante. De bryr seg oppriktig om dem de hjelper og forteller om en rolle som fort blir personlig.

«Spesielt når kvinnen er i fødsel, så trenger hun en mamma eller en storesøster. Det er rollen til doula» (Fokusgruppe 1, doula 1).

«Rollen som doula er større enn jeg hadde trodd» (Fokusgruppe 1, doula 4).

Fødekvinnene og deres partner uttrykker ofte at de er takknemlige for hjelpen og støtten de får fra den flerkulturelle doulaen. Det betyr mye for alle parter og er en stor trygghet for nyankomne som ikke kan språket eller kjenner kulturen og systemet.

«Ektefeller, eller begge to, både mannen og kona, de har en veldig stor respekt for oss som doulaer. De tar imot veiledning og informasjon» (Fokusgruppe 1, doula 4).

«...Så hun kysset hånden min og ble helt sånn...(rørt)» (Fokusgruppe 2, doula 1).

«Det betyr mye, det betyr at det er mye vi gjør» (Fokusgruppe 2, doula 1).

De flerkulturelle doulaene beskrev et inderlig ønske om å være til nytte for andre. De er ressurssterke og ønsker av hele sitt hjerte å hjelpe til for at andre skal ha det bra. Det er en indre motivasjon som driver dem.

«Det er med hjertet jeg har lyst til å hjelpe andre. Spesielt de som trenger det» (Fokusgruppe 2, doula 1).

«...Alltid lyst til å hjelpe folk» (Fokusgruppe 1, doula 2).

«Jeg må stille opp for dem» (Fokusgruppe 1, doula 2).

«Den emosjonelle støtten til henne og til mannen hennes» (Fokusgruppe 1, doula 1).

Til tross for at de er på jobb når de har oppdrag som flerkulturell doula, så beskriver de det som lystbetont og som en oppgave som de ikke beskriver som en jobb, men som noe som gir dem så mye mer. De flerkulturelle doulaene er ikke så opptatt av lønnen de får for oppdragene og går gjerne flere timer enn det som står at de skal jobbe per par.

«Jeg er så heldig, jeg har ikke tenkt på det som en jobb en gang» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«De har latt meg få være med..» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«Jeg føler at de har gjort meg en tjeneste» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Det å motta støtte i en sårbar situasjon blir en trygghet i noe som ellers kanskje ville blitt sett på som et eneste stort kaos.

«Hun føler nærheten, det betyr mye. Det betyr alt. Det betyr lukten av mitt land. Det lukter trygghet, det lukter kjærlighet» (Fokusgruppe 1, doula 4).

«Jeg har tilbudt at jeg lytter og ikke bare hører. Jeg har tilbudt henne at jeg støtter henne, men jeg kan ikke hjelpe henne med alt» (Fokusgruppe 1, doula 4).

7.2 Brobygger mellom tjenester

Den flerkulturelle doulaen fungerer også som en brobygger mellom ulike tjenester, hovedsakelig helsetjenester. Hun hjelper ikke bare til under fødselen, men er også behjelpelig i barseltiden. I barseltiden kan hun blant annet hjelpe med å ta kontakt med helsestasjonen og fastlegen. Hun kan veilede og guide fødekvinne og hennes partner i det norske helsesystemet og vise ulike nettsider som kan være gode å vite om, dersom de innehar tilstrekkelig god nok digital kompetanse.

7.2.1 Fra bydelsmødre til flerkulturell doula

Flere av de flerkulturelle doulaene har erfaring fra frivillig arbeid i et prosjekt hvor ressurssterke minoritetskvinner kan veilede innen blant annet arbeid, helse og foreldrerollen. Hun fungerer som en støtte til kvinner som gjerne ellers hadde vært i en vanskelig situasjon, og er en kulturell og språklig støtte (Bydelsmødre, 2019). Det var via dette prosjektet at flere hørte om flerkulturell doula.

*«Mange av de kvinnene vi møter som bydelsmødre er sårbare kvinner»
(Fokusgruppe 1, doula 3).*

Gjennom dette prosjektet har de flerkulturelle doulaene allerede en kompetanse innen det å veilede andre og er innarbeidet i rollen som støttespiller for andre med samme

kultur- og språkbakgrunn som dem selv. De kan gi informasjon om det norske samfunnet og om hvilke aktiviteter som skjer i nærmiljøet. De er også med på å arrangere ulike kurs og grupper, som for eksempel datakurs.

«Når jeg finner noe på facebook om for eksempel aktiviteter til barn, så sender jeg linken til henne» (Fokusgruppe 2, doula 1).

De flerkulturelle doulaene innehar mye kunnskaper og er aktive. Ei av de flerkulturelle doulaene som også var en del av det andre prosjektet koblet to fødekvinner som bodde i samme område sammen slik at de kunne utvide nettverket sitt. De hadde samme morsmål og kunne sammen finne ut hva som fantes av tilbud i nærmiljøet der de bodde.

«De synes det var veldig koselig begge to, de fikk veldig god kontakt» (Fokusgruppe 2, doula 1).

Som bydelsmor er samarbeidet med helsestasjonen viktig. Kunnskapen om hva som skjer på helsestasjonen er nyttig også som flerkulturell doula.

«Helsestasjonen, det er et godt tilbud. Du kan gå når som helst, bare ring, så drar du dit. De tilbyr forskjellige aktiviteter, blant annet turer og ammetreff hvor kvinnene kan utveksle erfaringer» (Fokusgruppe 1, doula 4).

7.2.2 Fødselen

Under fødselen bidrar den flerkulturelle doulaen med det som fødekvinne og hennes partner har behov for. Det kan være alt fra å ordne saft og brød til fødekvinne og hennes partner, til å massere ryggen og skuldrene til fødekvinne.

«...Jeg masserer siden og ryggen, skuldre og føtter for eksempel, ja, hun bestemmer hva hun trenger, også gjør vi det» (Fokusgruppe 2, doula 3).

«Bare være nær og holde, trøste og hjelpe til og kanskje forklare beskjeden de får fra jordmora. Nå må du puste...» (Fokusgruppe 2, doula 1).

Hun veileder og gjentar gjerne det som jordmor sier og hjelper fødekvinne når hun går med prekestol for å bevege seg og når hun sitter på en medisinball. Den flerkulturelle doulaen er til stede for både fødekvinne og hennes partner under fødselen. Hun hjelper også med å oversette og å forklare hva som skjer underveis, på morsmålet til fødekvinne og hennes partner. Hun er også en støtte for jordmor ved at hun kan forklare hva fødekvinne og hennes partner sier, og kan forklare kulturelle termer, som for eksempel smerteuttrykk.

I en av kulturene som var representert i min studie er det i følge de flerkulturelle doulaene vanlig at en kvinne som nærmer seg fødsel ikke spiser. Grunnen til det er at det ikke skal komme avføring eller urin under fødselen. I hjemlandet vil de få kjeft av helsepersonellet dersom det skulle skje. De flerkulturelle doulaene forklarer fødekvinnene at det ikke er slik når de skal føde i Norge.

«Noen kvinner er redde for å spise, sånn som i hjemlandet vårt...» (Fokusgruppe 2, doula 1).

«Blod er greit, men ikke avføring og sånt. Det skal ikke komme» (Fokusgruppe 2, doula 1).

En del av de som benytter seg av en flerkulturell doula har vært gjennom traumatiske opplevelser, som for eksempel krig hvor de kan ha sett folk bli drept. Det kan føre til at både fødekvinne og hennes partner får reaksjoner når de ser blod under en fødsel og at de kjenner på frykten for å dø.

«Den redselen var virkelig til stede, så jeg måtte roe henne og mannen ned. Han var også skikkelig redd» (Fokusgruppe 1, doula 2).

«...Traumer som hun har opplevd, slike ting kan blusse opp i en periode når hun føler seg sårbar» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Dersom fødselen tar veldig lang tid har de en reservedoula som kan komme inn og ta over. En reservedoula kan ringes dersom antall timer i strekk overskrider det som er

avtalen. Reservedoulaen er også fra samme region og har samme kultur- og språkbakgrunn som fødekvinnen.

«Ja, avlaste hverandre» (Fokusgruppe 2, doula 3).

7.2.3 Barseltiden

I tiden etter fødselen er det behov for støtte fra den flerkulturelle doulaen når blant annet helsestasjon og fastlege skal kontaktes. Den flerkulturelle doulaen har blitt kurset i ammeveiledning og bistår også med det i tiden etter fødselen. De flerkulturelle doulaene kan også veilede i alt fra bleieskift til mer alvorlige ting som fødselsdepresjon, og de hjelper dem med å komme i kontakt med rette instanser.

«Etter fødselen når hun er hjemme- hvordan går ammingen? Ikke sant. Hvordan skifter hun bleier for eksempel» (Fokusgruppe 2, doula 3).

Flere av de flerkulturelle doulaene nevner også at de må minne ulike helsetjenester som fastlege og helsestasjon på at kvinnene trenger tolk når de bestiller time til fødekvinne via telefon. En av de flerkulturelle doulaene hadde også fått spørsmål om hvor den nyfødte sønnen til en fødekvinne og hennes partner kunne omskjæres. Hun så sine begrensninger og henviste videre til helsestasjonen da hun ikke hadde svaret på dette selv og var usikker på om det var lovlig i Norge.

7.3 Brobygger mellom språk og kulturer

De flerkulturelle doulaene beskriver at det er svært krevende å ikke forstå verken kulturen eller språket i landet du flytter til, og skal bo i. Kvinnene som benytter seg av en flerkulturell doula har kort botid i Norge og kjenner derav lite til både kulturen og språket.

«Flere av dem har utfordringer med hvordan man oppdrar barn i Norge, fordi de er ikke kjent med normene som er her i Norge» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«Da jeg kom til Norge med to små barn og ikke kunne språket- det var veldig vanskelig å forstå folk» (Fokusgruppe 1, doula 2).

Videre nevner de at det er krevende å få barn i Norge når de ikke har familien rundt seg. De flerkulturelle doulaene representerte kulturer hvor samholdet i familiene er veldig sterkt. Det å ikke ha familien rundt seg her i Norge, i en sårbar tid hvor familien gjerne hjelper mye kan oppleves ekstra vanskelig. Det fører til et stort savn etter det som er kjent og kjært, og det kjenner de gjerne særlig på i barseltiden.

«I hjemlandet har jeg familie. Det er lettere der for der har jeg mamma, tante, nabo, søster, alle hjelper» (Fokusgruppe 2, doula 1).

«Det er tradisjoner. Så derfor det er slitsomt å få barn her, fordi du har ikke noe hjelp her» (Fokusgruppe 2, doula 4).

De fleste av de flerkulturelle doulaene har selv kommet til Norge i voksen alder. De har selv kjent på kroppen hvordan det er å være ny og å kjenne på utrygghet. Det å ikke kjenne verken kulturen eller språket fører til at du er i en situasjon som kan ses på som utrygg siden du ikke forstår hva som foregår i samfunnet du lever i.

«Jeg manglet norsk og jeg var utrygg» (Fokusgruppe 2, doula 3).

Ingen av de flerkulturelle doulaene i min studie hadde selv benyttet seg av en flerkulturell doula når de selv fødte barn i Norge. Flere av dem tenker i ettertid at de ville benyttet seg av en flerkulturell doula dersom de hadde fått tilbudet om en. De flerkulturelle doulaene har erfaring med å føde barn i en ukjent kultur uten den støtten som de nå gir selv, til fødekvinnen og hennes partner. Fem av mine informanter hadde erfart å føde barn i både hjemlandet og i Norge, og kan således sammenligne erfaringer fra begge land.

«Hadde vi skrudd tiden tilbake, og det hadde vært et tilbud om doula så hadde jeg sagt: jeg vil ha en doula!» (Fokusgruppe 1, doula 4).

Et annet punkt som kom frem er at det norske systemet er bygget på at vi benytter oss mye av papirer og signaturer for å få en bekreftelse på at informasjon er lest og forstått. Offentlige papirer står gjerne i tillegg skrevet på et formelt og tungt språk med

paragrafer og fremmedord som selv nordmenn kan slite med å forstå. Mange av skrivene er ikke oversatt til andre språk, og det er noe de flerkulturelle doulaene så et stort behov for. De flerkulturelle doulaene mente at det kunne vært et prosjekt i seg selv å få oversatt alle viktige papirer til flest mulig språk.

«Du er en støtteperson som gjør det lettere å forstå informasjonen som blir gitt»
(Fokusgruppe 1, doula 4).

Den flerkulturelle doulaen skal ikke fungere som en tolk, men kan bistå i å forklare innholdet i viktige papirer og å forklare hvordan ting henger sammen.

«Vi kan tolke litt om vanlige ting, men ikke medisinske greier» (Fokusgruppe 2, doula 4).

Noen av de flerkulturelle doulaene valgte imidlertid å bruke tid sammen med fødekvinne og hennes partner før de startet med å gjennomgå alle papirene. De ønsket en relasjon som var basert på tillit og ikke bare profesjonelt og formelt i form av papirer og signaturer.

«Jeg ville skape en god relasjon oss imellom uten alle disse papirene»
(Fokusgruppe 1, doula 3).

De flerkulturelle doulaene mener at autoriserte tolker ikke blir brukt i den grad det burde bli brukt. Noen opplever at de må mase for at det skal bestilles inn en tolk. Selv de flerkulturelle doulaene som er flinke til å gi beskjed til sykehuset i forkant om at rollen deres ikke er å tolke. Likevel opplever de utfordringer og kjenner at det er slitsomt å måtte mase på helsepersonell om å bruke tolk, enten under eller etter fødselen. Selv om slike situasjoner opplevdes utfordrende for noen av de flerkulturelle doulaene, var det ikke slik for alle.

«Jeg ble brukt som tolk selv om jeg ga streng beskjed om at vi ikke skal tolke, det er ikke vår arbeidsoppgave. Men allikevel så blir vi på en måte bare dratt inn i det da» (Fokusgruppe 2, doula 2).

*«Jeg tror at akkurat der svikter helseapparatet, at de ikke henter tolk»
(Fokusgruppe 2, doula 2).*

«Helsesøstrene må bli mer bevisst på å forenkle språket når de snakker med disse kvinnene, i den fasen de er i» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Det kom frem at noen av partnerne hadde et stort ønske om å få en sønn, og kan bli svært skuffet om de får en jente. En mann som ikke selv var med under fødselen ringte til den flerkulturelle doulaen og spurte henne hvilket kjønn det ble på barnet. Den flerkulturelle doulaen sa at det ble en jente. Da uttalte mannen:

«Uff, uff, du skulle skyte meg og ikke si det» (Fokusgruppe 2, doula 1).

Den flerkulturelle doulaen uttalte under intervjuet:

*«Huff, det er vondt å se. Vær takknemlig for at du fikk et sunt og friskt barn»
(Fokusgruppe 2, doula 1).*

7.3.1 Forebygge redsel for barnevernet

Barnevernet er fryktet blant mange med minoritetsbakgrunn. De flerkulturelle doulaene kalte barnevernet for «trollet». De hører historier og har selv kjent på redselen for barnevernet. Fødekvinnene og deres partner er bekymret for om de får beholde babyen sin basert på det de har hørt andre fortelle om barnevernet.

«Man hører at barna blir tatt» (Fokusgruppe 1, doula 3).

I møte med helsestasjonen er fødekvinnene ofte redde for å fortelle sannheten. Dersom fødekvinnene forteller at ting er vanskelig tror de at «trollet» blir kontaktet, og at de kommer og tar babyen fra dem. En flerkulturell doula forteller:

«Hun var veldig skeptisk til å ta kontakt med for eksempel lege eller helsestasjon fordi hun har barn fra før og hun har hørt dårlige rykter om at hvis du er trist og har depresjon, da kan barnevernet komme inn i bildet» (Fokusgruppe 1, doula 4).

Fødselsdepresjon er noe som i følge de flerkulturelle doulaene er utbredt i minoritetsmiljøene, men de tør ikke å si det høyt fordi at de er redde for at det i seg selv er grunn nok til at barnevernet kan ta barnet fra dem.

«Så viser jo statistikk at kvinner med minoritetsbakgrunn har større sjanse for å utvikle...eh...fødselsdepresjon fordi mye av det vi nevner- dette med ensomhet, det nettverket som de hadde i hjemlandet, det de savner» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Psykisk helse er noe som ikke er vanlig å snakke om i kulturene som var representert i mine fokusgrupper. Hun ene uttalte:

«Vi har ikke et begrep på...(språket) som beskriver psykisk helse. Nærmeste beskrive er gal!» (Fokusgruppe 1, doula 3).

De flerkulturelle doulaene mener at frykten for barnevernet også kan skyldes at barnevernet i Norge mangler kulturkompetanse, noe som igjen fører til misforståelser og mangel på forståelse og god kommunikasjon i veiledningssituasjoner.

«Flerkulturell kompetanse, det er ekstremt viktig!» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«Det er viktig å poengtere frykten for barnevernet» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Det kan se ut til at fødekvinnene føler en annen trygghet og er mer fortrolig med den flerkulturelle doulaen enn med andre de møter. De er ærlige og sier ting som de ellers hadde holdt tett til sitt bryst i for eksempel møtet med barnevernet.

«Men når de snakker med meg så er det helt annerledes» (Fokusgruppe 1, doula 3).

En av de flerkulturelle doulaene hadde spurt barnevernet i en bydel i byen hun bor om hvor mange av de ansatte som hadde flerkulturell bakgrunn. Det bor 55% med minoritetsbakgrunn i bydelen. Hun hadde fått til svar at 97 til 98% av de ansatte var

etnisk norske, hovedsakelig unge kvinner. Tjenestelederen hadde ikke hatt et godt svar på hvorfor det var slik i en bydel der majoriteten har minoritetsbakgrunn.

7.3.2 Evnen til å sette seg inn i situasjonen til fødekvinnen

Den flerkulturelle doulaen har en egen evne til å sette seg inn i fødekvinnen sin situasjon og å forstå henne. Dette har mye med egenerfaring å gjøre. Den flerkulturelle doulaen kjenner kulturen til fødekvinnen, og i en sårbar situasjon kan det forenkle kommunikasjonen. Fødekvinnen slipper å lete etter ord eller å forklare kulturelle termer, for det gjør den flerkulturelle doulaen for henne.

«Med meg kan de snakke uten å tenke på de kulturelle kodene som de ikke forstår» (Fokusgruppe 1, doula 3).

Det å føle at du ikke blir forstått eller at du må forklare alt veldig nøye for at motparten skal skjønne deg kan være utrolig slitsomt og vanskelig. Når språkkunnskapen er minimal i tillegg kan det være nesten umulig. En doula kunne fortelle:

«De har et stort behov for at noen skal lytte og at de skal forstå dem uten at du graver, uten at man skal spørre om masse ting» (Fokusgruppe 1, doula 4).

7.3.3 Ildsjelen

Gjennomgående i begge fokusgruppene ble prosjektlederen for prosjektet nevnt. Uten hennes innsats hadde vi gjerne ikke hatt et slik prosjekt i Norge. Det blir fortalt om en omsorgsfull, støttende og engasjert jordmor som så sine begrensninger. Prosjektlederen er utdannet jordmor og har selv kjent på det å ikke strekke til i en fødsel med kvinner fra andre kulturer.

«...Hun kom ofte med iskald saft til disse kvinnene, og for mange av disse kvinnene og i deres kultur, så var det sånn, nei, det er varm drikke vi skal ha» (Fokusgruppe 1, doula 3).

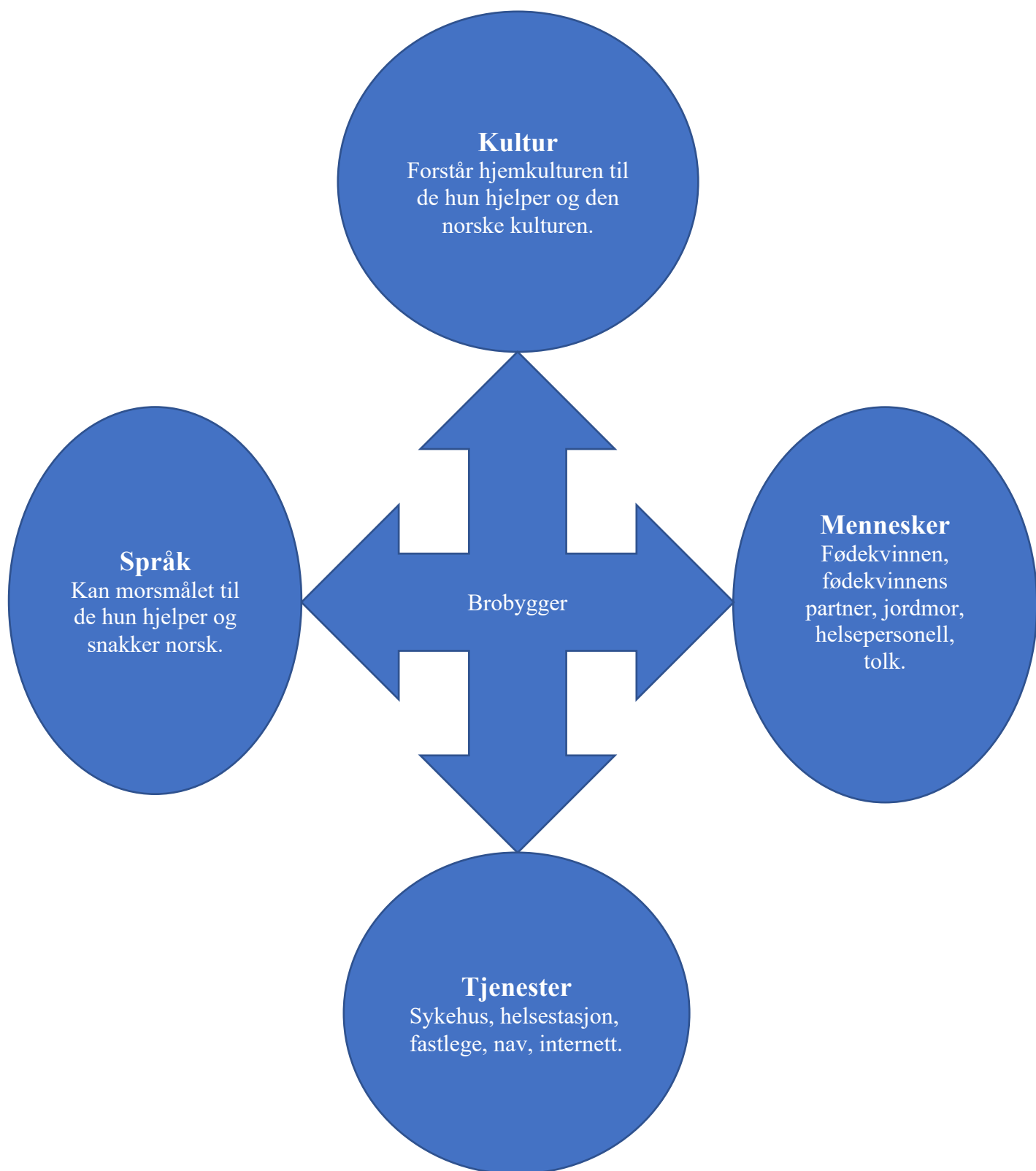
«Da ringte det en bjelle hos henne da» (Fokusgruppe 1, doula 3).

«Hun har det faglige, men ikke den kulturelle forståelsen» (Fokusgruppe 1, doula 3).

7.4 Brobygger

Den flerkulturelle doula trer frem som en viktig støtteperson for fødekvinnen og hennes partner. Hun fungerer som en trygghet og en brobygger i alle ledd, både før, under og etter fødselen. Hun støtter fødekvinnen i hennes rolle som mor i et nytt land, men hun er også en brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner, tjenester, språk og kulturer.

«Vi fungerer som brobyggere mellom tjenestene og disse kvinnene som de ikke når, som i alle år blir glemt. Hvor de ender opp på en måte som et tap for samfunnet dessverre, fordi at disse kvinnene ikke blir løftet opp på en god nok måte. Og der fanger vi de opp» (Fokusgruppe 1, doula 3).



Modell 1, brobyggermodell, basert på mine funn.

8 DISKUSJON

I denne delen diskuterer jeg mine funn opp mot forskning, teori om empowerment og kulturforståelse. Den flerkulturelle doulaen trer frem som en brobygger, som betyr at hun kan ses på som en diplomat, mekler, mellommann og en kontaktskaper (Synonymordboka, 2020). Diskusjonen er delt inn i de emnene jeg tenker er nødvendig å diskutere videre. En del av funnene var ikke overraskende og har støtte i tidligere forskning. Det jeg trekker frem i diskusjonen er tema som går på kultur, språk, bruk av tolk, barseltid, forståelse for helsesystemet, barnevern, empowerment, partnerens tilstedeværelse, hva støtte kan bety og brobygger. Alt dette er viktige bidrag som den flerkulturelle doulaen hjelper fødekvinne og hennes partner med i barseltiden. Jeg poengterer ikke nødvendigvis at det gjelder i barseltiden under hele diskusjonen, og spesifiserer det hvis det gjelder før eller under fødselen.

8.1 Kultur, språk, bruk av tolk, barseltid og forståelse for helsesystemet

Mine funn viser at det kan og er svært utfordrende for mange kvinner med minoritetsbakgrunn å være gravid i et nytt land, hvor hun ikke kjenner kulturen eller mestrer språket. Det å kunne kommunisere på et språk som en forstår når noe er vanskelig eller sårbart kan være avgjørende for om du får den hjelpen du trenger. Flere studier viser at mangel på språkkunnskaper eller mangel på oversettelse til et språk som fødekvinne forstår, kan føre til at hun får et dårligere helsetilbud enn majoritetsbefolkningen (Akhavan & Edge, 2012; Haugaard et. al., 2020; Kang, 2014; Schytt et. al, 2020; Viken, Lyberg & Severinsson, 2015; Wikberg, 2020).

Det å kjenne på at en ikke blir forstått eller at en ikke får beskjeder, på grunn av at du ikke snakker språket kan være en vond følelse. En av de flerkulturelle doulaene i min studie hadde fått beskjed om å gå ut av rommet hvor fødekvinne hun skulle hjelpe var. Fødekvinne ble tydelig stresset, og den flerkulturelle doulaen ble også stresset. Hun skulle være sammen med fødekvinne. De fikk ikke vite grunnen til at hun måtte forlate henne før det skjedde, men de visste begge at det ikke angikk fødekvinne som den flerkulturelle doulaen skulle hjelpe. Det førte likevel til mye usikkerhet og unødig stress for både fødekvinne og den flerkulturelle doulaen. De flerkulturelle doulaene sa at

mange i helsevesenet ikke visst hva rollen deres var og trodde at de var familiemedlemmer. Rollen til en flerkulturelle doulaen er ikke å tolke, men hun kan selvfølgelig oversette dersom det er informasjon som kan dempe uroligheten til fødekvinnen. Mange profesjonelle er også defensive overfor doulaer fordi at de ikke har høyere utdanning (Mander, 2001; Smid et. al., 2010).

Kang (2014) nevner at det ikke alltid lar seg gjøre å møte de kulturelle kravene som fødekvinnen kan ha, som for eksempel at de ønsker en kvinnelig tolk. Det kan også være utfordrende dersom det skjer noe akutt, da det ikke alltid er tid til å ringe etter en tolk. Noen fødekvinner er mer tilfreds med at en doula er der sammen med henne enn at det kommer en tolk. I studien til Akhavan & Edge (2012) uttalte en fødekvinne at en tolk bare går sin vei, mens doulaen er ved hennes side hele tiden. Noen ganger blir ikke tolk brukt i det hele tatt (Viken et. al., 2015), og noen ganger ønsker helsepersonellet at det er doulaen som oversetter i stedet for å få inn enda en person på fødestuen (Akhavan & Lundgren, 2010). I studien til Akhavan & Edge (2012) nevnte også noen av fødekvinneene at de føler at tolken behandler dem som en klient, mens en doula behandler dem som en søster. Doulaen forstår det som skjer i prosessen rundt en fødsel, mens tolken oftest mangler slike erfaringer.

Det kan være krevende å tolke medisinske begrep, og det krever at du har en viss forståelse for den medisinske fagterminen på forhånd. I studien til Akhavan (2009) uttalte en informant at det er viktig å benytte seg av en tolk som kan medisinske uttrykk. Det lar seg dessverre ikke alltid gjøre. Funn i min studie viser at de flerkulturelle doulaene mange ganger blir brukt som en tolk, og at det dermed ikke bestilles inn en tolk som er trent i rollen som oversetter. Den flerkulturelle doulaen føler at hun kommer i en skvis som kan være ubehagelig for henne. Hun vil gjerne hjelpe, men hun kjenner samtidig på frykten for å oversette feil eller uklart, og at dette skal føre til at noe går galt. Den flerkulturelle doulaen i min studie måtte også minne for eksempel fastlegen på at det var behov for en tolk under konsultasjonen. De flerkulturelle doulaene var klare på at de ikke mestret det medisinske språket, men at de kan oversette små ting som at fødekvinnen må puste eller å gi beskjeder fra fødekvinnen til jordmor. Den flerkulturelle doulaen har på forhånd snakket med fødekvinnen og hennes partner om ønsker de har og kulturell praksis (Kang, 2014), og kan således fortelle dette videre til jordmor. Den flerkulturelle doulaen blir et bindeledd.

Det å tolke eller å oversette fra et språk til et annet kan være utfordrende, ikke bare når det gjelder medisinske ord og uttrykk. Det er ifølge Dahl (2003) oftest en helt umulig oppgave å oversette ordrett fra et språk til et annet. Tolken må finne ord, tegn og uttrykk som kan føre til en felles forståelse og assosiasjoner hos partene (Dahl, 2003, s. 182). Ut ifra dette bør det brukes en tolk som er kurset i rollen og som kan fagspråk. Kriz & Skivenes (2010) støtter at det er utfordrende å oversette fagspråk og mener at det bør brukes flere tolker som kan tolke innen ulike fagtermer for at det skal oversettes mest mulig riktig.

En annen kjent faktor i helsevesenet er at noen minoriteter ønsker å bruke en i familien som tolk. Enkelte sykepleiere hevder at familien tror at de kan håndtere dette og dermed ikke ønsker at noen andre skal inn å tolke. Enkelte blir også fornærmet når de får tilbud om en autorisert, profesjonell tolk, da det betyr at de ikke snakker språket godt nok (Hanssen, 2007, s. 61). Kumar & Viken (2010) peker på at det ved helsestasjoner blir brukt familietolk i 40% av tilfellene.

Menn med minoritetsbakgrunn kan ofte bedre norsk enn kvinner med minoritetsbakgrunn. Grimen & Ingstad (2006) nevner at minoritetsfedre generelt kan mer norsk enn minoritetsmødre, men at selv fedrene sliter med å forholde seg til skriftlig norsk. Dette fører til at det er vanskelig å skaffe informasjon på egenhånd. Fedrene går oftere på norskkurs, mens mødrene generelt har mindre skolegang og jobberfaring utenfor hjemmet. De flerkulturelle doulaene i min studie var tydelige på at det er mange papirer som skal leses og signeres i Norge. Noen av dem brukte tid sammen med fødekvinne og hennes partner før hun startet med å gjennomgå alle papirene, kun for å få en relasjon som var bygd på tillit og ikke papirer. Papirene som skulle leses og signeres hadde ofte et formelt språk som kan være vanskelig å forstå. Dette gjelder både før fødselen og i barseltiden.

Når vi er inne på å forstå informasjonen som blir gitt vil jeg igjen trekke inn helseforsåelse, eller health literacy. For å gjennomgå et trygt svangerskap er det viktig at kommunikasjonen mellom fødekvinne og helsevesenet er god, basert på health literacy, og at andre faktorer som et sosialt liv og at en føler at en mestrer situasjonen er til stede (Viken et. al., 2015). Dette gjelder også andre velferdstjenester. Mange i

minoritetsmiljøene har utfordringer med å forstå og anvende muntlig og skriftlig informasjon som de får fra velferdstjenestene i Norge. Det er et gap mellom det som blir formidlet og hvordan det faktisk oppfattes av mottaker. Når verken språk, forståelse av samfunnet eller helse- og velferdssystemet er på plass forsterkes dette gapet (Berg et. al., 2017). I denne situasjonen som kan virke håpløs og en får en følelse av avmakt så kan en flerkulturell doula være gull verdt. Det å ha en person som kan guide deg og svare på det en er usikker på i en svært sårbar tid, kan bety en enorm forskjell for de det gjelder og er med på å styrke selvfølelse og selvtillit.

Den flerkulturelle doulaen blir en trygghet både som språkstøtte og som en som forstår kulturen som fødekvinne og hennes partner kommer fra, og kan således gjerne sette seg mer inn i hvordan dette oppleves og erfares for paret. Det kan bety at det som kunne ført til mye frustrasjon blir til forståelse og at de blir mer selvstendige i tiden etter fødselen. Den flerkulturelle doulaen blir tryggheten som fødekvinne og hennes partner vet at de kan ringe til når de ikke aner råd selv eller har spørsmål om stort og smått. De flerkulturelle doulaene beskrev et enormt ønske om å bidra og å støtte de som benyttet seg av dem som flerkulturell doula. De følte at fødekvinne og hennes partner gjorde dem en tjeneste ved at de fikk privilegiet med å være med i en så sårbar og fin tid som det nyankomne paret gjennomgår. Det å føle på og kjenne at du er til nytte for andre kan gjerne føre til at du yter enda litt mer enn det som er forventet av deg i utgangspunktet. Relasjonen som knyttes mellom dem er sterk. Det er ikke bare paret den flerkulturelle doulaen får en relasjon til. Hun bidrar som en støtte og et bindeledd også for helsepersonell og i kontakt med helsetjenester etter fødselen, som fastlegen og helsestasjonen. Hun er tilgjengelig for paret og kan således ses på som den trygge havnen som både paret og helsepersonellet forstår og kan kommunisere via, både språklig og kulturelt.

Akhavan & Edge (2012) fant at kvinner med minoritetsbakgrunn kan ha et ekstra behov for støtte og veiledning både før, under og etter fødselen. Det gjaldt særlig førstegangs fødende. I barseltiden fikk de veiledning av en flerkulturell doula innen amming, hvordan de skulle ta seg av babyen og hvordan de skulle komme i kontakt med ulike instanser, som jordmor og sosialkontoret. De flerkulturelle doulaene i min studie ga meg også et inntrykk av at støtten de gir er kjærkommen for fødekvinnene og hennes partner, som er nyankomne i Norge, og at støtten de gir i barseltiden gjerne er amming,

hvordan de skal oppdra et barn i Norge og hvordan de skal komme i kontakt med ulike instanser. Fødekvinne og hennes partner får et ansikt som de blir kjent med før selve fødselen, de får stilt spørsmål de har og de møter det samme ansiktet igjen når de kommer til sykehuset og i tiden etter fødselen. Under hele prosessen er det et kjent ansikt som forstår dem uten å måtte grave. Fødekvinne og hennes partner trenger ikke å forklare eksempelvis kulturelle termer, fordi den flerkulturelle doulaen kjenner til det på forhånd.

Barseltiden er en tid som er preget av mye ny informasjon, lite søvn og nye rutiner som stadig er i endring. Som regel er det en spennende og lykkelig tid hvor en kan nyte tiden og bli kjent med en ny verdensborger. Den flerkulturelle doulaen, som blir sett på som en søster eller en tante, er den som gjerne støtter de nybakte foreldrene mest i deres nye hjemland. Denne rollen er det vanligvis familien og nabolaget som har i hjemlandet, i den såkalte kollektivistiske kulturen. Nå er de alene, og de kjenner ikke helsesystemet godt nok til å kunne følge opp alt på egen hånd. Den flerkulturelle doulaen guider dem inn i systemet i Norge, ved å hjelpe dem med å ta kontakt med for eksempel helsestasjonen og fastlege i etterkant av fødselen. I tillegg til det er det et behov for å informere om, og forklare hvorfor de skal gå til helsestasjonen og fastlegen. Flere av fødekvinnene forstår ikke hvorfor de skal oppsøke helsestasjonen og fastlegen når både baby og mor er friske og har det fint. I Norge har vi økt fokus på folkehelse, noe som betyr at vi jobber sykdomsforebyggende og helsefremmende (Kumar & Viken, 2010). Oppgaven til den flerkulturelle doulaen blir da å forklare hvorfor det er viktig å oppsøke helsestasjonen. Det kan for eksempel være for å veie babyen for å se om den legger på seg vekt innenfor normalkurven. Mor bør gå til fastlegen, jordmor eller gynekolog for å sjekke at alt normaliserer seg i underlivet etter fødselen. Den flerkulturelle doulaen fungerer som en brobygger mellom ulike tjenester hvor fødekvinne og hennes partner får en forståelse for hvordan systemet fungerer. Hun kan også veilede innen hvem som bør kontaktes dersom det er snakk om eksempelvis fødselsdepresjon.

Å nå ut med viktig informasjon på flere språk kan være en utfordring. De flerkulturelle doulaene i min studie var klare på at brosjyrer og informasjon som blir sett på som viktig informasjon i tiden etter fødselen ikke alltid finnes på språket som fødekvinne og hennes partner snakker. Det krever både tid og ressurser å oversette informasjon. Schytt et. al. (2020) skriver i sin studie at fødekvinne og jordmødre som hadde fått

støtte fra en doula under fødselen, hadde svært gode erfaringer ved å bruke en doula, og la til grunn at både kommunikasjonen og informasjonsformidlingen ble betydelig bedre. Også her er den flerkulturelle doulaen en brobygger som forhindrer at viktig informasjon går tapt.

Mange kvinner er nervøse og engstelige under en graviditet og før en fødsel, grunnet at de kommer fra land som ikke har et like godt helsesystem som de nordiske landene har. Forskjellen på fødselsomsorgen i rike og fattige land er enorm ifølge Lien et. al. (2019). Bare tanken på om en vil overleve en graviditet kan være en reell bekymring (Lien et. al., 2019, s. 72). I nordiske velferdsland forstår vi gjerne ikke denne frykten fordi at vi har et sikkerhetsnett i et velutbygd helsesystem. Noen av de flerkulturelle doulaene i min studie fortalte om fødekvinner og partnere som gjenopplevde traumer under fødselen. De har sett og hørt ting, og gjerne opplevd krig eller andre ekstreme påkjenninger, og da kan stress og for eksempel blod under fødselen føre dem tilbake til det vonde de har opplevd. Lien et. al. (2019) skriver at det ikke er alle med flyktningebakgrunn som opplever å få traumer eller psykiske lidelser, men at det ikke er unormalt heller. Posttraumatisk stresslidelse og depresjon grunnet ubearbeidet sorg er noe av det som blir trukket frem. De flerkulturelle doulaene i studien til Haugaard et. al. (2020) mener også at en fødekvinn som føder alene i et nytt land kan oppleve det som traumatisk, og mener at tilbudet om å ha med seg en støtteperson, som en flerkulturell doula kan forhindre at fødekvinnene får en traumatisk opplevelse. I min studie kom det også frem at fødekvinnene gjerne slet med vonde og tunge tanker i barseltiden, men at de var redde for å si det høyt. En flerkulturell doula fortalte at den nærmeste forklaringen på psykisk utfordringer i hennes land var at du var gal. Det å kunne ha en person som en er trygg på og som en kan fortelle at du ikke har det bra til kan være utrolig viktig for å få riktig hjelp. Den flerkulturelle doulaen gir informasjon og råd til fødekvinnen om psykisk helse om nødvendig.

Den flerkulturelle doulaen opplever at fødekvinnen og hennes partner har stor tillit til henne. Dette kan ha med at hun ikke har noe medisinsk ansvar (Mander, 2001, Smid et. al., 2010). Hun er der for å gi omsorg og for å støtte paret så godt hun kan. Den flerkulturelle doulaen får dem til å føle seg trygge ved at hun forklarer dem hva som blir sagt og hva som skjer, og hun bryr seg om dem, og er som en søster eller tante ifølge mine funn, jmf. 7.1.4. I studien til Akhavan & Edge, (2012), Haugaard et. al., (2020) og

Mottl- Santiago et. al. (2007), nevnes også en doula som en søster, en person som er nær og som bryr seg mer enn rollen skulle tilsi.

Lundgren (2010) fant i sin studie at doulaens rolle ligger mellom naturlig omsorg og profesjonell omsorg. I det profesjonelle legger hun til grunn at doulaen er et bindeledd i det ukjente og at hun er en enorm støtte for fødekvinne slik at hun kan ta sine valg på fødestua. Den flerkulturelle doulaen er en veileder som tilbyr kontinuitet for fødekvinne i en svært sårbar situasjon. For fødekvinne og hennes partner kan nok en flerkulturell doula bli sett på som den som utgjør den store forskjellen. Hun er ikke profesjonell og har ikke en doktorgrad, men hun har masse erfaring og kan yte mye omsorg og kjærlighet, som gjerne er det paret trenger mest i en stressende situasjon. Den flerkulturelle doulaen forstår dem, hun vet hva de trenger, sett ut ifra både kulturelle og språklige termer og det de har blitt enige om på forhånd. Hun har tid til dem når jordmoren må gå mellom flere rom.

8.2 Barnevernet

Barnevernet i Norge er mye omtalt i både Norge og i utlandet. De flerkulturelle doulaene i min studie var klare på at dette var noe som var et stort og vanskelig tema for dem, og de fleste av dem hadde selv kjent på frykten for barnevernet. De fortalte at selv de som er født og oppvokst i Norge av foreldre med minoritetsbakgrunn frykter barnevernet. Det kom frem i min studie at flere av kvinnene som benytter seg av en flerkulturell doula var redde for å si noe feil, de var redde for å si hvordan de egentlig hadde det når de oppsøkte offentlige etater i frykt for at barnevernet da skulle ta babyen fra dem. Dette er funn som ikke er dekket i tidligere studier som omhandler den flerkulturelle doulaen. Tembo (2020) skriver at 28% av de som mottar hjelp fra barnevernet i Norge er innvandrerfamilier. Hun nevner at innvandrerfamilier er overrepresentert når det kommer til hjelpetiltak, men ikke når det kommer til omsorgstiltak. I hjelpetiltak ligger blant annet økonomisk hjelp, økonomisk støtte til barnehageplass, skolefritidsordning eller fritidsaktiviteter. Alt dette knytter seg til levekår (Berg et. al., 2017). Et omsorgstiltak kan være omsorgsovertakelse, men her er altså ikke innvandrerfamilier overrepresentert.

Frykten for at barnevernet skal overta omsorgen for barnet blir gjerne forklart med ulikheter og mangel på forståelse for kultur og religion. Dette var noe som de flerkulturelle doulaene fikk høre fra bekymrede foreldre som var redde for at barnevernet bare skulle ta barnet deres. Den største utfordringen er ikke nødvendigvis kultur og religion, men språklige og kommunikative problemer (Berg et. al., 2017). Informasjonsformidling er knyttet sammen med kommunikasjon og samhandling. Tembo (2020) fant at innvandrerfamilier som hadde hatt indirekte kontakt med barnevernet via venner, familie eller andre i deres nettverk var generelt mer negative til barnevernet. Dette kan komme av at de som har hatt kontakt med barnevernet sprer historier. Her er rollen til den flerkulturelle doulaen viktig. Funn i min studie viser at den flerkulturelle doulaen kan avkrefte myter og rykter som blir fortalt om barnevernet, og heller gi informasjon om hvordan barnevernet faktisk jobber. Informantene mine var veldig klare på at dette er noe det må jobbes videre med. Barnevernet blir ofte fremstilt negativt i media, da det gjerne er ekstremsakene som finner veien til journalistene. Det bør gjerne opplyses mer om at barnevernet er en instans som skal veilede og gi råd til foreldre fremfor å ta barnet fra foreldrene. Det er gjerne en lang prosess før en omsorgsovertakelse skjer, dersom det ikke er noe svært alvorlig og barnet blir utsatt for eksempelvis vold. Barnevernet gjør nok så godt de kan innenfor de rammene de har, men som den ene flerkulturelle doulaen i min studie sa så fint, er det nok et behov for å styrke det norske barnevernet med flerkulturell kompetanse. Den flerkulturelle doulaen kan være en viktig bidragsyter ut mot minoritetsmiljøene når det kommer til å veilede og å spre informasjon om barnevernet.

8.3 Empowerment

Funn i min studie, jmf. 7.1.1 og 7.1.4 viser at den flerkulturelle doulaen kan støtte kvinnen til å ta egne valg som fører til at hun føler seg myndiggjort, og kjenner at det er hun som bestemmer og kontrollerer situasjonen over seg selv og sin kropp. Basert på at fødekvinnen blir forklart ting på sitt morsmål så evner hun lettere å ta valg og kan således bestemme mer. Kvinner fra Filipinene, Vietnam og Tyrkia som skulle føde i Australia var blant annet misfornøyde med informasjonen de fikk underveis og deltakelsen i å ta en bestemmelse på egen vegne (Kang, 2014). Det å ikke få ta del i en bestemmelse som blir tatt i en sårbar situasjon som en fødsel, kan føre til at en kjenner på en avmaktsfølelse. Du har ikke kontroll på situasjonen og kan bli både usikker og redd. Espnes & Smedslund (2010) skriver at det er bra for helsen å kjenne at en har

kontroll på livet sitt og at en får være med på å bestemme ting som påvirker livet (Espnes & Smedslund, 2010, s. 369). Når det er snakk om mennesker med minoritetsbakgrunn og det ikke er en tolk involvert, så kan det være fort gjort å bare anta hva de mener og bestemme for dem. Hanssen (2007) skriver at mange helsearbeidere bare aksepterer språkproblemer som noe uunngåelig, noe som fører til at de ikke løser dem. En sykepleier hadde uttalt at hun gjorde alt for å løse språkutfordringen ved å bruke tegnspråk eller pårørende som oversetter, selv barn (Hanssen, 2007).

8.4 Partnerens tilstedeværelse

Partneren sin tilstedeværelse under graviditeten, fødselen og barseltiden er for de fleste gjerne en selvfølge i Norge i dag. Menn har vært involvert siden 1970- tallet (Sykepleien, 2010). Det forventes gjerne at mannen skal være interessert i, og være aktivt med i alle faser.

Vi lever i et samfunn hvor kjønnsrollene kan flyte litt over i hverandre. En mann kan for eksempel lage middag uten at det blir sett på som feminint. Når en mann fra midt-Østen bidrar på kjøkkenet så kan han bli ledd av, bli tiltalt som en kvinne eller bli beskyldt for å ha en dårlig kone (Grimen & Ingstad, 2006, s. 226). Dette ble bekreftet i funn i min studie. Mennene kan bidra, men er redde for å vise det til andre i samme miljø. Mange ganger er det også kvinnene som ikke vil at mannen skal bidra. Steel et. al. (2014) mener imidlertid at det er en endring i de kulturelle normene og at tilstedeværelsen har økt blant fedre nå i forhold til før. Den kommende faren har behov for å vite hvordan han kan støtte konen sin (Bondas, 2005; Bohren et. al., 2017; Klaus & Kennell, 1997; Koumoitzes- Douvia & Carr, 2006). I noen studier har det vært knyttet bekymringer til om far kommer til å føle seg utenfor når en doula er med under fødselen. Fedrene føler seg ikke utenfor. Det er snarere mennene selv som trekker seg tilbake (Akhavan & Edge, 2012). En mann forlot fødestuen da han ikke maktet å se på kona som hadde så store smerter. En kvinne i den samme studien ba mannen om å være hjemme da hun så på en fødsel som en kvinnejobb. En annen kvinne mente at de var som et godt støtteteam for henne- jordmor, doula og mannen (Akhavan & Edge, 2012). Det kan altså se ut til at det er ulike meninger angående hva som passer best for den enkelte. Når en kommer fra en kultur hvor en fødsel blir sett på som en kvinneting, så er det gjerne utfordrende også for fødekvinne å venne seg til tanken om at mannen skal

være med på fødselen. De flerkulturelle doulaene i min studie mente at mennene var oftere med under fødselen når hun var med som en støtte for dem. Det kan ses på som at han kjenner en trygghet ved at hun er med, og at hun støtter og forklarer ham hva som skjer underveis. Den flerkulturelle doulaen veileder ham slik at han vet hva han skal gjøre. Kvinnen, partneren og doula kan fungere som et godt team (Akhavan & Edge, 2012).

8.5 Hva kan støtte bety?

De flerkulturelle doulaene i min studie ga uttrykk for at fødekvinne og hennes partner var utrolig takknemlig for støtten de fikk fra henne både før, under og etter fødselen, jmf. 7.1.4. Studier har vist at fødekvinne så på støtte og respekt som ekstra viktig dersom ting ikke går som normalt (Kang, 2014). Studier har også vist at fødekvinne med minoritetsbakgrunn, som får støtten de trenger kjenner på empowerment og at de lettere klarer å mestre situasjonen. Dersom makten imidlertid ble brukt feil kunne fødekvinne kjenne på rasisme, diskriminering, etnosentrisme, forhåndsdomming og stereotypering (Wikberg, 2020). I mine funn var det noe som kan ses på som nedlatende oppførsel, som at du burde snakke norsk når du bor i Norge.

I en studie uttalte fødekvinne at de følte seg alene, som en fremmed, utenfor, som en som ikke forstår språket, reglene, lovene og tradisjonene i sitt nye hjemland. De hadde mange spørsmål og var bekymret (Akhavan & Edge, 2012). Med støtte fra en doula kunne de få den støtten de hadde behov for i en sårbar tid. Funn i min studie viser også at dette var følelser som var gjenkjennelig. En av de flerkulturelle doulaene sa at fødekvinne og hennes partner blant annet ikke kjenner normene for hvordan en oppdrar et barn i Norge. Dette kombinert med mangel på språk kan bli en stor utfordring dersom en ikke får støtte fra noen som kan veilede deg.

8.6 Brobygger

Ut ifra analysen i min studie og modell 1, som er et resultat av mine funn, trer den flerkulturelle doulaen frem som en brobygger i tiden etter fødselen. Hun kan sies å være en brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner, tjenester, språk og kulturer. Et bindeledd som er til stede både fysisk og psykisk for fødekvinnen og hennes partner. I tillegg bidrar hun til at helsepersonell får den informasjonen de trenger for at de skal kunne hjelpe så godt de kan, og det på en måte som ikke går ut over verken kultur eller ønsker som paret har. Den flerkulturelle doulaen veileder og støtter dem i det de trenger og er der kun for dem, og gir dem selvtillit og troen på at dette skal gå bra. De kan kjenne på empowerment. I studien til Haugaard et. al. (2020) bruker de begrepet en kulturell brobygger om den flerkulturelle doulaen. Det nevnes også at det er en utfordring å forstå det norske helsesystemet når en snakker begrenset med norsk og at den flerkulturelle doulaen gir nødvendig informasjon til fødekvinnen. Fødekvinnen har et nært forhold til den flerkulturelle doulaen og omtaler henne som en søster, jmf. 7.1.4 i mine funn. Også i denne studien er et av funnene at de flerkulturelle doulaene blir brukt som tolk, og at det ikke bestilles inn profesjonell tolk i den grad det burde bestilles inn (Haugaard et. al., 2020).

Den flerkulturelle doulaen er til stede og gir trygghet i situasjoner som vanligvis ville fått mange til å gi etter for medikamenter eller en følelse av usikkerhet og avmakt. Hun bygger bro mellom pasienten og helsetjenesten og sikrer at det kulturelle og språklige blir forstått og ivaretatt i en tid der mye ellers kunne blitt vanskelig. Fødekvinnen og hennes partner kan slappe av, fordi at de vet at deres språk, kultur og religion blir ivaretatt av en flerkulturell doula som kan språket, kulturen og kjenner religionen fra deres hjemland, i tillegg til at hun kjenner det norske språket, kulturen og den vestlige måten å gjøre ting på. De bryr seg om at de skal få en best mulig opplevelse, i trygge omgivelser.

Ingen andre studier har konkludert med at den flerkulturelle doulaen er en brobygger mellom mennesker i ulike relasjoner, tjenester, språk og kulturer, men ut i lys av mine funn holder jeg fast ved at hun trygt kan kalles det.

9 METODEDISKUSJON

Når en skal drive forskning er det viktig å tenke på reliabilitet og validitet. Reliabilitet betyr at prosjektet skal gi et inntrykk av at det er pålitelig. Kan man stole på resultatet og kan en annen forsker bruke samme metode og få det samme resultatet? (Thagaard, 2018, s. 187). Den som forsker må under hele besvarelsen gjøre rede for hvordan dataene som presenteres ble utviklet. Dette for å prøve å overbevise leseren om verdien av resultatene (Thagaard, 2018, s. 188).

Validitet er ”...hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke” (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 276). Kan mine tolkninger av materialet ses på som gyldige? For å validere mine tolkninger sendte jeg kategoriene jeg kom frem til i analyseprosessen til prosjektansvarlig og halvparten av mine informanter, fordelt på deltakere fra begge fokusgruppene. Jeg fikk positive tilbakemeldinger og fortsatte så den videre prosessen. I oppgaven har jeg også brukt utsagn fra alle de flerkulturelle doulaene i kapittelet om funn. Det står hvilken fokusgruppe og hvilken doula som sa hva, nummerert fra en til fire i begge fokusgruppene. Dette var for å validere mine funn og for å vise at jeg har tatt med utsagn fra begge gruppene, samt at alle de flerkulturelle doulaene er representert, i mer eller mindre grad. En kvalitativ metode med en induktiv tilnærming blir likevel ofte sett på som vanskelig å validere da den sier noe om hva «alle» innen en gruppe ville svart. Dersom 99 personer mener at noe er fint, så er det ikke sikkert at person nummer 100 vil mene at det er fint (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 224).

Dersom resultatet ses på som relativt pålitelig og gyldig, kan en se på om resultatene kan overføres til andre kontekster, situasjoner og intervjupersoner. Er funnene mine generaliserbare? (Kvale & Brinkmann, 2018). Jeg kan ikke med sikkerhet si at resultatet ville blitt det samme dersom noen andre hadde gjennomført studien, men ut ifra tidligere forskning vil jeg våge å påstå at funnene mine er både relativt pålitelige og gyldige på bakgrunn av at flere andre studier støtter mine funn. Jeg har forsøkt så godt det lot seg gjøre å ikke legge vekt på antakelsene jeg hadde forut for studien. Kvale & Brinkmann (2018) kaller det naturalistisk generalisering når det er basert på personlige erfaringer og kan ses på som kunnskaper en besitter som kan føre til forventninger. Jeg

hadde mine tanker om hvilke svar som skulle komme på noen av spørsmålene jeg stilte. Noen ganger stemte det og andre ganger ikke. Jeg hadde lest artikler om flerkulturelle doulaer på forhånd og hadde således noe forhåndskunnskap (Kvale & Brinkmann, 2018).

Det kan ses på som en svakhet at jeg kun har intervjuet relativt få kvinner fra et prosjekt, i en by i Norge. Dette kan ha påvirket svarene. Det hadde gjerne kommet frem andre faktorer i andre, mindre byer, men på intervjutidspunktet var det kun et prosjekt å rekruttere informanter fra. Nå når prosjektet vokser til flere byer kunne det vært interessant å få til en sammenligning, for å se om det er forskjeller fra plass til plass og eventuelt hva som gjør at det er forskjeller. Kvinnene som deltok i fokusgruppeintervjuene er ikke etnisk norske. De hadde variert botid i Norge og hadde ulik land- og språkbakgrunn. Det ble ikke benyttet tolk under noen av fokusgruppeintervjuene. Liamputtong (2011) skriver at det er avgjørende at forsker forstår hva som blir sagt under en fokusgruppe, ikke minst for å få riktig mening ut av det som blir sagt. Grunnene til at det ikke ble benyttet tolk var tidsrammen som var satt av til hver fokusgruppe. Dersom det skulle vært en tolk under intervjuene hadde det tatt lenger tid, og jeg ville mistet nyansene av det kvinnene sa. Det er utfordrende å ha tolk når det er flere som skal snakke. Jeg ville også ha det med deres egne ord og ikke oversatt. Dersom en tolk hadde blitt benyttet hadde jeg ikke visst om det de flerkulturelle doulaene sa stemte med det som ble oversatt og sånn sett hadde det vært vanskelig å validere. Det var kun en moderator, uten tidligere erfaring med fokusgruppeintervju til stede under begge fokusgruppene. Det kan være en svakhet med tanke på resultatet. Språklige nyanser kan også ha blitt misforstått i noen grad. Min forforståelse kan ha påvirket mine valg underveis i prosessen. Jeg valgte å ha den flerkulturelle doulaen sitt perspektiv i oppgaven og har utelukket familiene som benytter seg av en flerkulturell doula. Dette kunne blitt en ny oppgave for å få deres perspektiv på hjelpen og støtten de mottar. Det hadde også vært interessant og nyttig å få fedrenes erfaringer mer frem. Hva tenker fedrene om at de i en ny kultur må være med på noe som i deres kultur ses på som kvinnenes territorium og ansvar?

10 KONKLUSJON

Den flerkulturelle doulaen trer frem som en viktig støtte for fødekvinne og hennes partner både før, under og etter fødselen. Hun bidrar til at informasjon blir gitt og forstått, bekymringer hørt og spørsmål besvart i en tid som kan oppleves som svært sårbar for nyankomne innvandrere. Ny kultur, nytt språk og et helsesystem som også er nytt for fødekvinne og hennes partner kan på mange måter oppleves som et eneste stort kaos. Den flerkulturelle doulaen er en viktig støtte i barseltiden og bidrar til at fødekvinne og hennes partner får den ekstra støtten som de har behov for. Den flerkulturelle doulaen støtter fødekvinne og hennes partner i møtet med andre helseinstanser og står sammen med dem til paret selv faser ut kontakten. Den flerkulturelle doulaen bidrar til at denne sårbare tiden blir lettere og fremtrer som en brobygger mellom mennesker hun møter, ulike tjenester og systemer, språk og kulturer. Hun bidrar til at de får ammeveiledning, kontakter fastlege og helsestasjon og veileder dem med det de trenger i tiden etter fødselen. Hun er en trygg havn for foreldrene, som er nye i Norge.

En flerkulturell doula kan være et godt supplement til profesjonelt helsepersonell. Vi trenger gjerne begge deler. En flerkulturell doula har et ikke medisinsk ansvar og det betyr at hun kan yte mer omsorg og har muligheten til å være til stede for fødekvinne og hennes partner hele tiden. Hun støtter fødekvinne og hennes partner, hun avlaster far hvis han trenger å hvile og bidrar også med viktig informasjon til helsepersonellet underveis. Det kan se ut til at det er en trygghet at den flerkulturelle doulaen er med både under svangerskapet, fødselen og i barseltiden, slik som i prosjektet jeg har hentet mine informanter fra. Det gir kontinuitet og trygghet.

LITTERATURLISTE

- Adams, E. D. & Bianchi A. L. (2004) Can a nurse and a doula exist in the same room? *International Journal of Childbirth Education*, 19(4), 12-15.
- Ahlemeyer, J. & Mahon, S. (2015). Doulas for childbearing women. MCN, *The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 40, 122-127.
- Akhavan, S. (2009) Utvärdering av projektet «utlandsfödda kvinnor som doulor och kulturtolkar». Västra Götalandsregionen Folkhälsokommittén.
- Akhavan, S. & Edge, D. (2012). Foreign- born women's experiences of community-based doulas in Sweden- a qualitative study. *Health care for women international*, 33, 833-848. <https://dx.doi.org/10.1080/07399332.2011.646107>
- Akhavan, S. & Lundgren, I. (2010). Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden- a qualitative study. *Midwifery* (2011). <https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.004>
- Askheim, O.P. & Starrin, B. (2018). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Balaam, M. C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A. M., Ensel, A. & Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth». *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1919-1930.
- Ballen, L. E. & Fulcher, A. J. (2006). Nurses and doulas: complementary roles to provide optimal maternity care *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 35(2), 304-11. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00041.x>
- Bar- Yam, N. B. (2003) Doula Care: An Age-Old Practice Meets the 21st Century. *International Journal of Childbirth Education*, 18(4), 18.

Berg, B., Paulsen, V., Midjo, T., Haugen, G. M. D., Garvik, M & Tøssebro, J. (2017). *Myter og realiteter- innvandreres møter med barnevernet*. Rapport. Trondheim: NTNU. Hentet fra: <https://samforsk.no/Publikasjoner/2017/Myter%20og%20realiteter%20-%20endelig.pdf>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003766. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Bondas, T. (2005). To be with child: A heuristic synthesis in maternal care. In R. E. Balin (Ed.), *Trends in midwifery research* (pp.119-136). New York: Nova science.

Bondas, T. & Wikberg, A. (2018). Becoming a voluntary doula: personal and caring motives. *International journal of childbirth*, 8(2). <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.8.2.101>

Bydelsmødre (2019). Om bydelsmødre. Hentet fra <https://www.bydelsmor.no/om-bydelsmodre>.

Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M. & Backstrand, J. R. (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(4), 456-464. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00067.x>

Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H. & Falk, M. (2007). Female relatives or friends trained as labor doulas: Outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. *Birth*, 34(3), 220-227. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2007.00174.x>

Cavanagh, S. (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher* 4, 5-16.

Coffey, A. & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data. Complementary Research Strategies*. Sage: London.

- Dahl, Ø. (2003). *Møter mellom mennesker- interkulturell kommunikasjon*. Oslo: Gyldendal.
- Dahlen, H. G., Jackson, M. & Stevens, J. (2011). Homebirth, freebirth and doulas: Casualty and consequences of a broken maternity system. *Women and birth*, 24(1), 47-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2010.11.002>
- Den norske doulaskolen (u.å). Doulayrket. Hentet fra <https://www.doulaskolen.no/doulayrket>
- DONA International (2020). DONA International. Hentet fra <https://www.dona.org/the-dona-advantage/about/>
- Doula & kulturfolk (2020). Doula og folk. Hentet fra <https://www.doulakulturfolk.se/>
- Duncan, L. (2018). With woman, with family. *Midwifery today*, 125.
- Dundek, L. H. (2006). Establishment of a Somali Doula programme at a large metropolitan hospital. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(2), 128-137.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi* (2. utgave). Oslo: Gyldendal.
- Fortier, J. H. & Godwin, M. (2015). Doula support compared with standard care. Meta – analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low- risk women delivering at term. *Canadian Family Physician*, 61, e284-e292.
- Freire, P. & Ramos, M. B. (2000). *Pedagogy of the oppressed: 30th anniversary utgaven*. Continuum: New York.
- Gilliland, A.L. (2016). What motivates people to attend birth doula trainings?. *The Journal of perinatal education*, 25(3), 174-183.

Grimen, H. & Ingstad, B. (2006). *Kulturelle perspektiver på sykdom og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Gruber, K. J., Cupito, S. H. & Dobson, C. F. (2013). Impact of Doulas on Healthy Birth Outcomes. *The Journal of Perinatal Education*, 22, 49-58.

<http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.49>

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal.

Hanssen, I. (2007). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (2. utgave). Oslo: Gyldendal.

Hardeman, R. R. & Kozhimannil, K. B. (2016). Motivations for entering the doula profession: Perspectives for women of color. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(6), 773-780. <http://dx.doi.org/10.1111/jmwh.12497>

Haugaard, A., Tvedte, S. L., Severinsen, M. S. & Henriksen, L. (2020). Norwegian muticultural doulas' experiences of supporting newly- arrived migrant women during pregnancy and childbirth: A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare* 26 (2020) 100540. doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100540>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth (review). *Cochrane library*, 4, 1-72.

Høiness, Inger Line (2019). Doula i Norge. Hentet fra www.dittlillemirakel.no

Kang, H. K. (2014). Influence of culture and community perceptions on birth and perinatal care of immigrant women: doulas' perspective. *The Journal Of Perinatal Education*, 23(1), 25-32. <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.25>

Kendall, S. (1998). *Health and empowerment: research and practice*. Arnold: London.

Khreshch, R. (2010). Support in the first stage of labour from a female relative: The first step in improving the quality of maternity services. *Midwifery*, 26(6), e21-e24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.11.003>

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1997). The doula: An essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, 86(10), 1034-1036. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.1997.tb14800.x>

Kline, K. N. (2007). Midwife attended births in prime- time television: craziness, controlling bitches, and ultimate capitulation. *Women & Language*, 30, 20-19.

Kline, K. N. (2010). Poking fun at midwifery on prime- time television: The theoretical implications of burlesque frames in humorous shows. *Women & Language*, 33, 53-71.

Koumouitzes-Douvia, J., & Carr, C. A. (2006). Women`s perceptions of their doula support. *Journal of Perinatal Education*, 15(4), 34-40. <http://dx.doi.org/10.1624/105812406X151402>

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis: An introduction to Its Methodology*. 2. utgave. London: Sage.

Kriz, K. og Skivenes, M. (2010). «We have very different positions on some issues: how child welfare workers in Norway and England bridge the cultural differences when communicating with ethnic minority families». *European Journal of Social Work*, 13(1), 3-18. <https://doi.org/10.1080/13691450903135626>

Kuehl, R. A. & Anderson, J. (2015). Designing public communication about doulas: Analyzing presence and absence in promoting a volunteer doula program. *Communication Design Quarterly Anthropology Review*, 3, 75-84. <http://dx.doi.org/10.1145/2826972.2826979>

Kumar, B. N. & Viken, B. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S., (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utgave). Oslo: Gyldendal.

LaMancuso, K., Goldman, R. E. & Nothnagle, M. (2015). Can I ask that?: Perspectives on perinatal care after resettlement among karen refugee women, medical providers, and community- based doulas. *Journal Of Immigrant And Minority Health*, 18(2), 428-35.

Lantz, P. M., Low, L. K. & Watson, R. L. (2004) Doulas`views on the rewards and challenges of their work. *International Journal og Childbirth Education*, 19(4), 31-34.

Liamputtong, P. (2011). *Focus group methodology- principles and practice*. Los Angeles: Sage publications.

Lien, L., Dybdahl, R., Siem, H., Julardzija, I. & Bakke, H. H. (2019). *Asylsøkere og flyktninger- psykisk helse og livsmestring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Liv laga (u.å). Liv laga seminar. Hentet fra www.liv-laga.no (hentet: 20.08.2020).

L`Orsa, Anette (u.å). Doula Norge. Hentet fra www.harmoniskfoedsel.no

Lucas, L. & Wright, E. (2019). Attitudes of physicians, midwives, and nurses about doulas- a scoping review. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 19;44(1), 33-39. <https://dx.doi.org/10.1097/NMC.0000000000000488>

Lunda, P., Minnie, C. S., Benadé, P. (2018). Women`s experiences of continuous support during childbirth: A meta- synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 167. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8>

Lundgren, I. (2010). Swedish women`s experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.05.002>

Lusher, B. (2018). Doula care for refugee families. *Midwifery today*, 125, 52-53.

- Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R. & MacLeod, C. (1999). Effects of female relative support in labor: A randomized controlled trial. *Birth*, 26(1), 4-8.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1523-536x.1999.00004.x>
- Mander, R. (2001). *Supportive care and midwifery*. John Wiley and sons, Incorporated.
- Matthias, M. S. (2010). The impact of uncertainty on decision making in prenatal consultations: Obstetricians' and midwives' perspectives. *Health communication*, 25, 199-211. <http://dx.doi.org/10.1080/10410230903544977>
- McLeish, J. & Redshaw, M. (2019). "Being the best person that they can be and the best mum": a qualitative study of community volunteer doula support for disadvantaged mothers before and after birth in England. *Pregnancy Childbirth* 10;19(1), 1-11.
<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-018-2170-x>.
- Middleton, W. (2003). Postpartum doulas: vital members of the maternity care team. *International Journal of Childbirth Education*, 18(2): 8-10.
- Miles, M. B., Huberman, M. & Saldana, J. (2014). *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. 3. utg. Sage: California.
- Morris, T. & McInerney, K. (2010). Media representations of pregnancy and childbirth: An analysis of reality television programs in the United States. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 37, 134-140. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00393.x>
- Morton, C. & Basile, M. (2013). Medicaid coverage for doula care: re- examining the arguments through a reproductive justice lens, part one. *Science and sensibility*.
<http://www.scienceandsensibility.org/?p=6461>
- Mottl- Santiago, J., Walker, C., Ewan, J., Vragovic, O., Winder, S. & Stubblefield, P. (2007). A hospital- based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Maternal and child health journal*, 12, 372-377.

Norsk doulaforening (u.å). Doulaforening i Norge. Hentet fra <https://www.norskdoulaforening.no>

Norsk helseinformatikk (2020, 12. august). Barseltid. Hentet fra <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsels/normalt-forlop/barseltiden/>

Odent, M. (2009). The masculinisation of the birth environment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 23:185.

Oslo Universitetssykehus (2020, 02. juli). Flerkulturell doula. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/likeverd-og-mangfold/flerkulturell-doula>

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/ exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.

Rigg, E. C., Schmied, V., Peters, K. & Dahlen, H. G. (2017). Why do women choose an unregulated birth worker to birth at home in Australia: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017, 17:99. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1281-0>

Ross, S. (2012). *Doulas: Why every pregnant woman deserves one*. Simmer Hill, NSW, Australia: Rockpool.

Roth, L. M., Henley, M. M., Seacrist, M. J. & Morton, C. H. (2016). North american nurses' and an doulas' views of each other. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 45(6), 790-800. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.06.011>

Safarzadeh, A., Shafipour, V. & Salar A. (2018). Expectant Mothers' Experiences with Lay Doulas in Maternity Units of Hospitals in Impoverished Areas of Iran: A Qualitative Study. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 23(6), 437-443. http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_109_17

Schoroeder, C. & Bell, J. (2005). Doula birth support for incarcerated pregnant women. *Public Health Nursing*, 22(1), 53-58. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.22108.x>

Schytt, E., Wahlberg, A., Eltayb, A., Small, R., Tsekhmestruk, N. & Lindgren, H. (2020). Community- based doula support for migrant women during labour and birth: Study protocol for a randomised controlled trial in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, *10*(2), e031290. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031290>

Scott, K. D., Klaus, P. H. & Klaus M. H. (1999). The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, *8*(10), 1257-1264. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.1.1999.8.1257>

Shelp, A. (2004). Women helping women: The somali doula initiative. *International Journal of Childbirth Education*, *19*(4), 4-7.

Smid, M., Campero, L., Gragin, L., Hernandez, D. G. & Walker, D. (2010). Bringing two worlds together: exploring the integration of traditional midwives as doulas in Mexican public hospitals. *Health care women international*, *31*, 475-98. <http://dx.doi.org/10.1080/07399331003628438>

Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S. & Urrutia, J. (1980). The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother- infant interaction. *New England Journal of Medicine*, *303*(11), 597-600. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198009113031101>

Statistisk sentralbyrå (2020, 09.03). Innvandrere. Hentet fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef>

Steel, A., Frawley, J., Adams, J. & Diezel, H. (2014). Trained or professional doulas in the support and care of pregnant and birthing women: a critical integrative review. *Health and social care in the community*, *23*(3), 225-241.

Stevens, J., Dahlen, H., Peters, K. & Jackson, D. (2011). Midwives' and doulas' perspectives of the role of the doula in Australia: A qualitative study. *Midwifery*, *27*(4), 509-516. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.002>

Store norske leksikon (2018, 03. oktober). Flyktning. Hentet fra <https://snl.no/flyktninger>

Sykepleien (2010, 22. juni). Da far inntok fødestua. Hentet fra <https://sykepleien.no/2010/06/da-far-inntok-fodestua>

Synonymordboka (2020). Brobygger. Hentet fra <https://www.synonymordboka.no/no/?q=brobygger>

Tembo, M. J. (2020). *Parenting and child welfare services- the case of immigrant parents' perceptions and experiences of the welfare system*. Doktoravhandling. Stavanger: UiS. Hentet fra: <https://ebooks.uis.no/index.php/USPS/catalog/view/47/45/195-1>

Thaagard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitative metoder* (5. utgave) Bergen: Fagbokforlaget.

Thomas, M. P. & Ammann, G., Brazier, E., Noyes, P. & Maybank, A. (2017). Doula services within a healthy start program: Increasing access for an underserved population. *Maternal and child health journal*, 21, 59-64. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2402-0>

Vaismoradi, M., Salsali, M. & Mark, P. (2011). Patient safety: nursing students' perspectives and the role of nursing education to provide safe care. *International Nursing Review*, 58, 434-442. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2011.00882.x>

Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and health sciences*, 15, 398-405.

Verdens helseorganisasjon (2020). Empowerment. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Viken, B., Lyberg, A. & Severinsson, E. (2015). Maternal health coping strategies of migrant women in Norway. *Nursing research and practice*, 2015.

<https://doi.org/10.1155/2015/878040>

Wikberg, A. (2014). *En Vårdvetenskapelig teori om interkulturellt vårdande- at föda barn i en annan kultur*. Doktoravhandling. Åbo: Åbo Akademi. Hentet fra:

https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/98817/wikberg_anita.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Wikberg, A. (2019). Kulturtolksdoulor stöder invandrarkvinnor som föder barn.

Tidsskrift för barnmorskor, 3(19), 27-29.

Wikberg, A. (2020). A theory on intercultural caring in maternity care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2020, 1-15. <https://doi.org/10.1111/scs.12856>

Wint, K., Elias, T. I., Mendez, G., Mendez, D. & Gary- Webb, T. L. (2019).

Experiences of community doulas working with low- income, African American mothers. *Health equity*, 3(1). <https://doi.org/10.1089/hec.2018.0045>

Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L. & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden – a cross- sectional study. *BMC Publ Health*, 14(1):1030.

VEDLEGG 1

NSD sin vurdering

Prosjekttittel:

Hva ser den flerkulturelle doula at kvinnene og deres partner trenger støtte til i barseltiden

Referansenummer

240007

Registrert

18.07.2019 av Ann Therese Madland - at.madland@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Terese Elisabet Bondas, terese.e.bondas@uis.no, tlf: 51834519

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ann Therese Madland, anntherese.madland@gmail.com, tlf: 99290718

Prosjektperiode

20.08.2019 - 30.06.2021

Status

31.07.2019 - Vurdert

Vurdering (1) 31.07.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 31.07.19 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om etnisitet samt alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.21.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Hva ser den flerkulturelle doula at kvinnene og deres partner trenger støtte til i barseltiden”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få mer kunnskap om hva kvinnene og deres partner trenger støtte til i tiden etter fødselen, da særlig med tanke på at kvinnene har kort botid i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er mastergradsstudent ved Universitetet i Stavanger. Problemstillingen for oppgaven er: Hva ser den flerkulturelle doula at kvinnene og deres partner trenger støtte til i barseltiden?

Jeg ønsker at denne problemstillingen skal føre frem til en artikkel som kan publiseres i en tidsskrift.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å ha fokus på den flerkulturelle doula, og har valgt ut det prosjektet i Norge som er det eneste av sitt slag, ”Sårbar, gravid og ny i Norge- trygg under fødsel med flerkulturell doula”. Marit Stene Severinsen er min kontaktperson inn i prosjektet. Kriteriene for å delta er at du har deltatt på kurs for å bli doula, og at du har vært med på fødsel/ fødsler i rollen som flerkulturell doula. Alle som er kurset og som deltar i prosjektet vil få spørsmål om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden i mitt prosjekt er kvalitativ forskning, og datainnsamlingsstrategien vil være fokusgruppeintervju. Jeg ønsker å ha inntil to fokusgrupper hvor flerkulturelle doulas som deltar i prosjektet ”Sårbar, gravid og ny i Norge- trygg under fødsel med flerkulturell doula” er informanter. Førstegangs fokusgruppeintervju vil finne sted til høsten 2019, i september/ oktober og vil vare i ca en time, alt etter hvordan praten blir. Jeg kommer til å benytte meg av en digital lydopptaker. Nærmere tid og sted vil vi bli enige om dersom dere er villige til å delta i studien. Eventuelt annengangs fokusgruppeintervju vil bli på nyåret 2020, og dere vil da høre fra meg i god tid før fokusgruppeintervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

Samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang på innsamlet data, og lydopptak vil legges inn på en kryptert minnepinne hvor kun studenten har tilgang på passord. Minnepinnen vil bli godkjent av IT avdelingen ved Universitetet i Stavanger, og vil bli oppbevart på et sikkert sted før det hele slettes etter prosjektets ferdigstilling.

Det vil ikke bli brukt navn eller koder i publikasjonen. Sitat etter utsagn kan bli brukt. I publikasjonen er det ikke vesentlig å bruke verken navn, kode eller nasjonalitet på den enkelte, så ingen vil vite hvem som uttalte sitat eller utsagn.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i september 2020. Ved prosjektslutt vil personopplysninger og lydopptak slettes.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Terese Elisabet Bondas, Professor ved det helsevitenskapelige fakultet, email: terese.e.bondas@uis.no, tlf: 51834519 eller Ann Therese Madland, student, email: anntherese.madland@gmail.com, tlf: 99290718.
- Vårt personvernombud: Kjetil Dalseth, email: personvernombud@uis.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Terese Elisabet Bondas
(Forsker/veileder)

Ann Therese Madland
(Student)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Hva ser den flerkulturelle doula at kvinnene og deres partner trenger støtte til i barseltiden?", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2021.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 3

Eksempel på analyse

Subkategori	Generisk kategori	Hovedkategori
Fødekvinnen og den flerkulturelle doulaen. Fødekvinnens partner og den flerkulturelle doualen. Jordmor og den flerkulturelle doula.	Relasjoner	Den flerkulturelle doulaen som brobygger i ulike relasjoner

VEDLEGG 4

Eksempel på søk i databaser

Database	Søkeord/ kombinasjon	Treff	Aktuell for oppgaven
Cinahl	«Doula» AND «birth»	473	
Cinahl	«Doula» AND «birth» AND «culture»	29	Kang (2014), Lantz (2004), Shelp (2004) og Dundek (2006).
Cinahl	«Doula» AND «birth» AND «support»	244	-
Cinahl	«Doula» AND «birth» AND «empowerment»	22	Kang (2014).
Pubmed	«Doula» AND «birth»	282	-
Pubmed	«Doula» AND «birth» AND «culture»	28	Wint (2019), Kang (2014), Mootl- Santiago (2008), Dundek (2006).
Pubmed	«Doula» AND «birth» AND «support»	185	Schytt (2020), McLeish (2019), Thomas (2017).
Pubmed	«Doula» AND «birth» AND «empowerment»	8	Kang (2014).
Pubmed	«Doula» AND «birth» AND «culture» AND «empowerment»	1	Kang (2014).
Scopus	«Doula» AND «birth»	193	Schytt (2020), McLeish (2019), Wint (2019), Thomas (2017).
Scopus	«Doula» AND «birth» AND «culture»	9	Wint (2019).
Scopus	«Doula» AND «birth» AND «support»	137	Schytt (2020), McLeish (2019), Wint (2019), Thomas (2017).

Scopus	«Doula» AND «birth» AND «empowerment»	4	-
Scopus	«Doula» AND «birth» AND «culture» AND «empowerment»	0	-

VEDLEGG 5

Et utvalg av artikler, rapporter og doktorgradsavhandlinger - tidligere forskning

	<i>Forfatter</i>	<i>Tittel</i>	<i>Grunnen til at artikkelen ble valgt</i>
1.	Adams, E. D. & Bianchi A. L. (2007).	Can a nurse and a doula exist in the same room?	Artikkelen fokuserer på rollen til doula, samt hva hun bidrar med etter fødselen i form av ammeveiledning. Forholdet mellom doula og jordmor.
2.	Akhavan, S. & Edge, D. (2012)	Foreign- born women's experiences of community- based doulas in Sweden- a qualitative study.	Artikkelen tar opp forventningene og kunnskaper som en kvinne som er født i et annet land har til en doula i Sverige, om de er tilfreds eller ikke og oppfatningen kvinnene har av å motta hjelp fra en doula.
3.	Akhavan, S. & Lundgren, I. (2010).	Midwives' experiences of doula support for immigrant women in Sweden- a qualitative study.	Artikkelen tar blant annet opp kommunikasjon på tvers av kulturer og språk, støtte fra en doula fører til kortere fødsel og at jordmors opplevelse av å ha doula med under fødselen er utelukkende positiv når det kommer til innvandrerkvinner.
4.	Balaam, M. C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A. M., Ensel, A., Gouni, O. & Severinsson, E. (2013).	A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences relates to pregnancy and childbirth.	Artikkelen tar blant annet opp hvor sårbare innvandrerkvinner kan være i forhold til kommunikasjon, trygt svangerskap og trygg fødsel, mestring.
5.	Ballen, L. E. & Fulcher, A. J. (2006).	Nurses and doulas: complementary roles to provide optimal maternity care.	Artikkelen tar for seg rollen til doula, hennes rolle i ulike praksiser- sykehus, samfunnsbasert og privat. Utfordringer og løsninger i samarbeidet mellom doula og jordmor.
6.	Bar- Yam N. B. (2003)	Doula care: An age- old practise meets the 21st century.	Artikkelen tar for seg at bruk av doula blant annet reduserer sjansen for

			keisersnitt med 50%, forklarer ulike doulaprogram på sykehus og samfunnsbaserte doulaprogram.
7.	Berg, B., Paulsen, V., Midjo, T., Haugen, G. M. D., Garvik, M & Tøssebro, J. (2017).	Myter og realiteter- innvandreres møter med barnevernet. Rapport.	Rapporten tar blant annet opp hvordan innvandrere oppfatter dem, hva som er myter og hva som faktisk stemmer når det kommer til blant annet prosenter som får hjelpetiltak og omsorgstiltak blant innvandredefamilier.
8.	Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017).	Continuous support for women during childbirth.	Artikkelen konkluderer med at støtte under fødselen er bra for både mor og barn. Kan føre til blant annet kortere fødsel, redusert bruk av keisersnitt, bruk av medisiner og mindre negative tanker om fødselen.
9.	Campbell, D. A., Lake, M. F., Falk, M. & Backstrand, J. R. (2006).	A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula.	Funnene viser at kvinner som hadde med seg en doula hadde kortere fødsel enn de som ikke hadde med seg en doula (kontrollgruppe). Noe redusert keisersnitt blant de som hadde støtte fra en doula.
10.	Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H. & Falk, M. (2007).	Female relatives or friends trained as labor doulas: Outcomes at 6 to 8 weeks postpartum.	Funnene viser at kvinner som bruker doula har mer positive tanker etter fødselen. Det er større sjanse for at de ammer og at de var fornøyd med sykehusoppholdet.
11.	Dahlen, H. G., Jackson, M. & Stevens J. (2011).	Homebirth, freebirth and doulas: Casualty and consequences of. Broken maternity system.	Artikkelen tar blant annet opp at kvinner i Australia betaler for å ha med seg en doula som følge av at helsesystemet er dårlig. Behovene til kvinnen blir ikke møtt på sykehuset.
12.	Dundek, L. H. (2006).	Establishment of a somali doula	Artikkelen fokuserer på kulturelle aspekt, ulike typer omskjæring,

		programme at a large metropolian hospital.	kjønnsroller, tidsaspekt og ekteskap, samt viktigheten av at helsepersonell og doula har en felles ordbok for at de skal ha en felles forståelse.
13.	Fortier, J. H. & Godwin, M. (2015).	Doula support compared with standard care. Meta-analysis of the effects in the rate of medical interventions during labour for low- risk women delivering at term.	Artikkelen tar blant annet opp at bruk av en doula kan redusere sjansen for keisersnitt. Reduserer ifølge funnene ikke bruken av epidural.
14.	Gilliland, A. L. (2016).	What motivates people to attend birth doulas trainings?	Artikkelen nevner blant annet hvem som har suksess som doula, motivasjonen bak valget om å bli doula.
15.	Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2013).	Continuous support for women during childbirth.	Hovedfunnene viser at kvinner som hadde støtte under fødselen blant annet hadde redusert sjanse til keisersnitt og negative tanker om fødselen i ettertid. Konklusjonen er at alle kvinner burde ha med seg en støtteperson under fødselen.
16.	Kang, H. (2014).	Influence of culture and community perceptions on birth and perinatal care of immigrant women: Doulas' perspective.	Artikkelen trekker frem aspekt som at det kan være vanskelig å forstå helsesystemet i USA og at det kan påvirke både graviditet og fødsel negativt. Redusert bruk at keisersnitt blant kvinner fra Somalia ved bruk av doula blir også nevnt, samt viktigheten av å møte de på deres premisser både når det gjelder valg og kulturell praksis.
17.	Khresheh, R. (2010).	Support in the first stage of labour for a female relative: The first step in improving the quality of maternity services.	Artikkelen nevner blant annet at støtte fra en kvinnelig bekjent er kostnadseffektivt, særlig i utviklingsland som Jordan. Støtte under fødsel er ikke

			vanlig og heller ikke lovlig i Jordan.
18.	Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1997).	The doula: An essential ingredient of childbirth rediscovered.	Artikkelen konkluderer blant annet med at far var mindre tilstedeværende for fødekvinnen- både snakket og tok mindre på fødekvinnen. Når doula var tilstede var far mer tilstedeværende og tilbød mer personlig støtte.
19.	Koumouitzes- Douvia, J. & Carr, C. A. (2006).	Women´s perceptions of their doula support.	Funnene viste blant annet at en doula er nyttig på flere områder- støtte til mannen, kvinnens ønsker og valg og takknemlighet overfor doula.
20.	Kriz, K. & Skivenes, M. (2010).	We have very different positions on some issues: how child welfare workers in Norway and England bridge the cultural differences when communicating with ethnic minority families.	Artikkelen tar blant annet opp forskjeller i hva barnevernet ser på som kommunikasjonsproblemer i møtet med minoriter i Norge og i England.
21.	LaMancuso, K., Goldman, R. E. & Nothnagle, M. (2015)	«Can I ask that?»: Perspectives on perinatal care after resettlement among karen refugee women, medical providers, and community- based doulas.	Tar blant annet opp at dødfødsler i konfliksoner er blant de høyeste i verden, grunnet blant annet dårlig tilgang på helsetjenester, dårlige sanitærforhold og vold. Videre tar den opp faktorer som vanskeligheten med å gjøre seg kjent i helsesystemet i et nytt land, prevensjon, lite viten om helse, og språkutfordringer selv om tolk er representert.
22.	Lantz, P. M., Low, L. K. & Watson, R. L. (2004)	Doulas´ views on the rewards and challenges of their work.	Artikkelen tar blant annet opp at fødekvinne som får sosial, fysisk og emosjonell støtte under fødselen gjerne klarer å kontrollere smertene bedre og har et kortere fødselsforløp enn de som

			ikke har denne støtten. De fleste doulaene mener at jobben som doula gir de en gevinst personlig og emosjonelt, men de er ikke fornøyd med inntekten de får som følge av å være en doula.
23.	Lucas, L. & Wright, E. (2019).	Attitudes of physicians, midwives, and nurses about doulas.	Artikkelen nevner blant annet at kun 6% av fødekvinnene i USA benytter seg av en doula. Videre nevnes det at doula burde være en del av fødeteamet ved sykehus. Konflikter kommer oss inn som tema.
24.	Lunda, P, Minnie, C. S. & Benadé, P. (2018).	Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta- synthesis.	Konkluderer med at støtte under fødselen ble satt pris på av de fleste kvinnene. Helseinstanser burde inkludere mer kontinuerlig støtte under fødselen i deres politikk og retningslinjer.
25.	Lundgren, I., Berg, M., Nilsson, C. & Olafsdottir, O. A. (2020).	Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward.	Artikkelen tar blant annet opp kvinnens involvering knyttet til deltakelse og valg, ulike strategier for å veilede kvinnen under fødselen og rollen til den enkelte under fødselen.
26.	Lusher, B. (2018).	Doula care for refugee families.	Artikkelen tar for seg flyktningkrisen i 2015 og behov som oppstod som følge av den. I Østerrike ba jordmødre om økt fokus på barseltiden for flyktningkvinner. Rollen som doula blir noe annet når det gjelder flyktninger. De fant også at flyktningkvinnene hadde mange spørsmål i barseltiden.
27.	Madi, B. C., Sandall, J., Bennett, R. & MacLeod, C. (1999).	Effects of female relative support in labor: A randomized controlled trial.	Funnene viser blant annet at kvinner som mottok støtte fra en kvinnelig bekjent hadde redusert sjans for keisersnitt og

			mindre sjanse for andre komplikasjoner under fødselen sammenlignet med de i kontrollgruppen. Det er et tiltak som er lite kostbart, men som forebygger mye.
28.	McLeish, J. & Redshaw, M. (2019).	«Being the best person that they can be and the best mum»: a qualitative study of community volunteer doula support for disadvantaged mothers before and after birth in England.	Artikkelen tar blant annet opp at selvfølelsen til fødekvinne betyr mye i den sårbare tiden. Støtten fra doula som en «reddende engel», doula som delte viktig informasjon og hjalp med å øke selvbildet og selvtillitt til fødekvinne.
29.	Middleton, W. (2003)	Postpartum doulas: Vital members of the maternity care team.	Artikkelen tar for seg rollen til doula og positive aspekt i den sårbare tiden rett etter fødselen.
30.	Mootl- Santiago, J., Walker, C., Ewan, J. et. al. (2007).	A hospital- based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting.	Artikkelen tar opp at bruk av doula har en positiv virkning på fødekvinnene og trekker blant annet frem økte tendenser til amming og færre tilfeller av fødselsdepresjon.
31.	Roth, L. M., Henley, M. M., Seacrist, M. J. & Morton, C. H. (2016)	North american nurses´and doulas´views of each other.	Artikkelen nevner blant annet at helsepersonell i USA og Canada ikke har kapasitet til fokusere på fødekvinne en til en under en fødsel, ulike typer doula og forvirring rundt rollen til doula blant annet helsepersonell.
32.	Safarzadeh, A., Shafipour, V. & Salar A. (2018).	Expectant mothers´experiences with lay doulas i maternity units of hospitals in impoverished areas of Iran: A qualitative study.	Artikkelen nevner blant annet at bruk av doula øker selvfølelsen og empowerment hos fødekvinne og viktigheten av å ha noen som støtte med under fødselen- noen en var trygg på.
33.	Schoroeder, C. & Bell, J. (2005).	Doula birth support for incarcerated pregnant women.	Artikkelen omhandler doulastøtte til kvinner i fengsel. Funnene støtter det å tilby doulastøtte til

			alle gravide kvinner i varetekt og å bruke doulastøtten for å sikre tidlig innsats som er koordinert av en sykepleier.
34.	Schytt, E., Wahlberg, A., Eltayb, A., Small, R., Tsekhmestruk, N. & Lindgren, H. (2020).	Community- based doula support for migrant women during labour and birth: Study protocol for a randomised controlled trial in Stockholm, Sweden.	Artikkelen fokuserer på redselen en kvinne med minoritetsbakgrunn kan kjenne på når hun skal føde i en «ukjent verden», økt risiko for komplikasjoner og dødfødsel, tilfredsheten med doula.
35.	Scott, K. D., Klaus, P. H. & Klaus, M. H. (1999).	The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth.	Artikkelen ar blant annet opp at åtte av tolv tidligere studier konkluderer blant annet med at det er økt sjanse for amming, redusert sjanse for keisersnitt , mindre sjanse for fødselsdepresjon. En doula burde være tilstede for alle og er essensielt.
36.	Shelp, A. (2004).	Women helping women: The somali doula initiative.	Artikkelen fokuserer blant annet på kulturelle aspekt og viktigheten av at doula snakker samme språk som fødekvinnen.
37.	Smid, M., Campero, L., Gragin, L., Hernandez, D. G. & Walker, D. (2010).	Bringing two world together: exploring the integration of traditional midwives as doulas in mexican public hospitals.	Artikkelen handler blant annet om positive aspekt ved bruk at doula i sykehus- oversettelse for minoritetsgrupper blir nevnt og redusert behov for keisersnitt.
38.	Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., Robertson, S. & Urrutia, J. (1980).	The effect of a supportive companion on perinatal problems, lenght of labor, and mother- infant interaction.	Funnene viser at kvinner som hadde støtte fra en doula hadde kortere fødsel sammenlignet med de som ikke hadde støtte fra en doula. Mødre som hadde med en doula var også mer våken, smilte og snakket mer med babyen enn kontrollgruppen.
39.	Steel, A., Frawley, J., Adams, J. et. al. (2014)	Trained or professional doulas in the support and care	Artikkelen fokuserer blant annet på forholdet mellom jordmor og doula, doulas

		of pregnant and birth women: a critical integrative review.	rolle overfor fødekvinne, kostnadseffektiviteten ved å benytte doula under fødsel som følge av redusert behov at keisersnitt.
40.	Stevens, J., Dahlen, H., Peters, K. & Jackson, D. (2011).	Midwives' and doulas' perspectives of the role of the doula in Australia: A qualitative study.	Funnene viser blant annet at det ødelagte fødselssystemet i Australia svikter fødekvinnene og jordmødrene. Doula blir leid inn av fødekvinnene og fyller behovene deres.
41.	Tembo (2020).	Parenting and child welfare services- the case of immigrant parents' perceptions and experiences of the welfare system. Doktoravhandling.	Doktorgradsavhandling om barnevernet i Norge. Tar blant annet opp at indirekte kontakt med barnevernet via venner eller familie kan føre til historier som sprer seg i miljøene. Slik skapes gjerne frykten for barnevernet.
42.	Thomas, M. P., Ammann, G., Braxier, E., Noyes, P. & Maybank, A. (2017).	Doula services within a healthy start program: Increasing access for an underserved population.	Artikkelen drøfter støtte fra en doula blant fargede kvinner i USA. Tendensene har vist at det er høyere sjanse for dødfødsel, keisersnitt, for tidlig fødte barn og lav fødselsvekt på babyen blant fargede kvinner.
43.	Viken, B., Lyberg, A. & Severinsson, E. (2015).	Maternal health coping strategies of migrant women in Norway.	Artikkelen fokuserer på mestringsstrategier. Kommunikasjon, selvfølelse og viktigheten av å ha støtte fra helsepersonell.
44.	Wikberg, A. (2014).	En Vårdvetenskapelig teori om interkulturelt vårdande- at föda barn i en annan kultur. Doktorgradsavhandling.	Doktorgradsavhandlingen tar blant annet opp hva som ses på som interkulturell pleie og omsorg på fødestuen. Kultur og kulturkompetanse blant pleierne er også et tema.
45.	Wikberg, A. (2020).	A theory on intercultural caring in maternity care.	Artikkelen tar for seg interkulturell omsorg i fødselsomsorgen. Den nevner fem mønster som

			er typiske- blant annet graviditet og migrasjon-ekstra sårbar.
46.	Wikberg, A. (2019).	Kulturtolksdoulor støder invandrarkvinnor som föder barn.	Informasjon om kulturtolksdoulane i Umeå i Sverige.
47.	Wint, K., Elias, T. I., Mendez, G., Mendez, D. D. & Gary- Webb, T. L. (2019).	Experiences of community doulas working with low-income, african american mothers.	Artikkelen fokuserer blant annet på at bruk av doula fører til redusert bruk av keisersnitt og en mer positiv opplevelse av fødselen og tiden etter fødselen for fødekvinne, samt økt sjanse for å amme. Kulturell likhet mellom doula og fødekvinne blir sett på som positivt da fødekvinne lettere kan relatere seg til noen hun har noe til felles med.



SÅRBAR, GRAVID OG NY I NORGE
Trygg under fødsel med flerkulturell doula

Informasjon om prosjekt til gravide minoritetskvinner.

Seksjon for pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester i OUS har i samarbeid med kvinneklinikken på OUS, tolkesentralen, Oslo kommune og Norske kvinners sanitetsforening et pilotprosjekt pågående som heter: ***Sårbar, gravid og ny i Norge- Trygg under fødsel med flerkulturell doula.***

Vi ønsker å styrke og tilrettelegge for en likeverdig og individuell svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg for sårbare kvinner med minoritetsbakgrunn. De gravide og fødende minoritetskvinner skal oppleve trygghet og tillit i møte med fødselsomsorgen. Videre ønsker vi å bidra til at kvinnene får bedre kunnskap om det norske helsevesenet, gjennom å skape tillitt og redusere kvinnenes barrierer for å spørre om hjelp/støtte videre i barsel- og småbarnsfasen.

En flerkulturell doula har samme språk, opprinnelsesland (region), kultur og tradisjon som kvinnen som skal føde, og har selv erfaring med å føde på et norsk sykehus.

Den flerkulturelle doulaen kan dele sin erfaring og styrke, gi trygghet til fødekvinnen, være tilstede, dele praktiske kunnskaper og bidra til å gi kvinnene mestringsfølelse.

Hun kan være en veiviser inn i det norske helsevesenet. En flerkulturell doula er ikke en tolk, men en emosjonell og praktisk støtte.

De møtes 1-2 ganger under graviditeten, doulaen er med på fødsel, og de treffes 1-2 ganger etter fødsel.

Det er 11 kvinner som snakker enten arabisk, somali eller tigrinja som er klare for å ta doula oppdrag. De får betalt per.oppdrag, inntil ca 20 timer.

I prosjektperioden er det 30 - 40 gravide som får tilbudet.

Kriteriene for de gravide er kort botid i landet, lite sosialt nettverk, og at de har enten somali, arabisk eller tigrinja som sitt morsmål.