



Det helsevitenskapelige fakultet

Jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk.

Kappe og vitenskapelig artikkel

Masterstudenter: Amran Ahmed Abdulle & Natalia Rebeca Indset Borrego

Veileder: Ingela Lundgren

Ord: 7614 ord i kappen + 6692 ord i artikkelen.

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, våren 2022.

Forord

I august 2020 startet vi vårt livs eventyr i Nord-Norge. Vi har begge lenge drømt om å ta en mastergrad i jordmorfag og endelig var vår tur kommet. Dette studiet har utfordret oss både faglig og personlig. I løpet av kort tid har vi lært utrolig mye, og vi er enige om at vi har valgt et yrke som er rett for oss. Vi er evige takknemlige for muligheten til å kunne studere fulltid midt i en pandemi og følge vårt studieløp problemfritt ved Universitetet i Tromsø. Vi er også takknemlige for de relasjonene og vennskapene vi har fått underveis.

Vi ønsker å rette en stor takk til *familie, venner, medstudenter, lærere og veiledere* i praksis for all støtte vi har mottatt. Takk for styrken og motivasjonen dere har gitt oss i oppturer og nedturer de siste 2 årene. Vi ønsker også å takke våre praksislærere Sigrun Kongslie og Heidi Elvemo som har veiledet oss i praksis og engasjert oss i faget.

Spesielt ønsker vi å sende en stor takk til vår veileder Ingela Lundgren. Du har støttet og motivert oss under den tøffeste tiden av studiet. Sammen har vi laget en masteroppgave vi er veldig stolte av. Denne oppgaven ligger våre hjerter nær og vi er takknemlige for tiden du har lagt i å veilede oss. Vi sender deg mange varme klemmer til Gøteborg.

År 2020 var også jordmødrenes år og vi vil avslutte forordet med et dikt av Trygve Skaug som hyllest til alle jordmødre:

*Har du noen gang møtt ei som er livredd i øynene
som har lagt sitt livs verste timer bak seg
og du har fått lov til å være med å hjelpe i land
ikke bare barnet som var inni magen
men den livredde dama sin evne
til å ikke være redd for neste gang
klare å få ei sånn ei til å tenke at
ja dette skal jeg gjøre igjen
det er ikke så koselig
men det er fantastisk*

Tromsø, mars, 2022.

Abstrakt

Hensikt: Å utforske norske jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk.

Metode: Kvalitativ metode med åtte individuelle intervju. I dette studiet ble det brukt en hermeneutisk tilnærming og data ble analysert etter livsverden hermeneutikk.

Funn: Funnene presenteres gjennom fem temaer: *språkbarrierer kan gi disharmoni og hindre deltakelse, språkbarrierer kan føre til jordmordominans og dårligere omsorg, jordmødrene streber etter harmoni og å være verge, medikalisert fødsel på grunn av språkbarrierer og disharmoni kan føre til grenseoverskridelse*. Hovedtolkningen er basert på underbegrepene fra teorien «Birth territory: A theory for midwifery practice» av Fahy og Parrat (2006): *integrerende makt, ikke-integrerende makt, jordmorformynderskap og jordmordominans*. Hovedtolkningen fra studiet viser at i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker norsk, er det *ikke-integrerende makt* og *jordmordominans* som er fremtredende. Dersom jordmor ønsker å være en vokter og anvende integrerende makt, er endringer nødvendig i praksis slik at jordmødre kan styrke innvandrerkvinnene til å kunne ta makten tilbake i føderommet.

Konklusjon: For at jordmødre skal kunne møte innvandrerkvinner som ikke behersker språket og deres behov under fødsel er det mange utfordringer i omsorgen som må løses. Dagens praksis etterlater jordmødre med psykiske belastninger som fører til at jordmødre krysser egne og innvandrerkvinnens grenser. Jordmødrene behøver strategier for å kunne forbedre kommunikasjon som involverer kvinnen og som unngår en medikalisert fødsel. Kvinnen må være bedre forberedt og i større grad bli støttet for å kunne anvende sin makt under fødsel.

Nøkkelord: *Jordmor, fødsel, innvandrerkvinner, erfaringer, fødselsomsorg, hermeneutikk*

Abstract

Objective: To explore Norwegian midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the native language.

Methods: Hermeneutic lifeworld approach. Qualitative interviews with eight midwives working at specialist clinics and hospital maternity wards in Northern Norway were conducted. The midwives' age ranged from 30-60 years.

Findings: The findings are interpreted based on four concepts in the theory "Birth territory: A theory for midwifery practice" by Fahy and Parrat (2006); *integrative power*, *disintegrative power*, *midwifery guardianship* and *midwifery domination* and are presented in five themes; *language barrier can cause disharmony and prevent participation*, *language barrier can lead to midwifery domination and poorer care*, *midwives strive for harmony and to be a guardian*, *medicalized birth due to language barrier* and *disharmony can lead to crossing boundaries*. The main interpretation shows that in the encounter with women who do not master the native language, it is *disintegrative power* and *midwifery domination* that is prominent. However, the midwives strived to use their *integrative power*, and be guardians but in doing that they meet challenges.

Conclusion: For midwives to be able to meet immigrant women's needs and establish a good relationship with them numerous challenges need to be addressed. Midwives need strategies for better communication which involves the women, and for avoiding a medicalized birth. They also need strategies for not crossing their own and the immigrant woman's boundaries. Finally, the woman needs to be better prepared and supported to be able to use their own power during the birth.

Key words: *midwifery, birth, immigrant women, maternity care, hermeneutic*

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.1.1	Definisjon av innvandrerkvinner.....	2
1.2	Tidligere forskning	2
1.2.1	Hensikt	4
2	Teoretisk rammeverk.....	5
2.1	Birth territory and midwifery guardianship.....	5
2.2	A theory on intercultural caring in maternity care	6
3	Metode.....	7
3.1	Kvalitativ metode	7
3.1.1	Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	7
3.1.2	Hermeneutikk	7
3.1.3	Det kvalitative forskningsintervju.....	9
3.1.4	Utvalg	10
3.1.5	Datamateriale	10
3.1.6	Dataanalyse	10
3.2	Etiske vurderinger.....	11
4	Oppsummering av resultatene	12
5	Diskusjon.....	13
5	Metodologisk drøfting.....	18
5.1	Styrker og svakheter	18
5.2	Pålitelighet	19
5.3	Gyldighet	19
5.4	Overførbarhet.....	20
6	Konklusjon	20
	Referanseliste	22

Vedlegg 1 Artikkel	25
Vedlegg 2 Datahåndteringsplan	46
Vedlegg 3 Informasjonsskriv	49
Vedlegg 4 Intervjuguide.....	53
Vedlegg 5 Muntlig samtykke	54
Vedlegg 6 NSD godkjenning	55
Vedlegg 7 Forfatterveiledning	58

1 Innledning

Denne masteroppgaven vil ta for seg temaet jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Tematikken i denne masteroppgaven er valgt basert på erfaringer i praksis og med bakgrunn i studier. Som tospråklige jordmorstudenter har vi erfart språklige utfordringer som kan forekomme under fødsel når kvinnene ikke snakker norsk. I tillegg har vi gjort oss erfaringer rundt jordmødrenes beskrivelse av fødslene til denne gruppe fødekvinne. Dette har skapt stor interesse og engasjement til fordyping av teamet.

Oppgaven består av en kappe og en vitenskapelig artikkel som er tilpasset retningslinjene til det vitenskapelige tidsskriftet *Women and Birth* (vedlegg 7). Kappen er en innramming av artikkelen og har et mer inngående jordmorfaglig perspektiv som vil bli drøftet opp mot jordmorfaglig teori. Artikkelen (vedlegg 1) kan med fordel leses først for å få en bedre forståelse da funn og diskusjon mot tidligere forskning ikke vil gjentas i kappen.

1.1 Bakgrunn

På verdensbasis flytter mennesker mer på seg i dag enn tidligere (Bakken & Aasheim, 2017). Arbeidsinnvandring, flukt, familiegjennomføring, økonomiske endringer og utdanning er noen av hovedårsakene som fører til innvandring i Norge. I følge statistisk sentralbyrå var det 38 075 mennesker som innvandret til Norge i år 2020 (Statistisk Sentralbyrå, 2021b). Av disse menneskene utgjør mennesker med flyktningstatus en stor andel.

Innvandrerbefolkningen i Norge er relativt ung, og jordmor vil med stor sannsynlighet møte innvandrerkvinner i reproduktiv alder med varierende språkkunnskaper (Bakken & Aasheim, 2017; Hjern, 2012). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene skal jordmor «jobbe med den enkelte kvinne i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinnen vektlegger brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke. Jordmødre skal respektere kvinners rett til informert valg og arbeider for at kvinnen godtar ansvaret for utfallene av sine egne valg» (International Confederation of Midwives, 2014, s. 2).

Alle med lovlig opphold i Norge har rett på lik tilgang til helse- og omsorgstjenester hvor informasjonen er tilpasset mottakerens individuelle behov og språkbakgrunn (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021). Kommunikasjonsproblemer er det største hinderet i helse- og omsorgstjenestene (Bakken & Aasheim, 2017; Eriksen & Sajjad, 2020). Helsepersonell må

etterstrebe lik tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet som i mange tilfeller forutsetter tilrettelagt informasjon og kommunikasjon da språkbarrierer kan medføre redusert tilgang til helsehjelp, dårligere kvalitet på omsorgstjenestene, mindre tilfredshet og svekket tillitt til helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011). I 2013 la den daværende regjeringen frem et strategidokument som rapporterte om svikt i fødselsomsorgen. Ifølge rapporten lyktes ikke helsevesenet med oppfølging og behandling av innvandrerkvinner på en tilfredsstillende måte på grunn av språkbarrierer og innvandrergruppers særskilte behov (Helse og omsorgsdepartementet, 2013). En brukerrapport fra 2020 viser at Norge har endret seg og at mange av kvinnene som føder i dag behersker det norske språk i varierende grad. Rapporten viser at innvandrerbefolkningen er en svært heterogen gruppe og at det å være en fødende innvandrer kvinne ikke er en risikofaktor i seg selv, men viser til behovet for tilpasset kommunikasjon og informasjon (Kielland, 2020).

1.1.1 Definisjon av innvandrerkvinner

I Norge defineres en innvandrer som «en person som har opphold og bor i Norge, men er født i utlandet av utenlandskfødte foreldre og fire utenlandskfødte besteforeldre» (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2022). Med bakgrunn i denne definisjonen og utvalgt forskning har vi i denne masteroppgaven valgt å definere *innvandrerkvinner* som kvinner født utenfor Norge som ikke behersker det norske språk. I denne kappen anvendes begrepet *innvandrerkvinner* og i artikkelen anvendes begrepet *immigrant women*.

1.2 Tidligere forskning

I en oversiktsartikkel som tar for seg 22 studier, kommer det frem at kvinner som ikke behersker vertslandets språk ikke får like muligheter som de som behersker språket (De Freitas, Massag, Amorim, & Fraga, 2020). Studiene ble utført iblant annet England, Nederland og USA og inkluderte flyktningskvinner fra ulike land, slik som Somalia og Guinea. Resultatet fra studiene viser at innvandrerkvinner i stor grad deltok mindre aktivt i beslutninger relatert til svangerskap og fødsel sammenlignet med etniske kvinner. Dette skyldes blant annet mangelfull informasjon om rettigheter og beslutningsevne (De Freitas et al., 2020). En kvalitativ studie fra Sveits undersøkte kommunikasjons barrierer i omsorgen for innvandrerkvinner (Origlia Ikhilor, Hasenberg, Kurth, Asefaw, Pehlke-Milde & Cignacco, 2019). Resultatet viser at kvinnene mottok mangelfull informasjon og at de ikke fikk oppfylt sine ønsker i fødsel. Uten tolk ble kommunikasjonen redusert til det minimale og kvinnene fikk ikke tilstrekkelig informasjon om behandling (De Freitas et al., 2020).

Mangel på omsorg på grunn av språkbarrierer førte til at innvandrerkvinnene ikke søkte kontakt med helsetjenestene fordi kvinnene opplevde jordmødrene manglet kunnskap om kvinnehelse og fødselshjelp (Origlia et al., 2019). I en studie fra Australia ønsket man å sammenligne fødselsopplevelsen til kvinner født utenfor Australia med erfaringene til kvinner som er født i Australia (Hennegan, Redshaw, & Miller, 2014). Studiet viser at det var forskjeller i behandlingen og omsorgen de to gruppene mottok av jordmødre. Med språkbarrierer og kulturelle forskjeller i bakgrunn, rapporterte kvinnene født utenfor Australia at de erfarte de ikke ble godt nok ivaretatt på uavhengig av paritet, forløsningsmetode, sosioøkonomisk status, alder eller sivilstatus. Studiet oppsummerer at kvinner født utenfor Australia fikk en mindre aktiv rolle under fødselsforløpet og ble utsatt for en medikalisert tilnærming (Hennegan et al., 2014). En skotsk studie utforsket polske kvinners møte med det skotske helsevesenet. I studiet kom det frem at innvandrerkvinner erfarte de ble beskrevet som problematiske av jordmødrene. Kvinnene beskrev at de følte seg skamfulle over å ikke kunne språket (Crowther & Lau, 2019).

Studier viser at språkbarrierer forårsaker negative problemer for kvinner i svangerskap, fødsel og barsel, både kortsiktig og langsiktig. Studier viser at innvandrerkvinner med ikke-vestlig bakgrunn har større risiko for overtidig svangerskap, episiotomi, operativ vaginal forløsning, akutt keisersnitt, postpartum blødning, lav apgar-score og lav fødselsvekt hos den nyfødte sammenlignet med etniske kvinner (Bakken, Skjeldal, & Stray-Pedersen, 2015; Bollini, Pampallona, Wanner, & Kupelnick, 2009; Hjern, 2012; Johnsen, Christensen, Juhl, & Villadsen, 2021; E. Robertson, Malmstrom, & Johansson, 2005; WHO, 2018). I studier kommer det også frem at innvandrerkvinner erfarte psykiske og fysiske utfordringer slik som smerter i brystet, depresjon, hudsykdommen alopeci og suicidale tanker (Alhusen, Bower, Epstein, & Sharps, 2016; Small et al., 2014). En studie fra Sverige viser at det å bli behandlet som en fremmed, ignorert og møtt med en avvisende holdning er diskriminerende overfor innvandrerkvinner (Robertson, 2014). Derimot om innvandrerkvinnene opplevde å bli «tatt på alvor» av jordmor kjente kvinnene seg sterkere og uttrykte at det hadde færre komplikasjoner i forbindelse med graviditet og fødsel.

Det finnes også studier som undersøker jordmødres opplevelser fra møter med innvandrerkvinner i fødsel. I en kvalitativ studie fra Sverige ble jordmødres syn på ulike faktorer som kan bidra til ulikheter i helsetjenestene til innvandrerkvinner utforsket (Akhavan, 2012). Feilkommunikasjon på grunn på språkbarrierer, forskjellige systemer for kulturell tro og praksis og begrenset tillit var faktorer jordmødrene nevnte. I tillegg nevnte jordmødrene at

en faktor for ulikheter i praksis var at innvandrerkvinner ikke var i stand til å kreve sine rettigheter på lik linje med etniske svenske kvinner og de som kan språket. En kvalitativ studie fra Norge hadde til hensikt å belyse jordmødres oppfatninger om støtte til innvandrerkvinner før og etter fødselen (Lyberg, Viken, Haruna, & Severinsson, 2012). I studiet kommer det frem at jordmødrene var usikre på om kvinnene forstod hva som ble sagt og samtidig som de følte et stort ansvar for å sikre at informasjonen var blitt forstått. Jordmødrene erfarte denne gruppe kvinner som mindre interessert i egen helse under fødselen. På lik linje med de svenske jordmødrene i studiet til Akhavan (2012) mente jordmødrene i studiet at innvandrerkvinnene ikke krevde sine rettigheter og at kvinnene var mindre bekymret enn etniske norske fødekvinne. Jordmødrene var klar over at det forelå økt risiko hos innvandrerkvinner, men erfarte det som vanskelig å støtte dem (Lyberg et al., 2012).

1.2.1 Hensikt

Kort oppsummert viser studier at det foreligger økt risiko assosiert med ikke å kunne språket til vertslandet, og at innvandrerkvinner er mer utsatt for å oppleve medisinske komplikasjoner, negative fødselsopplevelser og dårlige fødselsutfall, både hos mor og barn. Innvandrerkvinner kan ha en opplevelse av å bli dårligere behandlet av personalet, hvor deres individuelle behov ikke blir møtt. Det er flere studier rettet mot kvinnenes erfaringer, derimot har vi ikke funnet noen studier som retter søkelys mot jordmødrenes opplevelser og erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker språket. Gjennom denne masteroppgaven ønsker vi å medvirke til ny kunnskap innenfor temaet da det er svært begrenset med studier rettet mot dette i en norsk kontekst.

Hensikten med denne masteroppgaven er å utforske norske jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Med bakgrunn i forskning har vi formulert forskningsspørsmålet til denne masteroppgaven som følgende: *«Hvilke erfaringer har jordmødre i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk?»*

2 Teoretisk rammeverk

I denne masteroppgaven er det anvendt to jordmorfaglige teorier som et verktøy for å kunne reflektere og diskutere rundt studiens funn samt knytte disse opp mot jordmorfaget i praksis.

2.1 Birth territory and midwifery guardianship

«Birth territory: A theory for midwifery practice» av Fahy og Parrat (2006) er en jordmorfaglig teori som beskriver forholdet mellom fødselsomgivelsene, forhold som påvirker makt og kontroll samt måten fødekvinne erfarer fødselen psykisklogiske og fysiologisk (Fahy & Parratt, 2006). Teorien ser på «jurisdiksjon» som makt til å gjøre hva man vil innenfor føderommet. Makten vil gi en kraft som gjør en i stand til å gjøre eller oppnå det man ønsker og kan også misbrukes slik at andre underkaster seg ens egne ønsker. Innenfor begrepet «jurisdiksjon» finner man fire underbegreper:

Integrerende makt innebærer å integrere alle former for makt i fødemiljøet til et felles mål. Ved bruk av integrerende makt vil kvinnen ta avgjørelser basert på denne type makt som vil gi kvinnen muligheten til å ta avgjørelser som promoterer den beste psykologisk og fysiologiske fødsel med et positivt utfall. Med integrerende makt er det viktig at kvinnen er klar over at hennes valg står i sentrum og det er viktig at jordmor styrker hennes posisjon og selvtillit.

Ikke-integrerende makt er en egosentrert makt som bryter andre former for makt i miljøet. Denne type makt kan brukes av kvinnen selv, jordmor og/eller enhver annen person i føderommet. Ikke-integrerende makt frarøver kvinnen i å være i ett med kroppen og kvinnen vil ikke være i stand til å føle, stole på eller respondere spontant til kroppslige sensasjoner. Ikke-integrerende makt vil separere kvinnen fra hennes kraft og vil svekke og senke hennes energinivå.

Jordmorformynderskap er en form for integrerende makt og innebærer at jordmor kontrollerer hvem som krysser grensene til fødselsrommet og så langt det er mulig forhindrer enhver person innenfor fødselsområdet til å bruke ikke-integrerende kraft. Jordmor fremmer og respekterer kvinnens integrasjonskraft som gjør at kvinnen kan oppleve en uforstyrret fødsel. Et fødemiljø uten forstyrrelser er kritisk for den fødende kvinnen, slik at hun kan føle seg trygg nok til å gi fra seg behovet for å være på vakt selv.

Jordmordominans er en form for ikke-integrerende makt som er basert på disiplinær makt. Jordmordominans forstyrrer kvinnen i hennes arbeid mot en uforstyrret fødsel da fødekvinne kun vil følge jordmors veiledning og vil ikke være i stand til å jobbe med egne kroppslige sanser og intuisjoner. Denne jordmorfaglige teorien er anvendt som en tolkningsramme for resultatene i artikkelen (vedlegg 1) i dette studiet.

2.2 A theory on intercultural caring in maternity care

«A theory on intercultural caring in maternity care» er en jordmorfaglig teori utviklet av Wikberg som beskriver det interkulturelle omsorgsforholdet mellom innvandrerkvinner og jordmor i svangerskap, fødsel og postpartum (Wikberg, 2021). Teorien utdyper omsorgens dimensjoner og dens innvirkning på kvinnens helse og velvære. Begrepene *omsorg, kultur og interkulturell* kobles sammen for å belyse viktigheten av omsorgen som gis til innvandrerkvinner av jordmødre. *Omsorg* betyr respekt og tilstedeværelse, og er kjernen i jordmorutøvelsen. *Kultur* beskrives som «et mønster av det tillærte med dynamiske verdier og tro som gir mening til opplevelse» (Wikberg, 2021 s.446). Dette er med på å påvirke tanker og handlinger til individer. Kulturer er ulike, men ingen dominerer den andre. *Interkulturell* er en forbindelse mellom to kulturer, som er like verdifulle. Den interkulturelle omsorgen refererer til generell helse, omsorg og pleie for pasienter som har en annen kulturell bakgrunn. Omsorgen skal forhindre lidelse og fremme helse og velvære.

Teorien kan anvendes for å bevisstgjøre jordmødres kulturelle aspekter og omsorg som gis i møte med innvandrerkvinner i fødsel. Omsorgen kan påvirke kvinnen i en positiv retning og ha en indirekte påvirkning på kvinnens helse. Teorien utdyper viktigheten av å inneha interkulturell omsorg som er selve kjernen i jordmorutøvelsen. Uavhengig av hvem man er eller hvor man kommer fra er kulturer like verdifulle (Wikberg, 2021). Teorien kan anvendes for å øke forståelsen for jordmor i møte med innvandrerkvinner i fødsel. Vi har valgt denne teorien da den gir en bredere forståelse av innvandrerkvinneres situasjon sammenliknet med teorien «Birth territory: A theory for midwifery practice» som gir en dypere forståelse av kvinners fødselssituasjonen.

3 Metode

I dette kapittelet vil metodevalget bli presentert. I den første delen vil kvalitativ metode presenteres med fokus på livsverden hermeneutikk. Det vil bli redegjort for det kvalitative forskningsintervju. Videre vil utvalget, intervjuprosessen og analyseprosessen stegvis bli presentert. Til slutt i kapittelet vil de forskningsetiske vurderingene presenteres.

3.1 Kvalitativ metode

Til denne masteroppgaven er det benyttet en kvalitativ forskningsmetode. Den kvalitative metoden tar for seg meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017). Den kvalitative metoden kjennetegnes ved at den har i hensikt å få frem det særegne, gå i dybden, ha en nærhet til datainnsamlingen og formidle forståelse. Denne metoden egner seg best til å utforske studiets hensikt om *hvilke erfaringer jordmødre har i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk* da den kvalitative forskningsmetoden har fokus på meninger og opplevelser som skal bidra til bedre forståelse av menneskets opplevelse (Dalland, 2017). Det finnes ulike tradisjoner innenfor kvalitativ metode hvor det i denne oppgaven anvendes en kvalitativ metode med intervju som design.

3.1.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

I dette studiet anvendes en livsverden hermeneutisk tilnærming. Metoden baseres på filosofiene til Husserl, Heidegger og Gadamer (Fleming, Gaidys, & Robb, 2003; Gadamer, Schaanning, & Holm-Hansen, 2012; Husserl, 1982; Warnke, 1993). Det finnes ulike hermeneutiske metoder og livsverden hermeneutikk har et *fenomenologisk grunnlag* (Dahlberg, Dahlberg, & Nyström, 2008a).

3.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikken er en vitenskapelig metode og har lang historie med røtter innen filosofi. Hensikten med metoden er å forstå og tolke ulike menneskelige fenomener ved å hjelpe mennesker med å forstå hvordan man forstår og hvordan man kan gi verden mening (Thornquist, 2018). Metoden skal bevisstgjøre oss i hvordan man tolker tekster og går tilbake til bibeltolkning. Hermeneutikk i allmennhet omtales som fortolkningslære, hvor man tar for seg spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. I hermeneutikken vektlegges det at tekster er selvstendige produkter som kan tolkes for seg selv. Tekstens autonomi er sentral og den

skal tolkes som et objekt skilt fra forfatterens intensjoner og skal ses i sammenheng med tidens særpreg (Thornquist, 2018).

Gadamer beskriver hvordan kunnskap kan skapes i en sirkulær prosess. Den hermeneutiske sirkelen er en bevegelse fra tekst og intervju (den originale helheten) til analyse (detaljer) som gir en ny helhet og forståelse som er selve hovedtolkningen. *Sirkelen* er en beskrivelse av en dynamisk erkjennelsesprosess hvor metoden tar sikte på å forstå begge deler (helhet og del) best mulig (Gadamer et al., 2012; Thornquist, 2018). I den hermeneutiske sirkelen skal mennesket forsøke å forstå deler ut fra helheten og helheten ut fra delene. For hver gang en forståelse søkes fra en del av en virkelighet vil det påvirke oppfatningen av en helhet. Denne forståelsen vil dermed settes i et nytt lys og gi et større perspektiv på noe som påvirker helhets forståelsen av noe. Heidegger og Gadamer mener at menneskets måte å eksistere på er hermeneutisk. Mennesker er i verden som forstående og deretter fortolkende (Thornquist, 2018). Åpenhet kan bidra til at et fenomen kan forstås på nye måter og deretter passe inn i en ny kontekst (Gadamer et al., 2012). I forskningsprosessen har vi forsøkt å kontinuerlig tilnærme oss arbeidet med åpenhet og gjennom den hermeneutiske sirkelen for å kunne forstå deler ut fra helheten og helheten ut fra delene.

3.1.2.1 Livsverden hermeneutikk

Det ble valgt å anvende en *livsverden hermeneutisk* tilnærming for å forsøke å forstå jordmødrenes erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Den livsverden baserte forskningen forsøker å beskrive menneskets hverdagsopplevelser på en systematisk og metodisk måte og kan anvendes i både fenomenologiske og hermeneutiske metodetilnærminger (Dahlberg et al., 2008a). I en livsverdens hermeneutisk metode brukes en metafor, et begrep eller en teori som tolkningsramme sammenliknet med en fenomenologisk metode som kun er beskrivende. Analysen av data er i de første trinnene like for de fenomenologiske og livsverden hermeneutiske studiene. Livsverden hermeneutikken er et forsøk på å forstå menneskets verden akkurat som tolkning og forståelse er essensielle deler av det å eksistere. Å være åpen og lydhør er viktig i livsverdens hermeneutikken for å kunne se «otherness» (annenhet). Dette innebærer å ha et åpent sinn når en intervjuer og analyserer data for å kunne forske på hva som egentlig er der (Dahlberg et al., 2008a). Fokuset i livsverden forskningen er alltid å finne betydningen av data. Forskeren må være klar over fallgruvene i tolkningsprosessen for å unngå å se det som allerede er forstått. Forforståelse er dermed et viktig begrep i Gadamer sin

filosofi. Som forskere innen humanvitenskap, må vi forstå oss selv som historiske vesener ettersom vi alltid vil være forbundet med fortiden og tradisjoner som er en del av vår livsverden (Gadamer et al., 2012). Det er derfor viktig som forskere å reflektere over egen forforståelse og dens innflytelse på tolkningene for å kunne se eller forstå noe på en ny måte. I denne masteroppgaven har vi forsøkt å reflektere og diskutere vår forforståelse sammen og med vår veileder gjennom hele prosessen.

Ifølge Gadamer kommer all forståelse bevisst eller ubevisst fra tidligere erfaringer (Dahlberg et al., 2008a). Det er likevel mulig å ta grep for å optimalisere åpenhet. Gadamer sier «enhver person som prøver å forstå en tekst, projiserer alltid. Han projiserer en mening for teksten som helhet så snart en mening dukker opp i teksten. Igjen kommer den opprinnelige betydningen bare fordi han leser teksten med spesielle forventninger til en viss mening. Å utarbeide denne forforståelsen som stadig revideres når det gjelder det som dukker opp når han trenger inn i meningen er å forstå hva som er der» (Dahlberg et al. 2008 s. 287).

Forskeren kan med dette bringe holdninger og følelser som Gadamer kaller fordommer til overflaten. Det kan være produktivt å gi andre lesere tilgang til materialet som kan evaluere forskerens forforståelse. Denne masteroppgaven har gjennom hele prosessen stegvis blitt evaluert og presentert til medstudenter og veiledere i et opponentskap med kritiske tilbakemeldinger. Som masterstudenter var vi opptatt av å fremme informantenes perspektiv ved å opprettholde en åpenhet slik at oppgaven kunne gjennomføres i tråd med de forventningene som er satt for metoden.

3.1.3 Det kvalitative forskningsintervju

Det ble i dette studiet utført livsverden intervju for å innhente beskrivelser om intervjuobjektets livsverden for å kunne tolke betydningen (Dahlberg et al., 2008a). Dette ble gjort ved å innsnevre intervjuet til den opplevde betydningen av intervjuobjektets livsverden. Intervjuet ble basert på en utformet intervjuguide (vedlegg 4). Det ble utført individuelle intervjuer, da hensikten var å få frem enkeltmenneskets oppfatninger og holdninger uten påvirkning, som kan være en risiko i eksempelvis gruppeintervju. I det kvalitative forskningsintervjuet blir et spesifikt tema bestemt på forhånd og informantene fikk mulighet for fri samtale underveis i intervjuene. De utarbeidede spørsmålene var åpne slik at informantene hadde anledning til å lede samtalen i en annen retning enn planlagt av forskeren (Tjora, 2020). Livsverden intervju ansees som best egnet til å besvare studiets hensikt da man ønsket å utforske jordmødrenes opplevde betydning av deres livsverden.

3.1.4 Utvalg

Med bakgrunn i studiens hensikt ble det rekruttert jordmødre gjennom eget nettverk som hadde erfaring og interesse for temaet. Inklusjonskriterierene var jordmødre som behersket nordisk språk og med minimum fem års erfaring i praksis. Utvalget besto av jordmødre som jobbet på kvinneklinikker eller fødeavdelinger i Nord-Norge. Det ble valgt to ulike fødenivåer innenfor den norske fødselsomsorgen da vi ønsket å dekke en bredere erfaring. I tillegg var det rekruttert jordmødre i ulike aldersgrupper, dette var tilfeldig. Noen av jordmødrene jobbet i større byer, andre i distriktene. Det ble sendt ut invitasjoner til å delta i studiet tidlig i forløpet slik at vi var forberedt på avslag. Prosessen gikk uproblematisk for seg og ingen av jordmødrene trakk seg fra studiet. Alle informantene var kvinner.

3.1.5 Datamateriale

Datamaterialet bestod av åtte livsverden intervju som hadde i hensikt å innhente intervjuobjektets livsverden (Dahlberg et al., 2008a). Intervjuene ble fortløpende transkribert da råmateriale er et ideal innen kvalitativ forskning. Intervjuguide (vedlegg 4) med spørsmål var utgangspunktet for intervjuene og ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene var nøye gjennomtenkt for utdypning av temaet, var åpne og etter studiets hensikt. Intervjuene ble gjennomført digitalt via teams og to av intervjuene ble utført fysisk. Det ble tatt opp lydopptak via applikasjonen Nettskjema Diktafon som ble oppbevart etter datahåndteringsplanen (vedlegg 2).

3.1.6 Dataanalyse

Til denne masteroppgaven ble det brukt livsverden hermeneutikk som metode for dataanalysen (Dahlberg et al., 2008a). Å analysere data ut ifra denne metoden handler om å forstå fenomener og finne deres betydning og beskrivelser som relaterer seg til fenomenet i fokus. For at fenomenene og deres betydning skal forstås, og resultatene kan bli kritisert og brukt av andre må de presenteres på en helhetlig måte (Dahlberg et al., 2008a). Vi startet prosessen med å lese gjennom intervjuene flere ganger for å få en følelse av helheten. Den studenten som utførte intervjuet, hadde ansvaret for transkribering. Studentene utførte fire intervju hver. Neste steg var å markere og identifisere «meningsbærende enheter» som er uttrykk og meninger som svarer på studiens hensikt. Dette ble gjort ved å skrive ut transkripsjonene og markere for hånd slik at man ble godt kjent med materialet. I denne prosessen var studiens hensikt i fokus og de «meningsbærende enhetene» ble markert ut ifra

hvilke erfaringer jordmødrene hadde i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersket det norske språk. Etter en gjennomgang endte det opp med et stort antall «meningsbærende enheter» som senere ble sortert i ulike kluster. De ulike kluster var et arbeidsdokument som ikke vil presenteres i resultatdelen, men var en hjelp til å formulere neste steg i analysen (Dahlberg et al., 2008a).

I første omgang hadde vi 43 kluster. Etter en ny gjennomgang ble disse 43 klustrene satt sammen til 11. Disse 11 klustrene ble kalt *kommunikasjon, bruk av tolk, mannen, behandling av innvandrerkvinner, jordmor utøvelsen, risiko for komplikasjoner, forberedelse til fødsel, psykisk belastning, å kunne se redselen, ulike fødekulturer og samarbeid mellom jordmor og fødekvinnen.* I neste steg i analysen ble en tekst sammenfattet av de respektive klustrene. Teksten (11 ulike dokumenter) er i en livsverden hermeneutisk analyse grunnlaget for sub-tema og temaer der en teori, et begrep eller en metafor kan anvendes. I en fenomenologisk analyse er derimot klustrene grunnlaget for essensbeskrivelsen (Dahlberg et al., 2008a).

Om materialet kan knyttes opp mot en teori, et begrep eller en metafor besluttes når analysen er kommet til klusternivå. En tenkt teoretisk forbindelse prøves dermed via sub-tema, tema og helhetstolkning for å forsøke å forklare hele materialet. I hele prosessen går forskeren fra helhet til del og til helhet i linje med den hermeneutiske sirkelen (Dahlberg et al., 2008a). I analysen betyr dette å gå tilbake til intervjuene, meningsbærende enheter og kluster flere ganger før sluttresultatet presenteres. I denne analysen ble det anvendt fire underbegreper fra teorien «Birth territory: A theory for midwifery practice» (Fahy & Parratt, 2006); *integrerende makt, ikke-integrerende makt, jordmorformynderskap og jordmordominans* som tolkningsramme for å presentere sluttresultatet i form av tema og helhetstolkning.

3.2 Ethiske vurderinger

De etiske overveielsene i denne masteroppgaven er basert på de internasjonale yrkesetiske retningslinjer for jordmødre (International Confederation of Midwives, 2014) og Helsinkikonvensjonen (Cantín, 2018). All medisinsk forskning er underlagt etiske forhåndsregler hvor retten til frivillig deltakelse, retten til å trekke seg som informant, informert samtykke, anonymisering og nytteverdi står sentralt. Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) vurderte prosjektet til å være i samsvar med personvernlovgivningen og godkjente prosjektsøknaden (vedlegg 6).

Informantene mottok i forkant av intervjuene et informasjonsskriv om studiets hensikt (vedlegg 3). Før intervjustart ble informasjonsskrivet oppsummert og informantene samtykket til deltagelse muntlig (vedlegg 5). Informantene var informert muntlig og skriftlig om at de kan trekke seg frem til innleveringsfrist uten noen konsekvenser. For å sikre personvern ble all data anonymisert slik at det ikke var mulig å gjenkjenne informantens identitet. I kvalitative studier er det slik at de empiriske data skal reflektere deltakerens erfaringer og meninger på best mulig måte. Gjennom hele forskningsprosessen ble det kritisk reflektert rundt de etiske utfordringene som oppstod. Det ble satt fokus på formuleringen og sitater på dialekt som kunne ha en annen betydning enn det som ble oppfattet. Dette ble avklart umiddelbart i intervjuprosessen da gjengivelse er et ideal i kvalitativ forskning selv om det aldri kan bli oppnådd til det fulle. Det ble brukt et sikkert datanettverk i henhold til datahåndteringsplanen (vedlegg 2) godkjent av NSD ved bruk av programmet nettskjema diktafon app. Det ble gjort en risikovurdering etter UiT – Norges arktiske universitet sine retningslinjer.

4 Oppsummering av resultatene

Resultatene fra denne studien er basert på fire underbegreper fra teorien «Birth territory: A theory for midwifery practice» (Fahy & Parratt, 2006); *integrerende makt*, *ikke-integrerende makt*, *jordmorformynderskap* og *jordmordominans*. Hovedtolkningen fra studiet viste at i møte med kvinner som ikke behersker det norske språk i fødsel var det *ikke-integrerende makt* og *jordmordominans* som var fremtredende. Språkbarrieren hindret innvandrerkvinner fra å være delaktige i forløsningen og maktbalansen i føderommet kunne forstyrres av tolker, jordmødre og kvinnen selv. Mangel på tillitt kunne lede til disharmoni og til redsel som også kunne påvirke fødselsforløpet negativt med flere komplikasjoner. Når det oppsto disharmoni i føderommet, ble fødslene tatt over og kontrollert. Dette medførte at innvandrerkvinnene fikk få eller ingen valgmuligheter. Bruken av *ikke-integrerende makt* kunne i tillegg lede til en medikalisert fødsel. Bruken av *ikke-integrerende makt* og *jordmordominans* i føderommet ledet til grenseoverskridelse og disharmoni. Om jordmor derimot skulle være en vokter og utøve *integrerende makt* var det nødvendig med forandringer. Dette kunne oppnås ved at jordmor fikk en mulighet til å se den individuelle kvinnen og møte deres tanker og ideer og ikke språkbarrieren primært, og få bedre verktøy for kommunikasjon. Jordmor kunne da anvende *integrerende makt* og være en vokter slik at kvinnene kunne oppnå en uforstyrret

fødsel. Kvinnene hadde også behov for å få bedre hjelp med språket før, under og etter fødselen for å kunne utøve sin makt.

Resultatet presenteres videre med fem temaer (1) *språkbarrierer kan gi disharmoni og hindre deltakelse*, (2) *språkbarrierer kan føre til jordmordominans og dårligere omsorg*, (3) *jordmødrene streber etter harmoni og å være vokter*, (4) *medikalisert fødsel på grunn av språkbarrierer* og (5) *disharmoni kan føre til grenseoverskridelse* som er presentert i artikkelen (vedlegg 1).

5 Diskusjon

Det henvises til artikkelen (vedlegg 1) for en mer inngående diskusjon av funnene. I dette kapittelet vil de fem temaene diskuteres ut ifra de jordmorfaglige modellene som tidligere er presentert.

Språkbarrierer kan gi disharmoni og hindre deltakelse

Temaet *språkbarrierer kan gi disharmoni og hindre deltakelse* handlet om jordmødrenes muligheter for kommunikasjon og formidlingsevne til innvandrerkvinnene. Språkbarrierer kunne ifølge våre funn skape disharmoni ettersom innvandrerkvinner ikke kunne kreve sine rettigheter og mottar mindre eller ingen informasjon (De Freitas et al., 2020; Origlia et al., 2019). Alle fødekvinne har krav på like rettigheter og tilbud i fødsel (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021), men ifølge jordmødrene i vårt studie gjaldt ikke dette innvandrerkvinnene som ikke behersket det norske språk. Jordmødrene i vår studie erfarte at de ikke fikk gitt den behandlingen de ønsket på bakgrunn av språkbarrierer.

For å kunne skape harmoni i føderommet var god kommunikasjon nødvendig. Dette kan relateres til Wikbergs (2021) teori som beskriver hvordan en profesjonell tolk kunne medføre at innvandrerkvinner erfarte at jordmor hadde interesse for kvinnens kultur og verdier. Dette var en viktig dimensjon av kommunikasjonen (Wikberg, 2021). På denne måten reduserte jordmor risiko for disharmoni i føderommet og kunne bruke tolken til å skape en felles forståelse mellom jordmor og innvandrerkvinnene. Funn i studien viste at selv om tolk var et godt hjelpemiddel i mange situasjoner for å forenkle kommunikasjonen kunne dette ifølge jordmødrene skape disharmoni under fødsel. Bruken av tolk ble beskrevet av jordmødrene som tidskrevende, et forstyrrende element og i enkelte situasjoner kunne tolken skape en barriere mellom jordmor og innvandrerkvinnen når kvinnene måtte forholde seg til enda en

person, spesielt i akutte situasjoner. Denne barrieren kunne lede til bruken av *ikke-integrerende makt og jordmordominans* i føderommet. Våre funn viste til utfordringer relatert til bruken av tolk i fødsel, samtidig som retten til tolk var et nødvendig redskap for kvinnene slik at de var i stand til å kommunisere og fremme sine ønsker og behov i fødsel. De yrkesetiske retningslinjene for jordmødre fremhever at jordmor skal «jobbe med den enkelte kvinne i et partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen mellom jordmor og kvinne vektlegger brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke» (International Confederation of Midwives, 2014, s 2). Dette vil ifølge våre funn være vanskelig å oppnå dersom kvinnene ikke forstår informasjonen som blir gitt og ikke kan ta et informerte valg og samtykke. Med bakgrunn i dette foreligger det derfor behov for mer kunnskap om hvordan jordmødre på best mulig måte kan imøtekomme innvandrerkvinner som ikke behersker det norske språk i fødsel.

Det er studier som utforsker hvem som har ansvaret for at innvandrerkvinner mottar og forstår informasjon som gis ut fra jordmødrenes perspektiv (Akhavan, 2012; Lyberg et al., 2012). I studiene fremkommer det at enkelte jordmødre hevder det er kvinnens eget ansvar, noen mener samfunnets og andre jordmors ansvar. Våre funn viste at jordmødrene i dette studiet uttrykte at det er jordmors jobb å informere kvinnene tilstrekkelig, men beskrev det som utfordrende i praksis for å kunne skape trygghet. Studier viser at når innvandrerkvinner føler seg betrygget øker deres selvtillit og dette vil bidra til at kvinnene blir i stand til å forberede seg og håndtere fødselen bedre (Akhavan, 2012; Lyberg et al., 2012). Dette samsvarer med våre funn som viste at når kvinnene føler seg trygge og ivaretatt kan jordmor anvende *integrerende makt og jordmorformynderskap* i føderommet. Betydningen av tolk har dermed vært et viktig verktøy for jordmødrene da de i etterkant av fødselen har oppdaget at kvinnene har reagert og utagert fordi kvinnene har vært redde for at de selv eller barnet skulle dø. Jordmødrene bør ifølge våre funn benytte seg av tolk i svangerskapet og tidlig i fødselsforløpet slik at harmoni kan oppnås og styrke innvandrerkvinnene i egen fødsel. Videre bør det gjennomføres studier som undersøker hvordan tolk kan anvendes på best mulig måte i sammenheng med fødsel i for eksempel akutte situasjoner.

Språkbarrierer kan føre til jordmordominans og dårligere omsorg

Temaet *språkbarrierer kan føre til jordmordominans og dårligere omsorg* handlet om at kvinnenes fødselsopplevelse var avhengig av hvilken jordmor de møtte under fødsel. Ifølge jordmødrene som er inkludert i studien baserte dette seg på at enkelte kollegaer ikke hadde

gode holdninger, og derfor overtok jordmødrene omsorgen selv for innvandrerkvinnene i fødsel. Jordmødrene sto ifølge våre funn ovenfor et valg hvor de på den ene siden kunne velge å fortsette bruken av *ikke-integrerendemakt* og *jordmordominans* i føderommet. På denne måten ville makten og ansvaret ligge hos jordmor og ikke hos fødekvinnen. En kan stille spørsmål ved om det å ha kontrollen i føderommet ga jordmødrene en trygghet på bekostning av innvandrerkvinnenes fødselsopplevelse. Dersom jordmødrene anvendte *ikke-integrerende makt* og *jordmordominans* var det ifølge våre funn ingen mulighet for å etablere harmoni eller skape en relasjon mellom jordmor og innvandrerkvinnene i fødsel. Ved at jordmor tok kontrollen og ansvaret i føderommet alene, var ikke fødekvinnen i stand til å bruke sin makt og kroppslige sansninger og intuisjoner til å oppnå en instinktiv fødsel (Fahy & Parratt, 2006). Her er vi i midlertid klar over at jordmødrene beskrev kolleger med negative holdninger og ikke seg selv. Resultatet indikerer imidlertid at det foreligger grunnlag for videre forskning på dette området.

For å unngå dårligere omsorg beskrev jordmødrene viktigheten av et gjensidig forhold. Dette bekreftes av Lundgren og Berg (2007) som beskriver at gjensidighet mellom jordmor og fødekvinnen er et nødvendig grunnlag for god jordmorsomsorg. Dette støttes av Wikbergs (2021) teori som viser at manglende felles forståelse mellom jordmor og innvandrerkvinnene vil ikke fødselen ha en mulighet for samarbeid. Våre funn viste at dersom jordmor var i stand til å anvende *integrerende makt* og *jordmorformynderskap* kunne kvinnene ta avgjørelser basert på denne type makt som har til hensikt å promotere den beste psykologiske og fysiologiske fødsel med et positivt utfall (Fahy & Parratt, 2006). På denne måte kan jordmor oppnå harmoni i føderommet og samtidig unngå negativ påvirkning av innvandrerkvinnens fødselsopplevelse.

Jordmødrene streber etter harmoni og å være verge

Under studien viste noen av funnene våre at enkelte jordmødre hadde et ønske om å jobbe på en annen måte. Den økte innvandringen til Norge har resultert i at dagens jordmødre kan forvente møter med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Dette innebar at jordmødrene måtte jobbe på en annen måte på grunn av språkbarrierer som ble beskrevet som utfordrende. Språkbarrierer medførte at jordmødrene ikke klarte å oppfylle kvinnenes ønsker og behov i fødsel på bakgrunn av ulike forventninger. Wikberg (2021) påpeker at selv om innvandrerkvinnene mottar informasjon er det ikke nødvendigvis slik at de forstår det som blir sagt på grunn av ulike forventninger til blant annet fødsel (Wikberg,

2021). Våre funn avdekket at jordmødrene strevde for å oppnå harmoni for å imøtekomme den enkelte kvinnes behov og ønsker. Dette innebar å endre måten innvandrerkvinnene ble møtt på, da møtene krevde at jordmødrene jobbet nærmere kvinnene enn hva de var vant til. Wikbergs (2021) teori bekrefter dette og viser til at innvandrerkvinner kunne bruke jordmor som en profesjonell venn for å unngå isolasjon og lidelse. Ifølge studiens funn kan innvandrerkvinner som ikke behersker det norske språk bli forhindret i å kunne bruke jordmor som en profesjonell venn med bakgrunn i språkbarrierer. Et forslag til praksis for å sikre at innvandrerkvinner får denne muligheten er å benytte tolk i et tidlig stadium og at innvandrerkvinnene får hjelp i svangerskapsomsorgen til å skrive et fødebrev på norsk som inneholder kvinnenes ønsker og behov i fødsel.

Wikberg (2021) anvender begrepet *interkulturell* som en forbindelse mellom to kulturer som likeverdige. Ved å inneha kunnskap om interkulturell omsorg kunne jordmødrene se kvinnene på lik linje som seg selv og kunne dermed promotere helse og velvære hos innvandrerkvinnene. Dette kommer også frem i Lundgren og Berg (2007) som viser at dersom jordmor ser seg selv på lik linje med kvinnen, kunne man oppnå gjensidighet og delt ansvar. Dette innebar at kvinnen var i stand til å ta imot jordmor personlig og profesjonelt og at kvinnen har en vilje til å gjennomgå fødselen og mestre smertene den medfører (Lundgren & Berg, 2007). Våre funn viste at jordmødrene på denne måten kunne fremme harmoni i føderommet og være i stand til å inntre rollen som en vokter slik at innvandrerkvinnene kunne oppnå en uforstyrret fødsel.

Medikalisert fødsel på grunn av språkbarrierer

Temaet *medikalisert fødsel på grunn av språkbarrierer* omhandlet at språkbarrierer ifølge jordmødrene kunne resultere i en medikalisert fødsel. Språkbarrierer kunne blant annet medføre utfordringer som unødvendige intervensjoner da jordmødrene ikke forstod innvandrerkvinnene. Samtidig så jordmødrene en signifikant økning i medikaliserte fødsler dersom kvinnene ble selektert som risikofødende. Dette opplevde jordmødrene som en negativ utvikling i fødselsforløpet. Skogheim og Lundgren (2021) viser til at Norge på lik linje med andre høyinntektsland har et problem med økt medikalisering i fødselsomsorgen som resulterer i flere medisinske inngrep. Medikalisering kan medføre mindre fokus på kvinnens perspektiv og fødselsomsorgen vil være preget av en medikalisert tilnærming (Skogheim & Lundgren, 2021). Det finnes modeller som er utviklet med evidens i kvinnesentrert omsorg som er et hovedmål for teori og praksis i fødsel. (Berg, Asta Ólafsdóttir, &

Lundgren, 2012) har utviklet en modell i en nordisk kontekst med hensikt i å promotere jordmortilnærming og kvinnesentrert omsorg (Berg et al., 2012). Våre funn viste at det foreligger behov for dette i praksis slik at jordmødre kan opprettholde normalitet i jordmorfaget og dermed bidra til å unngå en medikalisert tilnærming med unødvendige intervensjoner hos innvandrerkvinnene som ikke behersker språket.

Medikalisert tilnærming kunne skape unødvendig stress hos kvinnene og medføre at jordmor ikke kunne unngå konflikter. I følge Wikberg (2021) kan konflikter unngås ved at jordmor forsøker å forstå de individuelle behovene som foreligger hos innvandrerkvinner samt praktisere jordmorfaget deretter for å unngå en medikalisert fødsel. Dette er en utfordring i praksis da språkbarrierer mellom jordmor og innvandrerkvinnene er et hinder for å kunne unngå konflikter. For å kunne forebygge medikamentelle intervensjoner var det ifølge jordmødrene viktig at innvandrerkvinnene var forberedt på fødsel og at kvinnene var godt informert på deres eget språk om selve fødselsforløpet. Jordmødrene beskrev det som utfordrende dersom det ikke var lagt en fødselsplan for innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker språket. I slike tilfeller viste våre funn at *disharmoni, ikke-integrerende makt og jordmorformynderskap* var dominerende i føderommet. Derimot erfarte jordmødrene at dersom kvinnene var forberedt var det muligheter for å oppnå harmoni, *integrerende makt og jordmorformynderskap* slik at unødvendige intervensjoner kunne forhindres og at kvinnene fikk hjelp til å anvende sin egen makt.

Disharmoni kan føre til grenseoverskridelse

Temaet *disharmoni kan føre til grenseoverskridelse* handlet om at selv om det var givende å møte innvandrerkvinner i fødsel, opplevde jordmødrene det som en psykisk påkjenning, noe som kunne lede til grenseoverskridelse. Det som oftest skjedde ifølge jordmødrene, var at de befant seg i en situasjon hvor de handlet uten samtykke. Dette samsvarer ikke med de yrkesetiske retningslinjene for jordmødre, da jordmor ved å handle uten samtykke ikke kunne «gi aktiv mening til egen og andres følelse av egenverd» (International Confederation of Midwives, 2014 s.2). Jordmødrene beskrev følelser av fortvilelse, mental utmattelse, maktesløshet og hjelpeløshet. Dette kunne lede til disharmoni i føderommet som et resultat av mangel på *integrerende makt og jordmorformynderskap*. Når *ikke-integrerende makt og jordmordominans* var fremtredende, var ikke jordmødrene i stand til å gi makten tilbake til innvandrerkvinnen fordi disharmoni preget føderommet (Fahy & Parratt, 2006). Disharmoni og grenseoverskridelse påvirket jordmødres arbeid og de beskrev de ikke fikk gjort en god

nok jobb, som ledet til en fortvilet situasjon hvor jordmødrene gikk hjem med en dårlig følelse. Det er behov for ytterligere forskning rettet mot jordmødres opplevelser av psykiske belastninger i praksis og hvordan dette påvirker jordmorutøvelsen.

Våre funn viste at når jordmødrene hadde tålmodighet var de i stand til å kunne gi god og trygg omsorg til innvandrerkvinnene selv om møtene var tidskrevende ifølge jordmødrene. Dette var en utfordring i praksis da jordmor og innvandrerkvinnene ikke hadde et felles språk. Wikbergs (2021) teori vektlegger at tålmodighet må ligge til grunn for at jordmødrene skal kunne stille spørsmål, vise interesse samt lytte til innvandrerkvinnenes behov i fødsel. En utfordring for teorien er at språkbarrierer kan hindre innvandrerkvinnene i å kunne besvare spørsmålene som blir stilt og dermed ikke kunne være i stand til å vise interesse. Det finnes prosjekter hvor flerkulturell doula er med innvandrerkvinner i fødsel som en støtteperson. En doula er en fødselsledsager med erfaring innen ikke-medisinsk fysisk, emosjonell og praktisk støtte før, under og etter fødselen (Campbell, Scott, Klaus, & Falk, 2007). Ved å ha en flerkulturell doula med seg i fødsel kan kvinnene være i stand til å aktivt delta under fødsel, da den flerspråklige doula kan fungere som en støtteperson som kan bidra til at informasjonen blir gitt og forstått slik at kvinnene kan ta selvstendige beslutninger i egen fødsel (Berg & Terstad, 2006; Lundgren, 2010; McLeish & Redshaw, 2018). Dersom kvinnene får ta del i beslutninger og aktivt delta i egen fødsel kan jordmor ifølge våre funn unngå å oppleve konflikter og grenseoverskridelser.

5 Metodologisk drøfting

I dette kapittelet vil oppgavens styrker og svakheter, pålitelighet, gyldighet og overførbarhet drøftes for å redegjøre for de valg som er gjort av forskergruppen i forhold til kvalitet og fremstilling av resultater og masteroppgaven.

5.1 Styrker og svakheter

Styrker ved denne masteroppgaven er at det frembringes ny kunnskap om jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Grunnet covid-19 pandemi ble syv intervju gjennomført digitalt. Det var i hovedsak ønskelig med fysisk oppmøte, men på grunn av daværende restriksjoner ble den muligheten begrenset og anses som en svakhet da nonverbal kommunikasjon gikk tapt. En annen svakhet kan ligge kan være utvalget som bestod av et fåtall jordmødre. Rekruttering fra eget nettverk kan ansees

som både en styrke og svakhet i dette studiet. Det påpekes som en svakhet ettersom relasjonen til forskergruppen kunne påvirke materialet og samtidig anses det som en styrke da jordmødrene deltok frivillig og hadde samtidig interesse for temaet.

5.2 Pålitelighet

I kvalitativ forskning er ikke fullstendig nøytralitet mulig, da forskeren også er et individ med egne ståsteder, faglig interesse, motiver og personlige erfaringer. Dersom forskeren som person påvirker materialet, vil gyldigheten og påliteligheten bli begrenset (Dahlberg et al., 2008a). Ved å gi leseren en inngående beskrivelse av konteksten og detaljert fremstilling av fremgangsmåten har vi forsøkt å styrke denne studiens pålitelighet. Vi har delt masteroppgaven med et opponentskap for å forsøke å forhindre selvopptatthet og unngå at vårt ståsted blir fremtredende. Likevel er det risiko for at forforståelsen kan ha påvirket resultatet. Denne utfordringen ble forsøkt identifisert ved å gjennomgå materialet flere ganger og gjennom reflekterende diskusjoner mellom oss og veilederen for å opprettholde nøytralitet i teksten.

En avgjørende faktor i kvalitativ forskning er om forskeren viser kunnskap, erfaring, er ærlig og rettferdig (Dahlberg et al., 2008a). Det ble invitert ni jordmødre til å delta i studien fra eget nettverk. Det er en risiko for at materialet kan ha blitt påvirket grunnet vår relasjon til deltakerne, men vi anser risikoen for liten da relasjonen er arbeidsrelatert og ikke personlige forhold. Det var en utfordring å fokusere på jordmødrenes perspektiv og vi erfarte at gjennom intervjuprosessen måtte jordmødrene påminnes at det er deres opplevelser vi er ute etter og ikke kvinnenens perspektiver, som de heller ikke kan svare på. Under intervjuprosessen måtte vi også spesifisere et spørsmål da jordmødrene ikke forstod meningen med spørsmålet. Vi erfarte at noen av jordmødrene ønsket tilbakemeldinger underveis, som vi ikke kunne gi da vi ikke ønsket å påvirke utsagn og materialet. Vi måtte også tilstrebe at det var jordmødrenes perspektiv og ikke kvinnenens som var i fokus under analysen.

5.3 Gyldighet

I en *Gadamisk-tilnærming* er forskeren ansvarlig for å skape tillit og gyldighet i forskningsprosessen og analysen (Dahlberg et al., 2008a). All vitenskapelig forskning må være objektiv, og man må dermed innta en holdning som får oss til å se fenomenet vi ser gjennom alle tidligere tanker, følelser og meninger vi har i forhold til det. Gadamer sikter til «annenhet» hvor man som forsker forsøker å skille fra det vi antok på forhånd. For å oppnå

dette ble det presentert hvert enkelt steg i prosessen, da revisjonsevne er et kriterium for å oppnå gyldighet (Dahlberg et al., 2008a). Det var anvendt direkte sitering for å gi leseren tilgang til å skape en formening. Intervjuene ble fortløpende transkribert for å kunne sikre råmaterialet. Tolkningen av materialet er kontinuerlig satt opp mot den hermeneutiske sirkel, fra delene til helhet og omvendt. Tolkningene ble også sammenlignet med tidligere evalueringer for å komme frem til en mer helhetlig forståelse. Gjennom hele prosessen har vi forsøkt å se det nye og ikke det vi visste på forhånd.

5.4 Overførbarhet

All vitenskapelig forskning må være mulig å generalisere for at det skal være gyldig for andre som ikke er involvert i det konkrete studiet (Dahlberg et al., 2008a). Generaliserbarhet i kvalitativ forskning er ikke samme som ved kvantitative studier. Generaliserbarhet i kvalitative forskning er knyttet til om resultatene er kontekstbundet. Dette betyr at resultatene av studiet må forstås ut ifra den konteksten det er utført i, hvor i dette tilfelle er et høyinntekstland og jordmødrene primært jobber på fødeinstitusjoner på sykehus. Når resultatene skal overføres til andre kontekster må det tolkes i forhold til den nye konteksten (Dahlberg et al., 2008a). Overførbarheten av resultatene bør derfor være større i tilsvarende sammenheng som andre fødeinstitusjoner i Norge og land med samme organisering av fødsel- og barselomsorgen slik som Sverige og Danmark.

6 Konklusjon

Denne studien viser at i møter med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk er det *ikke-integrerende makt* og *jordmordominans* som var fremtredende.

Språkbarrierer påvirket jordmødres evne til god kommunikasjon og formidlingsevne som kunne resultere til disharmoni i føderommet. Disharmoni kunne lede til grenseoverskridelse og jordmødrene kunne dermed ikke etablere en relasjon til innvandrerkvinnene. *Ikke-integrerende makt* og *jordmordominans* kunne lede til en mer medikalisert fødsel med unødvendige intervensjoner. *Ikke-integrerende makt*, *jordmordominans* og disharmoni kunne påvirke jordmødres praksis på en slik måte som kunne føre til en opplevelse av psykisk belastning. Dersom jordmødrene kunne anvende *integrerende makt* og *jordmorformynderskap*, kunne harmoni skapes og jordmødrene kunne være i stand til å fylle sin rolle som vokter. Ved å være vokter kunne jordmødrene hjelpe innvandrerkvinnene til å ta tilbake makten slik at kvinnene kunne bli styrket i egen fødsel.

Dette studiet konkluderer derfor med at det er behov for mer forskning om jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Dette er viktig for å kunne videre synliggjøre innvandrerkvinneres særskilte behov og redusere den økte risikoen for komplikasjoner hos innvandrerkvinner på norske fødeinstitusjoner. For at jordmødrene skal kunne være tilfreds med omsorgen som gis er det behov for ytterligere forskning rettet mot hvilke strategier og retningslinjer som kan bidra til positive resultater og gode eksempler på hvordan innvandrerkvinner som ikke behersker vertslandets språk kan bli møtt av jordmødre. Det er også behov for ytterligere forskning som undersøker kvinnenes opplevelser.

Referanseliste

- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *Int J Equity Health*, 11(1), 47-47. doi:10.1186/1475-9276-11-47
- Alhusen, J. L., Bower, K. M., Epstein, E., & Sharps, P. (2016). Racial Discrimination and Adverse Birth Outcomes: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(6), 707-720. doi:10.1111/jmwh.12490
- Bakken, K. S., Skjeldal, O. H., & Stray-Pedersen, B. (2015). Higher Risk for Adverse Obstetric Outcomes Among Immigrants of African and Asian Descent: A Comparison Study at a Low-Risk Maternity Hospital in Norway. *Birth*, 42(2), 132-140. doi:10.1111/birt.12165
- Bakken, K. S., & Aasheim, V. (2017). Reproktiv helse blant innvandrerkvinner In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka* (pp. 101- 115).
- Balaam, M.-C., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A.-M., . . . Severinsson, E. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs*, 69(9), 1919-1930. doi:10.1111/jan.12139
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc*, 3(2), 79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Berg, M., & Terstad, A. (2006). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 22(4), 330-338. doi:10.1016/j.midw.2005.09.006
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B. (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med*, 68(3), 452-461. doi:10.1016/j.socscimed.2008.10.018
- Bower, K. M., Geller, R. J., Perrin, N. A., & Alhusen, J. (2018). Experiences of Racism and Preterm Birth: Findings from a Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2004 through 2012. *Womens Health Issues*, 28(6), 495-501. doi:10.1016/j.whi.2018.06.002
- 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. doi:10.1111/j.1523-536X.2007.00174.x
- Cantín, M. (2018). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human subjects. Reviewing the Latest Version. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 1(4), 339-346. doi:10.32457/ijmss.2014.042
- Crowther, S., & Lau, A. (2019). Migrant Polish women overcoming communication challenges in Scottish maternity services: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 72, 30-38. doi:10.1016/j.midw.2019.02.004
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008a). Reflective Lifeworld Research. In K. Dahlberg, H. Dahlberg, & M. Nyström (Eds.), *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving. In O. Dalland (Ed.), *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De Freitas, C., Massag, J., Amorim, M., & Fraga, S. (2020). Involvement in maternal care by migrants and ethnic minorities: a narrative review. *Public Health Rev*, 41(1), 5-5. doi:10.1186/s40985-020-00121-w
- Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis : perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7. utgave. ed.). Oslo: Gyldendal.

- Fahy, K. M., & Parratt, J. A. (2006). Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women Birth*, 19(2), 45-50. doi:10.1016/j.wombi.2006.05.001
- Fleming, V., Gaidys, U., & Robb, Y. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nurs Inq*, 10(2), 113-120. doi:10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x
- Gadamer, H.-G., Schaanning, E., & Holm-Hansen, L. (2012). *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax.
- Gadamer, H.-G., Weinsheimer, J., & Marshall, D. G. (2013). *Truth and method*. London: Bloomsbury Academic.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle – Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* www.regjeringen.no
Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester/id733870/>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*.
- Helsedirektoratet. (2019). Svangerskapsomsorgen. *Svangerskapsomsorgen*.
- Hennegan, J., Redshaw, M., & Miller, Y. (2014). Born in another country: Women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women Birth*, 27(2), 91-97. doi:10.1016/j.wombi.2014.02.002
- Higginbottom, G., Reime, B., Bharj, K., Chowbey, P., Ertan, K., Foster-Boucher, C., . . . Salway, S. (2013). Migration and Maternity: Insights of Context, Health Policy, and Research Evidence on Experiences and Outcomes From a Three Country Preliminary Study Across Germany, Canada, and the United Kingdom. *Health Care Women Int*, 34(11), 936-965. doi:10.1080/07399332.2013.769999
- Hjern, A. (2012). Migration and public health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13. *Scand J Public Health*, 40(9_suppl), 255-267. doi:10.1177/1403494812459610
- Husserl, E. (1982). *Collected works : Vol. 2 Book 1 : Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy General introduction to a pure phenomenology* (Vol. Vol. 2 Book 1). The Hague: Nijhoff.
- Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (2022). Ord og begreper. *Tall og fakta*. Retrieved from <https://www.imdi.no/om-integrering-i-norge/ord-og-begreper/>
- International Confederation of Midwives. (2014). International Code of Ethics for Midwives. Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Johnsen, H., Christensen, U., Juhl, M., & Villadsen, S. F. (2021). Implementing the MAMA ACT intervention in Danish antenatal care: a qualitative study of non-Western immigrant women's and midwives' attitudes and experiences. *Midwifery*, 95, 102935-102935. doi:10.1016/j.midw.2021.102935
- Kielland, M. G. (2020). *Rapport fra intervjuer med brukere av tilbudet flerkulturell doula*. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Rapport%20fra%20brugerundersøkelse%20flerkulturell%20doula.pdf>
- Lundgren, I. (2010). Swedish women's experiences of doula support during childbirth. *Midwifery*, 26(2), 173-180. doi:10.1016/j.midw.2008.05.002
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scand J Caring Sci*, 21(2), 220-228. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x
- Lyberg, A., Viken, B., Haruna, M., & Severinsson, E. (2012). Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women. *J Nurs Manag*, 20(2), 287-295. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01364.x

- McLeish, J., & Redshaw, M. (2018). A qualitative study of volunteer doulas working alongside midwives at births in England: Mothers' and doulas' experiences. *Midwifery*, 56, 53-60. doi:10.1016/j.midw.2017.10.002
- Origlia, Hasenberg, Kurth, Asefaw, Pehlke - Milde, & Cignacco. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *J Adv Nurs*, 75(10), 2200-2210. doi:10.1111/jan.14093
- Origlia Ikhilor, P., Hasenberg, G., Kurth, E., Stocker Kalberer, B., Cignacco, E., & Pehlke - Milde, J. (2018). Barrier - free communication in maternity care of allophone migrants: BRIDGE study protocol. *J Adv Nurs*, 74(2), 472-481. doi:10.1111/jan.13441
- Lov om pasient- og brukerrettighetsloven, , LOV-2021-05-07-34 C.F.R. (2021).
- Robertson. (2014). "To be taken seriously" : women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. *Sex Reprod Healthc*, 6(2), 59-65. doi:10.1016/j.srhc.2014.09.002
- Robertson, E., Malmstrom, M., & Johansson, S.-E. (2005). Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth? *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84(9), 825-832. doi:10.1111/j.0001-6349.2005.00686.x
- Skogheim, G., & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(1). doi:10.7557/14.5444
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M., . . . Gagnon, A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*, 14(1), 152-152. doi:10.1186/1471-2393-14-152
- Statistisk sentralbyrå. (2021a, 9. Mars 2021). Fakta om innvandring. Retrieved from <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Statistisk Sentralbyrå. (2021b). Flyttinger *Befolkning* Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/flytting/statistikk/flyttinger>
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. (2020). Kvalitative forsknings-metoder i praksis. In A. Tjora (Ed.), *Kvalitative forsknings-metoder i praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Viken, B., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2015). Maternal Health Coping Strategies of Migrant Women in Norway. *Nurs Res Pract*, 2015, 878040-878011. doi:10.1155/2015/878040
- Warnke, G. (1993). *Hans-Georg Gadamer : hermeneutik, tradition och förnuft*. Göteborg: Daidalos.
- WHO. (2018). Improving the health care of pregnant refugee and migrant woman and newborn children (Technical guidance on refugee and migrant health).
- Wikberg, A. M. (2021). A theory on intercultural caring in maternity care. *Scand J Caring Sci*, 35(2), 442-456. doi:10.1111/scs.12856

Vedlegg 1 Artikkel

Title: Midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the host countries language. A lifeworld hermeneutic study.

Tidsskrift: Denne artikkelen er tilpasset det vitenskapelige tidsskriftet *Women and Birth*. Dette tidsskriftet har ingen ordbegrensninger:

https://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/707424?generatepdf=true

Abstract:

Objective: To explore Norwegian midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the native language.

Methods: Hermeneutic lifeworld approach. Qualitative interviews with eight midwives working at specialist clinics and hospital maternity wards in Northern Norway were conducted. The midwives' age ranged from 30-60 years.

Findings: The findings are interpreted based on four concepts in the theory "Birth territory: A theory for midwifery practice" by Fahy and Parrat (2006); *integrative power*, *disintegrative power*, *midwifery guardianship* and *midwifery domination* and are presented in five themes; *language barrier can cause disharmony and prevent participation*, *language barrier can lead to midwifery domination and poorer care*, *midwives strive for harmony and to be a guardian*, *medicalized birth due to language barrier* and *disharmony can lead to crossing boundaries*. The main interpretation shows that in the encounter with women who do not master the native language, it is *midwifery domination* and *disintegrative power* that is prominent. However, the midwives strived to use their *integrative power*, and be guardians but in doing that they meet challenges.

Conclusion: For midwives to be able to meet immigrant women's needs and establish a good relationship with them numerous challenges need to be addressed. Midwives need strategies for better communication which involves the women, and for avoiding a medicalized birth. They also need strategies for not crossing their own and the immigrant woman's boundaries. Finally, the woman needs to be better prepared and supported to be able to use their own power during the birth.

Key words: *midwifery, birth, immigrant women, maternity care, hermeneutic*

Introduction

Migrants and ethnic minority women are more likely to lack adequate information, report suboptimal communication with care staff caused by language barriers, be offered fewer opportunities to express preferences, and be less involved in decisions about their care compared to native women shows a review based on 22 studies from various countries such as United Kingdom, United States of America, Sweden, and the Netherlands [1]. A qualitative study about communication barriers from Switzerland shows that immigrant women did not receive necessary information and they did not get their wishes or preferences fulfilled at the maternity ward [2]. Studies show that immigrant women received less or no information during birth compared to ethnic women and the women who mastered the host countries language. Studies shows that immigrant women participated less actively in decisions regarding pregnancy and birth compared to ethnic women [1-3]. However, a salutogenic focus may avoid a problematic focus on migrant women, and promotes strength and women's own resources [4].

The study from Switzerland on immigrant women's experiences [2] shows similar findings to the review article [1]. Lack of communication led health professionals not responding to women's real needs, and the women experienced that the care was not satisfying [2]. A study from Sweden shows that women with language barriers do not have access to the same opportunities as the women who master the language in the host countries [5]. Studies have shown that language barriers could cause problems for women during pregnancy, birth both in a short- and long-term perspective. In addition, studies show that immigrant women with non-western backgrounds have a greater risk of premature pregnancy, episiotomy, operative vaginal delivery, acute caesarean section, postpartum haemorrhage, low Apgar score and low birth weight in the new-born compared to ethnic women [6-11]. Reports show that women with a minority background experienced mental and physical challenges such as chest pain, depression, the skin disease alopecia, and suicidal thoughts because of stress caused by discrimination [12]. The immigrant women shared the importance to have a safe and caring relationship with the midwives, which contributed to an increased self-esteem for the women who managed more on their own, calmer, gained strength and were better able to prepare for birth [5, 9, 13-15]. There are also studies that explore midwives' experiences of encounters with immigrant women in Sweden and Norway [16, 17]. The midwives expressed that immigrant women receive different care compared to native women due to incorrect

communication due to language barriers, different systems for cultural beliefs and practices, limited trust, and not being able to claim their rights [16, 17].

The study presented here was conducted in Norway. According to Statistics Norway (SSB), 38 075 people immigrated to Norway in year 2020 [18], in a country with 5,4 million inhabitants. Everyone with legal residency in Norway has the right to equal healthcare services[19]. Many of the immigrant women are in fertile age and need assistance by health personnel's regarding sexual and reproductive health [9]. In Norway midwives have an important and independent role in care during pregnancy, birth, and postpartum when the women are healthy and have uncomplicated pregnancies [20]. Midwives must strive for equal access and deliver good health care services, which can be challenging when there is language barriers between the women and midwives [21]. Good communication and mutual understanding are fundamental in the meeting between patients and health professionals [22].

In summary studies show that immigrant women are in a vulnerable position during labour and birth. There are several studies aimed at the women's experiences, however we have not found studies that shed lights on midwives' experiences in meeting immigrant women during labour and birth who do not master the native language. Therefore, the aim of this study was to explore Norwegian midwives' experiences encountering immigrant women during labour and birth who do not master the native language.

Methods

A hermeneutic approach [23] based on a lifeworld perspective [24] was used to explore midwives 'experiences of encountering immigrant women in labour and birth who do not master the native language. Lifeworld research attempts to describe everyday experiences, in a systematic and methodical way [25]. The hermeneutic circle is a movement from text and interview (the original whole) to analysis (details) which gives a new whole and a new understanding which is the main interpretation itself. The circle is a description of a dynamic cognition process where people try to understand. Being open and responsive is important in hermeneutics to be able to see "otherness." This means having an open mind when interviewing and analysing data for research [25]. In lifeworld research the focus is on the meaning implicit in the data. It is important that the researcher is aware of the pitfalls in the process of interpretation to avoid merely seeing what is already understood [23, 25].

Setting and participants

In Norway there are three levels within the maternity care: specialist clinics, hospital maternity ward, and midwifery-led units. Two different birth levels within the Norwegian maternity care were chosen to cover a broader experience. For this study, nine midwives were invited to participate. The midwives were recruited through a private network of midwives' who had experience and interest in the topic. The inclusion criteria were midwives who mastered a Nordic language and had a minimum of five years of clinical practice as a midwife. The sample consisted of midwives who worked at specialist clinics or hospital maternity wards in Northern Norway. The midwives' age ranged from 30-60 years. Because of technical problems with one audio, one participant was excluded from the study. Therefore this study includes a total of eight participants.

Ethical considerations

Ethical approval was obtained, and permission to undertake the study was granted by Norwegian Centre for Research Data (NSD). Prior to the interviews, the participants received an information letter by e-mail about the purpose of the study. Before the start of the interview the information letter was summarized, and the participants orally agreed to participate by stating their name and that they knew of their rights to withdraw from the project at any stage without explaining why. To ensure privacy, all data was anonymized so that it was not possible to recognize the participants' identities. The participants were assured that all information would be treated confidentially. A secure data network was used in accordance with the data management plan approved by NSD using the program web from Dictaphone app.

Data collection

Informed consent was received from each participant and all eight gave permission to digitally record interviews. Each midwife was interviewed on one occasion and was asked four questions: (1) *what is your experience as a midwife in encounters with immigrant women?* (2) *can you elaborate your experiences from labour and birth with women who do not master the Norwegian language?* (3) *from your experience; what is the most challenging when encountering immigrant women who do not master the Norwegian language?* (4) *from your experience; which tools and knowledge are important to have as a midwife when encountering with immigrant women who do not master the Norwegian language?*

One of the researchers conducted the interview and the other one took notes. The length of the interviews varied from 23-40 minutes.

Data analysis

The data analysis was based on lifeworld hermeneutics approach [25]. First all interviews were transcribed and read several times to get a sense of the whole. The next step was to mark and identify “meaning units” that are descriptions that corresponded to the aim of the study. In the next step “meaning units” were clustered and named. Clusters are several “meaning units” that have similar meaning. Based on these clusters a text was formulated describing the meaning of each cluster. The clusters are a working document that will not be presented in the results section but is used as an aid in formulating the next step in the analysis [25]. In a lifeworld hermeneutic analysis, the clusters are the basis for sub-themes and themes where a theory, a concept, or a metaphor is to be applied [25]. Whether the material can be linked to a theory, a concept or a metaphor is decided when the analyses have reached cluster level. A theoretical connection is thus tested via sub-theme, theme, and holistic interpretation to try to explain the entire material. Throughout the process, the researcher goes from whole to part and whole in line with the hermeneutic circle [25]. In the analysis, this means going back to the interviews, “meaning units”, and clusters several times before the result is presented.

In this study, the theory “Birth territory: A theory for midwifery practice” by Fahy and Parrat (2006) was used for interpreting the findings [26]. The theory focuses on the birth room, called the “terrain” and the use of power within the birth room called “jurisdiction.” Four concepts from “jurisdiction” have been used in the interpretation of the findings: *integrative power*, *disintegrative power*, *midwifery guardianship* and *midwifery domination*. Integrative power involves integrating all forms of power performed by all persons in the birth room towards a common goal in supporting and integration of the women’s mind and body to promote a normal birth. *Midwifery guardianship* is a pure form of integrated power that involves nurturing the women’s sense of safety by respecting her attitude, beliefs, and values. This will help create a sense of security so that the women can let go of being on guard. *Disintegrative power* is an ego-based power that breaks other forms of power in the environment and can be utilized by the women, midwives and other people present in the birth room who can prevent the women’s confidence to be able to feel, trust and respond spontaneously to her bodily sensations and intuitions. *Midwifery domination* is a form of disintegrative power and is based on disciplinary power. This power can disrupt women’s labouring process and can cause the women to give up their embodied knowledge and power.

Findings

Five themes emerged from the data analysis; *language barrier can cause disharmony and prevent participation, language barrier can lead to midwifery domination and poorer care, midwives strive for harmony and to be a guardian, medicalized birth due to language barrier and disharmony can lead to crossing boundaries.*

Language barrier can cause disharmony and prevent participation

The language barrier affected midwives' communication and the ability to convey information to the women. Challenges related to language barriers were described and this could reduce the opportunities women had to participate, and to contribute to their own birth and what offers the women could receive. Communicating without the opportunity to speak was particularly challenging for the midwives, and they therefore often used body language without success.

“You can't convey the information in the best viable way, you can't help them in the best possible way.”

The language barrier created disharmony because it deprived immigrant women of their rights to participate according to the midwives. The midwives were not able to give the information the way they wanted, which from the midwives' experiences resulted in that the immigrant women were not given the treatment to which they were entitled. The midwives said that all women giving birth had equal rights in labour and birth but described that the immigrant women were in risk of receiving different treatments.

“There is a risk that they will not get what they should have, even though everyone has equal rights and access to health care regardless of language barrier.”

The midwives described Norway as a multicultural country where some of the younger midwives were more prepared to meet immigrant women than the older generation of midwives according to them. Births led by the older generation of midwives were described as more controlled and that the immigrant women were given few or no options due to language barriers. If so, there was a greater risk for disharmony and that woman could not participate and be involved in the birth.

“The woman is a bit at the mercy of who they meet inside the birth room. They will simply receive a different maternity care.”

Although an interpreter was a useful tool in many situations for better participation, it could also create disharmony during labour and birth. The use of interpreters varied among the midwives, and some of the midwives had never used interpreters during active labour. The use of interpreter by phone was described as disruptive because the women would not be receptive to information. Especially acute situations were described as challenging because there was no opportunity to inform the women. When using interpreter after the birth the midwives described that the women reacted and acted in a certain way because some feared death for themselves or the baby. Interpreters could, when appropriate, be an aid for the women’s participation and choices. The midwives expressed that it is the midwife’s job to inform the women sufficiently for participation. However, it was challenging in practice to reach harmony in the birth room.

“It is important to contact the interpreter if you have time and there is room for it. If the woman enters when in latent phase, we have very good time to find an interpreter and explain what will happen.”

According to the midwives, one important aspect that hindered harmony and participation was when the women became frightened. The midwives experienced that communication was challenging when trying to help the women with fear because the midwives were unable to convey information in such a way that the women felt safe. This could cause unpleasant and frightening situations for the women and the midwife. The midwives were worried that the immigrant women might feel that they were treated differently than ethnic women.

“It is challenging when you realize they are scared. Then it is exceedingly difficult. During labour you are so inside yourself and you are in so much pain and if you also are scared then it can be difficult because you cannot have calm communication and talk about things. This is the biggest challenge, but it is important to stay calm.”

Language barrier can lead to midwifery domination and poorer care

Midwifery *domination* and poorer care meant that the view of labour and birth depends on the attitude of the midwife the women meet, which are not always good according to the

midwives. The midwives described insecurity among their colleagues and sometimes they chose to take over the care of the immigrant women themselves because they consider the women to be safer in their hands than with other colleagues. There are descriptions that the younger midwives described that they felt they had to justify their actions so that the immigrant women did not feel they were receiving poorer maternity care.

“You hear in the lunchroom that people are different. Also, in how we meet people... Some have a lot of understanding while others have little and sometimes, I think let me take these women because she will get the best care with me. Because some people can, and others cannot. That is just how it is.”

Midwifery domination could lead to the immigrant women being at the mercy of who they meet in the birth room because there are different attitudes and practices among the midwives according to them. Midwifery domination was also about negative attitudes toward immigrant women due to language barrier and negative attitudes among their colleagues. These aspects were described as racist by one midwife.

“I do not take part in the ideology of the elder generation of midwives who perceive to have a slightly racist and different view of immigrant women.”

The midwives said that cooperation between the midwife and the woman was especially important for good care. They described challenges when the women have expressed that they have understood something, but their actions show that they have not. This could, according to the midwives, lead to poorer care and dangerous situations. The midwives described a mutual understanding between the midwife and the immigrant woman as essential to create good birth experiences for the women. Without mutual understanding and cooperation, midwifery domination would take over and leave the women with no control because the midwife had taken over to a greater extent or in total.

Midwives strive for harmony and to be a guardian

The midwives described how they strived for harmony by working differently and in a better way meet immigrant women, their culture, and different beliefs. Being a midwife was described as more than just a job by the midwives, because for the women and their partner, it was important for the rest of their lives. There was an aspiration to work as a guardian by meeting each woman individually, but many challenges hindered the midwives from being a

guardian.

“You feel you have a very important job. Even though it is challenging, you do a job for both mother and the child.”

The midwives wished that the immigrant women had a safe support person with them when giving birth so harmony could be created in the birthing room. However, these women did not always have their partner or other supporters presents. According to the midwives, the women could search for confirmation and security that they could find in the midwife. The midwives then became the guardian for the woman which according to the midwives could give an increased self-esteem.

“The immigrant women may find security and support in the midwife. As a midwife, I find it nice and natural. I get a good feeling.”

The midwives described an enormous respect in meeting immigrant women. Being a guardian for these women was about being able to respect different choices despite one’s own values and attitudes. The midwives described it challenging to meet the individual woman’s needs and choices when they do not have a common language. As it is fundamental in midwifery practice to meet each individual woman it was frustrating to not being able to do that. Creating harmony means for the midwives to adapt to the individual woman’s culture.

“One must create space for them to be allowed to do what feels natural and important to them.”

Medicalized birth due to language barrier

Regarding the risk of complications, the midwives described an increased risk when there were language barriers. Midwives described situations where healthy multipara ended up with interventions. Midwives concluded that dangerous outcomes, unnecessary interventions, and misunderstandings was caused by language barrier.

“The women express that they have understood without having. That can potentially create dangerous situations. It is difficult and uncomfortable when they do not understand. It is challenging for the partnership.”

When women are selected as risk-patients, midwives experienced that it can be a more medical birth with interventions, a medicalized birth. This created a challenge for the partnership between the midwife and the woman during birth. The midwives expressed that they had to take over the births to a greater extent and they experienced this as a negative development in the birthing process because it could cause unnecessary stress for the women.

“Midwives take over the birth to a greater extent, which can create an adrenaline rush in the women. It can create fear and a feeling of not feeling safe which can result in too little oxytocin. They can get bad contractions that can result in a protracted process and operative delivery.”

The midwives described a challenge when no plan had been made in advance for these women. It was necessary to clarify which expectations there were for the woman and the midwife. When the women lacked knowledge about birth in a Norwegian setting, the midwives experienced that they could not fulfil the women’s expectations during birth. The midwives described the importance of having patience and that it was important to make time so that the women could feel comfort and be present. Without patience, the midwife was not able to take care of the women which could contribute to unnecessary interventions and a medicalized birth.

Disharmony can lead to crossing boundaries

Although the midwives felt it was rewarding meeting these women, it was described as a psychological strain for the midwives. It could lead them to crossing boundaries. The midwives described feelings of despair, mental exhaustion, powerlessness, and helplessness. These were factors that could contribute to disharmony in birth and that could lead the midwives to cross boundaries.

“You are afraid of crossing boundaries because the women have no control. You must take over the steering wheel, and at the same time you must not “push” too hard. It is a difficult balance. It does something to you as a person when you feel it.”

Disharmony and crossing boundaries affected midwives ‘work because they were not able to work as they wanted. It may lead to a desperate situation where the midwives’ went home with a bad feeling. The midwives felt unsuccessful in radiating security to the women. The

midwives described situations where they felt they were crossing boundaries because both the woman and the midwife had lost control. There were two situations where the midwives in particular risked crossing boundaries. It applied to immigrant women in addition to language barriers who had undergone female genital mutilation (FGM) and the women who were alone during birth. It was especially difficult in encounters with women who were exposed to FGM as most of whom wanted to be re-infibulated after birth. The midwives described a feeling of abuse against this group of women and felt it on their conscience when they had to tell the women it is illegal to re-infibulate. The midwives agreed that strength is required to be able to stand in these births.

“It is a shock for them when we start opening without talking about it... without talking tools....it feels like an abuse. Because they do not want to be opened but it must be done. At least when we cannot re-infibulate again either, it feels like we are crossing all boundaries... That is a lot to handle.”

The midwives described that due to the language barrier, their communication skills were affected, and a lot of energy was spent on explaining which created disharmony. What usually happens according to the midwives is that they find themselves in a situation where they act without consent. These situations felt desperate, but it helped the conscience when the woman was grateful afterwards. The midwives wished this topic were more talked about, so they did not carry the mental strain alone or crossed the women or their own boundaries.

Main interpretation

The main interpretation from this study shows that in the encounter with women who do not master the Norwegian language, it was *midwifery domination* and *disintegrative power* that was prominent. The language barrier prevented immigrant women from being involved in the birth room and the balance of power in the birth room could be disturbed by interpreters, midwives, and the women themselves. Lack of trust could lead to disharmony and fear, which could also negatively affect the birth process with more complications. When disharmony occurred in the birth room the births were taken over and controlled. This caused the immigrant women to receive few or no options. The use of *disintegrative* power could also lead to a medical birth with unnecessary interventions. The use of *disintegrative* power and *midwifery domination* in the birth room could lead to border crossing and disharmony. If the midwife, on the other hand, wanted to be a guardian and use *integrative power*, changes were

necessary. This could be achieved by the midwife being able to see the individual and not focusing on language barriers, cultural and different beliefs primarily without the individual women's thoughts, values, and attitudes. The midwife could then use *integrative* power and take *guardianship* so that the woman could achieve an undisturbed birth. Women also need to prepare for and use their power during birth.

Discussion

Findings from this study show that language barriers could cause disharmony and prevent immigrant women's participation, could lead to midwifery domination and poorer care, to a medicalized birth, and that disharmony could lead to crossing boundaries. Further the findings shows that the midwives' strived for harmony and to be guardians for the women.

Our study found that language barriers could affect the midwife's ability to communicate and convey information to the women. This was confirmed by earlier research from different countries [1-3] which reported that immigrant women received less or no information during birth, participated less actively in decisions regarding pregnancy and birth compared to ethnic women and the women who mastered the host countries language. Our findings reveal that language barriers could cause *disharmony and prevent participation* because the midwives were not able to convey information the way they wanted and were required to. This resulted in the immigrant women not receiving the treatment they were entitled to and deprived the immigrant women of their rights to participate. This is against midwifery practice according to The International Code of Ethics for Midwives [27] where the midwives are supposed to "support the right of women to participate actively in decisions about their care."

The findings from this study revealed that the midwives expressed that it was their responsibility to inform the women sufficiently. However, it was difficult in practice due to midwives having different experiences using a professional interpreter during labour. Other studies show different views concerning midwives and women's responsibility. Studies from Sweden and Norway [16, 17] shows that midwives questioned if it was their responsibility that immigrant women received and understood the information given. Some claimed it was the women's own responsibility, some claimed it was the societies while others that it was the midwives. Findings from our study show that the use of an interpreter varied among the midwives, where some of midwives had never used an interpreter during labour. For the midwives to be able to convey good communication and *create harmony* the use of a

professional interpreter was needed, but when used too late or in acute situations it could lead to *disharmony* during labour according to our study. The importance of using an interpreter is confirmed by Wikbergs theory on “intercultural caring in maternity care” [28] who show that women who experienced the use of a professional interpreter during labour felt that the midwives had an interest in their culture and values and that the risk of conflict between the midwife and the immigrant women were reduced because of a mutual understanding. According to the findings from our study when there was a mutual understanding between the immigrant women and the midwife, the midwives were able to avoid the immigrant women becoming afraid and could therefore create safety which led to *harmony in the birthing room*. These findings are supported by studies [5, 9, 13-15] showing that when women feel safe and cared for, they became calmer and their self-esteem increased which led to the women being able to manage more on their own, gain strength, and be able to prepare for the birth. When the women were described as problematic, the midwives could not meet each individual women in a person-centeredness and systematic way that values relationships [4]. These findings can be related to our study showing that midwives could not become a *guardian* and risked that *disintegrative power* and *midwifery domination* would be prominent when language barriers occurred. Even when the midwives could fulfil their role as a guardian, our findings revealed that it is necessary that the immigrant women were prepared for birth. One suggestion could be that the immigrant women seek more information in their native language regarding the birth setting in the host countries and require an interpreter during antenatal, perinatal, and postpartum care. Another suggestion is that the immigrant women are supported in learning the host countries language or English early in the pregnancy so that the women can communicate during labour and birth.

According to The International Code of Ethics for Midwives [27] regarding midwifery relationship, midwives should strive to “develop a partnership with each individual women in which they share relevant information that leads to informed decision-making, consent to an evolving plan of care, and acceptance of responsibility for the outcomes of their choices.” Findings from this study shows that the midwives were not able to develop a partnership with the immigrant women because of language barriers that had a negative impact on the relationship and could lead to *midwifery domination and poorer care*. One aspect of poorer care was negative attitudes among midwives and even described as racist by one midwife. However, midwives in our study described these attitudes among colleagues and not from themselves. Negative attitudes are confirmed by Wikberg [28] who reported that these

attitudes towards immigrant women created a vulnerability because the women experienced racism or discrimination. A study from USA [12] explored the relationship between racial discrimination and adverse birth outcomes and the findings shows that racial discrimination was a significant risk factor affecting pregnancy and birth negatively in non-Hispanic Black population. The women who experienced racial discrimination were also exposed to various stress factors, which increased the likelihood of preterm birth, poor pregnancy outcomes, low Apgar score, low birth weight and interventions in the birth process [12, 29]. A study from Sweden [5] reported that when immigrant women felt treated as strangers, ignored, or rejected in maternity care the women felt devalued and discriminated. However, when the women felt “taken seriously” they gained confident and caring relationship with the midwife. This is what every midwife should strive towards so that *integrative power* and *midwifery guardianship* are present during labour and birth, but our findings reveal that this was challenging in practice.

According to the findings there was a risk of *disintegrative power* and *midwifery domination* during labour and birth. One way of handling poorer care and *midwifery domination* according to this study was to keep the immigrant women safe from the negative environment, by the midwives taking over the care for the immigrant women themselves because they considered the women safer in their hands than with other colleagues. A study from Norway confirms that midwives may treat immigrant women differently [30]. Some immigrant women were met with distance and absence leaving the immigrant women feeling treated differently and with lack of respect [28]. Studies from Sweden and Norway confirms that immigrant who do not master the host countries language are at risk of being treated differently [16, 17] because they are not able to claim their rights the same way as ethnic women or the women who master the host countries language are able to.

Our findings revealed that when there was lack of *integrative power* and *midwifery guardianship* during labour and birth the births were more medicalized. In Norway midwives have an independent role during labour and birth when the women are healthy and do not have any risk factors. Our findings revealed that immigrant women who do not master the Norwegian language were at risk for unnecessary interventions regardless of parity according to the midwives. This is supported by studies [6-11] that shows that immigrant women had a higher risk of interventions and complications during labour and birth. According to the findings, the theme *medicalized birth due to language barrier* shows that when immigrant women were selected as risk patients the women were at risk of receiving a medicalized birth

with poorer birth outcomes. The language barrier challenged the midwife's role and lack of *integrative power* and *midwifery guardianship* resulted in immigrant women receiving a medicalized birth with unnecessary interventions according to our study. This is supported by studies [6-11], that found that immigrant women have a higher risk for premature pregnancy, episiotomy, operative vaginal delivery, acute caesarean section, postpartum haemorrhage, low Apgar score and low birth weight in the new-born compared to ethnic women. Our findings revealed that when the births became more medicalized the midwives' experienced suffering and powerlessness which led them to take over control of the birth room. By taking over the birth, *disintegrative power* and *midwifery domination* was present, and the midwives could not create a partnership with the immigrant women. This left the immigrant women with no control or choices regarding their own birth which is not in compliance with how a midwife should practice midwifery according to The International Code of Ethics for Midwives [27]. One question that should be further studied is if the midwives are fulfilling their role in supporting healthy immigrant women when they at the same time are at risk of being exposed to a medicalized birth.

The findings from our study show that the midwives experienced that when language barriers were present it was difficult for them to meet each woman's needs individually. This is supported by Wikbergs theory [28] that emphasizes that even though the women received information, they may not understand everything. Our theme *midwives strive for harmony and to be a guardian* show that even if the midwives strived there were challenges that often led to *disharmony* in the birth room. Disharmony led the midwives to take over the control, and the women were thereby left with no choices regarding their own birth. By doing so, the midwives were aware that the immigrant women were left with no opportunities to impact their births. Johnsen et al. [7] presented that institutional structures affected the relationship between midwives and immigrant women. Therefor striving for harmony must be related to organizational factors in the birth institutions.

One aspect of being a guardian according to our study was seeing the midwifery work as an important job for the women and their partner, as it was important for the rest of their lives. The midwives expressed that the women searched for safety and support in them during labour and birth when they did not have a support person with them. This is confirmed by Wikbergs theory [28] who found that immigrant women who did not have a partner, family, or a support person with them used the midwife as support and as a professional friend to avoid isolation and suffering. Our finding underlines the importance of midwives being able

to work differently so *harmony* could be established, and the midwife could enter the role as a guardian for the immigrant women. This helped both the midwife and the immigrant women because by changing the way the midwife's practiced midwifery and striving towards harmony they could use *integrative power and midwifery guardianship*. Findings from our study shows that striving to create harmony also helped the midwives to have a greater understanding of each woman's individual needs and assess them so that the women could experience an undisturbed birth by using the power in the birth room. Robertson [5] found that when immigrant women's capabilities and strength were not acknowledged it led the immigrant women to feel disappointed and discriminated against. Our findings reveal that when the immigrant women are not strengthened or feel supported, the midwife cannot use *integrative power and midwifery guardianship* to support the women. Instead, this could result in a medicalized birth. Midwives have an immense role in supporting women during labour and birth and should strive to work in a way that leads to good birth outcomes for the immigrant women [26-28]. The immigrant women can by expressing their values, expectations, and needs [4] be able to take back the power and feel strengthened in their own birth. Therefor better opportunities to learn the host countries language is prerequisite for the women and for midwives 'ability to support. However, when language barriers exist a multicultural doula which speaks the woman's language could be one solution for the immigrant women. Lundgren [31] found that by having a multicultural doula during birth the women could experience a stronger capacity to give birth, which can be an asset for the immigrant women and the midwives. Related to our study a multicultural doula may give the women a better opportunity to use their own power during birth and avoid a medicalized birth. More research is needed on how to support women with language barriers as well as midwives work in these situations.

Our finding revealed that *disharmony* in the birth room could lead the midwives to take control in the birth room, which also could lead the midwives to cross boundaries. When the midwives crossed boundaries, they were not able to work as they wanted, and midwives left work with a bad feeling because they were not able to involve the women in the care and give them an undisturbed birth. Similar findings about disturbing factors for good birth experiences for women based on lack of involvement in the decision making are reported by Robertson [5]. Lundgren and Berg [32] found that to be able to establish a midwife-woman relationship the midwife's response to the women's need should include availability, mediation of trust, mutuality, confirmation, support uniqueness and support meaningfulness.

According to our study these aspects are difficult to establish when language barriers exist. Furthermore, our study shows when midwives crossed boundaries, the power within the birth room was not used in favour of the immigrant women and the midwives were not able to use *integrative power* and *midwifery guardianship*. One suggestion to avoid crossing boundaries and physiological strain is strategies on how to give back the power to the immigrant women which needs to be further studied.

Methodological considerations

This study is qualitative research with a lifeworld hermeneutic approach. The lifeworld research attempts to describe the everyday experience in a systematic and methodical way [25]. In this study lifeworld hermeneutic approach was considered a suitable method to explore midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the native language. Through the hermeneutic circle we tried to understand the original whole and details by being open and responsive which is important in the hermeneutics to be able to see otherness. In this study, eight midwives from Northern Norway were interviewed. A limitation as well as a strength in this study could be that the midwives were recruited from a private network. The strength is that the midwives had an interest in the theme and willingly decided to take part. However, a limitation might be that the relationship between the researcher and the midwives' could affect the interview. Generalizability in qualitative research is linked to the results being contextual. This means that the results of the study must be understood in the context in which it was conducted, where in this case it is a high-income country, and the midwives primarily worked at specialist clinics and maternity hospitals wards. When the results are to be transferred to other contexts, it must be interpreted in relation to the new context [25]. The transferability of the results should therefore be greater in a similar context as other maternity hospital wards in Norway and countries with the same organization of maternity care such as Sweden and Denmark.

Conclusion

The findings from this study shows that when midwives encounter immigrant women during labour and birth who do not master the Norwegian language *disintegrative power* and *midwifery domination* was prominent. Language barrier affected midwives' ability to communicate and convey information which led to disharmony in the birth room. Disharmony could lead the midwives to crossing boundaries and not being able to establish a

relationship with the immigrant women. *Disintegrative power* and *midwifery domination* could lead to a more medicalized birth with unnecessary interventions. *Disintegrative power*, *midwifery domination* and *disharmony* in the birth room affected midwifery practice in a way where midwives experienced psychological strain. However, when the midwives were able to use *integrative power* and *midwifery guardianship*, *harmony* could be established, and the midwives could fulfil their role as a *guardian*. By being a *guardian*, the midwives could help the immigrant women take back the power in the birth room and be strengthened to have an undisturbed birth. For the midwives to be able to be satisfied with the care they give, further research is needed exploring strategies and guidelines on how to support these women. Further, studies exploring the women's experiences, and their role and how to use their own power during birth is needed. More research that focuses on positive outcomes is also needed, and good examples concerning meeting immigrant women during labour and birth who do not master the host countries language.

References

1. De Freitas, C., et al., *Involvement in maternal care by migrants and ethnic minorities: a narrative review*. Public Health Rev, 2020. **41**(1): p. 5-5.
2. Origlia, et al., *Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters*. J Adv Nurs, 2019. **75**(10): p. 2200-2210.
3. Origlia Ikhilor, P., et al., *Barrier-free communication in maternity care of allophone migrants: BRIDGE study protocol*. J Adv Nurs, 2018. **74**(2): p. 472-481.
4. Crowther, S. and A. Lau, *Migrant Polish women overcoming communication challenges in Scottish maternity services: A qualitative descriptive study*. Midwifery, 2019. **72**: p. 30-38.
5. Robertson, "To be taken seriously" : women's reflections on how migration and resettlement experiences influence their healthcare needs during childbearing in Sweden. Sex Reprod Healthc, 2014. **6**(2): p. 59-65.
6. Bakken, K.S., O.H. Skjeldal, and B. Stray-Pedersen, *Higher Risk for Adverse Obstetric Outcomes Among Immigrants of African and Asian Descent: A Comparison Study at a Low-Risk Maternity Hospital in Norway*. Birth, 2015. **42**(2): p. 132-140.
7. Johnsen, H., et al., *Implementing the MAMA ACT intervention in Danish antenatal care: a qualitative study of non-Western immigrant women's and midwives' attitudes and experiences*. Midwifery, 2021. **95**: p. 102935-102935.
8. WHO. *Improving the health care of pregnant refugee and migrant woman and newborn children (Technical guidance on refugee and migrant health)*. 2018.
9. Hjern, A., *Migration and public health: Health in Sweden: The National Public Health Report 2012. Chapter 13*. Scand J Public Health, 2012. **40**(9_suppl): p. 255-267.
10. Bollini, P., et al., *Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature*. Soc Sci Med, 2009. **68**(3): p. 452-461.
11. Robertson, E., M. Malmstrom, and S.-E. Johansson, *Do foreign-born women in Sweden have an increased risk of non-normal childbirth?* Acta Obstet Gynecol Scand, 2005. **84**(9): p. 825-832.
12. Alhusen, J.L., et al., *Racial Discrimination and Adverse Birth Outcomes: An Integrative Review*. Journal of Midwifery & Women's Health, 2016. **61**(6): p. 707-720.
13. Balaam, M.-C., et al., *A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth*. J Adv Nurs, 2013. **69**(9): p. 1919-1930.
14. Higginbottom, G., et al., *Migration and Maternity: Insights of Context, Health Policy, and Research Evidence on Experiences and Outcomes From a Three Country Preliminary Study Across Germany, Canada, and the United Kingdom*. Health Care Women Int, 2013. **34**(11): p. 936-965.
15. Small, R., et al., *Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries*. BMC Pregnancy Childbirth, 2014. **14**(1): p. 152-152.
16. Akhavan, S., *Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study*. Int J Equity Health, 2012. **11**(1): p. 47-47.

17. Lyberg, A., et al., *Diversity and challenges in the management of maternity care for migrant women*. J Nurs Manag, 2012. **20**(2): p. 287-295.
18. Statistisk sentralbyrå. *Fakta om innvandring*. 2021 9. Mars 2021; Available from: .
20. Helsedirektoratet. *Svangerskapsomsorgen*. Svangerskapsomsorgen 2019.
21. Bakken, K.S. and V. Aasheim, *Reproduktiv helse blant innvandrerkvinner in Jordmorboka* A. Brunstad and E. Tegnander, Editors. 2017. p. 101- 115.
22. Helsedirektoratet, *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. 2011, Helsedirektoratet: Oslo.
23. Gadamer, H.-G., J. Weinsheimer, and D.G. Marshall, *Truth and method*. Bloomsbury Revelations. 2013, London: Bloomsbury Academic.
24. Husserl, E., *Collected works : Vol. 2 Book 1 : Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy General introduction to a pure phenomenology*. Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. 1, Allgemeine Einführung in die Reine Phänomenologie. Vol. Vol. 2 Book 1. 1982, The Hague: Nijhoff.
25. Dahlberg, K., H. Dahlberg, and M. Nyström, *Reflective lifeworld research*. 2nd ed. ed. 2008, Lund: Studentlitteratur.
26. Fahy, K.M. and J.A. Parratt, *Birth Territory: A theory for midwifery practice*. Women Birth, 2006. **19**(2): p. 45-50.
27. International Confederation of Midwives. *International Code of Ethics for Midwives*. 2014; Available from: .
28. Wikberg, A.M., *A theory on intercultural caring in maternity care*. Scand J Caring Sci, 2021. **35**(2): p. 442-456.
29. Bower, K.M., et al., *Experiences of Racism and Preterm Birth: Findings from a Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2004 through 2012*. Womens Health Issues, 2018. **28**(6): p. 495-501.
30. Viken, B., A. Lyberg, and E. Severinsson, *Maternal Health Coping Strategies of Migrant Women in Norway*. Nurs Res Pract, 2015. **2015**: p. 878040-11.
31. Lundgren, I., *Swedish women's experiences of doula support during childbirth*. Midwifery, 2010. **26**(2): p. 173-180.
32. Lundgren, I. and M. Berg, *Central concepts in the midwife-woman relationship*. Scand J Caring Sci, 2007. **21**(2): p. 220-228.

Vedlegg 2 Datahåndteringsplan



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET
HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET

Datahåndteringsplan ved intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven i jordmorfag

En datahåndteringsplan beskriver hvordan data skal håndteres i en prosjektperiode samt etter prosjektet slutt (NSD). Bakgrunnen for datahåndteringsplanen er at forskningsdata skal håndteres på lovlig vis, på en strukturert og sikker måte. Data kan lagres, brukes om igjen og gi en forståelse for framtiden (NSD).

Datainnsamling

Data i studien samles inn ved intervju av informantene og notater underveis i intervjuene. En anser at intervjuene skal vare mellom 40-60 minutter, ut ifra når en har nok metning. Det har blitt opprettet en intervjuguide med spørsmål i forkant av intervjuene, dette skal være som utgangspunkt for intervjuene som utføres. Spørsmålene er nøye gjennomtenkt for utdyping av temaet. Oppstår det misforståelser underveis eller i etterkant av intervjuene skal informantene bli kontaktet for avklaringer.

Fremgangsmåte for sikker kryptering og datalagring

I studien skal det anvendes lydopptaker opprettet av www.nettskjema.no. Dette er en APP som anvendes som lydopptaker på en sikker måte. Studentene følger UiT's retningslinjer for kryptering, bruk av PIN-kode, lagring, behandling og sletting https://uit.no/om/orakelet/frag?p_document_id=579544.

Det skal anvendes en godkjent lydopptaker i intervjuene. Etter at intervjuene er ferdig lagres opptakene i «skyen» hvor ingen har tilgang til materiale og hva som er blitt sagt. Opptakene slettes fra selve appen og telefonen. Ingen andre enn studentene har tilgang til lydfile og

skal behandles med respekt for personvern. Internett vil være slått av under selve innspillingen av intervjuene for å sikre personvern.

Videre organisering, lagring og sletting av data

Etter at intervjuene er ferdig, vil man transkribere datamateriale til tekst skrevet i en MS Word-fil. En vil også kontrollere teksten som skrives opp mot opptakene og man vil på denne måten sikre det som faktisk har blitt sagt og uttrykt. Intervjuene vil transkriberes ordrett og man inkluderer også annen form for uttrykkelse. Word-filen med det transkriberte materiale lagres på studentenes One Drive på UiT. Datamateriale betraktes som konfidensielt og vil behandles fra One Drive området. Dette betyr at studentene ikke har mulighet til å lagre transkripsjonen på egne datamaskiner med hensyn til personvern og sikkerhet. Når oppgaven er levert inn og sensur foreligger vil man makulere den transkriberte teksten og lydopptakene som har blitt tatt opp, dette senest 30.november 2022. Materiale slettes fra skyen, her vil man følge universitetets retningslinjer for sletting av data. Studentene vil signere i forkant av intervjuene et dokument ved navn «Retningslinjer for studenter ved lydopptak av intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven. Både studenter og veileder vil signere ved makulering av datamateriale.

Presentasjon og formidling av resultater

I masteroppgaven vil data analyseres, tolkes og presenteres. En vil analysere det transkriberte materiale i tekst form av enkeltutsagn eller fragmenter og dette kan bli presentert for andre studenter og veiledere da emne har flere seminardager under skrivefasen. Dette kan også være tilfelle under praksisperiode der formidling av masteroppgaven til andre kollegaer eller veiledere på praksisplass er en del av masterprosessen. Masteroppgaven kan mulig bli tilgjengelig og publiseres i et relevant tidsskrift for andre som har nytte og interesse for masteroppgavens tema.

Vurderinger rundt risiko, personvern og etikk

Det inkluderes mellom 5-7 jordmødre i studien som oppnår studiens inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene baserer seg på en særskilt erfaring innen et jordmorfaglig tema. Det er kun jordmødre som inkluderes, ingen pasienter eller brukere i en helsetjeneste. Det har blitt utarbeidet et skriftlig informasjonsskriv om studien i forkant, hvor informantene får

informasjon om studien. Med bakgrunn av informasjonsskrivet som informantene mottar samtykker de til å delta i intervjuene ved oppstart av lydopptaket. Informantene kan inntil levering av oppgaven trekke seg fra studien og be om at datamateriale slettes. Dette kan de gjøre uten å oppgi noe spesiell grunn og det er frivillig å delta i studien.

Det vil ikke bli stilt personidentifiserende spørsmål eller transkriberte svar som kan gjenkjennes under opptaket i intervjuene. Eksempel på dette er navn, alder, arbeidssted eller andre opplysninger om informantene. Det er kun studentene som utfører intervjuene som kjenner til informantenes identitet, her vil taushetsplikt opprettholdes. Gjennom hele masteroppgaven vil anonymitet til informantene opprettholdes.

Vi vil oppfordre informantene til å ivareta egen og andres personvern i forhold til det som nevnes og fortelles i intervjuene. Fokuset vil være på jordmødrene opplevelser og ikke saker som omhandler andre mennesker, dette vil spesifiseres i informasjonsskrivet før oppstart av intervjuene. Dette gjøres for å rette fokus mot jordmødrenes erfaringer og ikke andre saker som kan føre til brudd på personvern og taushetsplikt. Personvernulempen anses derfor til å være svært lav. Studentene forplikter seg til å følge retningslinjer for personvern ved å skrive under på dette. Brudd vil meldes til datatilsynet. All data vil behandles med konfidensialitet og respekt for hver enkelt informant. Studien vil fremlegges for personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata.

Ansvar

UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Daglig ansvar for prosjektet er veileder Ingela Lundgren, Professor II som også er prosjektleder. Masterstudentene i Jordmorfag Amran Abdulle & Natalia Borrego er sammen med veileder ansvarlig for praktisk gjennomføring av datahåndteringen i forbindelse med intervjuene. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet er informert om masteroppgaven og kan kontaktes av informanten ved spørsmål om rettigheter:

Joakim Bakkevold

Telefon 776 46 322 eller 976 915 78

E-post: personvernombud@uit.no)

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk.

Forespørsel til jordmor om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag. Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Vi er studenter ved master i jordmorfag, institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskaplige fakultet, UiT Norges arktiske universitet. I forbindelse med studiet skal vi skrive en masteroppgave. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning- og fagutvikling innenfor jordmorfaget. Datainnsamling til oppgaven vil gjøres ved intervju av jordmødre.

Tema for masteroppgaven er: Jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Hensikten med denne masteroppgaven er å utforske norske jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk. Vi ønsker å medvirke med ny kunnskap innenfor dette området i en norsk kontekst. Til denne masteroppgaven søker vi ikke persondetaljer eller intime situasjonsbeskrivelser og vil derfor rette fokuset på intervjuobjektets erfaringer. Vi vil likevel presisere at all informasjon vil bli oppbevart på en sikker og trygg måte.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi retter en forespørsel til deg for å høre om du er villig til å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Fokus for intervjuet er dine erfaringer i møte med ikke-norsk talende innvandrerkvinner i fødsel. Kriterier for deltakelse er at du behersker nordisk språk og

engelsk. Vi søker jordmødre med minimum fem års erfaring ved en fødeavdeling og jordmødre som har særskilt interesse for og erfaring med temaet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Denne masteroppgaven vil inkludere syv til ti jordmødre som vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet har vi utarbeidet en intervjuguide med noen spørsmål som også vil gi mulighet for å utdype områder. Det vil gjøres notater underveis. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Intervjuene vil bli tatt opp på godkjent lydopptaker applikasjon på mobiltelefon utviklet av Universitetet i Oslo etter deres retningslinjer for sikker lagring av lydopptak i nettskjema databasen (www.nettskjema.no). Vår veileder vil også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet, men vil ikke kjenne til din identitet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2022.

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. Studien er fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD). Utover din stemme i lydopptaket holdes øvrige opplysninger anonymiserte. Vi har ingen hensikt i å stille spørsmål eller transkribere svar som gjør at du som informant kan gjenkjennes, for eksempel er navn, alder, arbeidsted eller andre identifisere opplysninger utelukket fra våre spørsmål. Det er kun vi, masterstudentene som kjenner til din identitet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er

Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres og bli tilgjengelig for andre: eksempel jordmødre, jordmorstudenter og andre som har interesse for oppgavens tema.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Dine rettigheter

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

innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

å få slettet personopplysninger om deg

å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Amran Abdulle på telefon 909 74 963 eller e-post aab064@uit.no

Natalia Borrego på telefon 936 46 346 eller e-post nbo020@uit.no

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig.

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet.

Prosjektleder er: Ingela Lundgren, Prosjektor II. Telefon +46768672657

E-post: ingela.m.lundgren@uit.no

Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post personvernombud@uit.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ingela Lundgren
(Forsker/veileder)

Amran Abdulle
Masterstudent

Natalia Borrego
Masterstudent

Vedlegg 4 Intervjuguide

Informasjon til deltakere: hensikten med dette intervjuet er å få jordmors erfaringer i møte med innvandrerkvinner som ikke behersker det norske språk i fødsel. Studiet søker ikke persondetaljer eller intime situasjonsbeskrivelser, men all informasjon vil bli oppbevart på en sikker og trygg måte. Vi starter intervjuet med at du sier ditt navn, at du har mottatt informasjonsskrivet og samtykker til å delta på studiet og at du vet at du når som helst kan trekke samtykket ditt.

Spørsmål:

1. Hvilke erfaringer har du som jordmor i møte med innvandrerkvinner?
2. Hvordan er det for deg som jordmor å møte kvinner som ikke snakker norsk i fødsel.
3. Etter din erfaring: hva er det mest utfordrende i møte med innvandrerkvinner uten språkferdigheter?
4. Etter din erfaring: hva er viktige ferdigheter og kunnskaper å ha som jordmor i møte med innvandrerkvinner som ikke snakker norsk.

Vedlegg 5 Muntlig samtykke

Muntlig samtykke til deltakelse i forskningsprosjektet:

jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk.

Jeg, samtykker til å delta i forskningsprosjektet om *jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk*. Jeg har lest informasjonsskrivet og er klar over min rett til å trekke tilbake samtykket uten noen konsekvenser frem til innleveringsfrist.

Samtykket ble tatt opp muntlig i forkant av intervjuene.

Vedlegg 6 NSD godkjenning



Vurdering

Referansenummer

444829

Prosjekttittel

Jordmødres erfaringer i møte med innvandrerkvinner i fødsel som ikke behersker det norske språk.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingela Lundgren, ingela.m.lundgren@uit.no, tlf: +46768672657

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingela Lundgren, ingela.m.lundgren@uit.no, tlf: +46768672657

Prosjektperiode

27.09.2021 - 30.11.2022

Vurdering (1)

07.09.2021 - 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 med vedlegg den 07.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tidspunkt, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Dere må også være forsiktige med å bruke eksempler under intervjuene. Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2022.

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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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, uttrykkelige angitte og berettigede formål, og ikke behandles 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: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen 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).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

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 typer endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 7 Forfatterveiledning



WOMEN AND BIRTH

Journal of the Australian College of Midwives (ACM)

TABLE OF CONTENTS

- **Description p.1**
- **Impact Factor p.2**
- **Editorial Board p.2**
- **Guide for Authors p.3**

DESCRIPTION

AUTHOR INFORMATION PACK

Women and Birth is the official journal of the Australian College of Midwives (<http://www.midwives.org.au/>). It is a midwifery journal that publishes on all matters relating to pregnancy, birth, and the first six weeks post-partum. All papers must draw from, and contribute to, the relevant contemporary research, policy and/or theoretical literature. We focus on primary research papers, systematic reviews, and research-informed and critiqued discussion papers. While we are based in Australia, our Editorial Board is multi-national and we welcome papers from all over the world. All papers should reflect our global perspective and reach. Articles are double blind peer- reviewed by experts in the field of the submitted work.

Our woman-centred focus is inclusive of the partner, wider family, fetus, and newborn, and covers both healthy and complex pregnancies and births. We recognize that individuals have diverse gender identities. Terms such as *pregnant person*, *childbearing people* and *parent* can be used to avoid gendering birth, and those who give birth, as feminine. However, because women are also marginalized and oppressed in most places around the world, we support use of the term's *woman*, *mother*, or *maternity*. When we use these words, it is not meant to exclude those who give birth and do not identify as women. The journal seeks papers that take a woman-centred focus on midwifery practice, research, theory, education, management and leadership, maternity service provision, maternal and newborn health, respectful maternity care, breastfeeding, primary health care and relevant aspects of psychology, sociology, human rights, and health economics. We welcome papers from all professional disciplines that are relevant to midwifery practice and the scope of the journal.

Our key readers are midwives, maternity care and neonatal nurses, maternity service managers, providers and users, obstetricians, neonatologists, health sociologists and

economists, psychologists with an interest in maternal and infant research and policy makers and researchers from all these areas.

The journal is indexed in PubMed, MEDLINE, Thomson Reuters, Scopus and CINAHL.

The journal is available online to ACM members and is available by separate subscription.

Open Access - the journal offers authors the option of making their article freely available to all via the ScienceDirect platform. Authors can only make this choice after receiving notification that their article has been accepted for publication.

ClinicalKey Nursing

Visit our nursing resource, [ClinicalKey Nursing](#)

To purchase books on Midwifery or to browse our comprehensive range of Midwifery titles, please visit us at www.elsevierhealth.com.au/midwifery. **IMPACT FACTOR**

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Caroline SE Homer AO, Burnet Institute, Melbourne, Australia ***Deputy Editor***

Linda Sweet, Western Health - Deakin University, Melbourne, Victoria, Australia ***Associate Editors***

Susan Crowther, Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand

Allison Cummins, The University of Newcastle, Callaghan, New South Wales, Australia

Hannah Dahlen, AM, Western Sydney University School of Nursing and Midwifery Hawkesbury Campus, Richmond, New South Wales, Australia

Deborah Davis, University of Canberra Discipline of Midwifery, Canberra, Australian Capital Territory, Australia **Juan Miguel Martínez Galiano**, University of Jaen, Jaen, Spain

Andrea Gilkison, Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand

Yvonne Hauck, Curtin University School of Nursing, Perth, Western Australia, Australia

Kate Levett, The University of Notre Dame Australia - Sydney Campus Broadway, Sydney, Australia

Karen Matvienko-Sikar, University College Cork School of Public Health, Cork, Ireland

Lois McKellar, University of South Australia, Adelaide, South Australia, Australia

Gayle McLelland, Monash University, Clayton, Victoria, Australia

Shahla Meedya, University of Wollongong Faculty of Science Medicine and Health, Wollongong, Australia **Maeve O'Connell**, Fatima College of Health Sciences, Institute of Applied Technology, Abu Dhabi, United Arab Emirates

Jenny Parratt, Southern Cross University Discipline of Midwifery, Lismore, New South Wales, Australia **Claudia Ravaldi**, CiaoLapo Charity, Tuscany, Prato, Italy

Miguel Richart-Martínez, University of Alicante, Alicante, Spain

Susan Way, Bournemouth University Faculty of Health and Social Sciences, Bournemouth, United Kingdom **Moira Williamson**, Central Queensland University School of Nursing and Midwifery,

Noosaville, Queensland, Australia

Emeritus Editor-in-Chief

Kathleen Fahy, University of Queensland School of Nursing Midwifery and Social Work, Brisbane, Australia

GUIDE FOR AUTHORS

Your Paper Your Way

We now differentiate between the requirements for new and revised submissions. You may choose to submit your manuscript as a single Word or PDF file to be used in the refereeing process. Only when your paper is at the revision stage, will you be requested to put your paper in to a 'correct format' for acceptance and provide the items required for the publication of your article.

To find out more, please visit the Preparation section below.

Submission Checklist

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

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details: • E-mail address

- Full postal address
- Author's may include their Twitter handles on the Title Page if they wish to.

All necessary files are ready to be uploaded:

Please have the following items ready before you log-on to the system. Every submission, regardless of category, must include the following four items:

- Cover letter
- Author Agreement
- Title page (with Author Details)
- Manuscript (without author details)
-

Additional files that may be required depending on your manuscript:

- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Response to reviewers (if resubmission)
- Research approach Checklist
- Graphical Abstracts and Highlights files (where applicable)
- Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Please include the details under the headings " Acknowledgement", "Conflict of interest", "Ethical Statement", "Funding" and "Author Contributions" in a separate file and then select the file type as "Author agreement" and upload it to EM during the submission process

For further information, visit our [Support Center](#).

BEFORE YOU BEGIN

Before you start, we also suggest you look at the style of language and terminology used in the journal. This Editorial provides some information.

[https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(20\)30088-3/fulltext](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(20)30088-3/fulltext)

More details are provided later in these instructions.

First time authors are strongly advised to co-author with an academic supervisor or experienced colleague who has been successful in writing for publication. Articles submitted for review must be original works and may not be submitted for review elsewhere whilst under review for the Journal.

If a related article, based on the same work, has been submitted or published elsewhere, it must be acknowledged in the cover letter to the editor, added to the end of the cover letter, and referenced in the manuscript.

Considerations specific to types of research designs

Manuscripts must adhere to recognized reporting guidelines relevant to the research design. Please upload the appropriate and completed Reporting Guideline Checklist during your manuscript submission process.

Observational cohort, case control and cross-sectional studies - STROBE - Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology [STROBE Checklist](#)

Quasi-experimental/non-randomized evaluations - TREND - Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/trend/>

Randomized (and quasi-randomized) controlled trial - CONSORT - Consolidated Standards of Reporting Trials <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/consort/>

Study of Diagnostic accuracy/assessment scale - STARD - Standards for the Reporting of Diagnostic Accuracy Studies <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>

Systematic Review of Controlled Trials - PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/prisma/>

Systematic Review of Observational Studies - MOOSE - Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiolog>

Reporting the range of methods used to improve healthcare - SQUIRE - Standards for Quality Improvement Reporting Excellence [SQUIRE Checklist](#)

Qualitative researchers are encouraged to consult the guideline listed below:
Qualitative research - SRQR - Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of

Recommendations [SRQR Checklist](#)
Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) [MMAT](#)

Human and animal rights

Ethics in Research – Note that research studies that do not have ethical approval prior to being conducted will not normally be published. We will consider publication, however, if the relevant Institutional Ethics Committee provides you with a letter saying that they do not normally provide ethical approval for studies such as the one you conducted. See Cope Guidelines at: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>

For Human Research please consult the National Health and Medical Research Council's (NHMRC) research ethics guidelines: <https://www.nhmrc.gov.au/research/responsible-conduct-research/summary-national-statement-content>

For research involving humans, please address the ethical aspects of the research in the Methods section. State clearly that the subject gave freely informed consent and, if in dependent relationships with members of the research team, issues of perceived coercion must be addressed. To clarify, women and their families, and students are in dependent relationship with researchers and must not be directly approached by the research team to give consent on-the-spot. Participating or not participating in the research must not disadvantage participants in a dependent relationship. Any benefit for participating must not constitute a financial inducement. Participant anonymity must be preserved, unless express written approval to use identifying data is provided. The author must retain written consents, or evidence that such consents have been obtained, must be provided to Elsevier on request.

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi

Authors who have written permission from unmasked people appearing in photographs must submit the person/s permission/s online during the manuscript submission process. For more information, please review the *Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals*, <https://www.elsevier.com/patient-consent-policy>. Unless you have written permission from the person (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any person included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

The guidelines for the humane treatment of ANIMALS in research are found here:

<https://www.nhmrc.gov.au/health-ethics/animal-research-ethics>

Ethics in Publication

The journal follows the Committee of Publication Ethics (COPE) guidelines and requests authors to familiarise themselves with these guidelines at: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>. A few issues that authors need to pay particular attention to are set out below.

It is ethically questionable to break up or segment data from a single study to create different papers for publication – a practice called 'salami slicing'. If the authors have legitimate reasons for reporting separately on different parts of the same study, or the same data set, they should justify that to the editor at the time of submission. Equally, readers need to be aware that different aspects of the same study are being reported, thus the methods section of the submitted manuscript must clearly explain why the submitted paper is justified.

Use of inclusive language

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

Women and Birth requires that authors use woman centred language including referring to births rather than deliveries, to give birth rather than deliver and women rather than patients. Papers that do not adhere to these guidelines will not proceed to peer review.

Our journal uses UK spelling, for example, recognize rather than recognise. We also spell fetal rather than foetal.

Author contributions

For transparency, we encourage authors to submit an author statement file outlining their individual contributions to the paper using the relevant Credit roles: Conceptualization; Data curation; Formal analysis; Funding acquisition; Investigation; Methodology; Project administration; Resources; Software; Supervision; Validation; Visualization; Roles/Writing - original draft; Writing - review & editing. Authorship statements should be formatted with the names of authors first and Credit role(s) following. [More details and an example.](#)

Authorship

We have adopted the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)

<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-c>

which have also been adopted by the Australian NHMRC Guidelines for the Responsible Conduct of Research available at: <http://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/r39>, legitimate authors are those that made substantial contributions to all of the following: (1) the conception and design of the study, or acquisition of data, or analysis and interpretation of data, (2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content, (3) final approval of the version to be submitted. All potential authors are those that meet requirement (1) above and these people should not be excluded from contributing to the writing and approval of the article. No author should be added who does not meet the first requirement; for more details please read "How to handle authorship disputes: a guide for new researchers" (2003) by Tim Albert and Liz Wage available at the COPE website: <http://publicationethics.org/resources/guidelines>. During the online submission process, we ask you make a true statement that all authors meet the criteria for authorship and that all people entitled to authorship are listed as authors.

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi

Contributors

Those who meet some, but not all the criteria for authors should be identified as 'contributors' at the end of the manuscript with their contribution specified. All those

individuals who provided help during the research (e.g., collecting data, providing language help, writing assistance or proofreading the article, etc.) that does not meet criteria for authorship should be acknowledged in the paper.

Changes to authorship

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

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

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract or as part of a published lecture or academic thesis or as an electronic preprint, see <https://www.elsevier.com/sharingpolicy>), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors, and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service CrossCheck <https://www.elsevier.com/editors/plagdetect>.

Copyright

Papers accepted for publication become the copyright of the Australian College of Midwives, and authors will be asked to sign a transfer of copyright form, on receipt of the accepted manuscript by Elsevier. This enables the Publisher to administer Copyright on behalf of the Authors and the College, whilst allowing the continued use of the material by the Author for Scholarly communication.

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. For more information see <https://www.elsevier.com/copyright>. You may publish a pre-publication version (i.e. a version that is not in its final finished form) on social media including sites such as Mendeley, ResearchGate and Academia

Elsevier supports responsible sharing

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

Conflict of Interest

All authors must disclose, in the covering letter to the editor and on the title page of the manuscript, any actual or potential conflict of interest, including financial and personal relationships with people or organizations within three years of beginning the submitted work that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential conflicts of interest include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/ registrations, and grants or other funding. See also <https://www.elsevier.com/conflictsofinterest>. Further information and an example of a Conflict-of-Interest form can be found at: https://service.elsevier.com/app/answers/detail/a_id/286/supporthub/publishing.

Role of the funding source

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

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi

Funding Body Agreements and Policies

Elsevier has established a number of agreements with funding bodies which allow authors to comply with their funder's open access policies. Some authors may also be reimbursed for associated publication fees. To learn more about existing agreements please visit https://www.elsevier.com/funding_bodies

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

Open access

Please visit our [Open Access page](#) for more information.

Elsevier Researcher Academy

[Researcher Academy](#) is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease.

Submission

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

Submit your article

Please submit your article via <https://www.editorialmanager.com/wombi/Default.aspx>.

Categories of Decision

After peer-review, the Editor-in-Chief will notify the corresponding author on whether the paper has been accepted, rejected, or needs revision.

All efforts are made to provide fair and thorough reviews as speedily as possible.

If an author(s) believes that a manuscript has been wrongly rejected, a detailed appeal letter that responds point-by-point to the reviewers' comments should be sent to the Editor, who, after having reviewed the referees' reports, will make the final decision.

Reviewed by Editor-in-Chief or Editorial Team will only include a Letter to the Editor or a short comment. For these types of submissions, the corresponding author will receive a fairly rapid decision on publication.

Once a manuscript is accepted for publication, authors can expect web publication of the article in final version on ScienceDirect in 4 weeks.

PREPARATION

Double-Blind Peer Review Process

Editors review all abstracts and using a triage-type checklist will make a rapid decision about whether the article is suitable for peer review in this journal. The overall rejection rate is approximately 60% and the majority of these happen at the rapid decision stage. This rapid decision is of benefit for authors because the author can consider whether to submit elsewhere without undue delay. The most common reasons for initial rejection are: 1) not having prior institutional ethical approval for research and/or not demonstrating fully informed and fully free consent by participants; 2) not meeting the scope of the journal sufficiently; 3) poor English and 4) not following this guide for authors.

The journal receives many more articles than it can submit hence the initial rejection rate is high. The Editorial Team have to always balance the number of submissions, the burden on our peer reviewers and the evolving priorities or areas of interest.

Review Criteria

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi

Each paper that the editor/s assess as suitable for peer review is allocated to two reviewers who are asked to assess the paper against one of the Journal's three sets of reviewing criteria i.e., 1) Quantitative Research; 2) Qualitative Research; 3) Scholarly Paper Review Criteria.

View the [Review criteria](#) here.

Detailed Response to Reviewers

When submitting a revised manuscript, a Detailed Response to Reviewers must accompany the revision. This document must not contain any of the Author(s) details. The most common error is uploading this document on an organization's letterhead, or the Author signing off with their name and contact details.

The easiest way to format this document is to either (a) respond underneath each point raised by the reviewer, or (b) create a 2-column table and copy each point raised by the reviewer into the first column, and respond against each point in the second column

Highlight any changes made on the revised manuscript – to make it easy for the peer-reviewers to see where these have occurred. Also, remember to include only the page numbers to the manuscript as this makes the peer-review process easier. Please do not use line numbers in your file as line number are automated when the system builds the PDF.

Peer review

This journal operates a double anonymized review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. Editors are not involved in decisions about papers which they have written themselves or have been written by family members or colleagues or which relate to products or services in which the editor has an interest. Any such submission is subject to all of the journal's usual procedures, with peer review handled independently of the relevant editor and their research groups. [More information on types of peer review.](#)

Double anonymized review

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

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

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

Article structure

Types of articles:

- Letter to the Editor
- Research articles; quantitative and qualitative
- Systematic Reviews; quantitative and qualitative • Theoretical papers
- Discussion papers

Letters to the Editor

Letters to the Editor referring to a recent Women and Birth article are encouraged up to 3 months after the appearance of a published paper. Text is limited to 350 words and 5 references. A single small table, figure, or image is permissible. Letters are not usually peer reviewed but may be subject to peer review at the editors' discretion. The Editor

may invite replies from the authors of the original publication. By submitting a Letter to the Editor, the author gives permission for its publication in *Women and Birth*. Letters should not duplicate material being published or submitted elsewhere. The editors reserve the right to edit and abridge letters and to publish responses.

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi

All other article types

For standard articles, the maximum length is now 35 double-spaced pages, with standard margins of 2.5 cm (1 inch) all around, and 11-point font size. This page allowance is inclusive of all Tables, Figures, and References, but excluding the Structured Abstract.

Any author who has a very good reason to increase the page number beyond 35, e.g., a qualitative research paper, will need to make a clear case to the Editor-in-Chief. Please email the Editor for approval, including the Structured Abstract, prior to submitting. (Email: caroline.homer@burnet.edu.au).

Tables must not exceed six typeset pages.

Supplementary material may be added without specific page limits. The readability of the article, however, must not depend upon access to supplementary materials.

Page numbers should be included for the convenience of the peer-reviewers. Please do not use line numbers in your file as line numbers are automated when the system builds the PDF.

Language should be standard UK English and woman-centred, e.g. use "childbearing woman" instead of "gravid patient", "birth" instead of "delivery".

Please have the following items ready before you log-on to the system. Every submission, regardless of category, must include the following:

- Cover letter
- Author Agreement

- Title page (with Author Details)
- Manuscript (without author details)

Additional files that may be required depending on your manuscript: • Figures

- Tables
- Response to reviewers (if resubmission)

- Checklist

A **Cover letter**, stating:

Conflict of Interest: when the proposed publication concerns any commercial product, either directly or indirectly, the author must include in the cover letter a statement (1) indicating that he or she has no financial or other interest in the product or distributor of the product or (2) explaining the nature of any relation between himself or herself and the manufacturer or distributor of the product. Other kinds of associations, such as consultancies, stock ownership, or other equity interests or patent-licensing arrangements, also must be disclosed. If, in the Editor's judgment, the information disclosed represents a potential conflict of interest, it may be made available to reviewers and may be published at the Editor's discretion; authors will be informed of the decision before publication.

Sources of outside support for research: including funding, equipment, and drugs.

An **Author Agreement** stating:

- that the article is the author(s) original work
- the article has not received prior publication and is not under consideration for publication elsewhere
- that all authors have seen and approved the manuscript being submitted
- the author(s) abide by the copyright terms and conditions of Elsevier and the Australian College of Midwives

An **Ethical Statement** that includes:

- The name of the ethics committee
- The approval number
- The date of approval

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022

- - Note: If the manuscript is based on a quality assurance or practice improvement project this must be made clear in the text of the paper and address ethical issues concerning informed and free consent and confidentiality, as relevant.

If an Ethical Statement is not applicable this must also be specified.

A Title Page

Essential Title Page Information

Should contain:

- Title. Short and descriptive of the content of the article (abbreviations must not be used in title).
- Authors. List all authors by first name, all initials, family name and highest academic degree only using "RM, PhD" for holders of both qualifications. List the address of all institutions where the work was done. List departmental affiliations of each author with that institution after each institutional address. Connect authors to departments using numbered superscripts.
- Corresponding Author. Provide the name, exact postal address with zip or postal code, telephone number, fax number and e-mail address of the author to whom communications, proofs, and requests for reprints should be sent.
- Authors should include their Twitter handles on the Title Page if they have this.

The **complete manuscript**, arranged as follows:

- (1) Structured Abstract and Keywords
- (2) manuscript, including Acknowledgments/Disclosures (see below) and References,
- (3) Tables (each complete with title) and
- (4) Figures.

In addition, the following must be submitted if applicable:

Written permission from the publisher (copyright holder) to reproduce any previously published table(s), illustration(s) or photograph(s) in both print and electronic media.

Abstract

The abstract must be structured and under 250 words. The structure of most abstracts should be: • Problem • Background; • Question, Hypothesis or Aim • Methods

• Findings • Discussion • Conclusion The Abstract must not include references. Avoid abbreviations and acronyms. Ensure the name of the hospital or health service is not mentioned.

Keywords

Provide at least four and up to six keywords, at least three of which should be selected from those recommended by the *Index Medicus* Medical Subject Headings (MeSH) browser list ([https:// meshb.nlm.nih.gov/search](https://meshb.nlm.nih.gov/search))

Statement of Significance

In the introduction, create a table using the following headings to summaries (in 100 words or less) the contribution of your paper to the existing literature:

- **Problem or Issue**
- **What is Already Known**

- **What this Paper Adds**

Example of Statement of Significance

Problem

Poor assessment and clinical reasoning are major contributors to adverse birth outcomes.

What is Already Known

Midwifery decision-making during birth is mediated by hierarchies of surveillance and control. Midwives are often unable to implement their preferred decision. The international and national professional decision-making frameworks are not sufficiently detailed to guide midwives' clinical reasoning.

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi 10

What this Paper Adds

Evidence that half of the midwives interviewed did not use clinical reasoning to make decisions. A new and detailed model of midwifery clinical reasoning which incorporates a role for intuition.

Headings

For Original Research Articles references should not be more than 40, except with specific permission from the editor prior to submission), **text** should be organised as follows:

- **Introduction** (including problem, theoretical and/or research background, hypothesis or guiding question, definitions of key terms)
- **Participants, Ethics and Methods** (described in detail).
- **Findings or Results:** for Quantitative research results should be concisely reported in tables and figures, with brief text descriptions. For Qualitative research a balance must

be struck between conciseness and sufficient data to support the discussion and conclusion.

- **Discussion** (clear and concise interpretation of results in the context of existing literature) - **Conclusion** (summarises key points and make recommendations)

- **Acknowledgments and Disclosures**

Abbreviations

Minimise abbreviations to no more than four. Do not use abbreviations in the title. Use only abbreviations well known to midwives in the abstract. Define abbreviations at first appearance in the text.

Measurements and weights should be given in standard metric units

Acknowledgements

This section is compulsory. Grants, financial support and technical or other assistance are acknowledged at the end of the text before the references. *All financial support for the project must be acknowledged. If there has been no financial assistance with the project, this must be clearly stated.*

The role(s) of the funding organization, if any, in the collection of data, its analysis and interpretation, and in the right to approve or disapprove publication of the finished manuscript must be described in the Methods section of the text.

Footnotes

Footnotes are not used in the journal.

Artwork

Images or figures are submitted online as one or more separate files that may contain one or more images. Within each file containing images, use the figure number (eg, Figure 1A) as the image filename.

The system accepts image files formatted in TIFF and EPS. PowerPoint (.ppt) files are also accepted, but you must use a separate PowerPoint image file for each PowerPoint figure.

Figure Legends

Figure legends should be numbered (Arabic) and double-spaced in order of appearance beginning on a separate sheet. Identify (in alphabetic order) all abbreviations appearing in the illustrations at the end of each legend. Give the type of stain and magnification power for all photomicrographs. All abbreviations used on a figure and in its legend should be defined in the legend. Cite the source of previously published (print or electronic) material in the legend.

Symbols, letters, numbers and contrasting fills must be distinct, easily distinguished and clearly legible when the illustration is reduced in size.

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi 11

Black, white and widely crosshatched bars are preferable; do not use stippling, gray fill or thin lines.

Color Artwork

Figures/illustrations can be published in colour at no extra charge for the online version. For the print version, colour incurs a charge of US\$ 312 for the first page and US\$ 208 for every additional page containing colour. If you wish to have figures/illustrations in colour online and black and white figures printed, please submit both versions. If you wish to publish colour illustrations and agree to pay the "colour charge" check the appropriate box.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images.

Tables must not exceed six typeset pages.

Tables should be double-spaced on separate sheets (one to each page).

Do not use vertical lines. Each table should be numbered (Arabic) and have a title above.

Legends and explanatory notes should be placed below the table.

Abbreviations used in the table follow the legend in alphabetic order.

Lower case letter superscripts beginning with "a" and following in alphabetic order are used for notations of within-group and between-group statistical probabilities.

Tables should be self-explanatory, and the data should not be duplicated in the text or illustrations. Tables must be submitted as part of the text file and not as illustrations.

References

The journal follows the International Council of Medical Journal Editors' (ICMJE's) Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals available at: <http://www.icmje.org/recommendations/>. Referencing requirements for *Women and Birth* are the same as for other major medical/health journal. Examples of citation and referencing for each type (e.g. article, book chapter, thesis) are at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

The full details of the National Library of Medicine (NLM) referencing requirements are found at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>; where the e-book can be accessed.

For users of bibliographic management systems like Mendelay or Endnote please use the most up to date version and select the Lancet Output Style because it complies with the ICMJE referencing standards.

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list, they

should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Data references

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

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images, and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

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

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

Data linking

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

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

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

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

Mendeley Data

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

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

Data statement

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

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

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

AUTHOR INFORMATION PACK 13 Mar 2022 www.elsevier.com/locate/wombi 13

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

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email

and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Author Services](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch. You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

