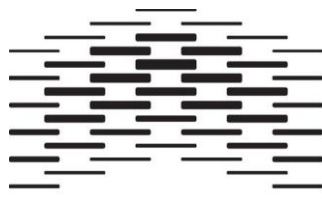


**MASTEROPPGAVE**  
**Helse og empowerment**  
**2014**

Kvinneres opplevelse av og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i  
tidlig barseltid

Tine Gammelgaard Aaserud

**Fakultet for helsefag**  
**Institutt for helse ernæring og ledelse**



**HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS**

## Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik og spennende prosess. Det gleder meg å oppleve hvordan det alltid er mulig å lære nytt og utvikle seg. Jeg har mange å takke for at det ble mulig for meg å gjennomføre studiet og skrive oppgaven.

Først vil jeg takke kvinnene som lot seg intervju, for deres deltakelse og gjestfrihet, uten dem vil det ikke ha blitt noen studie. Jordmødrene som rekrutterte kvinnene fortjener stor takk for deres positive holdninger, engasjement og innspill. Takk til lederne av jordmortjenestene som tillot meg å intervju i deres kommune.

Videre vil jeg takke mine veiledere Sidsel Tveiten og Anne Karine Gjerlaug. Dere har vært kunnskapsrike, positive, konstruktive, inspirerende, tilgjengelige og omsorgsfulle. Jeg er virkelig takknemlig for deres veiledning og støtte gjennom hele prosessen. Samtidig vil jeg også takke mine medstudenter Tonje, Anne Grete og Anne Elisabeth for strålende samarbeid og støtte gjennom hele studiet.

Mine ledere i Rælingen kommune vil jeg takke for tilrettelegging og støtte. Selv om det har skapt utfordringer har dere vært positive og strukket dere langt. Likeså har mine jordmorkolleger Kristina og Malin strukket seg langt for å få kabalen i hverdagen til å gå opp. Dere er engasjerte, dyktige og skjønne kolleger som fortjener stor takk. Videre vil jeg takke Elisabeth, Anne Grete og Ingrid, vi har vært kolleger gjennom mange år og våres flotte samarbeid har bidratt til min interesse for å studere og utvikle helsetilbudet til kvinner og deres familier.

Avslutningsvis vil jeg takke familie og venner og spesielt Birger, Marius og Maren, min kjære familie, dere har bidratt og støttet meg gjennom hele studiet.

Skedsmokorset, 14.september 2014

Tine Gammelgaard Aaserud

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Barselomsorgen er endret over lengere tid og oppholdet på barselavdelingen er gradvis blitt redusert fra 5-6 dager til cirka 2 dager. Helsetilsynet påpeker at det oppstår en kritisk periode mellom utreise fra barselavdelingen og til det etableres kontakt med helsestasjonen i kommunen. Helsepolitiske føringer vektlegger at kvinner og deres familier skal oppleve svangerskap, fødsel og barsel som en sammenhengende og helhetlig begivenhet. Samhandlingsreformen legger føring for at barselomsorgen er et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og det er nå utarbeidet retningslinje for barselomsorgen som anbefaler hjemmebesøk av jordmor første til tredje dagen etter hjemreise fra barsel.

**Hensikt:** Studiens hensikt er å fremskaffe kunnskap om og øke forståelsen av kvinnens opplevelser og erfaringer i sin nye livssituasjon, i tidlig barseltid relatert til jordmors hjemmebesøk.

**Teoretisk forankring:** Studien er forankret i teori om helsefremming, empowerment, mestring, autonomi og relasjon mellom jordmor og kvinne.

**Metode:** Studien er kvalitativ. Det er gjennomført semistrukturerte individuelle intervju med ni kvinner som har mottatt hjemmebesøk av jordmor 1-6 dager etter utreise fra barselavdelingen. Data er analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse med inspirasjon fra hermeneutisk meningsfortolkning og systematiske tekstkondensering.

**Funn og fortolkninger:** Det fremkom tre hovedkategorier som beskriver kvinnenes opplevelse og erfaring: 1) Å ha kontrollen selv, 2) Kunnskap og støtte og 3) Kontinuitet og relasjonen med jordmor. Studien viste at det synes å være behov for jordmors fagkompetanse og at det er meningsfullt og nyttig med relasjonell kontinuitet med jordmor. Videre tyder det på at tidspunkt for hjemmebesøk bør kunne vurderes individuelt ut fra kvinnens behov.

**Konklusjon:** Studien tyder på at hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid kan bidra til kvinnenes opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon. Det å kunne imøtekomme kvinnene på deres individuelle behov synes å fremme empowerment hos kvinnen.

**Nøkkelbegreper:** Individuelt intervju, tidlig barseltid, hjemmebesøk av jordmor, empowerment, helsefremming.

## Abstract

**Background:** Maternity care has changed over the years with the stay in the maternity ward being gradually reduced from 5-6 days to about 2 days. The Norwegian Board of Health Supervision notes that there is a critical period between leaving the maternity ward and the establishing of contact with the community healthcare center. Health policy emphasizes that women and their families are to experience pregnancy, childbirth and maternity as coherent and holistic. The Coordination Reform recognizes that maternity care is a collaboration between the specialist and the community health services and a maternity care guidelines has now been drafted that recommends home visits by the midwife from the first to the third day after discharge from the maternity ward.

**Aim:** The aim of the study is to generate knowledge and to further the understanding of the woman's experience of her new life circumstances in the early postnatal period related to the midwife's home visits.

**Theory:** The study is based on the theory of health promotion, empowerment, coping, autonomy and the relationship between the midwife and the woman.

**Method:** The study is qualitative. Semi-structured interviews were conducted individually with nine women who received home visits by a midwife 1-6 days after leaving the maternity ward. Data were analyzed using a qualitative content analysis inspired by hermeneutic interpretation and a systematic condensation of text.

**Findings and interpretations:** There were three main categories that describe the women's experiences: 1) Having control themselves, 2) Knowledge and support, and 3) Continuity and relationship with the midwife. The study revealed that apparently there is need for the midwife's expertise and that a continuous relationship with the midwife is meaningful and useful for the women. Furthermore, the study suggests that the timing for home visits should be individually assessed based on the woman's needs.

**Conclusion:** This study indicates that home visits by midwives early in the postnatal period may contribute to the woman's sense of coping in their new life circumstances. Being able to meet the woman's individual needs seems to enhance empowerment.

**Keywords:** Individual interview, early postnatal care, home visit by midwife, empowerment, health promotion

# Innhold

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2 TEMA OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	5
1.3 HENSIKT OG FORMÅL MED STUDIEN .....	5
1.4 OPPGAVENS AVGRENSNING .....	5
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR .....	6
<b>2. FORSKNING OG TEORI.....</b>	<b>7</b>
2.1 LITTERATURSØK.....	7
2.2 PRESENTASJON AV RELEVANT FORSKNING .....	9
2.3 TIDLIG BARSELTID.....	11
2.4 JORDMORS KOMPETANSE.....	14
2.5 HELSEFREMMENDE ARBEID .....	16
2.6 EMPOWERMENT.....	18
2.7 MESTRING .....	21
2.8 AUTONOMI.....	23
2.9 RELASJONEN MELLOM KVINNEN OG JORDMOR .....	26
2.10 OPPSUMMERING AV FORSKNING OG TEORI .....	29
<b>3. METODOLOGI .....</b>	<b>30</b>
3.1 FORSKNINGSDESIGN .....	30
3.2 HERMENEUTIKK SOM VITENSKAPELIG GRUNNLAG .....	31
3.3 EGEN FORFORSTÅELSE .....	33
3.4 METODE .....	35
3.5 REKRUTTERING OG UTVALG.....	36
3.6 FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRELSE AV INTERVJU .....	38
3.7 LYDOPPTAK OG TRANSKRIPSJON .....	39
3.8 ANALYSE.....	40
3.9 ETIKK .....	41
<b>4. FUNN OG FORTOLKNINGER.....</b>	<b>44</b>
4.1 PRESENTASJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER .....	45
4.2 OPPSUMMERING .....	55
<b>5. DRØFTING AV FUNN OG FORTOLKNINGER.....</b>	<b>56</b>
5.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL 1.....	56
5.1.1 Forutsigbarhet.....	56
5.1.2 Trygt å reise hjem fra barselavdelingen .....	58
5.1.3 Opplevelse av nytte og opplevelse av kontroll.....	59
5.1.4 Kunnskap og kompetanse.....	60

5.1.5	Mestringsopplevelser.....	63
5.2	FORSKNINGSSPØRSMÅL 2.....	64
5.2.1	Tilrettelegging .....	64
5.2.2	Dele kunnskap og styrke kompetanse .....	65
5.2.3	Inkludere partner .....	66
5.2.4	Samtale om fødsel og opplevelser.....	66
5.2.5	Bekreftelse og støtte .....	67
5.3	FORSKNINGSSPØRSMÅL 3.....	68
5.3.1	Jordmors fagkunnskap og kompetanse.....	68
5.3.2	Innhold i hjemmebesøk av jordmor og helsesøster tangerer hverandre .....	69
5.3.3	Mulighet for kontinuitet .....	70
5.3.4	Relasjon mellom kvinnen og jordmor .....	72
5.3.5	Naturlig avslutning på en profesjonell relasjon.....	74
<b>6.</b>	<b>DRØFTING AV STUDIENS KVALITET.....</b>	<b>74</b>
<b>7.</b>	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>81</b>
<b>8.</b>	<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>82</b>
	<b>VEDLEGG 1- SVAR FRA REK.....</b>	<b>88</b>
	<b>VEDLEGG 2 – SVAR FRA NSD.....</b>	<b>89</b>
	<b>VEDLEGG 3 - INFORMASJON OG SAMTYKKE .....</b>	<b>90</b>
	<b>VEDLEGG 4 - INTERVJUGUIDE:.....</b>	<b>91</b>
	<b>VEDLEGG 5 - BREV I FORBINDELSE MED REKRUTTERING .....</b>	<b>95</b>
	<b>VEDLEGG 6 - INFORMERT SAMTYKKE I FORBINDELSE MED STUDIEN: .....</b>	<b>97</b>
	<b>VEDLEGG 7 – TABELL MED OVERSIKT OVER ARTIKLER SOM BLE INKLUDERT I STUDIEN: .....</b>	<b>98</b>
	<b>VEDLEGG 8 – TABELL OVER MENINGSFULLE ENHETER, UNDER- OG HOVEDKATEGORIER .....</b>	<b>102</b>
	<b>Tabell 1- Søkehistorie.....</b>	<b>8</b>
	<b>Tabell 2 – Oversikt over hoved- og underkategorier.....</b>	<b>44</b>
	<b>Tabell 3 – Forskningsspørsmål og deres relasjon til funn og fortolkninger.....</b>	<b>45</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Barselomsorgen har endret seg gjennom de siste 30 årene. Tidligere var det vanlig at kvinnen var på barselavdelingen i 5-6 dager etter en normal fødsel. Nå er det vanlig å reise hjem etter 1-2 dager og det er ikke iverksatt andre tilbud som oppfølging i tidlig barseltid. Det er normalt å få barn men det er samtidig en sårbar tid hvor de fleste kan ha behov for råd og veiledning, som følge av sin nye livssituasjon. Som følge av svangerskap og fødsel er det både kroppslige, mentale og sosiale endringer som kan være utfordrende for kvinnen (Venheim, 2010). Barseltiden blir beskrevet som en overgangsfase i livet hvor det er mulighet for utvikling (Schibbye, 2012; Brodén, 2004). Det skjer store endringer relasjonelt i familien når det nye barnet skal innlemmes. Både kvinnen og partneren endrer sine roller og deres samværsmonstre skal tilpasses den nye livssituasjonen. De må forholde seg til den nye situasjonen ut fra sitt eget ståsted og denne prosessen gir mulighet for en individuell bevisstgjøring og utvikling i forhold til sine egne roller. Det kan være krevende og innebærer ofte endringer i selvoppfatning og væremåter som videre kan påvirke samværsmåtene mellom kvinnen og partneren (Schibbye, 2012). Disse prosessene tar tid og kan være utfordrende for den nye familien. Studiens fokus er kvinners opplevelse av og erfaring med hjemmebesøk av jordmor.

Barselomsorgen er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjeneste som blant annet omfatter helsestasjon, allmennlege- og jordmortjeneste. Helsetilsynet påpeker at det oppstår en kritisk periode, mellom utreise fra sykehus og til det er en reell kontakt med helsestasjonen. Tilsyn som Helsetilsynet har gjennomført, viser at kommunenes barseltilbud er forskjellig både i omfang og innhold, samt at det kommer frem at det ikke følges opp i tråd med faglige normer (Helsedirektoratet, 2014).

Folkehelsearbeid er satsningsområde for regjeringen og det ønskes med utgangspunkt i Samhandlingsreformen (2009) en større satsning på det helsefremmende og forebyggende arbeid. I følge Folkehelseloven skal kommunene gi informasjon, råd og veiledning om helsefremmende og forebyggende tiltak til befolkningen (Folkehelseloven, 2011). En god start i livet kan danne grunnlag for god helse videre i livet og kan derfor beskrives som helsefremmende og forebyggende. En prosess der folk oppnår større kontroll over

beslutninger og handlinger som angår helse er i følge WHO sentralt i det helsefremmende arbeid (Tveiten, 2012). Den samme prosess vil da være viktig i forbindelse med tidlig hjemmebesøk av jordmor. Empowerment er et sentralt begrep innen helsefremming og de sentrale prinsippene for empowermenttenkningen er ifølge Tveiten (2012): Pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktomfordeling. Hensikten med barselomsorgen og herunder hjemmebesøket er nettopp å styrke kvinnen slik at hun kan oppleve økt selvtilit og styrket selvbilde samt øke sine kunnskaper og ferdigheter som dermed kan medvirke til at kvinnen kan bli i stand til å ta mest mulig styring i sin nye livssituasjon til beste for seg og sin familie (Helsedirektoratet, 2014).

Rapporten «Brukererfaring med svangerskaps-, fødsels-, og barselomsorgen» (2013) påpeker at kvinner savner mer hjelp på barselavdelingen og ønsker tidlig hjemmebesøk (Sjetne, Kjøllesdal, Iversen & Holmboe, 2013). I følge offentlige retningslinjer og utredninger ønsker man at svangerskap, fødsel og barseltid skal være en tid som er preget av sammenheng, helhet og kontinuitet (Helsedirektoratet, 2014; St.meld.nr 12 (2008-2009), 2009). De fleste kvinner i Norge går til jordmor og/eller lege i svangerskapet og føder på sykehuset med en jordmor som jobber der. Kvinnen flytter etterpå til barselhotell eller barselavdeling hvor hun treffer flere jordmødre som hun ikke kjenner fra før, deretter reiser hun hjem etter 1-2 døgn. Det er stor variasjon i landet, men det er vanlig praksis at helsesøster har første kontakt etter hjemkomst fra barselavdelingen, omkring 7-14 dager etter fødsel.

Retningslinje for barselomsorgen anbefaler en større innsats i denne første tiden etter fødsel og at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten blir mer avklart blant annet i forhold til hvem som har ansvar for de enkelte oppgavene (Helsedirektoratet, 2014). Å undersøke kvinners opplevelser av og erfaringer med tidlig hjemmebesøk av jordmor kan tenkes å bidra med informasjon om momenter som kan være relevant i denne avklaringen. For eksempel kan økt kunnskap omkring kvinnenes opplevelser og erfaringer bidra til større innsikt i hvilke oppgaver det kan være hensiktsmessig at kommune og spesialisttjenesten samarbeider om. Samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten kan da være en medvirkende faktor til økt trygghet og kontinuitet. Det er beskrevet i Retningslinje for barselomsorgen, at det finnes få studier av god kvalitet som er gjennomført i Norge og det er behov for mere forskning (Helsedirektoratet, 2014).

Samhandlingsreformen (2009) gir føringer om »Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Man foreslår blant annet at kommunal jordmortjeneste har en sentral rolle i oppfølging av



mor og barn de første dagene etter fødsel, for å sikre best utnyttelse av ressurser, samt å ivareta helhet og kontinuitet i svangerskap- fødsel- og barseltid (St.meld. nr. 47, 2009). Man kan tenke at hjemmebesøk av jordmor i kommunen vil kunne bidra til økt kontinuitet i det at kvinnen og jordmoren kan ha jevnlig kontakt gjennom perioden fra begynnelsen av svangerskapet og frem til tidlig barseltid og hjemmebesøk. Jordmors kunnskap og kompetanse som spesialist i det normale svangerskap, fødsel og barsel kan også representere kontinuitet, i den forstand at aspekter fra svangerskapet kan spille en rolle for situasjoner under fødselen og/eller i barseltiden.

Før Retningslinjer om barselomsorgen ble utgitt var det de færreste kvinner i Norge som fikk hjemmebesøk av jordmor rett etter hjemkomsten. Det er på grunn av at hjemmebesøk ikke tidligere har vært innbefattet i jordmorstillingene i kommunene. I skrivende stund er det ennå få kommuner som har tilrettelagt slik at barselkvinner kan få tidlig hjemmebesøk av jordmor (Den Norske Jordmorforening, 2014). I forbindelse med oppfølging av Samhandlingsreformens (2009) føringer, ble det i mars 2012 mulig for kommunene å søke Helsedirektoratet om tilskudd til utvikling av samhandlingstiltak og herunder utvikling av lokale jordmortjenester i forbindelse med hjemreise fra fødeinstitusjon. Helsedirektoratet har i denne sammenheng gitt tilskudd til prosjekter i 3 kommuner på Østlandet, som omhandler tidlig hjemmebesøk av jordmor ansatt i kommunen (Helsedirektoratet, 2012). Prosjektene blir gjennomført uavhengig av hverandre, men har som følge av kriterier for å få tilskudd, samme overordnet formål:

- en barseltid som er preget av trygghet, helhet og kontinuitet.

De tre kommunene tilbyr hjemmebesøk av jordmor, så langt det er mulig, første til tredje virkedag etter hjemreise fra barsel.

Det er behov for kunnskap om kvinners opplevelser og erfaringer i denne sårbare tiden som kan bidra til å gi grunnlag for at barselomsorgen blir mer hensiktsmessig både for kvinnene og samfunnet. Man kan anta at en økt innsikt også vil kunne bidra til viktige vurderinger i et helseøkonomisk perspektiv innen barselomsorgen. Spørsmålet om ressurser og hvordan de benyttes innen helsevesenet er viktig og det er sannsynlig at sengeplasser på barsel kan bli ennå mer redusert i fremtiden. En systematisk oversikt over effekt av psykososiale og psykologiske intervensjoner for å forebygge postpartum depresjon, viser blant annet at

hjemmebesøk av helsepersonell trolig gir færre deprimerte kvinner etter fødsel samt at det individuelle fokus er vesentlig (Dennis & Dowswell, 2013).

Som jordmor har jeg alltid hatt stor interesse for det forebyggende og helsefremmende perspektiv i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Interessen har medvirket til at jeg jobber på helsestasjon med oppfølging av gravide og deres familier. Avslutningen i samarbeidet mellom jordmor, kvinnen og hennes familie har ofte fremstått uklart. Det har frem til nå ikke vært noe klart definert møtepunkt etter fødselen. På helsestasjonen i kommunen der jeg arbeider, er det «Åpent hus» en dag i uken for familiene og de som nylig har fått barn kommer ofte der. Som følge av at jordmorkontoret er fysisk plassert i helsestasjonen hvor det er åpent hus, har jeg i den sammenheng likevel truffet en del av mødrene etter fødsel. Min erfaring fra disse naturlige og tilfeldige møtene er, at mange av kvinnene har uttrykt ønske om å treffe jordmor for blant annet å vise frem barnet samt dele erfaringer. Jeg har opplevd møtene som en naturlig avrundning av en samarbeidsrelasjon. Å få mulighet til å gjøre denne studien er meget interessant for meg. Min bakgrunn som jordmor og erfaring i svangerskapsomsorgen på helsestasjon har selvsagt medvirket til hvordan oppgaven er utarbeidet og fremstår til slutt. Kvalitetskriterier innen kvalitativ forskning omfatter blant annet å være sin forforståelse bevisst hvilket jeg har forsøkt å være gjennom hele prosessen i arbeidet med studien. Min forforståelse presenteres under kapittel 3 punkt 3.3.

## **1.2 Tema og forskningsspørsmål**

Tema: Kvinners opplevelse av og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid

Forskningsspørsmål:

- 1 Hvilken betydning kan tidlig hjemmebesøk av jordmor ha for kvinnens opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon?
- 2 Hvordan kan jordmor bidra for å imøtekomme kvinnens behov i forbindelse med hjemmebesøk?
- 3 Hvilken betydning kan det ha for kvinnen at det er jordmor som kommer på hjemmebesøk?

## **1.3 Hensikt og formål med studien**

Hensikten med studien er å fremskaffe kunnskap om og øke forståelsen av kvinnens opplevelser og erfaringer i sin nye livssituasjon, i tidlig barseltid relatert til jordmors hjemmebesøk.

Studiens formål er å fremskaffe kunnskap som kan bidra til utarbeidelse av en god, helsefremmende og samfunnsøkonomisk barselomsorg for kvinner og deres familie.

## **1.4 Oppgavens avgrensning**

Dette er en kvalitativ studie hvor det er gjennomført individuelle intervju med ni kvinner som har mottatt hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid.

I oppgaven er fokus på kvinnens opplevelser og erfaringer. Partner omtales lite i oppgaven og hensikten med oppgaven gir lite rom for fokus på partners rolle utover kvinnens beskrivelse av viktigheten av hans/hennes tilstedeværelse og støtte i forbindelse med fødsel, barseltid og under hjemmebesøket. Det understrekes at partners rolle vanligvis er viktig i hele forløpet selv om det ikke beskrives i denne oppgaven.

## **1.5 Oppgavens struktur**

Det er innledningsvis gjort rede for studiens tema, forskningsspørsmål, hensikt og formål. I kapittel 2 belyses tidligere forskning samt teoretiske begrep som anses relevant for studien. Først presenteres søkehistorikk og dernest presenteres inkluderte artikler. Videre under teori belyses først tidlig barseltid og jordmors kompetanse, før teoretiske begrep som anses relevant for studien vil bli gjennomgått. Kapittel 3 omhandler studiens metodologi. Funn og fortolkninger blir lagt frem i kapittel 4 ved hjelp av en oversiktstabell med etterfølgende beskrivelse av kategorier og eksempler. I kapittel 5 vil studiens funn og fortolkninger bli drøftet i forhold til forskningsspørsmål og videre i kapittel 6 vil kvaliteten på studien bli drøftet. Tilslutt en kort avslutning.

## 2. Forskning og teori

I det følgende presenteres forskning og teori. Det blir redegjort for søkehistorikk før inkluderte forskningsartikler presenteres. Dernest beskrives tidlig barseltid kort samt jordmors kompetansegrunnlag i forbindelse med hjemmebesøket. Videre gjøres det rede for følgende teoretiske begreper som anses som sentrale for å bidra til en helhetlig belysning av tema og forskningsspørsmål: Helsefremmende perspektiv, empowerment, mestring, autonomi og relasjon mellom kvinnen og jordmor.

### 2.1 Litteratursøk

Det ble gjort litteratursøk i forbindelse med oppstart av studien med hensikt å styrke den teoretiske referanserammen og finne tidligere forskning omkring temaet. Det ble søkt både elektronisk i databaser og manuelt, ut fra tema og forskningsspørsmål. Manuelle søk ble gjort i litteraturlister og pensumlitteratur samt utfra omtale i fagartikler. Forskningsartikler ble i hovedsak funnet på helsefaglige og medisinske databaser. Søkene har foregått hjemme via Høgskolen i Oslo og Akershus, Læringscenter og bibliotek samt på biblioteket på Kjeller. Jeg fikk hjelp av bibliotekar i forbindelse med noen søk.

Følgende databaser er valgt på bakgrunn av relevans for studiens tema: Bibsys, Cinahl, Maternity and Infant Care, og Medline.

Avgrensning for søk på for forskningsartikler er valgt utfra studiens tema: Innhold som omhandler friske mødre og barn i barseltid, har fokus på mødres opplevelser i forbindelse med barseltid, omhandler hjemmebesøk, ikke mer enn 5 år siden publisering og fra vestlig land som har sammenlignbare barselforhold.

Følgende søkeord er benyttet: Mothers, newborns, midwifery, postpartum, postnatal care, maternity care, early discharge, home visits, coping, self- efficacy, experiences, continuity, relationships, qualitative research.

Det er gjort gjentagende søk i løpet av arbeidet med studien, hvor utviklingen av kunnskap medvirket til grunnlag for nye søk. Søkeord som relationship, autonomy og women ble da brukt i tillegg til de ovenstående og igjen i forskjellige variasjoner. De nye søkene medførte

funn av fler artikler som var relevante for problemstillingen og disse artikler er benyttet og henvist til i drøftingskapitlet.

Det er søkt først med enkelt ord og dernest satt sammen i forskjellige varianter. Herunder vises en tabell med et utvalg fra søk som førte frem til artikler som ble inkludert i studien. Første del av søkeprosessen hvor de enkelte søkeord gir mange treff fremkommer ikke på skjema og søkeord som er vist i tabellen er de som medførte funn av relevante artikler. Søk som ikke medførte inkluderte artikler er ikke vist.

Tabell 1: Søkehistorie

Dato	Database	Søkeord	Treff	Lest abstrakt	Lest artikkel	Inkludert
04.03.13	Cinahl	Postnatal care, Qualitative research, Coping	39	5	3	1
04.03.13	Maternity and Infant Care	Postnatal care, Mothers, Home visit	14	2	1	1
		Midwifery, Home visit	14	3	2	2
04.03.13	Medline	Postnatal care, Postpartum, Self-efficacy	34	8	1	1
		Postnatal care, Self-efficacy, Early discharge	2	1	1	1
		Postnatal care, Qualitative research	84	8	6	2
12.05.13	Cinahl	Postnatal care, Home visit, Midwifery, Experiences	9	3	2	1
12.05.13	Maternity and Infant Care	Midwifery, Postnatal care, Emotional	25	5	1	1

## 2.2 Presentasjon av relevant forskning

Det er en del forskning på tema rundt kvinner i barseltid. Jeg har funnet flest artikler fra Australia og Sverige og enkelte artikler fra Norge, Danmark, Irland, England, Sveits og USA. Under søk i databasene kommer det opp en del artikler som har fokus på barselomsorg på sykehus og en del som har fokus på kvinner og barseldepresjon. Fler studier konkluderer med å støtte opp om hjemmebesøk av jordmor. Videre omhandler fler artikler hjemmebesøk er av helsesøster. De utvalgte artikler omhandler relevante tema i forhold til denne studien og omfatter litteratur review, tverrsnittstudie og flest kvalitative studier. Oversikt over de inkluderte artikler finnes i tillegg presentert i tabell, vedlegg 7.

### **Inkluderte artikler:**

Det er inkludert to artikler som er skrevet med bakgrunn i litteraturgjennomgangstudier. Den ene inkluderer studier fra Australia, Canada, Storbritannia, USA og Sverige og har til hensikt å vurdere om tidlig utreise etter fødsel er trygt for friske mødre og barn, samt effekt i forhold til helseutfall og omkostninger (Brown, Small, Argus, Davis & Krastev, 2009). De konkluderer at tidlig hjemreise ikke har negativ effekt på amming eller mors psykiske helse når det er tilbud om minst et hjemmebesøk etter utreise. Det er uklart hvor viktig det er med hjemmebesøk da det er forskjellige tilbud i de inkluderte studiene (Brown et al, 2009). Artikkelen ble inkludert på bakgrunn av innblikk i erfaring fra flere land og fokus på hjemmebesøk.

Den andre artikkel med bakgrunn i litteratur gjennomgang omhandler mødres (self-efficacy) mestringsforventning som foreldre i postpartum perioden (Leahy-Warren & McCarthy, 2011). De bruker MPSE (maternal parental self-efficacy) som måleinstrument og er hovedsakelig basert på Bandura sin teori. Studien viser at mestringsforventninger som ligger over et definert nivå er relatert til positive opplevelser. Ble inkludert på grunn av fokus på mestring og mestringsforventning i barseltid.

Videre ble det inkludert artikler fra to tverrsnittstudier. En med hensikt å utforske kvinnens opplevde virkelighet og den subjektive opplevde viktighet av omsorgen samt belyse om kvinners tilfredshet med forskjellige typer barselomsorg (Hildingsson & Sandin-Bojö, 2011).

Det kommer frem i studien at kvinnene var «meget fornøyd» når de fikk best mulig helsesjekk av barnet og når kvinnene fikk tilstrekkelig støtte fra personalet.

Den neste tverrsnittstudien har til hensikt å beskrive kvinners opplevelse av jordmor-omsorg i tidlig barsel tid og sammenlikne barselomsorg på sykehus og hjemme (Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck & Schmied, 2010). Deres studie viser at kvinnene som hadde fått hjemmebesøk var gjennomsnittlig mer fornøyd en de som var på barselavdeling. Flergangsfødende var mest fornøyd. Det beskrives et travel og kaotisk miljø på sykehuset med lite kontakt med jordmødrene. De konkluderer blant annet at relasjonell interaksjon mellom kvinne og omsorgsgiver bør verdsettes i utvikling av barselomsorgen (Fenwick et al, 2010).

Det er inkludert fem artikler med bakgrunn i fokusgruppeintervju studier hvorav to har benyttet individuell intervju i tillegg.

Den første artikkel med fokusgruppeintervju omhandler mødres erfaringer den første tiden hjemme med en nyfødt (Hjälmhult & Økland, 2012). Studiens forfattere har begge helsesøsterbakgrunn men ser på liknende tema som min studie. De konkluderer blant annet med at mødre kan ignorere egne behov i ønsket om å lykkes med amming og gi omsorg til barnet samt at forestillingen om det normale ved barnefødsler kan ha ført til undervurdering av foreldres behov den første sårbare tiden.

Den neste artikkel utfra fokusgruppeintervju belyser faktorer som influerer på mødres opplevelser av trygghet i første uke etter fødsel (Persson, Friedlund, Kvist & Dykes, 2010). De finner blant annet at støtte fra helsepersonell og fra familie, samt å bli bekreftet på barnets og morens helse er viktige faktorer. Videre konkluderer Persson et al, at personaleholdninger bør diskuteres jevnlig og at kontinuerlig undervisning av personalet i for eksempel veiledning og kommunikasjon, er nødvendig for å imøtekomme foreldres individuelle behov.

Tredje fokusgruppe studie har til hensikt å få større forståelse og kunnskap om verdien av relasjonell kontinuitet for foreldrene, med fokus på fødsel og hjemmebesøk i barsel tid (Aune, Dahlberg & Ingebrigtsen, 2012). Studien tar utgangspunkt i et prosjekt omkring utdannelsen av jordmødre hvor jordmorstudenter følger foreldrepar gjennom svangerskap, fødsel og barsel tid. Aune et al, beskriver at relasjonell kontinuitet og individuell omsorg bidrar til å fremme en tillitsfull relasjon og empowerment. Det kom også frem at fokus under



hjemmebesøkene var mer på opplevelser og erfaringer fra svangerskap og fødsel enn på fremtidige momenter (Aune et al, 2012).

Den åttende inkluderte artikkel har benyttet fokusgruppe og individuell intervju og har til hensikt å få en dypere forståelse for foreldres erfaringer med tidlig hjemreise fra barsel og hjemmebasert barselomsorg (Johansson, Aarts & Darj, 2010). De konkluderer utfra studien at foreldre ønsker hjemmebasert barselomsorg og at det er et tilbud som passer for friske familier samt at det bør skjelnes mellom friske mødre og barn og de som har behov for barselomsorg på barselavdeling (Johansson et al, 2010).

Den neste med både fokusgruppe og individuell intervju ser på kvinners syn, forventninger og erfaringer med tidlig barseltid (Forster, McLachlan, Rayner, Yelland, Gold & Rayner, 2008). Studien viser at en stor del av kvinnene opplever sykehuset som det sikreste og mest passende sted å være. Dette vurderes å kunne ha sammenheng med den økende medikalisering men også at flere familier har lite støtte når de kommer hjem med barnet. Forster et al konkluderer at det er avgjørende at kvinners bekymringer og behov blir imøtekommet når det endres i tilbudet om barselomsorg.

Den tiende og siste inkluderte artikkel er en kvalitativ studie basert på telefonintervju og er en del av en større randomisert kontrollert studie (Fenwick, Gamble, Creedy, Barclay, Buist & Ryding, 2013). Deres hensikt er å beskrive kvinners opplevelse av jordmorledet veiledning i form av et program PRIME Promoting Resilience In Mothers Emotions. Studien finner at kvinnene som deltok hadde opplevd nytte av veiledningen i forskjellig grad. En del av informantene beskriver det som positivt når de kjente jordmoren. Funn i studien støtter viktigheten av tilpasset barsel omsorg som har fokus på å støtte kvinner individuelt både fysisk og emosjonelt, utfra sine behov (Fenwick et al, 2013).

### **2.3 Tidlig barseltid**

Barseltiden defineres som de første seks til åtte uker etter fødselen (Reinar, 2010). I denne studien er det fokus på den tidlige barseltid i de første en til to uker. Barseltiden for kvinner omhandler både fysiske, psykiske og sosiale endringer som vil bli belyst nærmere i det følgende.

Det å få barn er en stor begivenhet i livet og for mange den største. Det skjer store forandringer og det påvirker kvinnen på alle plan, både emosjonelt, relasjonelt og fysisk. Barnet er avhengig av mor og har behov for hennes tilstedeværelse det meste av døgnet. Ammingen skal etableres og de skal bli kjent med hverandre og utvikle samspillet. Den nye rollen som mor påvirker både kvinnens relasjoner til andre mennesker og hennes syn på seg selv. Fødselen er en stor prestasjon og oftest meget krevende for kvinnen. Hun trenger hvile i tillegg til hun må håndtere sine nye oppgaver og det er ofte behov for å bearbeide opplevelsen. Det er en sårbar periode i livet og det er grunnleggende for både mor og barn sin helse at denne overgangsperioden blir preget av god utvikling (Brodèn, 2004; Schibbye, 2012).

Barseltiden innebærer en normal fysiologisk prosess som er individuell og avhengig av mange forhold. Det skjer store hormonelle endringer som begynner idet placenta er født og hormonnivåene skal tilpasses kvinnens kropp i barseltiden. De reproduktive organene skal tilbake til pregravid tilstand og melkeproduksjonen settes i gang (Reinar, 2010). Vanlige endringer og utfordringer kan være blødning/renselse, etter-rier, opphopning av vann i kroppen, bekkenplager og hormon omveltningen som kan medføre en del forskjellige plager (Reinar, 2010). Søvnkvaliteten blir endret i barseltiden og de fleste opplever søvmangel og endret søvnmønster. De store fysiske og mentale forandringene kan påvirke søvnen på grunn av at de skaper forstyrrelse enten fysisk eller psykisk liksom amming og stell av barnet medfører annerledes søvnmønster (Reinar, 2010). Hormonet oksytocin som frigjøres ved amming har en stressdempende effekt som kan hjelpe kvinnen til å få hvile på tross av den nye situasjonen. Søvn og hvile er viktig for at kvinnen skal ha nok krefter til barnet både når det gjelder tilknytning og barnets trivsel generelt (Hansen, 2010).

Det er store variasjoner i hvor rask disse endringene skjer og hvordan kvinnen opplever endringene (Reinar, 2010). Svangerskapets forløp og fødselen spiller inn i prosessen. Et ukomplisert svangerskap og en normal fødsel med en god opplevelse kan medvirke til at barseltiden oppleves positiv også selv om utfordringer med for eksempel amming kan være store. Motsatt kan et svangerskap hvor kvinnen har mye plager og utfordringer med for eksempel bekkenløsning eller/og psykiske og sosiale forhold, som medvirker til at kvinnen er sliten og opplever utfordringene i barseltiden som nesten uoverkommelige. Det er meget individuelt hvordan utfordringene oppleves og håndteres og det er viktig å ikke sette for smale grenser for hva som er normalt for å unngå at noe som er normalt blir definert som avvik (Reinar, 2010).

Amming er viktig for å forebygge sykdom og fremme barnets helse. Det er anbefalt å gi barnet morsmelk som eneste næring i de første seks levemånedene og opprettholde ammingen det første leveåret (Helsedirektoratet, 2001). For at melkeproduksjonen skal opprettholdes i ammeperioden er det nødvendig at brystet stimuleres, som regel ved at barnet ammer eller eventuell ved pumping. Ammingens fysiologi er kompleks og de første dagene er melkeproduksjonen styrt av hormoner. Videre i forløpet er produksjonen avhengig av barnets etterspørsel ved amming eller pumping. Oksytocin frigjøres ved amming og ved hud mot hud kontakt (Hansen, 2010). Hormonet spiller en rolle i flere typer atferd og er vesentlig i forhold til tilknytningen mellom mor og barn. Stress og smerte kan hemme oksytocinet og det er derfor avgjørende at kvinnen får hjelp til å håndtere sine utfordringer slik at stress og smerter kan reduseres (Moberg, 2009).

Den nye rollen som mor medfører store forandringer og kvinnens sosiale identitet endres. Det er spesielt for førstegangsmødre men selv for flergangsmødre kan det være en stor overgang med usikkerhet og bekymringer (Reinar, 2010). Hun må tilpasse sitt liv til det nye barnet og den nye familien. Brodén (2004) beskriver det som en overgangsfase når kvinnen blir mor og videre at fasen er en naturlig, men sårbar overgang i livet. Under graviditeten bearbeider kvinnen sine livserfaringer hvilket kan føre til modning og vekst. Brodén (2004) poengterer viktigheten av å utvikle kontakt med barnet og hevder at tilknytningen begynner allerede i svangerskapet samt at tilknytning til barnet kan støttes ved å hjelpe henne til å sette ord på det følelsesmessige. Jordmor kan støtte kvinnen i disse prosessene ved å spørre inn til kvinnens følelser og oppmuntre kvinnen til å ta kontakt med barnet. Schibbye (2012) beskriver likeledes overgangsfasen og videre hvordan en slik utvikling innebærer både vinning og tap hvor kvinnens selvoppfatning og væremåte påvirkes. Kvinnen må blant annet skifte fra å være datter til å være mor selv (Schibbye, 2012). Stern og Bruscheiler-Stern (2000) omtaler dette som utvikling av en ny mental organisering og at kvinnen trenger støtte fra sine nærmeste i denne fasen. De beskriver videre også kvinnens behov for bekreftelse fra andre mødre som en faktor i dannelsen av hennes nye identitet (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000).

Kvaliteten på det tidlige samspillet mellom kvinnen og barnet er avgjørende for den kognitive og psykososiale utvikling hos barnet (Venheim, 2010). Det er en sårbar fase og flere faktorer kan forstyrre samspillet og tilknytningsprosessen. Schibbye (2012) mener at kvinnen trenger beskyttelse og en følelse av å være verdsatt for å kunne oppfylle kravene til morsrollen. Barnets trivsel og vekt er avgjørende for moren og hun ønsker et positivt forhold til barnet. Kvinnen søker ofte hjelp hos sin egen mor eller andre kvinner for å dele erfaringer og bli

bekreftet. Når barnet trives og vokser påvirker det morens selvaktelse (Schibbye, 2012).

Denne innsikt i kvinnens situasjon i tidlig barsel kan fremme forståelsen av at ammeproblemer eller utfordringer i forbindelse med mating er vesentlig å støtte opp om.

Andre utfordringer som utmattelse, søvnproblemer, fysiske plager av forskjellig karakter som kvinnen kan oppleve, kan også påvirke samspillet (Reinar, 2010).

Med sin kompetanse omkring svangerskap, fødsel og barseltid har jordmor kunnskap om hvilke utfordringer som kvinner kan oppleve både fysisk, psykisk og sosialt i tidlig barseltid. Når kvinnen har fått oppfølging av jordmor i svangerskapet har jordmor også kunnskap om og relasjon til kvinnen gjennom samarbeidet i svangerskapsperioden.

## **2.4 Jordmors kompetanse**

Jordmorutdanningen i Norge er en profesjonsutdanning med et omfang på 120 studiepoeng. Det er krav om utdanning og autorisasjon som sykepleier samt minst et års erfaring i arbeid som sykepleier. Det jordmorfaglige området er definert utfra nasjonale og internasjonale retningslinjer. Den internasjonale definisjonen beskriver kort hvilke krav som stilles til en jordmor:

En jordmor er en person som har fullført og bestått landets offentlige jordmorutdanning og har ervervet seg de foreskrevne kvalifikasjoner for å bli godkjent og/eller autorisert til å utøve jordmorvirksomhet. Hun må være i stand til å yte den nødvendige overvåkning, omsorg og rådgivning til kvinnen i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltiden, til å lede fødsler på eget ansvar og til å ha omsorg for det nyfødte barnet og spedbarnet.

Denne omsorgen omfatter forebyggende tiltak, observasjon av patologiske tilstander hos mor og barn, tilkalling av nødvendig legehjelp eller i mangel av denne kunne påta seg å gi førstehjelp.

Hun har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke bare for kvinnen, men også for familien og samfunnet. Arbeidet bør omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og framtidig foreldrerolle, og kan utvides til

visse grener av gynekologi, familieplanlegging og spedbarnspleie. Hun kan praktisere i sykehus, fødestuer, helsesentre, ved hjemmefødsler og i andre former for jordmorvirksomhet (Utdannings og forskningsdepartementet, Regjeringen, 2005).

Når jordmor kommer hjem til kvinnen må hun forholde seg til både retningslinjer og lovverket som stiller krav til hennes kvalifikasjoner og fremtreden. Jordmors kompetanse beror i tillegg på hennes erfaring som jordmor og videre spiller også hennes personlige utvikling og holdninger en rolle. Skau (2011) fremhever at den personlige kompetansen er en nødvendig og betydningsfull del av den samlede profesjonelle kompetansen. Hun beskriver den personlige kompetansen som vanskelig å måle og veie da den har en kvalitativ dimensjon (Skau, 2011). I rammeplanen med forskrift for jordmorutdanning kommer det i tillegg frem krav til selvstendighet og samarbeidsevner. Det står blant annet at jordmor skal kunne utøve yrket i *samspill* og *dialog* med andre mennesker og *støtte* kvinnen og familien i retten til informert valg (Utdannings og forskningsdepartementet, Regjeringen, 2005). Disse krav har også en kvalitativ dimensjon som gjør det vanskelig å måle.

Jordmor kan være ansatt i både spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse og omsorgstjeneste og i privat praksis. På sykehuset er det vanlig at det er bemannet med jordmødre på barselavdelingene og på barselpasienthotell. Kvinner har fått og får oppfølging av jordmødre i tidlig barseltid når de tilbringer barseltiden på sykehuset i kortere eller lengere tid (Venheim, 2010).

Når det vurderes som like trygt med oppfølging i hjemmet som på barselavdelingen anbefaler Retningslinjen for barselomsorg (2014) med bakgrunn i oppdatert faglig kunnskap samt for å sikre helhetlige pasientforløp av god kvalitet, at kvinner tilbys hjemmebesøk av jordmor tidlig etter hjemkomsten. Det anbefales et hjemmebesøk innen første til tredje døgnet, avhengig av individuelle behov og ved utfordrende situasjoner anbefales det å tilby ytterlig et besøk (Helsedirektoratet, 2014). Med bakgrunn i Samhandlingsreformen er det hensikten at det skal være samarbeide mellom tjenestene for en trygg overgang mellom føde/barsel på sykehuset og det kommunale helse og omsorgstilbudet (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009).

## 2.5 Helsefremmende arbeid

Det finnes flere definisjoner av helse. Mæland (2010) beskriver helse utfra tre forskjellige oppfatninger: 1) helse som fravær av sykdom, 2) helse som ressurs og 3) helse som velbefinnende. Oppfatningene henger gjensidig sammen og det er ikke naturlig å skille de skarpt fra hverandre (Mæland, 2010). Helse kan ses som en tilstand av å være frisk uten sykdom eller plager men helse kan oppleves selv om man har en sykdom. Å kunne være aktiv og ha gode relasjoner påvirker helsen liksom også motstandskraft og styrke gjør at man håndterer utfordringer og kan oppleve god helse. De tre oppfatninger medvirker til å belyse at helse er sammensatt og avhengig av mange faktorer (Mæland, 2010).

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet er en del av folkehelsearbeidet som er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelse (Mæland, 2010). I følge Mæland (2010) har folkehelsen i Norge utviklet seg gjennom det siste århundret fra en helsesituasjon med fattigdomsrelaterte sykdommer hvor gjennomsnittsalderen var rundt 53 år frem til dagens velferdssamfunn hvor bedre folkehelse har medvirket til at gjennomsnittsalderen har økt til over 75 år. Likevel er det helseutfordringer og blant annet selvrapportert helse og forbruk av helsetjenester viser en øking i sykkelighet i samfunnet (Mæland, 2010).

Grunnlaget for helsefremmende arbeid ble utformet på den første internasjonale konferanse i Canada 1986, i form av Ottawa-charteret som definerer helsefremming som:

Proessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstillere sine behov og endre eller mestre sitt miljø (Mæland, 2010, s. 73).

Det kom videre frem under konferansen at helse er en ressurs for det daglige liv og ikke tilstedeværelsens egentlige mål (WHO, 1986). Det er mange faktorer som påvirker helse eller som er grunnleggende forutsetninger (helsedeterminanter) for helse. Man definerte blant annet fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, sosial rettferdighet og likeverd som helsedeterminanter (Mæland, 2010). Mens sykdomsforebyggende arbeid har fokus på sykdommer og endring av livsstil tar helsefremmende arbeid utgangspunkt i de faktorer som kan styrke den enkelte til å ta kontroll over sin egen helse. Man ser på hva som kan bidra til å skape et miljø som støtter

sunn livsførsel og fremmer helse som videre kan bidra til å skape overskudd som gir mulighet for personlig, økonomisk og sosial utvikling (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven og Tones, 2012). Man søker å redusere ulikheter i helse og betrakter folk som samarbeidsparter mer enn målgruppe i tråd med empowermentperspektivet (Mæland, 2010).

Samhandlingsreformen som trådte i kraft januar 2012, har fokus på det helsefremmende arbeid og legger til grunn ideen om at den enkelte og lokalsamfunnet må ha makt og kontroll over helsen. Kommunene skal ivareta flere oppgaver og ha større ansvar i forhold til oppfølging av befolkningen (St.meld.nr. 47, (2008-2009), 2009). Jordmortjenesten er en del av det helsefremmende og forebyggende tilbud i kommunene.

En salutogen tilnærming til helse fokuserer på hva som fremmer god helse (Antonovsky, 2000). Antonovsky (2000) beskriver at stressfaktorer er en del av menneskets tilværelse og med et salutogenetisk perspektiv er det et spørsmål om hvordan personen håndterer spenningen som oppstår når personen utsettes for stressfaktorer. Helse defineres dermed som et kontinuum med optimal helse i den ende av kontinuumet og sykdom i det andre ytterpunkt (Antonovsky, 2000). Hvor man befinner seg i dette kontinuumet avgjøres av hvordan man kan håndtere de utfordringene man opplever. Mæland (2010) beskriver utfra et salutogenetisk perspektiv at en forutsigbar og sammenhengende oppfattelse av verden grunnlegges i barndommen gjennom nære og stabile kontakter med omsorgspersoner og videre at utviklingen av basal tillit er en grunnleggende forutsetning for mental og kroppslig helse senere i livet (Mæland, 2010, s. 74).

Schibbye (2012) beskriver ut fra nyere forskning, hvordan den emosjonelle tilgjengelighet fra moren er en forutsetning for at barnet skal utvikle sitt relasjonelle jeg. At moren kan innstille seg på barnets utspill slik de opplever et følelsesmessig fellesskap. Når barnet ser på morens ansiktsuttrykk kan barnets hjerne aktiviseres og tilrettelegge for at barnet kan kjenne seg i det moren gjør med sitt ansikt (Schibbye, 2012). Moren kan anerkjenne barnets følelser ved å lage ansiktsuttrykk og lyder som tilsvarer følelsen barnet har. Dette samspillet kan medvirke til at barnet får en form for forståelse for andres affektive uttrykk og sine egne følelser.

Schibbye (2012) beskriver denne prosess som utvikling av refleksivitet og selvavgrensning og fremhever at det primært utvikles i relasjonen mellom barnet og omsorgspersonene.

Selvavgrensning handler om å kunne skille mellom egne og andres opplevelser (Schibbye, 2012). Barn som opplever omsorg, tilhørighet, beskyttelse og opplever sterke følelsesmessige bånd til omsorgspersonen kan ifølge Schibbye (2012) beskrives som trygt tilknyttet. Et barn

som er trygt tilknyttet vil ha forutsetninger for å danne gode relasjoner også senere i livet og man kan derfor se på trygg tilknytning som en helsefremmende faktor (Schibbye, 2012).

Det helsefremmende perspektiv i forhold til tidlig barseltid og under hjemmebesøk av jordmor handler dermed om, i samarbeid med mor, å legge til rette for at hun kan håndtere sin nye rolle og livssituasjon best mulig for seg, barnet og familien. En trygg mor som opplever mestring har bedre forutsetninger for å håndtere utfordringene som overgangen til en ny livssituasjon kan innebære. Når hun ikke trenger å bruke mye av sin oppmerksomhet på sin egen usikkerhet og engstelse, vil hun sannsynligvis ha bedre mulighet for å være emosjonelt tilgjengelig slik det blir best mulig grunnlag for å utvikle samspillet og tilknytningen mellom mor og barn.

## **2.6 Empowerment**

Det finnes etter min mening ikke noen god oversettelse av begrepet empowerment til norsk. I denne studien brukes ordet som det står og jeg vil her kort belyse hvordan begrepet kan forstås i en helsefaglig sammenheng.

Oversatt til norsk betyr ordet empowerment myndiggjøring og kan da forstås som blant annet: bemyndigelse, å gi makt til, å sette i stand til eller gi mulighet til (Askheim, 2012). Det ligger en begrensning i denne oversettelsen fordi den gir inntrykk av at hjelperen bestemmer når makt og myndighet skal overdras til den hjelpetrengende, samt hva den (makten og myndigheten) skal innebære (Askheim, 2012). Empowerment er ment å fremme sosial og helsemessig rettferdighet og WHO har definert empowerment som en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse (Who, 1998). Empowerment kan beskrives på både individ-, organisasjons- og samfunnsnivå. Det er sammenheng mellom nivåene, og empowerment på individnivå, vil kunne medvirke til empowerment på organisasjonsnivå (Askheim, 2012). Empowerment perspektivet i denne studien er individnivå. Askheim fremstiller empowerment som et begrep som indikerer en prosess hvor utgangspunktet er å styrke de avmektige slik at de kan få økt selvtillit, selvbilde, økte kunnskaper og ferdigheter for dermed å mobilisere kraft for å komme ut av avmakten og øke makt, styring og kontroll over eget liv (Askheim, 2012, s.12).



Empowerment må ses i lys av konteksten og hvem det handler om. Dilemma og problemer må løses i forhold til den konkrete situasjon og en bevisst holdning og refleksjon er avgjørende for hvilke løsninger eller handlinger som velges og videre da i hvilken grad empowerment realiseres derigjennom (Askheim, 2012). Empowerment bygger på et grunnleggende positivt menneskesyn som ser på mennesket som et aktivt og handlende individ som når forholdene legges til rette kan og vil sitt eget beste. Fokus er mer på løsninger enn på problemer (Gibson, 1991).

Gibson(1991) sier videre at individet har evnen til å handle og ta beslutninger til sitt eget beste også når det er behov for kunnskap eller hjelp for å oppnå det. I empowerment ligger nettopp det at hjelperen skal respektere den hjelpetrequende som likeverdig og ekspert på seg selv, samt akseptere og anerkjenne dennes beslutninger og valg. Det å anerkjenne at begge parter kunnskap er nødvendig for utvikling i prosessen.

Hvis jordmor på hjemmebesøk overser kvinnens kunnskap og forståelse av seg og sin situasjon, vil det antakelig ikke bidra til utvikling, men kanskje heller til distanse mellom jordmoren og kvinnen og i tillegg kanskje økt bekymring for kvinnen fordi hun kan bli mer usikker på seg selv. Samarbeidet mellom hjelperen og den hjelpetrequende er utfordrende da relasjonen er asymmetrisk i utgangspunktet. Fagpersonen har rolle som en ressursperson og den hjelpetrequende er i en vis grad avhengig av fagpersonens ekspertise eller hjelp (Askheim, 2012). Fagpersonen må balansere sitt ansvar i relasjon med den de skal hjelpe slik samarbeidet kan medvirke til å fremme helse og samtidig ivareta den hjelpetrequende sin autonomi. Askheim (2012) fremhever at makt ikke kan unngås og det er avgjørende å være bevisst makten og hvordan den utspiller seg i praksis. Med erkjennelse av at makt er tilstede i relasjoner, kan man være med på å endre forholdet fra makt og avmakt til empowerment eller en omfordeling hvor man mobilisere til motstand mot avmakten og finner løsninger som kan medføre makt over egen livssituasjon (Askheim, 2012). Som et eksempel kan kvinnen oppleve at jordmoren har makt hvis jordmoren forteller kvinnen at hun bør slutte å røyke uten å spørre om hva kvinnen tenker om dette. Hvis jordmoren i stedet spør inntil hva kvinnen tenker omkring sin røyking kan kvinnen oppleve selv å finne frem til gode løsninger som er håndterbare for henne. Det kan i sin tur medvirke til at kvinnen opplever å ha makt over sin egen situasjon og videre kan det øke sannsynligheten for at endringer gjennomføres.

Tveiten (2012) beskriver medvirkning, maktomfordeling og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv som prinsipper i empowermenttenkningen. Hun fremhever relasjonen i samarbeidet mellom sykepleier og pasient, hvor fokus er i samarbeid å identifisere, fremme

og styrke mulighetene for at pasienten skal ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse. Å være en samarbeidspartner i empowermentprosessen mellom sykepleier og pasient innebærer i følge Tveiten at sykepleieren kan defineres som en veileder, her forstått som en person med kompetanse til å veilede i en profesjonssammenheng (Tveiten, 2012).

Man kan ikke bli empowered av noen, man kan bare empower seg selv, det er et resultat av selvinnsikt og forståelse av sine ressurser (Gibson, 1991). Fagpersonen kan støtte og hjelpe i prosessen til utvikling og utnyttelse av ressurser for å fremme mestring og opplevelse av kontroll. Tveiten (2012) beskriver empowerment også som et resultat av empowermentprosessen. Man kan se empowerment som et kontinuum mellom bevissthet om noe og opplevelse av endring (Tveiten, 2012).

Empowermentprosessen på individuelt nivå foregår i denne studien mellom jordmoren og kvinnen og innebærer både maktfordeling, medvirkning og jordmorens anerkjennelse av kvinnens kunnskap og kompetanse på seg selv og sin situasjon. Den gravide kvinnen og jordmoren samhandler i empowermentprosessen som er ment å identifisere, fremme og styrke den gravide kvinne, til å kunne forstå sin situasjon og kunne vurdere kritisk for å ta valg, som er helsefremmende for henne og barnet. Prosessen stiller krav til jordmor om et balansert ansvar hvor hun på den ene side må medvirke til å fremme at kvinnen kan treffe gode helsefremmende valg og på den annen side må hun akseptere kvinnens autonomi slik hun kan ta egne informerte valg. Samtidig må jordmor håndtere sitt ansvar og plikt til å si fra ved risiko for omsorgssvikt.

Askheim (2012, s.139) stiller spørsmål om empowermentperspektivet blir nedtonet når fagpersoner opplever knapphet på tid og ressurser, hvor det kan oppleves mer effektivt å ta beslutninger uten å involvere (Askheim, 2012). Spreitzer (1995) belyser sammenhengen mellom den strukturelle kontekst og individuell atferd og den enkeltes opplevelse av empowerment i arbeidssammenheng. Det beskrives i studien at opplevelsen av empowerment for ansatte fremmes, hvis den strukturelle kontekst legger til rette for at ansatte kan 1) oppleve sitt arbeid som meningsfullt, 2) at det er sammenheng mellom kompetanse og krav, 3) oppleve at være autonom i sitt arbeid og kunne regulere og utvikle sitt fag, samt 4) ha innvirkning på administrative og strategiske prosesser. Det kommer frem at det er en sammenheng mellom opplevelsen av empowerment og viljen til å bidra til utvikling og fornyelse (Spreitzer, 1995).

Man kan anta utfra Spreitzer (1995) sin studie at det er sammenheng mellom jordmors arbeidsforhold og hennes ønske eller behov for å bidra til utvikling av jordmor tilbudet. Videre vil jordmors opplevelse av empowerment og hennes mulighet til å fremme empowerment i samarbeid med kvinnen kunne ha en sammenheng. Hvis jordmor opplever empowerment i forhold til sitt arbeid og yrke vil det være sannsynlig at hun kan bidra i samarbeidet for å fremme kvinnens opplevelse av empowerment.

## 2.7 Mestring

Mestring omhandler ifølge Tveiten (2012) hvordan mennesker håndterer utfordringer, stress eller sykdommer. Tilgangen på ressurser og evnen til å utnytte ressursene spiller en rolle for hvordan den enkelte håndterer sine utfordringer og kan komme seg videre (Tveiten, 2012). Antonovsky var professor i medisinsk sosiologi og har i sitt arbeid med forståelse av helse og sykdom blant annet beskrevet teori om mestring (Antonovsky, 2000). Han beskriver familieførøkelse som en stressende livsbegivenhet. Selv om det er en forventet og positiv begivenhet har den mange konsekvenser som kan medvirke til en spenningstilstand (Antonovsky, 2000). Det er forskjellig hvordan man håndterer stressende livsbegivenheter og Antonovsky (2000) hevder, med bakgrunn i sin forskning, at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men evnen til å håndtere det som skjer i livet. Han har utviklet begrepet «sence of coherens» (SOC) eller oversatt til norsk «opplevelse av sammenheng» som er definert som:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) de stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige; (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuli stiller; og (3) disse krav er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s.41).

Heretter benyttes betegnelsen SOC.

Antonovsky (2000) beskriver sin teori ut fra den salutogene modell som beskrevet tidligere, representerer et perspektiv på helse, ved å fokusere på styrker og ressurser. Det er fokus på hva som bidrar til mestring, helse og velvære og ikke på risiko. Man forholder seg til

mennesker utfra et helhetssyn som innebærer at mennesket har både sosiale, psykologiske, åndelige og genetiske systemer som er i samspill med personens forståelse og valg samt av ytre betingelser (Langeland, 2012). I forhold til et helsekontinuum kan man se på hvilke faktorer som bidrar til å skape en bevegelse mot den sunne polen av helsekontinuumet. Stress og belastning er allestedsnærværende, og stress forstås som potensielt helsefremmende i salutogenesen (Antonovsky, 2000). Når en person opplever stress og belastning vil personen reagere med spenning. Spenning er i utgangspunktet en hensiktsmessig reaksjon som kan ha negative, nøytrale eller helsefremmende effekter (Antonovsky, 2000). Hvis personen kan håndtere situasjonen på en god og effektiv måte, vil personen oppleve mestring, ha styrket sin evne og tiltro til å takle belastninger og vil dermed beveges mot helsepolen av kontinuumet. Motsatt vil en person som ikke mestrer spenning, bevege seg mot den andre enden av helsepolen (Langeland, 2012). Antonovsky (2000) beskriver denne evnen til å håndtere spenning ved hjelp av begrepet «generelle motstandsressurser» (GMR). I det følgende benyttes betegnelsen GMR. Han definerer GMR som de fenomener og faktorer som medvirker til effektiv håndtering av stressfaktorer eller spenning. De er karakterisert av indre sammenheng, medbestemmelse og balanse mellom over- og underbelastning (Antonovsky, 2000). SOC og GMR er forbundet med hverandre som i et konstruktivt samspill kan medføre et positivt helsemønster (Langeland, 2012).

I hvilken grad kvinnen opplever SOC spiller dermed en rolle for hennes opplevelse av mestring av sin nye livssituasjon. Det er mange aspekter som kan spille inn på SOC. Det å ha gode relasjoner eller å bli imøtekommet og støttet ut fra sine egne behov kan bidra til økt SOC og motsatt kan mangel på støtte og forståelse redusere SOC. Som et eksempel kan et komplisert fødselsforløp bidra til at kvinnen opplever mindre tillit til seg selv og sin kropp som følge av sin opplevelse av krav som ble uhåndterbare under fødselen. Dette vil bero på samspillet mellom SOC og GMR samt hvordan hun blir imøtekommet og støttet ut fra sine behov (Langeland, 2012).

Det er av betydning hvordan kvinnen ser seg selv og hvilke preferanser hun har til rollen som mor. Kvinnen vurderer sin egen mor og deres forhold samt i hvilken grad hun ønsker å være lik moren eller ikke (Schibbye, 2012). Mestringsforventninger til rollen som mor, beskrives som viktige i forhold til positive eller negative emosjonelle opplevelser i barselperioden (Leahy-Warren; McCarthy, 2011). Man kan derfor anta at forberedelse og avklaring av forventninger til rollen som mor kan medvirke til en mulighet for positive opplevelser. Hvis kvinnen har kunnskap om amming, er det større mulighet for å håndtere eventuelle problemer

på en god måte som fremmer mestringsopplevelse fremfor opplevelse av å være mislykket. Man kan si at, når kvinnen opplever å bli anerkjent som ekspert på seg selv og i likeverdig samarbeide med jordmoren eller selv, finner gode løsninger på sine utfordringer, kan hun oppleve mestring. Når det stilles spørsmål som bevisstgjør kvinnen om sine ressurser og muligheter kan det bidra til at kvinnen får økt tillit til sine egne mestringsmuligheter (Langeland, 2012). Under hjemmebesøket har jordmor mulighet for å stille spørsmål og sammen med kvinnen belyse ressurser og muligheter i forhold til tidlig barseltid men også i forhold til momenter som ikke ble som forventet for eksempel under oppholdet på sykehuset. Hvis man ser fødselen som en start på den nye livssituasjonen som foreldre kan man forstå at kvinnens opplevelse av mestring i forbindelse med fødsel kan være avgjørende for det videre forløp.

## **2.8 Autonomi**

Autonomi er et komplekst begrep som er sentralt innen helsefag og i relasjonen mellom mennesker.

Ordet autonomi stammer fra gresk og ordene auto (selv) og nomos (lov, regulering eller styring) og kan oversettes til selvbestemmelse eller selvstyre (Slettebø 2013). Autonomi handler om respekt for det enkelte menneskes integritet, retten til medvirkning og til å bli informert samt å ta frie informerte valg uten å påvirkes av faktorer i omgivelsene (Slettebø, 2013; Tveiten, 2013). Autonomiprinsippet er grunnleggende innenfor helsefaglig etikk og er en av fire etiske grunnprinsipper som i hovedsak er utviklet av Beauchamp og Childress (2009): - Autonomiprinsippet, - ikke skade prinsippet, - velgjørhetsprinsippet og - rettferdighetsprinsippet (Tveiten, 2013). Prinsippene som er likeverdige er ment som et felles allment grunnlag for etisk refleksjon og veiledere for praksis (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014).

Pasientautonomi kan forstås på minst tre ulike måter: 1) Som et prinsipp utfra respekt for den enkeltes behov og ønsker når avgjørelser skal tas. 2) Som en egenskap utfra den enkeltes kapasitet til å handle i tråd med egne planer og ønsker og 3) som en rettighet utfra at det er nedfelt i lov om pasient og brukerrettigheter (Ruyter et al 2014, s. 138-139) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2014).

Det er en asymmetri i relasjonen mellom pasient og fagperson fordi pasienten har behov for fagpersonens hjelp. Igjennom mange hundre år var det en paternalistisk holdning innen medisin, hvor leger og medisinsk personell fremstod som eksperter som viste hva som var det beste for pasienten (Brinchmann, 2012). Fra rundt forrige verdenskrig har idealet om medbestemmelse gradvis vokst frem og nå anses det som grunnleggende å kunne ta egne valg i spørsmål om eget liv og helse (Ruyter et al, 2014). Man ser pasienten mer som en ekspert på seg selv. Samarbeid mellom pasient og fagperson kan da bidra til at avgjørelser tas ut fra pasientens individuelle behov og ønsker.

Ut fra autonomiprinsippet skal den enkelte kunne ta informerte valg og bli møtt med respekt på sine valg. Når har den enkelte da kunnskapsgrunnlag for å ta reelle valg og hvem kan avgjøre det? Det er mange dilemma i forhold til autonomi. For å kunne ta selvstendige valg er verdinøytral informasjon en forutsetning (Ruyter et al, 2014). Ruyter et al beskriver videre utfordringene i forhold til å gi verdinøytral informasjon og mener at spørsmål om hvor mye og hvordan informasjon formidles må tilpasses individuelt ut fra situasjonen (Ruyter et al, 2014). Det stiller store krav til fagpersoner om å være oppmerksom på forholdet mellom autonomi, sårbarhet og integritet. Fagpersoners evne til innlevelse og empati har stor betydning i møte med mennesker i en sårbar situasjon (Brinchmann, 2012). Når jordmor kommer på hjemmebesøk er det avgjørende at hun forsøker å sette seg inn i kvinnens situasjon og imøtekommer hennes behov på en empatisk og god måte, slik kvinnen kan oppleve seg anerkjent og imøtekommet ut fra sin situasjon. Relasjonen som etableres i svangerskapet mellom kvinnen og jordmor samt jordmors generelle fagkunnskap omkring svangerskap, fødsel og barsel kan tenkes å medvirke til å øke jordmors mulighet for å sette seg inn i kvinnens situasjon.

I deler av livet har mennesket begrenset autonomi, avhengig av hvilken livssituasjon man er i (Ruyter et al, 2014). Autonomi er dermed ikke en konstant, men varierer ut fra den enkeltes tilstand og situasjon. Når man er i en sårbar situasjon, som for eksempel når man er blitt mor, kan man si at autonomien kan være begrenset. Kvinnen kan oppleve seg som uerfaren, bekymret, utmattet og/eller overveldet, noe som kan medføre begrenset autonomi.

Goering (2009) bekrefter at sårbare situasjoner kan påvirke autonomien, når hun belyser autonomi i forbindelse med barseltiden. Goering (2009) har fokus på relasjoner mellom lege og foreldre, men hennes studie har overføringsverdi til andre helsefaggrupper. Hun løfter frem at autonomi er mer enn å sikre at foreldre får nøytral informasjon som bakgrunn for å kunne ta

selvstendige valg og involverer en større innsats fra helsepersonell i form av fokus på relasjonen mellom foreldre og helsepersonell for å hjelpe til at fremme foreldrenes autonomi (Goering, 2009). Ved å anerkjenne foreldrenes situasjon og hjelpe dem til å se og vurdere sine behov kan utviklingen av deres selvtillit fremmes og dermed gi bedre grunnlag for å ta valg. Goering beskriver et relasjonelt syn på autonomi og understreker viktigheten av en støttende relasjon mellom partene hvor det er mulighet for å styrke autonomien til den eller de berørte. Relasjoner kan også hemme autonomi som for eksempel i tilfelle hvor et familiemedlem eller et helsepersonell presser på for et valg som den det gjelder ikke ønsker (Goering, 2009). Goering hevder at autonomi kan ses som et sett av ferdigheter og kompetanse samt at undertrykkende sosiale omstendigheter eller enkelte personer kan tvinge beslutninger frem. Hun beskriver videre at nybakte foreldres selvtillit ofte kan være sårbar og avhengig av både hva de har forventet før barnet kom og hvilke forventninger de opplever rundt seg (Goering, 2009). Hun fremhever som et eksempel en forventning om instinktiv kunnskap om hvordan man håndterer det nyfødte barnet. Goering (2009) hevder videre at foreldre som har begrenset autonomi ikke trenger å overlate viktige valg til en fagperson, men kan i stedet gjennom en positiv relasjon bli hjulpet til å stole på seg selv og på fagpersonen slik at de kan være bevist i sin aksept av ekspertisen og dermed ta sine valg ut fra det grunnlag. Når jordmor har en positiv relasjon til kvinnen og kan støtte henne i sin nye rolle vil det ut fra Goerings belysning kunne styrke kvinnens autonomi.

Schibbye (2012) fremhever at et autonomt individ opplever seg som en selvstendig person som er kilden til sine egne handlinger og er dermed avgrenset. Å kunne forholde seg til seg selv og reflektere over sine opplevelser innebærer å kunne avgrense disse opplevelser fra andres (Schibbye, 2012). Å avgrense betyr å kunne skille mellom egne og andres opplevelser. Denne selvavgrensningen er ifølge Schibbye betinget av kontinuerlig psykisk relasjonsarbeid mellom partene i en prosess med motsetninger og brytinger. Et autonomt individ kan både slippe sine grenser og gjenvinne dem samt ha tillit til at denne prosess fungerer (Schibbye, 2012). Med Schibbyes perspektiv kan man si at en kvinne som har begrenset autonomi kan gjennom relasjonsarbeid få hjelp til å gjenopprette sin selvavgrensning (Schibbye, 2012). Som for eksempel når kvinnen akkurat har blitt mor og kan ha begrenset autonomi, da er det av betydning hvordan jordmoren imøtekommer og støtter henne i forhold til sine behov. Hvis kvinnen opplever seg imøtekommet og kan ha tillit til jordmor og hennes kompetanse kan hun gjennom relasjonsarbeidet øke sin forståelse og selvtillit, og vil hun kunne få bedre mulighet til å ta rette og autonome avgjørelser for seg og

sitt barn. Denne gjenoppretningen for kvinnen er viktig for grunnlaget til trygg tilknytning mellom mor og barn og dermed for barnets helse videre i livet (Schibbye, 2014). Man kan videre tenke at det å styrke kvinnens autonomi er i tråd med empowermenttenkningen, på grunn av det bidrar til å styrke kvinnen i sine muligheter til å ta kontroll i sitt eget liv.

Ruyter et al (2014) beskriver om autonomi i forhold til når en fagperson må handle mot en pasient sitt ønske fordi fagpersonen har kunnskap til å se og forstå at det vil styrke pasientens autonomi på sikt og de understreker viktigheten av påpasselighet fordi det er en balanse mellom autonomi og paternalisme (Ruyter et al, 2014). Dette perspektivet er overførbart til når jordmor er på hjemmebesøk og for eksempel vil støtte kvinnen til å fortsette med amming fordi hun på grunn av sin kompetanse kan se at hvordan enkle tiltak kan bidra til at ammingen kan fungere bra også for kvinnen, selv om kvinnen ikke helt kan forstå det i øyeblikket. Det er en krevende situasjon fordi man kan si at det beste for barnet er morsmelk men hvor langt skal kvinnen strekke seg for å få det til og hvordan kan jordmoren best hjelpe slik kvinnen kan treffe sine valg? Hvis jordmoren er opptatt av at barnet skal ha morsmelk og presser på for amming, men overser kvinnens ønsker og behov blir situasjonen snublende nær paternalisme. Hvis jordmoren kan se mulighet for at kvinnen kan lykkes med ammingen med små grep og dermed kan oppleve mestring og gjenopprettet autonomi er det kanskje en annen situasjon som kan forsvares. Dette er en hårfin balanse som krever stor grad av kompetanse og innsikt.

## **2.9 Relasjonen mellom kvinnen og jordmor**

En relasjon er et resultat av samhandling mellom mennesker og en god relasjon innebærer en prosess som skaper tillit, trygghet, opplevelse av troverdighet og tilknytning (Røkenes & Hanssen, 2012). En likeverdig relasjon innebærer at begge parter har rett til sin egen opplevelse (Schibbye, 2012). Relasjoner skaper vi gjennom hele livet fra den viktige relasjonen mellom mor og barn og videre gjennom hele livet. Relasjoner påvirker vår utvikling uansett om de er gode eller dårlige (Cronk, 2010).

I en relasjon mellom en fagperson og en klient er det fagpersonens viktigste oppgave å bidra til å fremme læring, utvikling, bevisstgjøring, vekst og mestring (Røkenes & Hanssen, 2012). At det handler om klienten kan i følge Røkenes og Hanssen (2012) skape en ulikevekt i relasjonen og det er viktig at fagpersonen er bevisst på denne ulikevekt og legger til rette for



en prosess mot en god relasjon. Kvaliteten på relasjonen mellom en fagperson og klient er avgjørende for utvikling, vekst og mestring (Røkenes & Hanssen, 2012). Fagpersonens relasjons- og kommunikasjonskompetanse er viktig og krever blant annet bevissthet om egne verdier og holdninger og ønske om å utvikle sin kompetanse (Røkenes & Hanssen, 2012). Relasjonskompetansen fordrer at fagpersonen kan gå inn i en relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og forholde seg slik at samhandlingen blir til det beste for den andre (Røkenes & Hanssen, 2012).

Våre holdninger preges av vårt menneskesyn. Et holistisk menneskesyn innebærer å se mennesket med sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjoner i en helhet (Odland, 2012). Intersubjektivitet innebærer et subjekt-subjekt syn, hvor det legges til grunn at individet har sine fortolkninger av verden. Det er to subjekter som har felles opplevelser men som samtidig er forskjellige (Schibbye, 2012). Schibbye fremhever at vi påvirker hverandre i en stadig transaksjonell prosess og for at utvikling skal skje må vi gjensidig anerkjenne hverandre. Gjensidig anerkjennelse innebærer at begge er villige til å ta den andres synspunkter og se den andre som subjekt. Schibbye fremhever at det bare er mulig dersom den enkelte har tilgang til sin egen subjektivitet. Dette henger sammen med selvavgrensning som innebærer å kunne skjelve egne opplevelser fra andres (beskrevet kort under punkt 2.8 om autonomi). Schibbye (2012) legger til grunn en dialektisk forståelse som innebærer at mennesket ikke er forutsigbart, kvantifiserbart og utvikles ikke på en lineær måte slik det kan forstås utfra et positivistisk vitenskapssyn, men fokus må rettes mot sammenhenger og relasjoner for å forstå individet. Et objekt-subjekt syn fremmer avstand mellom partnerne og forholdet er preget av objektivisering hvor fagpersonen fremstår som ekspert som vet hva den andre trenger (Røkenes & Hanssen, 2012). Det er viktig å være oppmerksom på når vi bevisst eller ubevisst, fremstiller oss selv som eksperter på den andre for å unngå økt avstand mellom partene som dermed kan redusere grunnlag for positiv utvikling. Som jordmor i sitt arbeid med kvinner og familier i viktige perioder i livet er det vesentlig med en god relasjon, som fremmer utvikling og mestring. Røkenes og Hanssen (2012) nevner to forhold som de fremhever som vesentlig i relasjon mellom fagperson og klient. Det ene er sårbarheten og hvor lett en fagperson kan ramme en klients selvfølelse. Det andre omhandler den gode relasjon hvor klienten kan føle tillit og respekt for fagpersonen samt opplevelse at fagpersonen har nok tid (Røkenes & Hanssen, 2012). Det er avgjørende at fagpersonen er bevisst sitt syn på den andre og at hun har relasjons- og kommunikasjonskompetanse. Som fagperson er det viktig ikke å innta et utenfra syn på klienten men det kan være vanskelig å

unngå for eksempel når det skal skje en form for intervensjon hvor fagpersonen fort kan fremstå som ekspert og vet «hva som er galt» (Schibbye, 2012). Som jordmor kan det som eksempel være hvis vi skal henvise til barselpoliklinikken på grunn av mistanke om brystbetennelse eller henvise til psykologen på grunn av psykiske problemer. Schibbye belyser videre faren for subjekt-objekt holdning i sammenheng med bekreftelse. Når fagpersoner skal bekrefte en klient er det risiko for at fagpersonen inntar en definatorisk makt fordi det kan forstås som en stadfesting av hva som trengs (Schibbye, 2012).

Gjennom dialog er det mulig å utvikle relasjonen. Ordet dialog stammer fra gresk og betyr å snakke (legein) gjennom (dia) (Tveiten, 2013). Dialog kan forstås som en samtale mellom en eller fler personer, mellom en person og en tekst eller mellom to tekster. Hensikten med dialog er å skape mening og økt felles forståelse (Tveiten, 2013). Når det er dialog med fagperson og klient er det klientens anliggende det handler om. Under dialogen overføres meninger og betydninger og det skjer en fortolkning i opplevelsesfellesskapet som kan føre til nye meninger og betydninger (Tveiten, 2013). I dialogen er respekten for den andre, viljen til å lytte og forstå avgjørende for utvikling og forståelse. Røkenes og Hanssen (2012) beskriver at dialog er kjennetegnet ved at deltakerne i en dialog uttrykker seg og deltar eller er til stede i hverandres psykologiske tilstand. Individet blir da oppmerksomt på seg selv og i stand til å se seg selv gjennom den andre (Røkenes & Hanssen, 2012). I samarbeidet mellom kvinnen og jordmor er dialogen et grunnlag for utvikling i relasjonen og samarbeidet gjennom hele forløpet. En dialog hvor jordmoren tar ansvar og legger til rette for at det handler om kvinnens anliggende vil kunne medvirke til økt innsikt og forståelse og videre utvikling.

Røkenes & Hanssen (2012) beskriver fire perspektiver som møtet mellom mennesker kan oppleves fra og som er grunnleggende i all kommunikasjon og samhandling:

Egenperspektivet, andreperspektivet det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet. Samhandlingsprosessen er avhengig av hvilken kontekst den foregår i (Røkenes & Hanssen, 2012). Vi ser verden fra vårt eget perspektiv utfra våre bakgrunn og erfaringer og vi må forholde oss til hverandre i en samhandling. Når vi kommuniserer deler vi meninger og opplevelser og gjør sider ved vårt eget perspektiv felles. I samhandlingen kan man utvide opplevelsesfellesskapet og få en økt forståelse for den andres meninger og opplevelser. Samhandlingsperspektivet innebærer å forstå prosessen og relasjonen. Konteksten spiller en rolle for samhandlingsprosessen som for eksempel når jordmor kommer på hjemmebesøk. Det er avtalt i forkant og det er en positiv hendelse som er bakgrunn for besøket hjemme hos kvinnen.

Wilkins (2010) skriver om relasjonen mellom kommunejordmødre (community midwives) og kvinner fra et sosiologisk perspektiv. Hun har gjennomført intervju med 43 kvinner og deres kommunejordmor i sydvest England. Perspektivet er ut fra det engelske system hvor kvinnen går til jordmor gjennom svangerskapet og får flere hjemmebesøk etter fødsel men er overførbar til denne studien. Wilkins beskriver relasjonen som spesiell i forhold til andre profesjonelle relasjoner på grunn av at kvinnen og jordmoren blir kjent i en mer personlig og biografisk kontekst og fokus er sentrert omkring kvinnen med et psykososialt perspektiv (Wilkins, 2010). Videre fremhever hun konteksten i nærmiljøet og spesielt i hjemmet til kvinnen som et positiv aspekt for relasjonen (Wilkins, 2010).

Alle relasjoner mellom fagpersoner og klienter har en avslutning og innebærer at fagpersonen må tilrettelegge for avslutning som fremmer klientens selvstendighet og mestring (Røkenes & Hanssen, 2012).

I perioden med svangerskap, fødsel og barsel skaper kvinner oftest relasjon til en eller flere jordmødre. Når kvinnen treffer en jordmor som hun følger gjennom svangerskapet blir det en relasjon over tid. Relasjonen innebærer blant annet samtaler omkring viktige livsbegivenheter som fødsel og den nye foreldrerollen. Disse dialogene kan være med til å skape økt mening og forståelse for kvinnen omkring hennes anliggende. Man kan tenke seg at relasjonen har potensiale til å bli positiv og nær fordi det omhandler en viktig livsperiode for kvinnen.

## **2.10 Oppsummering av forskning og teori**

I dette kapitlet er forskning og teori som er relevant for studien belyst. Jordmors kompetansegrunnlag for å utføre hjemmebesøk og tidlig barsel for kvinner er belyst. Besøket vil alltid være avhengig av den enkelte kvinne og jordmor, selv om man kan si at rammene for besøket i utgangspunktet er like. Helsepolitiske føringer beskriver at hjemmebesøket er av både helsefremmende og sykdomsforebyggende karakter samt at helsefremmende tiltak kan bidra til god fysisk og psykisk helse og mestring av motgang og belastninger. Empowermenttenkningen er sentral i det helsefremmende arbeid og de tre prinsippene: pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktfordeling har i denne studien høy grad av sammenheng med kvinnens autonomi, relasjonen mellom kvinnen og jordmor og kvinnens opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon. Det kommer frem at

kvinnens autonomi kan være begrenset som følge av hennes nye livssituasjon noe som videre krever både kommunikasjons- og relasjonskompetanse hos jordmoren. Dialogen mellom kvinnen og jordmoren kan bidra til utvikling av relasjonen og til at overgangsperioden kan preges av utvikling av kompetanse og opplevelse av mestring.

## **3. Metodologi**

### **3.1 Forskningsdesign**

I denne studien er det valgt å benytte kvalitativ metode da det er den individuelle opplevelse og erfaring det søkes en økt forståelse for. Designet kan defineres som deskriptivt fordi intervjuet er ment å få frem intervjupersonenes opplevelser og følelser så nøyaktig som mulig (Kvale & Brinkmann, 2012). Med det hermeneutiske vitenskapsgrunnlag som innebærer forståelsen av at fortolkning skjer under hele prosessen er det også eksplorative aspekter/elementer i designet (Polit & Beck, 2012). Når det søkes å få en økt forståelse kan det defineres som eksplorativ fordi det fortolkes under prosessen til forståelse. Valget ble gjort etter problemstillingen og hensikten var klarlagt.

Når det søkes en økt forståelse for et fenomen er kvalitative metoder en hensiktsmessig forskningsstrategi. Metodene innebærer å samle materiale om de fenomener som ønskes studert. Materialet består av tekst som er fremkommet enten fra skriftlige kilder eller ved observasjon og/eller samtale. Metodene er ment til å få frem menneskelige tanker, opplevelser og erfaringer som kan styrke våres forståelse av mennesket i forskjellige sammenhenger (Malterud, 2013). Man går i dybden på et smalt felt og kunnskapen som kommer frem er ikke generaliserbar men kan ha overføringsverdi (Kvale & Brinkmann, 2012). Hvordan man velger å innsamle og bearbeide materialet avgjøres ut fra hvilken problemstilling man ønsker å belyse (Malterud, 2013). Det finnes ulike måter å innsamle kvalitative data på som for eksempel intervju, individuelle eller i gruppe eller feltobservasjon med ulik grad av deltakelse. Designet er fleksibelt og kan utvikles underveis ut fra det forskeren finner mest hensiktsmessig for at utvikle kunnskap som er relevant for problemstillingen (Thisted, 2012; Malterud, 2013). Det avgjørende er at det er en systematisk og refleksiv prosess hvor hele

forskningsprosessen beskrives slik det er mulig for leseren av studien å forstå hvordan resultatene har fremkommet. Dermed kan det bli mulig å vurdere den fremkomne kunnskapen og overføre den til liknende situasjoner (Malterud, 2013). Hele prosessen må være transparent og tilgjengelig for innsyn hvor også forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme kommer klart frem (Malterud, 2013). Å ha kunnskap om feltet det forskes i kan blant annet medvirke til at man kan få frem en dypere forståelse fordi forskeren kan stille utdypende spørsmål med bakgrunn i kunnskapen. Nærhet til feltet kan på den andre side også medvirke til at kritisk refleksjon vanskeliggjøres fordi forforståelsen spiller inn og det kan være vanskelig å hele tiden se konsekvensen av sin forforståelse. I denne studien kan kunnskapen som kommer frem ha en overføringsverdi i forhold til hvordan tidlig barseltid kan tilrettelegges. Å bli mor er en individuell opplevelse. Ved økt innsikt og forståelse for det individuelle, får vi kunnskap som kan bidra til å imøtekomme individuelle opplevelser og behov best mulig i en felles kontekst. Videre kan kunnskapen legges til grunn for en større kvantitativ studie utfra en fornyet forståelse av hvilke hypoteser som kan være mest relevant for en problemstilling (Malterud, 2013).

### **3.2 Hermeneutikk som vitenskapelig grunnlag**

Hermeneutisk fortolkningsvitenskap handler om tolkning av meninger i menneskelig uttrykk (Malterud, 2013). Fortolkningen foregår kontinuerlig i alle kontekster og relasjoner og forforståelse må synliggjøres for å kunne se hva som legger til grunn for fortolkningen (Thisted, 2012). En hver forståelse er avhengig av hvilken forforståelse som ligger til grunn og fra et hermeneutisk perspektiv kan man ikke «frigjøre» seg fra sin forforståelse men man kan være bevisst sin forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2012). Forforståelse handler om den bakgrunn eller det perspektiv vi opplever og forstår verden ut fra (Røkenes & Hanssen, 2012). Heidegger hevder at vårt forhold til andre er avhengig av vårt forhold til oss selv og dermed kommer det frem at når vi sier at vi forstår er forståelsen avhengig av våres forforståelse av verden (Aadland, 2011). For å forstå og forholde seg til et annet menneske er det nødvendig å forstå hvem en selv er. Gadamer beskriver at grensene mellom «jeg» og den andre bli mer eller mindre visket ut når vi er i samspill med den andre. Jeg må stille meg åpen for inntrykk slik at den andre kan gjøre inntrykk, idet at det er når den andre angår meg at jeg er i stand til å forstå (Aadland, 2011, s. 196).

I hermeneutikken har man fokus på spørsmålene omkring «jeg» i relasjonen med den andre eller i relasjonen med det. Filosofen Buber hevder at det er to grunnleggende forhold (Aadland, 2011). Forholdet mellom «jeg» og den andre(du) er et subjekt-subjekt forhold der begge åpner seg for påvirkning og forandring. Forholdet mellom «jeg» og det er et subjekt-objekt forhold, der jeg-et holder avstand og kontroll (Aadland, 2011, s. 192). Når vi forholder oss til andre med avstand og kontroll reduserer vi den andre til en ting i vår verden, og vi reduserer også muligheten til å oppleve eller erfare nytt. Man kan ut fra et hermeneutisk perspektiv si at hvis jeg oppfatter og oppfører meg som en ekspert på området «kvinner i barsel» i mitt møte med kvinnene under intervju, vil jeg redusere kunnskapsutviklingen. Det er i forholdet mellom intervjupersonen og jeg som forsker at kunnskap kan utvikles og det er avgjørende å være åpen for det som kommer frem i møtet.

Den hermeneutiske sirkel er et prinsipp for hermeneutisk fortolkning og innebærer en kontinuerlig veksling mellom helhet og deler i materialet som gir en mulighet for dypere forståelse av meningen (Kvale & Brinkmann, 2012). De beskriver at når man ser på deler av teksten kan man se delen opp mot helheten som den inngår i og videre kan man se helheten i lys av delene og i denne prosess utvikles kunnskapen. Når man tilegner seg ny innsikt bidrar det til en dypere forståelse som bidrar til utvikling av en ny forforståelse og så videre (Kvale & Brinkmann, 2012). Sirkelen er også benevnt som spiral fordi den hele tiden medfører en utvikling av kunnskap motsatt en sirkel som går i ring (Kvale & Brinkmann, 2012). Når det fortolkes gjennom hele forskningsprosessen og materialet analyseres, utvikles den opprinnelige forståelse ved at se på enkelt deler opp mot helheten, som da med utviklet forståelse kan ses i ny relasjon til hverandre. Dette kjennes igjen blant annet i prosessen med identifisering av meningsfulle enheter, kondensering og abstrahering, hvor det nettopp er det som foregår. Når de meningsfulle enhetene identifiseres er det ut fra en forståelse av hele materialet og under kondensering og abstrahering ser man på helheten utfra de meningsfulle enhetene. Prosessen tar tid og foregår gjennom en kontinuerlig veksling.

«Formålet med hermeneutisk fortolkning er å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr» (Kvale & Brinkmann 2012, s 69). For at få frem gyldig og troverdig kunnskap er det nødvendig at forskeren er bevisst sin forforståelse under hele forskningsprosessen. Det hermeneutiske perspektiv tillater fortolkningsmangfold hvilket medfører viktigheten av å kunne fremlegge sine fortolkninger slik de kan testes av leseren av studien (Kvale & Brinkmann 2012). Det må komme frem at forskeren ikke bare har søkt bevis for sine egne meninger men har arbeidet seg frem til ulike fortolkninger eller konklusjoner (Kvale &

Brinkmann, 2012, Thisted, 2012). I denne studien er det valgt en hermeneutisk tilnærming ut fra den overveielse at forskers forforståelse innebærer stor feltkunnskap og derfor må komme tydelig frem slik leseren av studien kan få mulighet til å forstå bakgrunnen for kunnskapen har kommet frem.

### **3.3 Egen forforståelse**

Ut fra et hermeneutisk perspektiv kan vi, som nevnt i forrige punkt, kun forstå verden på bakgrunn av våres forforståelse. Forforståelse kan beskrives som den forståelse vi har av verden og det vi ønsker å undersøke før vi går i gang med å undersøke «saken».

Forforståelsen består av alle ens livserfaringer, både faglige og personlige og det er avgjørende for studiens kvalitet å gjøre rede for den i utgangspunktet og være bevisst dens mulige påvirkning i alle deler av forskningen. Det er viktig å erkjenne forforståelsens betydning for fortolkninger gjennom hele arbeidsprosessen både for forskers egen bevissthet og fordi når forforståelsen synliggjøres vil andre kunne forstå hva som kan ligge til grunn for tolkningen og dermed bidra til gyldighet av kunnskapen som kommer frem. (Kvale & Brinkmann, 2012).

I kvalitativ forskning er forskeren det viktigste instrumentet da det er forskeren som samler inn data og gjør tolkning og analyse (Fog, 2005). Forskeren kan respondere på uttrykk og tilpasse spørsmål underveis i intervjuet. Det kan medføre meningsfull informasjon, men er også begrenset på grunn av det menneskelige hvor fordommer kan medvirke til at vanskeliggjøre det kritiske blikk (Malterud, 2013). Den empatiske forståelsen må være tilstede i et kvalitativt forskningsintervju fordi den kan medvirke til økt innsikt i informantens opplevelser (Fog, 2005). I empatien ligger en anerkjennelse av den andre som et menneske og for å kunne forstå den andre er det viktig at innsikten ikke er forstyrret av egne behov som kan medvirke til forveksling av egne og den andres følelser (Fog, 2005). Derfor er det viktig å forsøke å være våken for egne fordommer og følelser både før under og etter intervju.

Forskerens perspektiv og forforståelse har stor betydning for hvilken kunnskap som kommer frem (Malterud, 2013). Kunnskap om opplevelser og erfaringer vil kunne komme frem når forforståelsen er klarlagt, fremfor at forforståelsen virker inn uten å være det bevist (Fog, 2004). Med en bevisst holdning til forforståelsen kan den som tidligere nevnt også være nyttig for forskningsprosessen (Malterud, 2013).

Jeg skrev ned min forforståelse og forventninger til funn og fortolkninger når jeg begynte arbeidet med oppgaven for at ha et bevisst forhold til min forforståelse helt fra start. Jeg har et helhetlig syn på mennesket og min utdanning og erfaring som jordmor gjør at jeg er vant med at være en person som hjelper, støtter og veileder kvinner gjennom svangerskap, fødsel og barsel. Mitt syn og mine holdninger til kvinner er preget av samarbeidet med kvinner i fertil alder over tid. Gjennom årene har jeg opplevd fellestrekk i kvinnes situasjoner som gjør at jeg kan tro jeg forstår en situasjon, fordi den har paralleller til liknende situasjoner. Dette kan foregå ubevisst og det er avgjørende for studiens troverdighet og gyldighet at jeg stiller kritiske spørsmål underveis. Jeg opplever at kvinner stiller store krav til seg selv om å klare sin nye livssituasjon som mor, uten at det som et eksempel endrer stort ved andre sider av deres sosiale liv. Slik jeg ser det kan det for mange kvinner oppleves et press om å prestere og fremstå vellykket eller perfekt i de fleste sammenhenger, her tenker jeg på for eksempel å fungere og prestere på jobben, leve sunt med riktig kosthold og trening, se bra ut, være en god kjæreste, datter, svigerdatter, venninne og ha oversikt over forhold rundt det meste omkring fødsel og barseltid. Disse momenter kan medføre en risiko for opplevelse av ikke å strekke helt til. Mange har lite støtte av familie siden besteforeldre ofte er i jobb eller bor i andre deler av landet. Disse fordommer vil selvsagt prege min studie i større eller mindre grad utfra hvor bevisst jeg kan klare å være i forhold til dem. For eksempel kan jeg stille spørsmål som kan være ledende på bakgrunn av min forforståelse og dermed får jeg bare svar som kan bekrefte mine fordommer og ikke en grundig belysning av tema. Videre er jeg vant med at skulle sette meg inn i kvinners situasjon og se på helheten. Det kan være utfordrende å holde fokus på problemstillingen og bevare forskerperspektivet fremfor at se på kvinnen og hennes situasjon med «jordmor- brillene» på.

For å redusere påvirkningen av mine fordommer og for å hjelpe meg til å holde fokus utfra forskerperspektivet samt være bevisst min forforståelse skrev jeg blant annet en detaljert intervjuguide hvor jeg skrev setninger som «kan du forklare litt mer» eller «kan du si litt mer» og stikkord som var ment å kunne hjelpe meg til å huske at stille mer utdypende spørsmål gjennom hele intervjuet. Det kan være utfordrende å se både de åpenbare aspekter og de mindre fremtredende når man forsker i eget felt. Før intervjuene var jeg opptatt av å forberede meg mentalt ved å tenke igjennom og forsøke å holde fokus på at jeg nå skulle være forsker og ikke jordmor. Intensjonen var å være åpen for inntrykk som ikke bare bekreftet mine fordommer men som også kunne medvirke til å se momenter i et nytt lys. Videre skrev jeg refleksjonsnotat kort tid etter intervjuet for å holde egne følelser og fordommer klart for meg,



samt huske hvordan jeg tenkte umiddelbart etter intervjuene slik jeg under analysen kunne se tilbake i notatene og få hjelp til fortsatt å være bevisst min forforståelse.

Det var i forkant planlagt å transkribere materialet selv og videre forsøke å være bevisst min forforståelse også i analyseprosessen for å få med så mange nyanser og aspekter som mulig. For å få best mulig innsikt i materialet, ville jeg lese materialet gjentagende ganger, også med de enkelte intervju i forskjellig rekkefølge.

Mine forventninger til studiens funn var at hjemmebesøk av jordmor kan påvirke kvinners opplevelser og erfaringer med sin nye livssituasjon i en positiv retning. Jeg var nysgjerrig på om det kan være aspekter, positive og negative, som ikke har kommet frem tidligere og som er viktige for kvinnen i denne sammenheng. Er tilbudet mest for de med ressurser og får de med størst behov for støtte og hjelp ikke det de trenger enten fordi de ikke velger å ta imot eller av andre grunner? Jeg har gjennom hele prosessen forsøkt å ha et bevisst og kritisk blikk på mine forventninger og fordommer samt å være oppmerksom på hva som kan være de negative sider ved hjemmebesøket.

### **3.4 Metode**

Tanggaard og Brinkmann (2010) beskriver intervjuet som den mest utbredte tilgang til kvalitativ forskning. De fremhever at forskningsintervju kan utføres som en samtale og kan ses som en aktiv interaksjon mellom to eller fler personer som leder til sosialt forhandlede, kontekstuelle baserte svar. Formålet med intervju er å produsere kunnskap. Relasjonen mellom intervjuer og intervjuperson er avgjørende for kunnskapen som fremkommer (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Forskningsintervjuet ikke er en likeverdig samtale mellom to parter, da det er forskeren som definerer tema og styrer samtalen (Kvale & Brinkmann, 2012). Dette stiller krav til forsker i forhold til hvordan hun etablerer kontakt og hennes evner til kommunikasjon. Om forsker har erfaring fra å lytte aktivt i andre sammenhenger og være følsom for intervjupersonens fremtreden, kan det medvirke til mer dyptgående kunnskap enn hvis forsker er utrygg i situasjonen og holder seg mer til intervjuguiden (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Begge situasjoner kan frembringe nyttig kunnskap. I denne studien er det benyttet semistrukturert intervju da det er den individuelle opplevelse og erfaring det søkes en dypere innsikt i.

Semistrukturerte intervju innebærer at man ikke intervjuer uten mål og mening, men har utarbeidet en intervjuguide i forkant som en slags huskeliste. Hensikten er ikke å følge den slavisk og den kan revideres underveis ut fra forskerens vurdering og erfaring som utvikles underveis i arbeidet (Malterud, 2013). Det er en balanse mellom å holde fokus på tema og samtidig være åpen for det som kommer som kan vise seg å være vesentlig for studien.

Med bakgrunn i relevant teori og tidligere forskning samt forskers forforståelse ble det utarbeidet intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden ble vurdert sammen med veiledere og justert i samarbeid med veiledere i etterkant av første intervju. Videre ble intervjuguiden presentert som del av fremlegg på masterseminar. Intervjuguiden ble ikke fulgt punkt for punkt men brukt til å sikre at alle spørsmål og momenter ble belyst. Det var intensjonen at kvinnene fikk fortelle utfra sine opplevelser og rekkefølger samt utfra det kvinnen opplevde som viktig å fortelle. Hensikten med det var å få best mulig belyst hva kvinnene opplevde som viktig i forhold til tidlig hjemmebesøk av jordmor.

### **3.5 Rekruttering og utvalg**

Rekruttering av kvinnene ble gjort i tre kommuner på Østlandet, som hadde pågående prosjekter med hjemmebesøk av jordmor. Hensikten med å rekruttere i tre kommuner var å unngå at alle fikk hjemmebesøk av samme jordmor, da det ikke var den spesifikke jordmors hjemmebesøk jeg ønsket kunnskap om. Videre var det noe forskjell på kommunenes tilbud i forbindelse med tidlig barseltid, som for eksempel om det ble tilbudt og avtalt hjemmebesøk i forkant av fødselen eller først etter fødselen, noe som kunne medføre variasjon i kvinnenes opplevelser og erfaringer.

Det ble sendt ut brev med forespørsel om hjelp til rekruttering og informasjon om studien til jordmødre og ledere av tjenesten i de tre kommunene (vedlegg 5). I brevet ble det anmodet om et møte for å utdype utvalgsriterier og forhold rundt praktisk gjennomføring. Det ble gjennomført et møte i hver kommune. Jordmor kunne rekruttere på bakgrunn av at hun var kjent med hvem som hadde mottatt hjemmebesøk og hadde kjennskap til om det kunne være forhold som gjorde det unødig belastende for kvinnen å delta i studien. Med unødig belastning menes det at kvinnen kunne ha psykiske eller fysiske plager eller sykdom som kunne medvirke til at det ville være belastende for kvinnen å delta i studien. For å redusere selektiv

rekruttering ble det anmodet om i størst mulig grad å rekruttere fortløpende etter gjennomført besøk.

Samtykkeskjema for samtykke til at jordmor kunne gi navn og kontaktopplysninger til forsker ble utarbeidet (vedlegg 6). Kvinnen ble deretter kontaktet på telefon av forsker for avtale om deltakelse og tidspunkt for intervju. Under telefonsamtalen ble det gitt utdypende informasjon om studien og forsker sendte informasjon- og samtykkeskjema for deltakelse i studien til en deltaker, de resterende ønsket å få skjemaet i forbindelse med intervjuet. (vedlegg 3).

Underskrevet samtykke skjema ble oppbevart i låsbart skap adskilt fra annet materiale fra studien.

Alle kvinner som ble spurt, samtykket til å delta i studien. En av kvinnene uttalte at hun opplevde det utfordrende å få besøk av ukjente, men ønsket likevel å delta da hun opplevde det viktig og meningsfullt.

Inklusjonskriteriene var

- Frivillighet
- Født et frisk barn til termin
- Har mottatt hjemmebesøk av jordmor 6 timer til 6 dager etter fødsel
- Er norsktalende
- Ikke unødig belastende for kvinnen utfra jordmors vurdering

Det ble ikke satt kriterier om det skulle være førstegangs eller flergangsfødende med tanke på at det ikke er mulig å trekke overordnet konklusjoner på bakgrunn av et så lite materiale.

Det ble gjennomført ni intervju, fordelt med tre i hver kommune. Respondentene var seks førstegangsfødende og tre flergangsfødende. Kvinnene hadde mottatt hjemmebesøk mellom første dag og en uke etter hjemkomst. Seks av kvinnene hadde fått tilbud om hjemmebesøk i forkant av fødselen og tok selv kontakt for avtale om hjemmebesøk rett etter fødselen. Tre av kvinnene fikk tilbud om hjemmebesøk etter hjemkomst fra sykehuset. Hjemmebesøkene hadde blitt utført av fire forskjellige jordmødre.

### 3.6 Forberedelse og gjennomførelse av intervju

Det ble som før nevnt utarbeidet intervjuguide i forkant (vedlegg 4). Jeg gikk gjennom intervjuguiden før jeg kjørte hjem til kvinnene for å være bevisst på å holde forskerfokus fremfor jordmorfokus. Jeg forsøkte videre å være bevisst maktbalansen og min rolle i relasjonen. Min rolle som forsker er blant annet å legge til rette for en intervjusamtale hvor respondenten kan oppleve seg trygg på hva intervjuet innebærer og at tema for studien kan bli grundig belyst hvor felles forståelse av respondentenes opplevelser og meninger kan fremkomme (Malterud, 2013). Selv om det var meg som definerte tema var jeg avhengig av hva kvinnene ønsket å fortelle meg og jeg oppfordret derfor kvinnene til at fortelle i sin rekkefølge og utfra det de opplevde som viktig. Jeg benyttet ikke intervjuguiden punkt for punkt men mer som en hjelp til å huske å belyse alle momenter og til å påminne meg om å stille åpne spørsmål.

Det ble gjort klart før oppstart av intervju at jeg utførte intervjuene som masterstudent og ikke som jordmor. Hvis de hadde spørsmål til meg av jordmor faglig karakter tilbød jeg å drøfte de i etterkant av intervjuet. Ingen av kvinnene etterspurte jordmor-faglig hjelp under eller etter intervju. Det at jeg er jordmor i tillegg til forsker kan påvirke kunnskapen som kommer frem og det er avgjørende å ha et oppmerksomt og kritisk blikk på dette. Hvis jeg fremstår som ekspert på området kan det medvirke til at kunnskap ikke kommer frem. Jeg har søkt kontinuerlig at påminne meg selv om min rolle som forsker og være bevisst min forforståelse.

Intervjuene ble gjennomført i hjemmet til kvinnen. Det er kvinnens naturlige miljø, hvilket kan medvirke til økt forståelse av kvinnens beskrivelser av sine opplevelser samt det kan medvirke til at kvinnen opplever seg trygg. Det ansås som mer komplisert for kvinnen å skulle møte til intervju et annet sted enn hjemme samt at intervju hjemme ville øke muligheten for å få gjennomført intervjuet til planlagt tid. Vurderinger av forventete forstyrrelser som for eksempel urolig barn eller andre personer i hjemmet ble gjort i forkant. Det var ikke andre personer tilstede under noen av intervjuene utover mor og barn og selv om barnet kunne være urolig opplevdes det ikke forstyrrende, men mer som en naturlig del av det hele.

Det første intervjuet ble i utgangspunktet definert som en pilot, men ble inkludert i studien i tråd med Malterud (2013) som sier at alle empiriske data skal regnes som bidrag til studien.

### 3.7 Lydopptak og transkripsjon

Det ble brukt lydopptaker under intervjuene. Lydopptakene var av god kvalitet hvilket medførte at det har vært lett å høre hva som ble sagt. De få gangene det var vanskelig å høre ble det konkret beskrevet i transkripsjonen.

Selv den mest nøyaktige transkripsjon kan aldri gi mer enn et avgrenset bilde av det vi skal studere (Malterud, 2013). Hun anbefaler at forsker selv gjør transkripsjonene for muligheten til å gjøre seg kjent i materialet fra en ny side samt å få rom for andre ettertanker som kan være en begynnelse på analysefasen. Alle intervjuene er transkribert ordrett med beskrivelse av lydord (eh, ehm, mm og sån) og pauser som oppstod underveis. Kvale og Brinkmann (2012) gjør det klart at det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form og at man heller bør stille spørsmål om hva som er en nyttig transkripsjon for sin forskning (Kvale & Brinkmann, 2012). På bakgrunn av begrenset erfaring med å skrive lange tekster eller transkribering valgtes det å skrive enkelt med lite bruk av tegnsettinger men uten det gikk ut over forståelsen. Intervjuer er forkortet til F for forsker og kvinnen til M for mamma. Det ble brukt tankestrek for markering av små opphold, komma som naturlig deling og parentes ved behov for beskrivelse av stemning eller hendelse. Videre er det unnlatt å bruke situasjonstegn idet alt annet enn sitering er beskrevet i parentes eller med kursiv. Skriftlig beskrivelse i kursiv er gjort i hvis det ble en lengere pause som følge av moren skulle ta seg av barnet.

Det var hensikten å transkribere så kort tid etter intervju som mulig, for å øke pålitelighet og troverdighet i materialet. Som følge av at noen intervju ble gjennomført relativt tett i tid ble transkriberingen ikke gjennomført rett etter to av intervjuene, men det er skrevet refleksjonsnotat rett etter samtlige intervju og alle transkriberinger er startet opp samme dag som intervjuet fant sted. Refleksjonsnotatene ble skrevet for å huske tanker og refleksjoner i forbindelse med intervjuene som dermed kunne medvirke til forståelse og tolkning underveis i analyseprosessen. Videre hjalp notatene til å være bevisst min forforståelse og hvordan den kunne påvirke både intervju samt funn og fortolkninger.

### 3.8 Analyse

Dataene er analysert med inspirasjon fra hermeneutisk meningsfortolkning (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 216). De beskriver hermeneutisk meningsfortolkning utfra prinsipper for fortolkning hvor prinsippene har til formål å sikre gyldige fortolkninger av tekster. De hermeneutiske fortolkningsprinsippene er generelle og har vært benyttet for fortolkning av tekster gjennom lang tid (Kvale & Brinkmann, 2012). Utfra et hermeneutisk vitenskapelig perspektiv kan man si at tolkningen begynner allerede ved første kontakt i telefonen og under intervju. Fortolkningen foregår videre under transkribering ut fra hvordan jeg velger å skrive og beskrive. Jeg har min forforståelse og teoretiske referanseramme med hele veien og det gjelder kontinuerlig at være oppmerksom på hva den gjør med forskningen gjennom arbeidet med materialet. Jeg har skrevet forskerlogg gjennom hele prosessen for å kunne huske viktige tanker og ideer samt for at ha hjelp og mulighet til å se, forstå og beskrive hele forløpet så tydelig som mulig. Når jeg har «stått litt fast» underveis både i analyse- og drøftingsprosessen, har det vært en hjelp å kunne se i forskerloggen for å huske hva jeg tidligere har tenkt i forhold til forskjellige momenter i studien.

Jeg har også latt meg inspirere av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013, s. 98). I denne studien har jeg gjennomført følgende fire trinn: 1) helhetsinntrykk, 2) identifisering av meningsfulle enheter, 3) kondensering og 4) abstraksjon.

Etter at transkriberingen var ferdigstilt leste jeg materialet gjentagende ganger hvor jeg noterte kort i margen og gjorde enkle notater underveis. Umiddelbare refleksjoner og tanker som jeg opplevde som vesentlige for et helhetsinntrykk. Den siste gjennomlesning før jeg skrev helhetsinntrykk gjorde jeg i en annen rekkefølge for at forsøke å holde et nyansert og våkent blikk på hva materialet egentlig handler om. Jeg skrev en liten oversikt for hvert intervju og skrev til slutt et helhetsinntrykk av materialet.

Med helhetsinntrykk og forskningsspørsmålene klart for meg begynte prosessen med å søke etter meningsfulle enheter. Alle avsnitt, setninger og ord som kunne tenkes å gi mening i forhold til studiens tema skulle finnes. Tema og forskningsspørsmålene var hengt opp på et ark ved mitt skrivebord og jeg forsøkte i tillegg å holde fokus på spørsmålet: Hva handler dette om? Hvorfor skal dette med? Jeg var bevisst på å ta med nok, for ikke å dra poeng og momenter ut av sin sammenheng og videre ikke være for selektiv i første omgang. Alle meningsfulle enheter ble først markert med samme farge. I neste runde begynte

kondenseringen hvor jeg strukturerte de meningsfulle enhetene ved å dele de inn i grupper utfra mening og innhold. De ble fargelagt med forskjellig farge. Dette hjalp til å gi overblikk over materialet. Fargekategoriene ble etterhvert navngitt med ord som virket logisk ut fra innhold. Disse kategoriene ble videre kondensert i en vekslende prosess frem og tilbake mellom forskningsspørsmålene, helhetsinntrykket og de enkelte kategoriene med de meningsfulle enhetene. Etter hvert begynte underkategoriene å komme frem. Dette var et stort arbeid som krevde tid og tålmodighet. Å holde fokus på tema og være bevisst forforståelsen under kondenseringen uten å la det redusere oppmerksomheten for å se åpent på materialet var et moment jeg var oppmerksom på for å sikre best mulig troverdighet og pålitelighet. Det ble et stort materiale på 42 sider med 17 forskjellige fargekategorier som til slutt ble kondensert til 12 underkategorier. Jeg la frem for medstudenter og veiledere og etter abstrahering kom jeg frem til 3 hovedkategorier. Abstraheringen foregikk i en vekslende prosess hvor forskningsspørsmål, helhetsinntrykk og underkategoriene ble vurdert i lys av hverandre frem til inndelingen gav mening ut fra funn og forskningsspørsmål. Tabell over meningsfulle enheter, under- og hovedkategorier (vedlegg 8). De 12 underkategorier og 3 hovedkategorier presenteres i tabell 2.

### **3.9 Etikk**

Forskningsintervju har til hensikt å fremskaffe kunnskap om intervjupersoner sine personlige opplevelser og erfaringer og de etiske refleksjoner bør foregå gjennom hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2012). Helsinkideklarasjonen er et dokument utarbeidet av World Medical Association med tydelige etiske prinsipper for forskning som involverer mennesker (World Medical Association, 2013) Den ble utformet i 1964 og revidert siste gang i oktober 2013. Hensikten er å sikre at de etiske sidene ved forskning blir ivaretatt. Den er delt inn i 12 kategorier med 37 punkter som omfatter grunnleggende etiske prinsipper som fremmer respekt for alle mennesker og deres helse og rettigheter.

Helseforskningsloven legger grunnlag for hvordan man må forholde seg når man forsker innen medisin og helsefag og har klare krav som må følges med det formålet at fremme etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2008). Det er også utarbeidet forskningsetiske retningslinjer for de forskjellige akademiske fagområder og er ment å hjelpe forskere med å reflektere over sine etiske holdninger og oppfattelser.

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi er relevante å støtte seg til i denne studien (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2006).

Det ble sendt søknad om fremleggingsvurdering til Regional etisk komite for forskning REK og melding til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste NSD (vedlegg 1 og 2). Videre ble det søkt om tillatelse til å rekruttere og gjennomføre intervjuene i de gjeldende kommuner. Utdypende informasjon om studiens hensikt, formål og innhold ble gitt til jordmødrene som skulle rekruttere i forbindelse med et møte i hver kommune. Studien er gjennomført i tråd med etiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2006).

Ved intervju i forbindelse med forskning er forskeren det viktigste redskap til innhenting av kunnskap og relasjonen mellom intervjuperson og forsker er som tidligere nevnt asymmetrisk (Kvale & Brinkmann, 2012). Det stiller krav til forskeren om å være bevisst sin rolle, integritet og sitt moralske ansvar som blant annet innebærer at forskeren er bevisst hvilke konsekvenser spørsmål kan ha for intervjupersonen (Kvale og Brinkmann, 2012).

Kvinnene fikk informasjon om studien av sin jordmor i kommunen og samtykket skriftlig til å bli kontaktet av masterstudent. De fikk ytterlig skriftlig informasjon etter telefonsamtale med masterstudenten. Informert samtykke for deltakelse i studien ble underskrevet i forkant av intervju. For å kunne ivareta eventuelle behov for oppfølging som følge av momenter under intervjuene, hadde forsker forsikret seg om mulighetene for samtale og oppfølging med jordmor eller helsesøster i kommunen der kvinnen bor. Intervjuet ble gjennomført med lydopptaker, som sammen med utskrifter er oppbevart innelåst i låsbart skap, inntil studien er avsluttet og oppgaven bestått. Transkribering ble gjort av forsker selv og sikre dermed respondentenes anonymitet ytterlig. Konfidensielt materiale ble makulert etter gjeldende retningslinjer. Data ble anonymisert etter intervju.



Under forberedelsen til intervjuene utarbeides det kriterier for når forsker ville tre ut av rollen som forsker. Forskers bakgrunn som helsepersonell medfører plikt til å reagere og handle i tråd med Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Med tanke på at kvinnen vil kunne få spørsmål om seg selv eller barnet i løpet av intervjuet, gav forsker som tidligere nevnt informasjon om at det ville være mulig å stille spørsmål etter intervjuet.

- Hvis det oppstod fare for liv
- Hvis jeg avdekket alvorlig omsorgssvikt
- Hvis mor hadde spørsmål til jordmor ble det svart etter intervjuet var gjennomført

Det oppstod ikke behov for å benytte kriteriene og det var kun under de første to intervju at det ble gitt informasjon om muligheten for å stille spørsmål i etterkant av intervju. Det ble unødvendig å sette fokus på det fordi kvinnene så forsker som forsker.

## 4. Funn og fortolkninger

I det følgende presenteres funn og fortolkninger fra analysen. Gjennom kondensering kom det frem 12 underkategorier og ved abstraksjon av disse fremkom 3 hovedkategorier. De er vist i tabell 2 og dernest satt i forhold til forskningsspørsmålene som vist i tabell 3. Etterfølgende beskrives funn og fortolkninger ut fra hovedkategori og derunder hver underkategori. Det gis eksempler på meningsfulle enheter under hver underkategori. Tabell over meningsfulle enheter, under- og hovedkategorier (vedlegg 8).

Tabell 2: Oversikt over hoved- og underkategorier

Underkategori	Hovedkategori
1. godt at komme hjem	I Å ha kontrollen selv
2. å være forberedt på hjemmebesøk	
3. trygt, nyttig og litt skummelt	
4. mestringsopplevelser som mor	
5. å få svar på spørsmål	II Kunnskap og støtte
6. samtale om store/utfordrende spørsmål	
7. at pappa deltar i hjemmebesøket	
8. behov for informasjon	
9. råd og veiledning ut fra behov	
10. støtte og bekreftelse er viktig	
11. samtalen kan fortsette fra svangerskapet	III Kontinuitet og relasjonen med jordmor
12. jordmor kjenner meg	

Tabell 3: Forskningsspørsmål og deres relasjon til funn og fortolkninger

Her vises hvilke hovedkategorier som synes å gi svar på forskningsspørsmålene. De enkelte hovedkategoriene bidrar til å svare på flere spørsmål.

Forskingsspørsmål	Hovedkategori
1. Hvilken betydning kan tidlig hjemmebesøk av jordmor ha for kvinnens opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon?	I - å ha kontrollen selv II - kunnskap og støtte III – kontinuitet og relasjon med jordmor
2. Hvordan kan jordmor bidra for å imøtekomme kvinnens behov i forbindelse med hjemmebesøk?	I - å ha kontrollen selv II - kunnskap og støtte
3. Hvilken betydning kan det ha for kvinnen at det er jordmor som kommer på hjemmebesøk?	II - kunnskap og støtte III – kontinuitet og relasjon med jordmor

#### 4.1 Presentasjon av funn og fortolkninger

Her fremstilles funn og fortolkninger utfra hver hoved- og underkategori med beskrivelse av sammenhenger og eksempler på meningsfulle enheter. De meningsfulle enhetene er direkte sitat fra kvinnenenes uttalelser under intervju og i kursiv.

## **Hovedkategori I: Å ha kontrollen selv**

Benevnelsen på denne hovedkategorien er abstrahert utfra svarene som på forskjellig vis omhandler momenter i forhold til å kunne ha kontroll selv. Å oppleve det godt å komme hjem i egne omgivelser samt at kvinnene er kjent med tilbudet om hjemmebesøk og selv skal kontakte jordmor for å avtale besøket kan forstås som en mulighet til å ha kontroll selv. Kvinnenes opplevelser av å skulle bli kontrollert handler om å ikke ha kontroll selv. Mestringsopplevelsene, som de kommer frem i denne studien, kan tolkes som opplevelse av å ha kontroll.

### **Underkategori 1 - godt å komme hjem**

Det synes som om kvinnene i studien er positive til å reise tidlig hjem fra sykehuset etter fødsel og flere sier at de opplever det mer rolig og avslappet hjemme. Det blir videre beskrevet at vissheten om hjemmebesøk av jordmor medfører at det oppleves trygt å reise hjem.

En kvinne sa:

- *«jeg følte at jeg fikk slappet av mer når jeg kom hjem enn jeg gjorde på sykehuset»*

En annen kvinne sa:

- *«så vi var jo veldig glad når vi var hjemme og alt var trygt og godt da, det var vi, og så hadde vi allerede en avtale med jordmor at hun skulle komme, sån at det var veldig betryggende å vite at de kom til å følge opp»*

### **Underkategori 2 - å være forberedt på hjemmebesøk**

I studien ser det ut til at forutsigbarhet kan være viktig og representere en trygghetsfaktor. At det er frivillig og godt kjent hva jordmor kan tilby på hjemmebesøket synes å gjøre at det oppleves mer trygt og mindre formelt. Det oppleves forskjellig hvilket tidspunkt som er mest hensiktsmessig for besøket, men de fleste mener at det er fint å være hjemme i en eller to dager før besøket når bare de vet at de får hjemmebesøk. Jordmors tilgjengelighet i form av

telefon er medvirkende til at besøket kan tilpasses den enkeltes behov og synes videre å medføre trygghet for kvinnen

En kvinne sa:

- *«at man veit det på forhånd, at om en dag eller to etter fødselen så kommer faktisk jordmora, og da veit man det og så, ja da føler du deg litt trygg og du er litt forberedt på at hu kommer og så, og så at man da kanskje avtaler, at man da får vite hva skjer neste»*

En annen kvinne sa:

- *«det var veldig greit at det var, at vi var forberedt, altså hun fortalte jo om det at man hadde det tilbudet i kommunen, og det var noe man kunne benytte seg av, men man måtte ikke. Og hvis man hadde det at hun fortalte at sån og sån er det og så vet man hva det er. Så når jeg sendte en tekstmelding så var det ikke no, det var ikke noe farlig bare sådan, hei hvor når kan du komme. Ikke sant hele den prosessen blir sån naturlig og uformel»*

### **Underkategori 3 - trygt, nyttig og litt skummelt**

Kvinnene beskriver at de opplever hjemmebesøket som praktisk og at det medvirker til trygghet og ro i en hektisk tidlig barseltid. Flere forteller at de så frem til besøket av jordmor. Noen beskriver at de ikke så nytten før hun var der. En opplevde jordmors besøk som meget viktig og ønsket fler besøk i den første tiden. En annen opplevde at hun like gjerne kunne ha dratt på helsestasjonen for sin egen del, men gav uttrykk for at det var trygt for barnet at jordmor kom hjem. Det synes som det kan oppleves som skummelt når en profesjonell person skal komme hjem til kvinnen i en sårbar situasjon også selv om det er en kjent person som jordmor. I forkant av hjemmebesøket beskriver fler av kvinnene en forståelse av at hjemmebesøket skulle innebære en slags kontroll eller vurdering av hjemmet og de som foreldre. I etterkant beskriver alle mødrene tryggheten og fler beskriver nytten av å få hjelp utfra sine behov som det viktigste ved hjemmebesøket.

En kvinne sa:

- *«det kjenner man jo litt på da, at det er litt sån skummelt og man er jo veldig usikker i alt man gjør med den lille og, eh, og så er det en som er så profesjonell, som kommer og skal prate med deg, men eh jeg hadde så behov for hjelp når hun kom, og jeg var så åpent for*

*å ta imot og, så det tenkte jeg ikke på i det hele tatt, jeg synes det bare var godt jeg, at få noen hjem å prate med»*

En annen kvinne sa:

- *«det var viktig og jeg skulle ønske at det var mer, fler faktisk, - ja flere besøk i den første tid mm»*

En tredje kvinne sa:

- *«jeg føler meg ganske mye tryggere på jordmor- men det er fordi det at jeg veit også at hun er en jordmor, hun kan også meg, ikke bare barnet»*

#### **Underkategori 4 - mestringsopplevelser som mor**

Kvinnene beskriver forskjellige mestringsopplevelser som omfatter når de opplever at alt er som forventet og når de mestrer nye roller og oppgaver.

En kvinne sa:

- *«vi trenger jo ikke å spørre om lov til å bade barnet vårt, - da gjorde vi alt sjøl, - så jeg følte veldig på den der mestringsfølelsen»*

En annen kvinne sa:

- *«så det var jo veldig deilig, for nå har jeg endelig fått det til, fått bekreftelse på det»  
(amming)*

En tredje kvinne sa:

- *«men jeg har jo vært veldig heldig, for han sover jo godt, og spiser godt, og har lagt godt på seg, og er veldig blid og fornøyd, sån at eh, da føler man seg jo vellykket og trygg som mamma»*

## Hovedkategori II: Kunnskap og støtte

Denne hovedkategorien ble abstrahert ut fra at det kan virke som at kvinnene har forskjellige behov for kunnskap og støtte. Både de spørsmål som kvinnene hadde tenkt på i forkant og de som oppstod underveis i hjemmebesøket samt deres behov for råd og veiledning omkring forskjellige utfordringer eller spørsmål. At partnerens rolle kommer inn under denne kategorien beror på at når jordmor inkluderer partner i hjemmebesøket kan det blant annet bidra til å styrke mulighetene for støtte til kvinnen fra sine nære relasjoner. Samtale om opplevelser i forbindelse med fødselen og sammenhenger gjennom forløpet fra svangerskapet til barseltiden handler også om å få støtte og kunnskap til å bearbeide og finne mening med opplevelsene.

### Underkategori 5 - å få svar på spørsmål

Kvinnene beskriver at de hadde mange store og små spørsmål og at spørsmål rundt amming, mating og vekt var de mest fremtredende. Flere av kvinnene forteller at de forberedte seg ved å skrive ned spørsmål eller tenke gjennom hva som var viktig for dem å snakke med jordmor om. Det synes som at det er stor tillit til jordmor og nytten av hennes fagkunnskap.

En kvinne sa:

- *«det var avslappet, det var fint og hu eh hu var veldig opptatt av åssen hu hadde det og åssen jeg - og åssen faren hadde det, eh vi hadde jo forberedt oss på, hadde skrevet ned noen spørsmål først da, sån at vi fikk, fikk spørt om det vi lurte på og det var ikke noe problem, hun svarte»*

En annen kvinne sa:

- *«for det kom jo opp en del spørsmål når hun var der, når vi prata, som jeg ikke hadde tenkt på»*

En tredje kvinne sa:

- *«først og fremst så var det det med vekt, at vi skulle få være sikker på at det var i orden og så var det ehm muligheten til å stille alle de spørsmålene som eventuelt måtte dukke opp etter et døgn alene hjemme eh og det å få hjelp til amming, som jeg følte at jeg*

*fortsatt da slet med, eh og så at det var jordmor, rett og slett, det var veldig godt å få henne på besøk»*

### **Underkategori 6 - samtale om store/utfordrende opplevelser**

Det skjer mye på sykehuset på kort tid og fokus er ofte på barnet i de første dagene. Alle kvinnene beskriver behov for å samtale om fødsel og opplevelsene rundt med jordmor. Funnene synes å vise at kvinnene opplever det meningsfullt å gå gjennom fødselsforløpet hjemme sammen med den jordmor de kjenner fra svangerskapet, siden de har forberedt seg sammen i forkant av fødselen. Å sette ord på det som har vært vanskelig og finne mulige forklaringer og bekreftelser synes å bety mye for kvinnene.

En kvinne sa:

- *«så det første jordmor spør, altså, hvordan gikk fødselen og vi gikk i gjennom på en måte det hva heter det for no? F: partogram - M: ja partogram, partogrammet ikke sant og så hun kunne se, vi kunne se på det sammen og fortelle om hvordan det var, og det er klart nå var det jo en litt tøffere fødsel enn det jeg også hadde venta meg så det var jo godt å også kunne snakke med henne eh. Selvfølgelig man forteller jo det til venninner og mamma men det er noe sån som hun, jeg følte jo at jordmor, hun kjenner meg jo på den jeg har fulgt deg gjennom svangerskapet, så det var noe annet å snakke litt med henne om det da, altså ikke sant hun som en fagperson på området»*

En annen kvinne sa:

- *«så prata vi jo mye om fødselen da som vi ikke hadde hatt tid til å prate noe om eh og det hadde jeg veldig behov for det også - nå var det jo henne jeg liksom, fortalte hva jeg følte rundt eller, jeg hadde forhåpninger om før fødselen og spurte, stilt spørsmål som jeg lurte på å eh, så hun hadde jo vært veldig involvert hele veien, selv om hun ikke var der på selve fødselen, så det var ikke noe, det var bare bra»*



### **Underkategori 7 - partner tar del i hjemmebesøket**

Flere av kvinnene forteller at de opplevde det viktig å ha med partner under hjemmebesøket. Han fikk da samme informasjon og fikk svar på sine spørsmål samt kunne fortelle om sine opplevelser.

En kvinne sa:

- *«alle tre var med, så det var veldig bra at han også kunne være med for da får vi samme informasjon begge to, og han hadde noen spørsmål»*

En annen kvinne sa:

- *«jeg synes absolutt det var helt fantastisk å få jordmor hjem, og så at far også kunne være med på det her»*

En tredje kvinne sa:

- *«inkluderte han også selv om det var veldig mye prat om fødsel og alt sån, hun spurte om hvordan han hadde hatt det under fødselen»*

### **Underkategori 8 - behov for informasjon**

Det synes som at det er vanskelig å forberede seg nok til barseltiden. Kvinnene hadde mange forskjellige behov og det synes som det opplevdes nyttig og trygt å kunne få informasjon både ut fra spesifikke behov og behov av mer generell karakter. Flere beskrev utfordringer med å navigere i all den tilgjengelige informasjon som finnes både på nett, i bøker og blader.

En kvinne sa:

- *«ja, det er helt nytt, og man kan læse, altså tusen ting på nettet, men det bliver man egentlig bare mere forvirret av, synes jeg»*

En annen kvinne sa:

- *«uansett hvor godt man har forberedt seg, så kan man jo aldri forberede seg nok, for at man vet jo ikke hva som kommer, for det er jo sådan som, at alle barn er jo forskjellig*

*hvordan, hvordan ting er, ikke sant, om de får kolikk eller om de, altså har mageproblemer eller, altså hva som helst, ikke sant, og med søvn»*

En tredje kvinne sa:

- *«man fokuserer jo så mye på fødselen og sån, og prater jo ikke noe om hva som skjer etterpå, så da var det jo veldig greit at hun jordmoren kom og gav litt, for da er fødselen jo ferdig og da får du jo litt informasjon da som du kanskje ikke tenkte på før fødselen da»*

### **Underkategori 9 - råd og veiledning ut fra behov**

Det synes å komme frem at det er individuelle behov for råd og veiledning. Funn og fortolkninger tyder på at det strekker seg fra enkelte råd og bekreftelser på det normale til store behov for veiledning på amming, hvordan lese og imøtekomme barnets behov, hvordan få nok søvn og hvile, hvordan håndtere søskensjalousi og hvordan håndtere når det hele oppleves for overveldende.

En kvinne sa:

- *«jeg var jo veldig glad da, for at alt, at en var frisk og alt var bra, og så kanskje litt frustrasjon, når han skriker og du ikke veit hva du skal gjøre, for å få en til å roe seg da, og det kan hende det hadde noe med at jeg hadde lite melk også at han var eh, ja, så vi skjønnte ikke helt i begynnelsen når han skrek, om han var trøtt eller om en var sulten eller hva det var da, så da var en liksom frustrert på grunn av det at vi ikke helt skjønnte hva vi skulle gjøre»*

En annen kvinne sa:

- *«Jeg var veldig fornøyd med hu, jeg synes hun var veldig hyggelig. Hun var sån: gjør det du og barnet vil, så du føler at det er det rette for deg og barnet ditt. Hun var ikke sån A4 ark, hun var veldig hyggelig og liksom veldig åpen når du prata»*

En tredje kvinne sa:

- *«å komme hjem med han, for å se om han, for han er jo to år, han er jo i trassperiode nå vet du, så jeg var litt redd for hu, at han skulle bli litt stygg med hu»*

## **Underkategori 10 - støtte og bekreftelse er viktig**

Behov for støtte og bekreftelse synes tydelig uansett om tiden rundt fødsel og barseltid oppleves normalt eller om det har vært ekstra utfordringer. Kvinnene forteller om overveldende følelser og behov for støtte ved vanskelige valg. De beskriver at bekreftelse fra jordmor medførte at de følte seg mer avslappet og trygge i sin nye rolle.

En kvinne sa:

- *«jeg synes at det var godt at der kom en fagperson også, som kunne se på barnet, at selv om jeg synes hun ser ut til at ha det fint, at hun så kunne si, men hun ser ut til å være sunn, hun har gått opp i vekt og eh ammingen fungerer bra og alt sån, så nåja, men da er det riktig at jeg føler det, at det går bra»*

En annen kvinne sa:

- *«Og det er jo på en måte et nederlag, det med amming, og da blir det jo på en måte ehm det blir jo et litt sårt tema, hvis noen skal på en måte -. hei har du ikke fått det til eller, det synes jeg du skal prøve litt til eller det- jeg hadde på en måte slått det fra meg og prøvd å leve så godt med det som jeg kunne. Det er det som er så godt med jordmor, at hun, hun ehm, hun lot det være, hun respekterte at det var det valg jeg hadde tatt»*

En tredje kvinne sa:

- *«jo det er viktig å høre, når man er så usikker og emosjonell og veldig redd for at, ja at man skal gjøre noe feil da»(om bekreftelse)*

## **Hovedkategori III: Kontinuitet og relasjonen med jordmor**

Benevnelsen av denne kategorien er gjort utfra at det er en del funn som belyser kvinnenes opplevelse av kontinuitet i forbindelse med at jordmor kommer på hjemmebesøk og likeledes at det kommer frem at relasjonen med jordmor spiller en rolle for kvinnene.

### **Underkategori 11.** Samtalen kan fortsette fra svangerskapet

Kontinuiteten synes å komme frem når kvinnene beskriver at jordmor vet hvordan det har vært før fødselen og samtalen flyter med en gang. Kvinnene forteller om momenter de hadde snakket med jordmor om i svangerskapet som de drøftet videre under hjemmebesøket. Når det hadde vært ekstra utfordringer kan det se ut som kontinuiteten fremstod som ennå mer vesentlig. En hadde ikke samme jordmor i svangerskap og på hjemmebesøk men gav uttrykk for at det ikke var avgjørende for hennes opplevelse av nytte av jordmors hjelp under hjemmebesøket.

En kvinne sa:

- *«med jordmor er det liksom hei, hvordan gikk fødselen altså da kan man liksom bare da flyter jo praten med en gang, eh så det er jo sån en ganske stor forskjell fra sykehuset»*

En annen kvinne sa:

- *«det også var en av tingene jeg frykta veldig, og som jeg har snakket mye med jordmor om, om fødestillinger og eh hvordan man kan unngå og få de riftene»*

En tredje kvinne sa:

- *«Jordmor veit jo hvordan ting har vært fra dag en eh ikke sant, og eh det blir en annen samtale»*

### **Underkategori 12 - jordmor kjenner meg**

Kvinnene beskriver at hjemmebesøket opplevdes trygt og uformelt med en gang siden jordmor kjente dem gjennom svangerskapet. Det beskrives at de følte at de kunne være seg selv og opplevde det trygt å snakke åpent om sine følelser og opplevelser. Alle svarer at de følte de kunne spørre jordmor om alt og det var ikke noe de valgte ikke å ta opp med henne. En forteller at hun opplevde det som jordmor omtrent visste hvordan hun tenkte. Relasjonen til jordmor synes å komme frem som en viktig og trygg relasjon.

En kvinne sa:

- *«det hadde ikke vært like lett å sitte å åpne seg om følelser og om fødselen sin, med en som ikke kjenner deg litt fra før da, det er det ikke»*

En annen kvinne sa:

- *«jeg føler meg veldig knyttet til jordmora mi, - så det er jo en ekstrem viktig, viktig eh, et viktig forhold synes jeg»*

En tredje kvinne sa:

- *«jeg følte at da hun kom hjem til meg og vi pratet sammen og jeg fortalte henne om alt, så hadde jeg det sån (mor puster tungt ut) jeg fikk puste F: lettet? M: ja, - det var mye støtte»*

## **4.2 Oppsummering**

Funn og fortolkninger synes å vise at kvinnene opplever det godt å komme hjem og at vissheten om hjemmebesøk av jordmor medvirker til at det oppleves trygt. Når kvinnene er forberedt på hjemmebesøket oppleves det forutsigbart men likevel litt skummelt på grunn av opplevelsen av å skulle bli kontrollert. Mestringsopplevelser som beskrives i studien synes å ha en bakgrunn i når momenter oppleves som forventet og når nye oppgaver og roller utvikles og håndteres.

I forhold til sin nye livssituasjon kan det synes som om at det er behov for kunnskap og støtte på forskjellig måte og i forskjellig grad. Å få informasjon, svar på spørsmål og råd og veiledning utfra behov synes å være viktig innhold i hjemmebesøket. Videre synes det som at samtale med jordmor om fødselen og forholdene rundt svangerskapet og fødselen, oppleves som viktig for forståelse og bekreftelse. Partners rolle i hjemmebesøket blir fremhevet som vesentlig for kvinnene i studien. Om kvinnene opplever en del utfordringer eller de opplever forløpet som normalt synes å spille liten rolle for behovet for støtte og bekreftelse fra jordmor. Funn og fortolkninger kan tyde på at bekreftelse og støtte bidrar til trygghet for kvinnene.

Relasjonen til jordmor synes å være medvirkende til at hjemmebesøket oppleves som trygt og uformelt. Flere av kvinnene beskriver at de opplever det trygt å snakke om sine følelser og

opplevelser. Når kvinnene har fått oppfølging hos jordmor i svangerskapet kan det tyde på at kontinuiteten er en medvirkende årsak til at hjemmebesøket oppleves meningsfullt og at samtalen flyter med en gang.

## **5. Drøfting av funn og fortolkninger**

I det følgende drøftes studiens funn og fortolkninger i forhold til forskningsspørsmålene. Drøftingen er strukturert utfra de tre forskningsspørsmålene hvor det er satt inn overskrifter som er relatert til svaret.

### **5.1 Forskningsspørsmål 1.**

Hvilken betydning har tidlig hjemmebesøk av jordmor for kvinnens opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon?

#### **5.1.1 Forutsigbarhet**

Funn og fortolkninger synes å vise at forutsigbarhet kan medvirke til opplevelse av kontroll og trygghet. Kvinnene som hadde fått grundig informasjon om tilbudet før fødsel beskrev at det medvirket til at prosessen med å kontakte jordmor etter fødsel og motta hjemmebesøk av jordmor, ble mer naturlig og uformell. Når kvinnen kommer hjem fra barselavdelingen og nettopp har blitt mor kan hennes autonomi, som følge av at hun er i en sårbar situasjon, være begrenset. I en periode med begrenset autonomi kan kvinnen ha behov for hjelp og støtte for å ta rette valg for seg (Ruyter et al, 2014). Man kan forstå det slik at, informasjon fra jordmor om hjemmebesøket før fødsel, slik at kvinnen har det klart for seg hva hjemmebesøk av jordmor innebærer, vil kunne medvirke til at kvinnen kan oppleve at hun har økt kunnskap og grunnlag for å ta valg omkring når eller om hun ønsker hjemmebesøk av jordmor etter fødselen. Når kvinnen vet at hun til avtalt tid kan få hjelp og støtte av jordmoren kan det synes å bidra til at kvinnen føler økt trygghet som igjen kan medføre opplevelse av mestring fordi kvinnen kan forberede seg og få hjelp ut fra sine behov. En svensk studie viser at god

informasjon i forkant om barseltiden og hvilke tilbud om hjelp som det finnes i barselperioden er medvirkende til økt opplevelse av trygghet (Persson et al, 2010).

Hvilket tidspunkt som opplevdes mest hensiktsmessig for besøket var individuelt. Studien synes å vise at når det er lett å ta telefonkontakt med jordmor samt lett å avtale hjemmebesøket kan det bidra til trygghet og opplevelse av mestring nettopp fordi kvinnen kan bestemme når og om hun vil ringe, og til en viss grad når hun ønsker hjemmebesøk. Til en viss grad, fordi det avhenger av jordmorens kapasitet i forhold til tid tilgjengelig for hjemmebesøk. En norsk studie om barsel hjemme, viser at det medfører trygghet å kunne velge selv (Henriksen, 2010). Det kan også tenkes at kvinnen kan oppleve det positivt at jordmor tar kontakt etter fødselen. Johansson et al (2010) fant at kvinnene i deres studie var motvillige til å kontakte jordmoren etter fødselen fordi de ikke ville forstyrre henne.

Kvinnen har ifølge loven rett til å velge om hun vil motta hjemmebesøk og hun skal kunne velge utfra sine egne behov og ønsker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2014). Hvis jordmor og kvinnen har en mindre god eller dårlig relasjon kan kvinnen oppleve det vanskelig å takke nei til tilbudet om hjemmebesøk fordi hun kan oppleve det som om det ikke er anledning til å takke nei. Kvinnen vil da kunne motta hjemmebesøk som kanskje ikke medfører at hun opplever seg styrket eller til og med opplever seg mislykket. Eller kvinnen takker nei men opplever kanskje at hun ikke vet hvor hun skal få hjelp og venter i det lengste med å søke hjelp.

Det kan være utfordrende for jordmoren å godta kvinnens valg hvis kvinnen for eksempel velger ikke å ta imot besøk. Jordmoren kan ha en forståelse av både kvinnens situasjon og av hjemmebesøkets innhold som ikke er lik kvinnens forståelse og hvor jordmoren tenker at det hadde vært nyttig for kvinnen med hjemmebesøk. Det stiller krav til jordmoren om både kommunikasjons- og relasjonskompetanse og til hennes aksept av kvinnens autonomi. Det kan virke hensiktsmessig at jordmoren allerede under svangerskapet gjør det klart hvilke muligheter det er for hjelp i barseltiden, slik at kvinnen har reelle valg om hun ikke ønsker å motta hjemmebesøk.

Det kan synes som at god informasjon i forkant, kan bidra til at kvinnen kan oppleve å ha kontroll i forhold til å motta hjemmebesøk og sin nye livssituasjon. Denne opplevelse av å ha kontroll over egen situasjon kan bidra til kvinnens opplevelse av mestring.

### 5.1.2 Trygt å reise hjem fra barselavdelingen

Videre synes funn og fortolkninger å vise at kvinnene opplever det godt å komme hjem og at det oppleves mer trygt å reise hjem fra barselavdelingen når de vet at de kan få hjemmebesøk av jordmor. I Norge har prosessen med tidlig hjemreise fra barsel gradvis blitt innført og det er mulig at kvinner i Norge i samme gradvise prosess har opplevd endringen som håndterbar. Selv om fokus i denne studien ikke er på tidlig hjemreise spiller det en rolle i forhold til om det oppleves trygt å reise hjem tidligere enn før. En kvinne i studien fortalte at hun opplevde å få lite støtte under barseloppholdet og gav uttrykk for at det kunne være på grunn av tidspress på avdelingen. Man kan tenke seg at hvis det ikke er mulig å få den hjelp som det er behov for under oppholdet på barselavdelingen, er det kanskje bedre å reise hjem og få besøk til en avtalt tid hvor det kan være mulig for kvinnen å forberede seg. Tidspresset på barselavdelingen synes å medføre at muligheten for å stille spørsmål eller få hjelp blir begrenset blant annet fordi det kan være vanskelig for kvinnen som akkurat har blitt mor å ta imot hjelp eller få informasjon når det passer for de ansatte og ikke når kvinnen er klar. Fenwick et al (2009) finner at en del kvinner opplever barselavdelingen som travel og kaotisk. Samtidig har vi også økt medikalisering i Norge og det er mange tilbud om kontroll for oppsporing av eventuelle risiko, som kvinner i perioden med svangerskap, fødsel og barsel må forholde seg til. Det kan medvirke til at flere kvinner kan oppleve det tryggest å være på sykehuset hvor det er hjelp hele døgnet. Motsatt kan det også oppleves godt at få anledning til å slappe av i rolige omgivelser hjemme, hvor man i stor grad selv kan bestemme når man vil ta imot besøk av både familie og fagpersoner. Man kan tenke seg at hjemmebesøket kan bidra til opplevelse av trygghet og mestring med tanke på at det er hjemme kvinnene skal utvikle og håndtere sine nye oppgaver og roller. Dette samsvarer med andre studier som viser at kvinner er positive til å reise tidlig hjem fra barsel og at de opplever det trygt med hjemmebesøk (Johansson et al, 2010; Fenwick et al, 2009; Brown et al, 2009). Forster et al (2008) konkluderer med at de fleste kvinner i deres studie føler seg mer trygg på barselavdelingen, men beskriver at det kan henge sammen med den økte medikalisering, samt at det har vært det vanlige tilbudet gjennom mange år og at nye tilbud kan oppleves mindre trygt fordi det er nytt. Brown et al (2009) konkluderer i deres litteraturstudie at tidlig hjemreise fra barsel ikke har negativ effekt på mors psykiske helse eller på amming.



### 5.1.3 Opplevelse av nytte og opplevelse av kontroll

Denne studien synes å vise at alle kvinnene opplevde trygghet og nytte av hjemmebesøket. Nytte i den forstand at det synes som at jordmors faglige kompetanse kunne imøtekomme kvinnenens behov for støtte og hjelp i tidlig barseltid samt at kvinnene noen ganger kunne unngå å reise tilbake til sykehuset for oppfølging fordi jordmor kunne ivareta oppfølgingen hjemme. Flere beskrev at det opplevdes mindre hektisk fordi de slapp å skulle reise til helsestasjonen. Hvor viktig kvinnene opplevde besøket varierte fra ønsket om flere hjemmebesøk, til en som opplevde at det hadde vært like greit å dra til helsestasjonen å treffe jordmor for kvinnens del, men best for barnet med hjemmebesøket på grunn av muligheten for å se på barnets forhold i hjemmet.

Å få besøk av en profesjonell fagperson hjemme synes å oppleves utfordrende i varierende grad av kvinnene i denne studien. Selv om kvinnene ble informert om innhold på forhånd og det ikke var en hensikt å skulle kontrollere, ble det beskrevet at de hadde hørt fra andre kvinner eller selv hadde tenkt at noe av hensikten med hjemmebesøket var at jordmor skulle kontrollere forholdene i hjemmet og deres egnethet som foreldre. Kvinnene fortalte at de i etterkant ikke følte at de hadde blitt kontrollert. Det kan fremstå som hensiktsmessig at drøfte disse tanker under oppfølgingen i svangerskapet. En av kvinnene beskrev både hjemmebesøk og besøk av intervjuer som utfordrende men valgte å ta imot fordi hun opplevde det som veldig viktig for seg. Kvinnen beskrev relasjonen til jordmor som meget god gjennom to svangerskap og at det var avgjørende for å ta imot hjemmebesøket, men at hun likevel opplevde det som skummelt. Hennes erfaring med hjemmebesøket var så god at hun på tross av at det var krevende for henne å ta imot en ukjent intervjuer, valgte å la seg intervjuer hjemme. Det kan synes som kvinnen opplevde hjemmebesøket av jordmor mer givende enn krevende for seg. Man kan anta at flere kvinner vil kunne oppleve det utfordrende å ta imot hjemmebesøk. Hjälmhult og Økland (2012) finner liknende funn i sin studie om hjemmebesøk av helsesøstre hvor de skriver at enkelte kvinner uttrykte ambivalens i forhold til å få en offentlig person i sitt hjem.

Hjemmebesøket kan tenkes å medføre opplevelse av nederlag og lav selvfølelse hvis kvinnen opplever det som kontroll og vurdering av seg og sitt hjem. Å gi informasjon om fokus og innhold i hjemmebesøket i forkant synes viktig for å redusere opplevelsen av å skulle kontrolleres. Kvinner som ikke har en relasjon til jordmor fra før eller bare gjennom kort tid, kan tenkes å oppleve hjemmebesøket mer utfordrende fordi opplevelsen av å skulle kontrolleres kan antas å oppleves i større grad, når de ikke har truffet hverandre tidligere. Det

kan fra et annet perspektiv tenkes å oppleves utfordrende hvis kvinnen har utviklet en relasjon til jordmor over tid og blir engstelig for at denne relasjonen kan påvirkes i negativ retning når jordmor kommer på hjemmebesøk. Kvinnen kan for eksempel være bekymret for ikke å fremstå som god nok eller ha gode nok hjemmeforhold i forhold til det hun opplever å ha gitt uttrykk for. På den andre siden kan det tenkes å oppleves som en hjelp eller trygghet å bli bekreftet på at både hjemmet og kvinnen oppleves som godt for barnet. Nettopp i en tid hvor det finnes mange tilbud om kontroll for vurdering av risiko (for eksempel ultralyd for vurdering av risiko for å få et barn med sykdommer eller handicap, eller blodprøver for å teste risiko for å utvikle sykdommer), kan det være et perspektiv som kan hjelpe til å forstå hvorfor noen kan oppleve det som en naturlig del av hjemmebesøket.

Det er et vesentlig poeng, at om jordmoren ser tegn på omsorgssvikt har hun meldeplikt i følge Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). Derfor innebærer hjemmebesøket en form for kontroll og det kan synes som at det er viktig at jordmor erkjenner dette for å kunne ha en god og ærlig relasjon med kvinnen. Dermed kommer maktaspektet mer tydelig frem og man kan forstå kvinnenes opplevelse av å skulle bli kontrollert utfra dette fokus. At jordmor erkjenner maktubalansen i relasjonen og tilrettelegger for god kommunikasjon kan bidra til at samhandlingen mellom kvinnen og jordmor blir til kvinnens beste (Røkenes & Hanssen, 2012). Det kan synes som hensiktsmessig å ha fokus på en åpen og ærlig relasjon for dermed å bidra til å gi kvinnen mest mulig kontroll i forbindelse med tidlig barseltid.

#### 5.1.4 Kunnskap og kompetanse

Kvinnene i studien synes å ha mange spørsmål til jordmor på hjemmebesøket og flere av kvinnene hadde skrevet ned spørsmål eller tenkt igjennom hva som var viktig for de i forkant av besøket. Når kvinnene hadde forberedt seg før besøket kan man tenke seg at de hadde en forståelse av hva de kunne forvente seg av besøket. Funn og fortolkningene kan tyde på at det er behov for å kunne stille spørsmål som handler om kvinnens tilstand og opplevelser og at jordmors fagkunnskap og kompetanse kan være viktig for å imøtekomme kvinnens spørsmål. Videre synes det som at amming, mating og vekt var områder hvor kvinnene hadde mange spørsmål. Kvinnenes fokus synes å være på barnet og det kan forstås som at først når de var mer trygge på barnet, kunne de begynne å tenke på selv og sine behov for informasjon, råd og veiledning. Hjälmhult og Økland (2012) beskriver at kvinner kan ignorere grunnleggende

behov hos seg selv for å lykkes med amming og omsorg til barnet. Fahey og Shenassa (2013) belyser kvinners behov for støtte til å ta vare på sine egne grunnleggende behov i den første uke. Det synes å være viktig for kvinnens opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon at hun opplever å kunne imøtekomme barnets behov.

At barnet får mat og går opp i vekt er grunnleggende for barnets liv og trivsel. Andre studier viser at babyens helse og velbefinnende er avgjørende for mødrenes opplevelse av trygghet (Forster et al, 2008; Persson et al, 2010). Amming kan være utfordrende og spesielt i den første tiden hvor melkeproduksjonen skal i gang og både kvinnen og barnet skal få ammingen til å fungere slik det er grunnlag for amming over tid (Hansen, 2010). Kvinnens velbefinnende er et viktig grunnlag for at ammingen kan fungere (Hansen, 2010). Når kvinnen ikke ammer barnet kan hun ha behov for kunnskap i forhold til å gi morsmelkerstatning. Hvis kvinnen har store utfordringer med amming anbefaler retningslinjer et lengere opphold på barselavdelingen eller at hun får ekstra oppfølging på barselpoliklinikk (Helsedirektoratet, 2014). Det synes å være meget individuelt hvordan kvinnene opplever utfordringene. Å kunne ta individuelle hensyn fremstår som avgjørende for å imøtekomme kvinnenes behov.

Flere av kvinnene i studien opplevde behov for veiledning i forbindelse med forskjellige situasjoner som for eksempel amming, søvnbalanse, forståelse av barnets signaler og fødselsopplevelse. Jordmors kompetanse rundt disse utfordringene samt hennes relasjon til kvinnen, synes å medvirke til at hun kunne gi veiledning ut fra kvinnenes behov. Det stiller krav til jordmors evner i forhold til kommunikasjon. Veiledningen er ment å bidra til å fremme mestring og styrke kvinnens selvbylde fordi hun gjennom veiledningen kan få økt forståelse for sin situasjon. Man kan si ut fra et salutogent syn, at kvinnen gjennom økt forståelse vil kunne oppleve økt SOC (sense of coherens) (Antonowsky, 2000). Videre kommer empowerment perspektivet frem idet hensikten med veiledningen er å styrke kvinnen slik hun gjennom økt kunnskap og ferdigheter kan øke sin selvtillit og selvbylde og dermed kan håndtere sin nye situasjon og selv ha makt, styring og kontroll i sin nye livssituasjon (Tveiten, 2013; Askheim, 2012). Aune et al (2012) fremhever i sin artikkel at økt fokus på individuelle behov og mestringsstrategier kan bidra til å fremme empowerment for kvinnen og familien. Man har studert effekten av et veiledningsprogram hvor man fant at individuelt tilpasset veiledning medførte positive endringer for de fleste deltakere (Fenwick et al, 2013). Man kan tenke at en jordmor som i tillegg til sin fagkompetanse kjenner kvinnen fra svangerskapet kan tenkes å ha økt forutsetninger for å forstå kvinnens individuelle behov. Når kvinnen opplever at hun mestrer sin nye livssituasjon og har styring over eget liv synes det

videre å kunne øke hennes mulighet til å være emosjonell tilgjengelig for barnet. Det kan i sin tur bidra til å øke barnets mulighet for å utvikle sitt relasjonelle jeg og medvirke til å fremme gode oppvekstvilkår. Det kan synes som at når jordmoren imøtekommer kvinnens behov samt støtter og veileder henne i sin nye livssituasjon er det faktorer som kan bidra til opplevelse av mestring og fremme helse. Fahey og Shenassa (2013) beskriver i deres studie om den helsefremmende mulighet i barseltiden utfra fokus på kvinnens fysiske, psykiske og sosiale velbefinnende. På den andre side, hvis jordmoren ikke har forståelse for kvinnens behov og ikke klarer å kommunisere med kvinnen på en hensiktsmessig måte kan det skape både utrygghet og lavt selvbilde for kvinnen. Dette kan være en utfordrende situasjon hvis det ikke er mulighet for å velge en annen jordmor eller finne andre løsninger. Med andre løsninger tenker jeg på mulighet for at jordmoren selv forstår at det ikke fungerer bra mellom seg og kvinnen og derfor søker veiledning eller drøfter med kolleger.

Informasjon omkring både generelle og spesifikke tema synes å være et behov i varierende grad for kvinnene i denne studien. Fler beskrev den økte tilgang på informasjon spesielt via internett som utfordrende fordi det stod forskjellige svar på samme tema på forskjellige nettsteder, samt at det var vanskelig å vite om det var korrekt og oppdatert. Det synes som kvinnene opplevde det nyttig og trygt å kunne få informasjon av jordmor ut fra sine behov hvilket kan forstås som at de hadde tillit til jordmors fagkunnskaper. Det kan tolkes slik at kvinnene hadde ønske om informasjon selv i en tid med stor tilgang til informasjon utenom fra jordmoren. Fler gav uttrykk for at det opplevdes vanskelig å forberede seg nok til barseltiden fordi forløpet ikke ble som noenlunde forventet. For eksempel hadde en kvinne blitt forløst med akutt keisersnitt, en annen hadde fått store ammeutfordringer og videre en hadde utfordringer i forbindelse med søvn. Det kan oppfattes som det er behov for informasjon nesten uansett forberedelser og forløp. Det kommer frem i en studie at kvinnene der opplever miljøet på sykehus som hektisk og travel med jordmødre som har lite tid til å lytte (Fenwick et al, 2009). Et hektisk miljø kan påvirke om kvinnen føler det trygt å stille spørsmål eller be om hjelp. Kvinnene i denne studien synes å ha opplevd det som en trygghet å vite at jordmor skulle komme på hjemmebesøk, fordi de kjente jordmor og viste de kunne stille spørsmål. Det korte opphold på sykehuset kan synes å medvirke til redusere muligheten for å rekke å gi kvinnene informasjon og oppfølging som de kan ha behov for i tidlig barseltid. Kvinnene kan være opptatt når jordmødrene på barsel har anledning å hjelpe eller kvinnene har kanskje ikke helt klart for seg hva de lurer på utover i forhold til amming og stell av barnet. Det er mange inntrykk på kort tid og man kan tenke at det er kanskje ikke

rimelig å forvente at kvinnen har oversikt over sin situasjon allerede på andre eller tredje dagen. Tidligere var det flere dager på barselavdelingen til å fordele informasjon, samtaler og veiledning på.

#### 5.1.5 Mestringsopplevelser

I studien beskrives forskjellige mestringsopplevelser i forbindelse med den nye rollen som mor. Noen beskrev opplevelse av mestring når de lykkes med amming, andre når de kunne se at barnet hadde det godt og noen andre igjen når de følte at de håndterte både den nyfødte og eldre søsken på en god måte. Flere av kvinnene synes å oppleve mestring i forhold til det å ha fått barnet. Når kvinnen har forberedt seg til fødselen og hun opplever at fødselen noenlunde stemmer overens med hennes forventninger eller at fødselsforløpet gir mening for kvinnen, kan man forstå det slik at det blir en bekreftelse for kvinnen som dermed kan fremme hennes opplevelse av mestring. Fødselen kan også tenkes å medføre en positiv prestasjonsopplevelse som fremmer mestringsopplevelse. Ifølge Dahlberg og Aune (2012) medfører en god fødselsopplevelse mestringsopplevelse.

Funn og fortolkninger tyder på at det er mulig for kvinnen at både kjenne på mestring og samtidig ha områder hvor hun kan føle seg utrygg og oppleve lite mestring. En av mødrene i studien beskrev om det fantastiske ved å bli mor selv om hun samtidig opplevde det krevende og vanskelig å håndtere ammingen. Det kan bero på hva kvinnen hadde av forventninger til utfordringer i tidlig barseltid. Forholdet mellom forventninger om støtte og opplevd stress i forbindelse med tidlig barsel er belyst i en studie hvor det problematiseres rundt idealiserte forventninger som kan medføre følelser som lavt selvbilde og selvtillit for kvinnene (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion & Epiney, 2011). Antonovskys teori om at helse ikke er et spørsmål om hva vi utsettes for, men evnen til å håndtere utfordringene, samt videre at man beveger seg mellom de to ytterpunktene i helsekontinuumet synes å stemme godt med kvinnenes beskrivelser i studien. Fahey og Shenassa (2013) hevder i sin artikkel at en sunn barseltid avhenger av kvinnens evne til å utnytte egne ferdigheter for å sikre at hennes og familiens behov blir imøtekommet, samt at jordmødre og andre må forstå viktigheten av å hjelpe kvinnen til å styrke sine ferdigheter.

Når jordmor ser kvinnen som en likeverdig partner i samarbeidet og anerkjenner kvinnens kompetanse om seg selv og sin situasjon og videre imøtekommer hennes behov for kunnskap og støtte, kan det synes å bidra til at styrke kvinnen slik hun kan utvikle sin kompetanse i sin nye livssituasjon. Denne utviklingen kan sies å bidra til opplevelse av mestring og kan

beskrives som empowerment både som en prosess og som et resultat (Tveiten, 2013). Hvis jordmoren derimot ikke anerkjenner og møter kvinnen som en likeverdig partner kan det tenkes å medføre opplevelse av utrygghet og nederlag. Videre kan maktbalansen bli forskjøvet hvis jordmor bekrefter kvinnen i tanker og valg men gjør det ut fra sine egne verdier og forståelse av situasjonen. Det vil kunne medføre usikkerhet og bekymring for kvinnen.

## **5.2 Forskningsspørsmål 2.**

Hvordan kan jordmor bidra for å imøtekomme kvinnens behov i forbindelse med hjemmebesøk?

### **5.2.1 Tilrettelegging**

Studien synes å vise at det er viktig at det legges til rette slik at kvinnen får grunnlag for og anledning til å velge når eller om hun ønsker hjemmebesøk, og at hun kan oppleve å ha mest mulig kontroll selv. Jordmor kan for eksempel legge til rette ved å gi god informasjon i forkant om tilbud og rutiner. Hun kan drøfte forventninger, for i samarbeid med kvinnen å komme frem til hva kvinnen ønsker og har behov for. I tråd med empowerment tenkingen er det vesentlig at jordmor anerkjenner kvinnen som ekspert på seg selv og legger til rette slik kvinnen får grundig informasjon slik hun har reel god bakgrunn for å ta valg og derigjennom ha så mye kontroll som mulig over sin egen situasjon. I studien synes det videre som at kvinnene verdsetter at jordmor gir seg god tid. Det kan ses i sammenheng med en opplevelse av å bli tatt på alvor og være viktig. Når kvinnen opplever at jordmoren gjennom å bruke tid og ved å ønske å lytte til kvinnens opplevelser og behov, kan det bidra til opplevelsen av å være viktig. Man kan se det som en bekreftelse og anerkjennelse av kvinnen. Det kan antas å være en sammenheng mellom kvinnens opplevelse av empowerment og jordmors opplevelse av empowerment (Spreitzer, 1995). Hvis jordmor opplever hjemmebesøk i tidlig barseltid som meningsfullt og hun har mulighet for å tilrettelegge sin arbeidshverdag slik hun kan håndtere hjemmebesøk utfra kompetanse og krav innenfor sin tidsramme, kan det synes å fremme muligheten for kvinnens opplevelse av empowerment. Motsatt kan jordmors opplevelse av knapphet på tid og ressurser synes å bidra til at empowermentperspektivet blir nedtonet (Askheim, 2012).

### 5.2.2 Dele kunnskap og styrke kompetanse

Funn og fortolkninger synes å vise at kvinnene hadde spørsmål som var spesifikk rettet til jordmor. Kunnskap omkring kvinnens egen helse som eksempel blødninger, sting, bekkenplager, humør, søvn og amming synes blant annet å være tema som opplevdes viktig å dele med jordmor. Man kan forstå det som at når jordmor bidrar med kunnskap utfra kvinnens spørsmål om seg selv kan det bidra til økt forståelse og velbefinnende slik kvinnen kan få overskudd til barnet. (Fahey & Shenassa, 2013). Videre synes det som at når jordmor veide barnet og drøftet barnets helse og velbefinnende sammen med kvinnene, kunne det bidra til økt trygghet og kompetanse for kvinnene. Det kan tolkes som at når jordmor bidrar med kunnskap omkring barnet, til å styrke kvinnens kompetanse som mor, kan det bidra til at hun også kan kjenne sine egne behov (Forster et al, 2008; Persson et al, 2010).

Studien synes å vise at det var behov for råd og veiledning om amming eller mating til alle kvinnene under hjemmebesøket. Veiledning i forhold til amming er viktig i tidlig barseltid for å fremme muligheten for amming over tid (Hansen, 2010). Tidlig hjemmebesøk menes å bidra til lengere ammeforløp (Kronborg, Væth & Kristensen, 2012). Funn og fortolkninger viser at kvinner som hadde store utfordringer i forbindelse med amming fikk hjelp på barselpoliklinikk i tillegg og det synes da som vesentlig at jordmor kunne støtte opp videre under hjemmebesøk. Når ammingen ikke fungerte og en hadde valgt å slutte, synes det som meget viktig med jordmors anerkjennelse og støtte i forhold til valget.

Jordmors kommunikasjons- og relasjonskompetanse synes også å være avgjørende for hvordan kvinnen kan få optimal nytte av kunnskap og støtte. Lundgren og Berg (2007) belyser i sin studie hvordan jordmors bekreftelse og støtte av kvinnen under svangerskap og fødsel kan medvirke til å fremme kvinnens ansvarsfølelse og hjelpe henne til å innse og håndtere sin situasjon. I forhold til barseltiden kan det som et eksempel omhandle hjelp med amming, hvor jordmor kan hjelpe ut fra kvinnens behov og støtte henne til å ta rette valg for seg og barnet. Likeledes kan jordmor hjelpe med å sette ord på og finne forklaring og sammenheng i opplevelsen hvis en kvinne har hatt en tøff fødselsopplevelse. Razurel et al (2011) finner i sin studie at emosjonell og sosial støtte er mer viktig enn praktisk kunnskap i tidlig barseltid.

Hvis jordmor ikke er oppdatert eller har manglende kompetanse omkring relasjon og kommunikasjon kan det bidra til usikkerhet og bekymring hos kvinnen. Det er en mulighet at

et lengre opphold på barsel ville kunne bidra til at kvinnen vil få tilgang på mer hjelp på bakgrunn av at det er flere jordmødre på barselavdelingen samt at det kunne bli mindre sårbart fordi det vil være valgmuligheter hvis kvinnen opplever en dårlig relasjon.

### 5.2.3 Inkludere partner

Kvinnene i denne studien synes å ha erfart at det er viktig å ha med partneren under hjemmebesøket fordi de da får samme informasjon. Partneren kan hjelpe kvinnen med å huske både spørsmål og svar samt at partneren selv kan få svar på sine spørsmål. En irsk studie fremhever viktigheten av å støtte kvinnen til å benytte seg av støtte fra familie og venner, samt at støtten fra nære relasjoner kan bidra til å redusere depressive symptomer i tidlig barseltid (Leahy-Warren, McCarthy & Corcoran, 2011). Partneren er viktig og ofte den viktigste støttespiller for kvinnen under hele forløpet fra svangerskap til barseltid og omstillingen i familien når et barn blir født innebærer selvsagt også partneren (Schibbye, 2012). Ut fra studiens funn kan det forstås som at partners forutsetninger for å støtte kvinnen kan bedres når partneren er inkludert i hjemmebesøket. At partneren kan få svar eller mulighet for å drøfte aspekter som er viktig for seg, kan bidra til et bedre grunnlag for å støtte kvinnen, fordi partneren får økt forståelse for sin situasjon og da kan ha overskudd til å støtte kvinnen. På den andre side kan det tenkes å forstyrre kvinnen hvis det er et krav at partner er med under hjemmebesøket og relasjonen til partner er uklar eller dårlig. Om kvinnen ikke har en partner kan det tenkes at hun kan ha behov for å ha en annen nær pårørende med under hjemmebesøket. En svensk studie har funn som bekrefter at inkludering av partner fremmer kvinnens opplevelse av trygghet (Persson et al, 2010). I en annen svensk studie kommer det frem at den følelsesmessige relasjonen mellom kvinnen og hennes partner ikke alltid ble støttet av personalet på en barselavdeling og man ser det som et viktig punkt å forbedre (Ellberg, Högberg, Lindh, 2010).

### 5.2.4 Samtale om fødsel og opplevelser

Funn og fortolkninger synes å vise at det er et behov for å drøfte store opplevelsene med jordmor på hjemmebesøk. Kvinnene i denne studien snakket om fødselen eller keisersnittet og opplevelsene rundt oppholdet på sykehuset, samt opplevelser i forbindelse med sin nye rolle som mor med jordmor på hjemmebesøket. De som hadde barn fra før synes å ha behov for å snakke om opplevelser og utfordringer i forhold til å ha flere barn og at det var et tema som



også var blitt drøftet i svangerskapet. De beskrev samtalen om fødselen som viktig og det synes som det opplevdes naturlig å ha samtalen med jordmor som hadde fulgt de i svangerskapet, blant annet fordi de hadde forberedt seg sammen i forkant av fødselen. En av kvinnene opplevde det som en fordel at jordmor ikke hadde vært på selve fødselen fordi hun følte det gav mere rom for å drøfte sine opplevelser. Lundgren og Berg (2007) skriver blant annet omkring det sentrale aspektet å oppleve meningsfullhet som en av flere viktige punkter hvor jordmors støtte er avgjørende for å styrke kvinnen. Kvinnen kan gjennom samtalen med jordmor under hjemmebesøket øke sin forståelse for forløpet og dermed oppleve at hun har håndtert sine utfordringer på en god måte. Det vil kunne bidra til å fremme hennes opplevelse av mestring (Lundgren & Berg, 2007). På den andre siden er det naturlig at kvinnen vil kunne ha behov for å bearbeide fødselsopplevelsen med jordmoren som hjalp kvinnen under selve fødselen. Det er gjort studier som viser at relasjonell kontinuitet spiller en vesentlig rolle i forhold til kvinnens fødselsopplevelse (Dahlberg & Aune, 2012). Man kan tenke at det kan være hensiktsmessig å kunne imøtekomme kvinnens individuelle behov og legge til rette for samtale med den jordmor kvinnen ønsker å gjennomgå fødselen med.

#### 5.2.5 Bekreftelse og støtte

Støtte og bekreftelse synes å være vesentlig for alle kvinnene i studien. Det er en sårbar tid hvor det skjer store endringer i kvinnens liv på alle områder (Brodèn, 2004; Schibbye, 2012; Reinar, 2010). Flere av kvinnene beskrev at de opplevde den første tiden som overveldende og at de følte seg mere sårbare. Det å skulle ivareta barnet og dets behov på best mulig måte ser ut til å være noe av det viktigste i kvinnens liv og det kan oppleves overveldende og vanskelig å håndtere alt det nye som følger med. Hjälmhult og Økland (2012) beskriver i deres artikkel hvordan mødre strekker seg langt og kan overse egne behov. Kvinnene i studien beskrev at jordmors bekreftelse og støtte var viktig for deres opplevelse av trygghet og mestring. At jordmor kunne bekrefte kvinnene i deres valg eller bekrefte deres forståelse av situasjonen, synes å bidra til en opplevelse av å være lettet og ha mer tillit til seg selv. Jordmors forståelse og respekt for kvinnenens valg ble fremhevet av flere som meget viktig. Fahey og Shenassa (2013) understreker viktigheten av å støtte kvinnen slik hun også kan ivareta sine egne behov og velbefinnende. Også i spørsmål rundt amming og mating synes det som viktig å bli bekreftet. Flere av kvinnene fortalte at de opplevde et stort ammepress både generelt og på barselavdelingen. Amming er anbefalt av helsemyndighetene og det er lang tradisjon for å amme i Norge. Flere av kvinnene synes å ha opplevd ikke å føle seg

imøtekommet på sine individuelle behov omkring amming, med lite grunnlag for å kunne vurdere forskjellige løsninger og valg. Det kan medføre større risiko for å føle seg mislykket om man ikke får det til. Kronborg et al (2012) fant at tidlig hjemmebesøk bidrar til økt varighet av ammeperioden. De belyser effekten av tidlig hjemmebesøk av helsesøster i Danmark men deres funn er overførbar til hjemmebesøk av jordmor. Å få tidlig hjemmebesøk og få hjelp hjemme hvor livet skal utspilles videre, kan fremstå som en hensiktsmessig måte å fremme amming på.

### **5.3 Forskningsspørsmål 3.**

Hvilken betydning har det for kvinnen at det er jordmor som kommer på hjemmebesøk?

#### **5.3.1 Jordmors fagkunnskap og kompetanse**

Funn og fortolkninger synes som tidligere nevnt å vise at kvinnene hadde ønske om og behov for å snakke med jordmor om egen helse, barnets helse, opplevelser og sin nye livssituasjon. Noen av kvinnene beskrev at de opplevde det som ekstra trygt å vite at de kunne snakke med jordmor på hjemmebesøket. Det synes som at kvinnene erfarte at de fikk svar på alle deres spørsmål både om seg selv og om barnet. En av kvinnene beskrev at hun ikke forstod hva hun hadde behov for før etter besøket av jordmor. Studien synes å vise at kvinnene hadde stor tillit til jordmors fagkunnskap og kompetanse og at de verdsatte både å kunne få svar på det de lurte på, informasjon, veiledning og det å bli imøtekommet med omsorg og respekt.

Som tidligere nevnt synes det som at mors egen helse kan være avgjørende for hvordan hun håndterer sin nye rolle og imøtekomme barnets behov (Fahey & Shenaasa, 2013). Hvis kvinnen er bekymret for sin egen helse for eksempel på grunn av mye blødning eller smerter kan det tenkes å overskygge for hva hun kan orke i forhold til barnet. Muligheten for kvinnen til å drøfte spørsmål om seg selv med jordmor kan synes å være helsefremmende for barnet. Som før nevnt kan kvinnen også være bekymret for barnet og ikke ha fokus på sin egen helse (Persson et al, 2010). Det kan forstås slik at kvinnens kunnskap om både kvinnen og barnet kan være vesentlige for å styrke og fremme kvinnens kompetanse i sin nye livssituasjon.

Spørsmålet kan være om det er hensiktsmessig at det er oppfølging med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid på grunn av sårbarheten ved at det er personavhengig? Hvis det er en mindre god relasjon kan det medvirke til at kvinnen ikke får den kunnskapen hun har behov for. Dette drøftes nærmere under punktet om relasjonen mellom kvinnen og jordmor. At oppholdet på barselavdelingen er redusert med 3-4 dager uten noe tidligere er satt i stedet for, kan bidra til å se noen av utfordringene med tilbudet i barselomsorgen. Det er mye som kvinnene trenger å sette seg inn i og håndtere selv om det er normale forhold for de fleste (Reinar, 2010). Å tenke seg at kvinnene i løpet av et barselopphold på sirka 2 dager skal rekke å få informasjon og samtale og/eller veiledning i forhold til både barnet, amming, fødselsforløp, kroppslige utfordringer og psykososiale endringer kan virke som ikke helt gjennomførbart. Det er oftest forskjellige personer å forholde seg til og det blir kanskje ikke lett å rekke både samtaler, informasjon samt råd og veiledning ut fra behov i løpet av en til to dager (Fenwick et al, 2009). I det lyset kan man tenke at hjemmebesøk av jordmor kan være hensiktsmessig fordi kvinnes behov er individuelle og det er hjemme livet skal fortsette for familien og det kan fremstå som gunstig å få hjelpen der. At hjemmebesøket i tidlig barseltid utføres av jordmor kan synes som relevant med tanke på fagkompetansen omkring både kvinnen og barnet. Studier viser at kvinner er meget fornøyd med jordmors informasjon og veiledning under hjemmebesøk (Fenwick et al, 2010; Johansson et al, 2010). Med tanke på at jordmor og helsesøster har forskjellig fokus på innholdet i hjemmebesøket kan det synes som hensiktsmessig og helsefremmende at begge gir tilbud om hjemmebesøk. For å bidra til økt trygghet i forbindelse med hjemmebesøkene kan det virke som det er viktig at kvinnene får god informasjon i forkant om innhold i besøkene.

5.3.2 Innhold i hjemmebesøk av jordmor og helsesøster tangerer hverandre  
Når det relateres enkelte momenter til forskning omkring hjemmebesøk av helsesøstre er det både fordi at deres studie har overføringsverdi til denne studien men også fordi disse hjemmebesøkene av helsesøster og jordmor tangerer hverandre i forhold til innhold i besøket. Som eksempel kan både helsesøster og jordmor gi ammeveiledning. Det kan synes som det er viktig å sette lys på hva som er forskjellen mellom tilbudet fra jordmor og tilbudet fra helsesøster og videre hvordan disse tilbud kan bidra til å fremme helse for kvinnene og deres familier. En helsesøster er utdannet med fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid for barn, unge og deres familier (Kunnskapsdepartementet, 2014). Det er beskrevet i rammeplan og forskrift for helsesøsterutdanningen, fastsatt av utdannings og forskningsdepartementet i

2005, at helsesøster skal utøve oppsøkende virksomhet og herunder hjemmebesøk (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Man kan se det slik at helsesøster kommer på hjemmebesøk med fokus på barnets helse og oppvekst i familien og jordmor kommer på hjemmebesøk med fokus på kvinnen, familien og det nyfødte barnet. Begge har fokus på det helsefremmende og begge inkluderer selvsagt både familien, kvinnen og det nyfødte barnet men deres hovedfokus er i utgangspunktet forskjellig. Det kan synes som at jordmor med sin fagkompetanse kan bidra til å styrke kvinnen i sin nye livssituasjon hvilket videre kan medvirke til at hun utvikler sin kompetanse som mor, som igjen kan medvirke til gode oppvekstvilkår for barnet. Videre kan det forstås som at helsesøster arbeider videre med barnet og familien med bakgrunn i kjennskap til barnet og familien helt fra begynnelsen av barnets liv. Samarbeide og forståelse av hverandres fagområde kan tenkes å bidra til at tilbud i tidlig barseltid i høyere grad kan tilpasses kvinnen, barnet og familiens individuelle behov. Disse betraktninger synes å være relevante i belysning av kvinnes opplevelse av og erfaring med hjemmebesøk av jordmor, fordi helsesøster og jordmor kommer på hjemmebesøk med forskjellig fokus. Det bringer frem spørsmål omkring hvordan det kan tilrettelegges for god overgang til helsesøster som skal følge barnet og familien videre? Kanskje vi må se mer på de individuelle aspektene til kvinnen og familiene og ikke ha så prosedyrepreget rutiner?

### 5.3.3 Mulighet for kontinuitet

Det kommer frem i studien at kvinnene synes å oppleve det positivt å kunne fortsette samtalen fra svangerskapet med jordmor på hjemmebesøket. Kvinnene i studien fortalte om hvordan de opplevde at samtalen «fløt» med en gang jordmor kom hjem til dem. De beskrev at det ikke var behov for en «bli kjent» runde. Tema eller aspekter som de hadde snakket om i svangerskapet synes å kunne drøftes videre under hjemmebesøket. En uttalte at selv om de hadde snakket om forskjellige kroppslige forandringer i forkant var det annerledes å oppleve det og godt å kunne snakke mer om det. Kvinnen som ikke kjente jordmoren før hjemmebesøket beskrev at hun opplevde besøket av jordmor positivt og nyttig på grunn av mulighet til å få svar på spørsmål og bli bekreftet i sine tanker og valg. Funn og fortolkninger synes å vise at kvinnene opplevde å bli respektert og imøtekommet på sine behov. Å føle seg sett og tatt på alvor gjennom at jordmoren for eksempel tar opp ting fra svangerskapet og drøfter sammenhenger, synes å bidra til opplevelse av sammenheng, kontinuitet og forståelse som videre kan bidra til å fremme opplevelse av mestring. Aune et al (2012) fremhever at

fokus på de individuelle behov og mestringsopplevelser er nødvendige for å empower den nye familien.

Det skjer en stor utvikling fra kvinnen har blitt gravid til hun har født barnet og har kommet hjem fra sykehuset. Man kan se forløpet gjennom svangerskap, fødsel og barsel som et helhetlig forløp hvor hver del henger nøye sammen med de andre. Perioden beskrives som en overgang til en ny livssituasjon som medfører store endringer både for første og flergangsfødende (Reinar, 2010). Når kvinnen drøfter sine opplevelser med jordmor under hjemmebesøket, kan det synes å representere kontinuitet fordi kvinnen kan få anledning til økt forståelse og mulighet til å se sammenhenger i forløpet og endringsprosessen. Aune et al (2012) beskriver at kvinnene i deres studie under hjemmebesøket synes å ha mer fokus på å gjennomgå opplevelser og erfaringer fra svangerskap og fødsel enn å se på utfordringene fremover. Den kjente relasjonen fra svangerskapet kan synes å medvirke til at de raskt kommer frem til viktige momenter som kan bidra til å øke forståelse og innsikt og videre styrke kvinnens kompetanse i sin nye livssituasjon. Aune et al (2012) fremhever at kontinuitet i relasjonen medvirker til at kvinnene har tillit til jordmors ekspertise, råd og veiledning samt at jordmoren styrker deres tro på egne ressurser. Man kan tolke det slik at kontinuitet i relasjonen kan medvirke til empowerment. Det synes å være en kontinuitet selv om ikke kvinnen og jordmoren er kjent fra svangerskapet, på grunn av jordmors fagkompetanse synes å bidra til at kvinnen kan oppleve helhet og kontinuitet.

En irsk studie belyser med bakgrunn i teori av Bandura, at det er viktig å identifisere de mødre som har lav forventning eller tiltro til sine evner som foreldre, for å kunne tilby individuell tilpasset oppfølging og derved bidra til å fremme deres mestrings forventning som foreldre (Leahy-Warren & McCarthy, 2011). Ut fra den irske studien kan man spørre seg om det at jordmor kjenner kvinnen gjennom svangerskapet kan bidra til at jordmor sammen med kvinnen kan identifisere behov for ekstra støtte allerede i svangerskapet og sammen finne muligheter for støtte også etter fødselen.

Motsatt kan relasjonen også medvirke til en fastlåst forståelse uten mulighet for utvikling hvis relasjonen ikke oppleves trygg. Hvis kvinnen føler seg utrygg er det sannsynlig at hun ikke ønsker å dele sine tanker liksom hvis jordmoren føler seg utrygg kan det påvirke at hun ikke kan stimulere til utvikling i samtalen. Videre kan kvinnen også føle at hun må tilfredsstille jordmoren ved å fremstille sine tanker og seg selv som mer «vellykket» enn hun føler seg. Dette handler om definisjonsmakt og maktbalanse som er viktige faktorer for en god relasjon.

Jordmor har som fagperson ansvar for å legge til rette for en god og ærlig relasjon som kan styrke kvinnen. Det kan synes vesentlig for opplevelse av kontinuitet, at jordmor har relasjonskompetanse og er villig til å jobbe med utvikling av kompetansen for eksempel gjennom jevnlig veiledning.

#### 5.3.4 Relasjon mellom kvinnen og jordmor

Studien synes å vise at kvinnene opplevde det trygt og uformelt med en gang jordmor kom på besøk siden de kjente jordmor fra oppfølging i svangerskapet. Kvinnene beskrev at de kunne være seg selv og opplevde det trygt å snakke åpent om sine følelser og opplevelser. Alle kvinnene fortalte at de følte de kunne spørre jordmor om alt og at det ikke var noe de valgte ikke å ta opp med henne. En fortalte at hun opplevde det som jordmor omtrent viste hvordan hun tenkte. Relasjonen til jordmor synes å fremstå som en viktig og trygg relasjon.

Tidlig barseltid kan beskrives som en sårbar tid og som en overgangsfase til å bli mor hvor det ligger muligheter for utvikling (Schibbye, 2012). Når kvinnen møter nye krav kan hun oppleve det som skremmende eller uhåndterlig og være usikker på seg selv (Reinar, 2010). Det kan skape en risiko for nederlagsfølelse. Å lukke en fagperson som jordmor inn i sitt hjem, kan oppleves truende, spesielt fordi kvinnen er i en sårbar utviklingsfase hvor hun kan oppleve nye krav og føle seg usikker på om hun kan mestre disse krav på en god måte ut fra hennes egne syn og verdier. Samarbeidet over tid, gjennom svangerskap og til tidlig barseltid, fordrer en god relasjon mellom kvinnen og jordmor (Hunter, Berg, Lundgren, Olafsdottir & Kirkham, 2008).

Hvis kvinnen opplever at jordmor har forutinntatte holdninger til henne eller hun føler seg presset til å ta valg hun ikke er klar til, er det sårbart for kvinnen. På den andre siden hvis kvinnen kjenner jordmor fra svangerskapet kan den kjente relasjonen medvirke til å redusere den truende følelsen. Aune et al (2012) finner i sin studie at kontinuitet i kraft av samme jordmor er med til å fremme tillit gjennom en toveis relasjonsbygging.

En god relasjon mellom jordmor og kvinnen er viktig for å kunne legge til rette for kvinnens utvikling og styrke. Relasjonen mellom en jordmor og en kvinne under fødsel beskrives som en mulighet for jordmoren til å utvikle relasjonskompetansen (Hunter et al, 2008). Man kan tenke at denne realkompetansen fra arbeid med kvinner i fødsel, kan medvirke til utvikling av jordmorens relasjonskompetanse i andre sammenhenger og kan medvirke til relasjonsarbeidet med kvinnene under svangerskap og barseltid. Wilkins (2010) beskriver at konteksten i

hjemmet til kvinnen er et positivt aspekt for relasjonen. Hunter et al (2008) understreker at relasjonskompetanse innen svangerskap- fødsels- og barselomsorg er kompleks og det trengs økt fokus på utvikling av relasjonskompetanse i takt med utviklingen og endringene innen omsorgen.

Man kan anta at hvis kvinnen og jordmor har en god relasjon som er etablert i svangerskapet kan kvinnen oppleve det mer trygt å ha tillit til jordmor som en fagperson som kan støtte og hjelpe slik kvinnen får mulighet til å styrke sin autonomi og gjenopprette sin selvavgrensning (Schibbye, 2012; Goering, 2008). En styrket autonomi og evnen til å reflektere og skjelne sine egen opplevelser fra andres, vil kunne bidra til å styrke kvinnens tro på seg selv og sine grunnlag for å ta valg og avgjørelser i sin nye rolle som mor. Flere andre studier beskriver relasjonen til jordmor som viktig for å styrke kvinnens tro på seg selv (Johansson et al, 2010; Persson et al, 2010; Aune et al, 2012).

I motsatt tilfelle hvis de har en mindre god relasjon hvor jordmoren kanskje fremstår som den som vet best, kan det medføre en nedverdiggende situasjon for kvinnen hvor hun vil kunne føle seg mer usikker og bekymret. Relasjonen kan sies å være personavhengig og det er derfor et stort ansvar at jordmoren er bevisst hvordan relasjonen fungerer og at hun kan finne løsninger dersom relasjonen ikke er god. Løsninger kan være å drøfte relasjonen med kvinnen eller om det ikke bidrar til bedring, kan det også være en løsning at kvinnen får besøk av en annen jordmor.

Man kan si at empowerment og det helsefremmende aspektet er hensikten med besøket. Med et salutogent syn handler det om å styrke kvinnen slik hun opplever seg styrket og har tiltro til sine evner til å håndtere sin nye livssituasjon med de utfordringene det innebærer for henne (Langeland, 2009). Empowerment kommer dermed frem som både en prosess og et mål. Aune et al (2012) hevder at individuell omsorg og relasjonell kontinuitet kan medvirke til å fremme empowerment. Ut fra prinsipper om empowerment kan man si at det er avgjørende at relasjonen mellom jordmor og kvinne er god og at kvinnen blir møtt på sine behov og at det er på kvinnens premisser. I den sårbare livssituasjonen er der en risiko for at jordmoren, i ønsket om å bidra til å fremme helse og styrke forhold for kvinnen, likevel presser kvinnen i valg om for eksempel amming. Det er en hårfin balanse

### 5.3.5 Naturlig avslutning på en profesjonell relasjon

Man kan se det som naturlig i forhold til en profesjonell relasjon at den har en begynnelse, et forløp og en avslutning (Røkenes & Hanssen, 2012). I denne sammenheng begynner relasjonen i svangerskapet og har et forløp frem til hjemmebesøket hvor besøket er ment å styrke kvinnen i sin nye livssituasjon samt bidra til opplevelse av sammenheng og kontinuitet. Det fremstår som at hjemmebesøk av jordmor kan gi en mulighet for kvinnen og jordmoren til å avrunde sin relasjon på et naturlig tidspunkt. Det synes å være hensiktsmessig at besøket er utfra kvinnens ønske og behov og ikke pålagt. Aune et al (2012) beskriver videre i sin studie at hjemmebesøket ble høyt verdsatt av foreldrene og sett på som en avrunding av relasjonen.

## 6. Drøfting av studiens kvalitet

I det følgende drøftes studiens styrker og svakheter. Det er ikke enighet omkring hvilke begreper og kriterier som danner et godt grunnlag for vurdering av kvalitative studier. Begrepene validitet og reliabilitet som benyttes til kvantitative studier er beskrevet som rigide i forhold til vurdering av kvalitativ forskning (Polit & Beck, 2012). Innen kvantitativ forskning søker man årsaksforklaringer ut fra teorier mens kvalitativ forskning har til hensikt å gå i dybden for å få innsikt og økt forståelse for et tema eller område (Ringdal, 2011). Som vurderingskriterier velger jeg å ta utgangspunkt i begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet utfra Graneheim og Lundman (2004) og Malterud (2013) sin belysning av vurdering av kvalitative studier. Først beskrives begrepene dernest drøftes styrker og svakheter ved studien.

### Kvalitetskriterier

Troverdighet handler i følge Graneheim og Lundman (2004) om gyldigheten av den fremkomne kunnskapen. I hvilken grad omhandler datamaterialet det som ønskes belyst og svarer materialet på forskningsspørsmålene? Er metoden egnet til å belyse det som det spørres om? Hvis for eksempel forsker stiller spørsmål som informant forstår på en annen måte enn intervjuer, vil det kunne gi feil svar i forhold til det som var ment å spørre om (Malterud, 2013). I forhold til individuell forskningsintervju kan man si at intervjueren er det viktigste



instrument (Fog, 2005). Derfor er det vesentlig som intervjuer å være bevisst og refleksiv under hele forskningsprosessen (Malterud 2013). Å beskrive sin forforståelse og være bevisst sine refleksjoner gjennom hele prosessen kan bidra til å øke troverdigheten av studien.

Pålitelighet refererer til hvordan har man kommet frem til resultatene og vil samsvarende resultater komme frem ved intervju med en annen forsker med liknende informanter og liknende kontekst? (Graneheim & Lundmann, 2004) (Polit & Beck, 2012). Det innebærer en detaljert fremstilling av fremgangsmåten og konteksten slik at leseren kan følge hele prosessen. Det er en balanse mellom å stille de samme spørsmål til alle informanter og på den annen side erkjenne den utviklende prosess hvor den nye innsikt vil påvirke videre innsamling og oppfølgingsspørsmål (Graneheim & Lundmann, 2004).

Overførbarhet handler om hvorvidt kunnskapen som kommer frem i studien er overførbar og relevant for andre situasjoner (Malterud, 2013).

#### Valg av metode

I denne studien er hensikten å få frem kunnskap om og få økt forståelse av kvinners opplevelser og erfaringer i sin nye rolle som mor, i tidlig barseltid relatert til jordmors hjemmebesøk. Grunnlaget for en troverdig studie begynner under utarbeidelsen av problemstillingen for studien (Graneheim & Lundmann, 2004). For å belyse problemstillingen best mulig er valg av metode viktig. Det ble besluttet å gjennomføre individuelle semistrukturerte intervju på bakgrunn av at det anses som en egnet metode for å få kunnskap og forståelse for opplevelser og erfaringer (Malterud, 2013). Å benytte egnet metode kan bidra til studiens troverdighet.

#### Søkehistorikk

Mine søk etter litteratur og tidligere forskning i oppstart av studien kunne vært gjort mer systematisk og jeg kunne ha valgt å ha med artikler som var publisert flere år tilbake i tid. Det kunne tenkes å ha medvirket til et bedre grunnlag for utarbeidelse av intervjuguiden som kunne ha blitt litt mer spesifikk. Det er en balanse mellom å stille spesifikke spørsmål og det å gi informantene mulighet til å fortelle mer fritt innen feltet man søker økt kunnskap om.

Spesifikke spørsmål kan virke ledende og kan da påvirke påliteligheten (Kvale og Brinkmann, 2012).

## Utvalg

For å få informanter tok jeg kontakt med jordmødre i tre forskjellige kommuner hvor det var tilbud om hjemmebesøk av jordmor. Min hensikt var å unngå at alle fikk besøk av samme jordmor og ved å ha informanter fra tre kommuner mente jeg også at kvinnene kunne ha en vis grad av ulik erfaring. Selv om det er få informanter kan det øke troverdigheten fordi de ikke har besøk av samme jordmor eller har kontakt med de samme helsestasjoner. Å velge informanter med ulike erfaringer kan belyse ulike sider ved det man studerer (Graneheim & Lundman, 2004). Det kan være positivt å få frem nyanser slik man får inntrykk av hvor mangfoldig det kan være men det kan også bli så variert at det kan være utfordrende å finne sammenheng i funnene. Jeg besluttet å inkludere både første- og flergangsfødende kvinner ut fra den betraktning at det uansett er en stor endring for en familie når et barn fødes og skal innlemmes i familien samt at det er for lite materiale til å trekke noen konklusjoner i forhold til første- versus flergangsfødende. I tillegg tenkte jeg at hvis jeg satte for mange inklusjonskriterier kunne jeg risikere å måtte vente u hensiktsmessig lang tid for å få informanter nok. Hvis jeg hadde valgt å intervju bare førstegangsfødende kunne jeg ha kommet frem til funn og fortolkninger som kunne tenkes å være mer ensartet ut fra det var en mer homogen gruppe av informanter. Jordmødrene spurte kvinnene om de ønsket å delta og det kan være en risiko for at de valgte å spørre kvinner som var positive til tilbudet. Det søktes håndtert ved å be jordmødrene spørre kvinnene fortløpende etter de hadde mottatt hjemmebesøk når de ellers fylte inklusjonskriteriene. Alle de ni kvinnene som ble spurt, samtykket til å delta i studien. Det kan speile at det kanskje er kvinner som er overveiende positive til tilbudet og det kan ha påvirket studien således at funnene er mer positive enn de kanskje ville vært i en sammenliknbar studie. Dermed kan påliteligheten være redusert. På den andre side kan det tolkes slik at det er et viktig tilbud i forhold til forbedring av barselomsorgen og det kan være reelt at barselkvinner generelt i hovedsak har lyst til å bidra med intervju hvis de blir spurt.

## Intervjuguiden

Intervjuguiden er utarbeidet med bakgrunn i forskningsspørsmålene og den teoretiske forankring samt drøftet med veiledere og medstudenter. Det kan være utfordrende å se både de åpenbare aspekter og de mindre fremtredende når man forsker i eget felt og jeg har forsøkt å håndtere det ved å utarbeide intervjuguiden detaljert. Å ha den detaljerte guiden var ment som en hjelp for meg slik jeg kunne følge kvinnen i sine fortellinger og samtidig sikre meg at vi kom rundt det jeg hadde planlagt ved at «sjekke» i guiden. Det var en hensikt at kvinnene skulle få mulighet til å fortelle i sin rekkefølge utfra hva de opplevde som viktig. Det kan ha påvirket til at intervjuene ble lengere og omfattet mer enn hva studiens tema etterspurte fordi jeg med min jordmorerfaring er vant med å lytte til alt hva som kommer frem i en samtale og derfor ikke holdt meg «nok» til intervjuguiden. Det vil kunne redusere studiens troverdighet fordi et stort materiale kan være vanskelig å håndtere og vesentlig materiale kan muligvis overses. Samtidig kan troverdigheten økes idet feltkunnskapen kan ha medvirket til relevante spørsmål og refleksjoner underveis.

## Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble utført i hjemmet til kvinnene som var ment å gjøre det enkelt for kvinnene og samtidig ansett som en god ramme for forståelse av konteksten for hjemmebesøk. Dette henger sammen med min forforståelse som jordmor. I kraft av min erfaring som jordmor tenkte jeg at det er vanskelig å komme seg avgårde til intervju utenfor hjemmet og at rammene rundt var kjent og trygge for kvinnen samt at muligheten for å få gjennomført intervjuene innen rimelig tid ble økt. Det kan på den ene side medvirke til at noen ikke ønsker å delta fordi det oppleves ugreit å få besøk av en ukjent forsker og dermed reduseres troverdigheten. Videre kunne det ha vært andre personer i hjemmet som kunne ha forstyrret eller påvirket kvinnens uttalelser. Det var ingen andre personer tilstede enn mor og barn under intervjuene. Det kan også medvirke til økt innsikt og forståelse idet konteksten i hjemmet til kvinnen spiller en rolle for hvordan jeg som forsker forstår og tolker det som kommer frem. Det kan bidra til økt pålitelighet fordi det er sannsynlig at samsvarende resultater vil kunne komme frem med en annen forsker og andre informanter men med samme kontekstuelle forhold.

## Forskerrollen

Forskers forforståelse som jordmor er både en ulempe og en fordel (Malterud, 2013). Å kjenne til forholdene rundt tema som ønskes økt kunnskap om kan ha medvirket til at spørsmålene ble utarbeidet slik de hadde stor relevans for belysningen. Samtidig var det risiko for ikke å holde fokus i forhold til forskningsspørsmål og videre også som følge av forforståelsen at det ikke ble spurt nok inntil hva kvinnen egentlig mente. Videre var det en risiko for at kvinnen gjerne vil være hyggelig i møte med forsker/jordmor og ikke fikk sagt de negative sidene og især ikke hvis ikke jeg spurte direkte.

Min erfaring med kommunikasjon er utviklet gjennom mange år og ikke minst i arbeidet som jordmor, men det er nytt for meg å skulle gjøre forskningsintervju. I etablering av kontakt med kvinnen ved intervjuet kan det være en fordel å ha erfaring med kommunikasjon med kvinner i fertil alder. Fog (2005) hevder at kontakten mellom informant og intervjuer spiller en rolle for datamaterialet som kommer frem. Jeg var aldri nervøs eller usikker, hvilket kunne ha påvirket relasjonen. Videre var jeg oppriktig interessert og har erfaring med å lytte til kvinners fortellinger om deres situasjon. Det kan bidra til at kvinnen opplevde seg anerkjent og mer trygg til å fortelle om sitt. På den annen side kan det ha påvirket samtalen hvis kvinnen følte at hun ikke kunne være ærlig om sitt syn på jordmor på grunn av min bakgrunn som jordmor. Maktbalansen mellom intervjuer og informant i et intervju er asymmetrisk i utgangspunktet siden det er intervjuer som har bestemt tema og videre ønsker informasjon fra informanten (Kvale, 2012, s.52). Forholdet mellom en profesjonell (her jordmor) og en bruker (her kvinnen) kan i tillegg også beskrives som asymmetrisk. Disse faktorer spiller en rolle for påliteligheten i studien. Forholdet mellom forsker og informant kan ha påvirket kunnskapen som kommer frem og det er avgjørende å ha et oppmerksomt og kritisk blikk på dette.

I denne studien kommer det frem at kvinnene er meget positive til hjemmebesøk av jordmor og videre at de opplever å ha en positiv relasjon til jordmor. En forteller at hun opplevde hjemmebesøket som viktig og at hun derfor valgte å la seg intervju. Det kan forstås slik at det er mulig at fler av kvinnene opplevde det positivt å drøfte tema og videre ønsket å få frem sine opplevelser og erfaringer. Det kan ha påvirket studien på en positiv måte slik at funnene kan være relevante. På den andre side kan det også tenkes at kvinnene ønsker å være lojal overfor jordmoren og fremhever de positive sidene mer enn de negative. De skal fortsette kontakt med helsestasjonen og noen kan tenkes å oppleve at det kan falle tilbake på dem om de sier noe som kan sette jordmoren i et negativt lys. Disse aspekter kan ha påvirket studiens

troverdighet i negativ retning, forstått på den måte at funnene ikke er så positive til hjemmebesøk av jordmor som det fremstår.

### Transkripsjon og analyse

For å styrke troverdigheten hadde jeg bestemt å transkribere materialet selv med den hensikt å få alle nyanser og aspekter med også ved eventuell dårlig lyd kvalitet. Det var god kvalitet på lydopptaker og utstyr så det ble ikke vanskeligheter med å høre intervjuene mer en et par ganger. Under transkriberingen erfarte jeg at det ble sagt mer enn hva jeg hørte og oppfattet i første omgang under intervjuene. Jeg mener at jeg er blitt mer bevisst dette under arbeidet. Videre har jeg lært mye om min intervjustil og språk. Jeg har flere ganger lukket et spørsmål etter først å ha stillet et åpent spørsmål. Mitt ordbruk og måten spørsmål stilles på opplever jeg har utviklet seg til å bli litt mer presis. Jeg har forsøkt å være bevisst min forforståelse også i analyseprosessen og har lest materialet gjentagende ganger, også med de enkelte intervju i forskjellig rekkefølge.

Det skjedde en utvikling gjennom alle intervjuene og det kommer frem av transkriberingen at de siste tre intervjuene ble litt kortere, hvilket jeg kan se som en konsekvens av mer fokus på tema. Jeg var mer bevisst på ikke å stille spørsmål utenom tema og videre var jeg raskere til å komme tilbake til saken når samtalen tok dreining mot andre tema. Det kan ha påvirket studien slik at det kom mye informasjon frem som egentlig ikke var interessant for studiens tema og forskningsspørsmål hvilket kan ha medført at analysearbeidet ble mer komplisert på grunn av stort materiale og vanskeligheter med å definere de meningsfulle enhetene. Det har av og til vært utfordrende at holde fokus på problemstillingen og jeg erfarte under analysen at jeg i en periode så mer med mine jordmor-briller og på hele kvinnens situasjon. Det ble tydelig for meg i etterkant av denne erfaring at materialet da ble vanskelig å håndtere og først når jeg fant tilbake til problemstillingens fokus kunne jeg igjen arbeide strukturert.

Kvaliteten på innholdsanalysen er avhengig av forskers erfaring, kvalifikasjoner og øvelse. Forsker har selv samlet inn data og utført analysen, hvilket er vesentlig for påliteligheten i studien. Som følge av lite forsker erfaring og øvelse er der mulig å overse viktige momenter samt over- eller undervurdere utsagn. Det kan være vanskelig å holde styr på fortolkning og forforståelse igjennom prosessen og jeg ser viktigheten å dele med medstudenter og veileder

for å bli støttet og minnet på sin forforståelse i analysearbeidet. Samtidig kan erfaringen som jordmor være en viktig og god erfaring i forhold til å snakke med kvinner og familier. Å være trent i å hjelpe de til å fortelle sin historie eller sitt syn på en sak kan være nyttig erfaring.

### Generelt

Man kan kritisere denne studien for kun å ha fokus på kvinnens opplevelser utfra det perspektiv at partners deltakelse/rolle er medvirkende til kvinnens opplevelse av mestring. Grunnen til denne avgrensning er oppgavens omfang hvor det ville bli mer omfattende hvis jeg skulle intervju partner i tillegg. Jeg har derfor valgt kun å belyse partners rolle utfra kvinnens beskrivelse av partners rolle i forbindelse med hjemmebesøket. Det kan ha medvirket til at aspekter rundt kvinnens sosiale forhold ikke blir belyst i høy nok grad i studien. Likevel kan det antas at intervjuene med kvinnene har bidratt til økt innsikt og forståelse av kvinnenes opplevelse av og erfaringer med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid.

Et annet aspekt som kan kritiseres er at det er lang tid fra hjemmebesøket av jordmor til intervjuet. Intervjuene ble gjennomført mellom 4-12 uker etter hjemmebesøket og det kan ha medvirket til at kvinnene ikke husker detaljer rundt hjemmebesøket så godt, hvilket da kan påvirke studiens pålitelighet. Det gikk mellom en til to uker fra kvinnen samtykket til å delta i studien og til intervju ble gjennomført. Det kan ha medvirket til at kvinnene fikk tenkt igjennom og sortert i tankene, slik momenter som kvinnene opplevde som viktige kom mer tydelig frem.

### Overførbarhet

Ni informanter fra tre kommuner på Østlandet med ganske like forhold er et lite utvalg men synes likevel å kunne bidra med verdifull kunnskap utfra denne studiens funn og fortolkninger. Studien belyser kvinnenes opplevelser og erfaringer med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid, og må forstås ut fra det perspektivet. Graneheim og Lundman (2004) hevder at leseren av studien må vurdere i hvilken grad funn og fortolkninger er overførbar til andre situasjoner. Når studiens prosess samt styrker og svakheter er grundig belyst vil det kunne fremme graden av overførbarheten (Graneheim og Lundman, 2004). Det synes sannsynlig at studien kan overføres til andre liknende situasjoner idet forholdene

omkring tidlig barseltid synes å ha en del felles trekk for de fleste av kvinnene. Studien vil også kunne legge til grunn kunnskap for utvikling av en større studie hvor man for eksempel kan utarbeide spørsmål som følger videre opp på disse resultatene.

## **7. Avslutning**

Studien har bidratt til å belyse forskningsspørsmålene slik det kan konkluderes med at funn og fortolkninger synes å vise at hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid kan bidra til kvinnenes opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon. Det å kunne møte kvinnene på deres individuelle behov synes å fremme empowerment hos kvinnen. Det kan forstås utfra at hjemmebesøket kan innebære maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av kvinnens kunnskap og kompetanse hvilket er definert som prinsipper for empowerment Tveiten (2010). Funn og fortolkninger i studien synes å kunne bekreftes av utfra tidligere forskning og teori som er relevant for temaet. Empowerment er grunnleggende innenfor helsefremmende arbeid som kan ses som en hensikt med hjemmebesøket. Hvis man tenker at hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid kan bidra til å fremme empowerment og styrke kvinnen i sin nye livssituasjon kan det ses som et helsefremmende tilbud.

Studien har belyst at samtale om fødselen synes å være viktig for kvinnene og videre at det opplevdes meningsfullt å gjøre det med jordmor som de forberedte seg til fødselen med. Videre ble partner nevnt spesielt i forbindelse med samtale om fødselen. Det kan være interessant å se nærmere på disse momenter omkring hvem som gir tilbud om samtalen, hvem som kan være med og tidspunkt for når det kan være hensiktsmessig å ha samtalen. Videre er det interessant å se på samarbeidet mellom helsesøster og jordmor i forbindelse med hjemmebesøk. Det kan synes som et nærmere tverrfaglige samarbeide kan komme til nytte for kvinnene og deres familier og bidra til å fremme helse. Herunder kan også samarbeidet mellom barselavdelingene og kommunehelsetjenesten være aktuell å belyse. Det kan være et spørsmål om man med utgangspunkt i kvinners individuelle behov, for eksempel kan tilby flere kvinner et helhetlig og sammenhengende forløp med samme jordmor gjennom hele forløpet.

## 8. Litteraturliste

- Aadland, E. (2011) *"Og eg ser på deg": -vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Antonowsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Antonovsky, A., & Lev, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, I., Dahlberg, M. U., & Ingebrigtsen, O. (2012). Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28(4), 432-438. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.06.006>
- Aune, I., Dahlberg, U., & Ingebrigtsen, O. r. (2011). Relational continuity as a model of care in practical midwifery studies. *British Journal of Midwifery*, 19(8), 515-523.
- Bailey, S. (2010). Postnatal care: exploring the views of first-time mothers. *Community Practitioner*, 83(12), 26-29.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press. New York -Oxford.
- Brinchmann, B. S. (2012). *Etikk i sykepleien*. B.S. Brinchmann (Red.) *De fire prinsippers etikk- velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet* (s. 81-96) *Nærhetsetikk* (s. 117-132), Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Reitzel.
- Brodén, M. (2004). *Graviditetens muligheter: en tid hvor relationer skabes og udvikles*. København: Akademisk Forlag.
- Brown, S., Small, R., Argus, B., & et al. (2002). Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants (Cochrane Review). (Last assessed as up-to-date: 30 November 2008). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Byrom, S., Edwards, G., & Bick, D. (Eds.). (2010). *Essential midwifery practice: postnatal care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Cronk, M. (2010). The Midwife-Mother relationship. M. Kirkham (Red.), *The midwife: A professional Servant?* (s. 55-66).



- Dahlberg, U., & Aune, I. The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*(0). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. hentet fra: <https://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/>.
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD001134.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ellberg, L., Högberg, U., & Lindh, V. (2010). 'We feel like one, they see us as two': new parents' discontent with postnatal care. *Midwifery*, 26(4), 463-468. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.10.006>
- Fahey, J. O., & Shenassa, E. (2013). Understanding and Meeting the Needs of Women in the Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 613-621. doi: 10.1111/jmwh.12139
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforl.
- Fenwick, J., Butt, J., Dhaliwal, S., Hauck, Y., & Schmied, V. (2010). Western Australian women's perceptions of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home. *Women and Birth*, 23(1), 10-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2009.06.001>
- Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D., Barclay, L., Buist, A., & Ryding, E. L. (2013). Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation. *Midwifery*, 29(3), 217-224. doi: 10.1016/j.midw.2011.12.008
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Folkehelseloven (2011) Helse og omsorgsdepartementet, LOV-2013-06-14-39 fra 01.07.2013). *Lov om folkehelsearbeid. (Folkehelseloven)*
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Rayner, J., Yelland, J., Gold, L., & Rayner, S. (2008). The early postnatal period: exploring women's views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 8, 27.
- Freire, P., Berkaak, O. A., & Lie, S. (2003). *De undertrykte pedagogikk*. [Oslo]: De norske bokklubbene.

- Gagnon, R. (2011). Midwifery in a new context: Expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth. *Midwifery*, 27(3), 360-367. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.03.007>
- Goering, S. (2009). Postnatal reproductive autonomy: promoting relational autonomy and self-trust in new parents. *Bioethics*, 23(1), 9-19. doi: 10.1111/j.1467-8519.2008.00678.x
- Gibson, C.H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. Journal of Advanced Nursing; Mars 1991, 16(3), 354-361. doi: 10.1111/1365-2648.ep8532830
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hansen, M.N. (2010). *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Tegnander, E & Brunstad, A. (Red.), *Barseltiden og amming*. (s 625-663) Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet. (2001). *Anbefalinger for spedbarnsernæring*. hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-for-spepbarnsernering/Sider/default.aspx>. (IS-1019). from Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal retningslinje for barselomsorgen. Nytt liv og trygg barseltid for familien*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012) Tilskudd til prosjekt for samhandlingstiltak, hentet fra (<http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/samhandlingstiltak-oppfolging-av-malene-i-samhandlingsreformen-.aspx>)
- Helseforskningsloven (2008) Helse og omsorgsdepartementet, (LOV- 2011-06-24-30 fra 01.01.2012) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven)*.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) Helse og omsorgsdepartementet, H.-o. (LOV-2013-06-21-82 fra 01.01.2014b). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*.
- Helsepersonelloven (1999) Helse og omsorgsdepartementet, H.-o. (LOV-2013-06-21-82 fra 01.01.2014a). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*.
- Henriksen, L. (2010) Hva betyr helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barselomsorg for kvinner? En evaluering av Barsel hjemme, et prosjekt fra Oslo. (Upublisert masteroppgave, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap).
- Hildingsson, I. M., & Sandin-Bojö, A.-K. (2011). 'What is could indeed be better'—Swedish women's perceptions of early postnatal care. *Midwifery*, 27(5), 737-744. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.04.007>

- Hjälmhult, E., & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: a grounded theory study of mothers' experiences. *Scand J Caring Sci*, 26(4), 654-662. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ó. Á., & Kirkham, M. (2008). Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care. *Midwifery*, 24(2), 132-137. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.02.003>
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johansson, K., Aarts, C., & Darj, E. (2010). First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 115(2), 131-137.
- Kirkham, M. (2010). *The Midwife-mother relationship*. New York: Palgrave Macmillan.
- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk: om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kronborg, H., Vaeth, M., & Kristensen, I. (2012). The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. *Public Health Nurs*, 29(4), 289-301. doi: 10.1111/j.1525-1446.2012.01019.x
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2012). *Betydningen av den salutogene modell for sykepleie*. *Klinisk Sykepleie*, 26(2) 38-49.
- Leahy-Warren, P., & McCarthy, G. (2011). Maternal parental self-efficacy in the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 802-810. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.008>
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2012). First-time mothers: social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(3-4), 388-397. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x
- Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scand J Caring Sci*, 21(2), 220-228.
- Meld. St. 12 (2008-2009). (2009). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (Vol. nr. 12 (2008-2009)). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Moberg, K.U. (2009). *Närhetens hormon: oxytocinets roll i relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid - folkehelse i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Odland, L.H. (2012) Etikk i sykepleien. B.S. Brinchmann (Red.), *Menneskesyn*. (s. 23-40)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. ( 1999) Helse og omsorgsdepartementet, H.-o. (LOV-2013-06-21-79 fra 01.01.2014).  *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*.
- Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A.-K. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week: interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105-116. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.06.005>
- Reinar, L.M. (2010). *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Tegnander, E & Brunstad, A. (Red.), *Barselomsorg* (s. 535-537). *Plager og komplikasjoner* (s. 547-566). Oslo: Akribe
- Ringdal, K. (2011). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforl.
- Sandelowski, M. (1996). Using qualitative methods in intervention studies. *Research in Nursing & Health*, 19(4), 359-364. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199608)19:4<359::AID-NUR9>3.0.CO;2H
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforl.
- Sjetne, I.S., Kjøllesdal, J.G., Iversen, H.H., Holmboe, O. (2013), Brukererfaring med svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorgen. PasOpp-rapport nr. 4- 2013. Oslo: Kunnskapssentret.

- Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4 ed.). [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spreitzer, G.M. (1995) *An empirical test of a comprehensive model of a intrapersonal empowerment in the workplace*. American journal of community psykology. 23(5) 601-629.
- Stern, D. & Bruschweiler-Stern, N. (2000). *En mor blir til*. Bergen: Fagbokforlaget AS
- Tegnander, E., & Brunstad, A. (2010). *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Akribe.
- Thisted, J. (2010). *Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tveiten, S. (2012) *Helsefremmende sykepleie -i teori og praksis*. Gammersvik, Å & Larsen, T (Red.), *Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid* (s 173-194)Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning: mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005). *Rammeplan for jordmorutdanningen*. Hentet fra:  
[http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan\\_for\\_jordmorutdanning\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf)
- Venheim, M.A. (2010). *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Tegnander,E & Brunstad, A. (Red.), *Barselomsorg* (s.537-546) *Plager og komplikasjoner* (565-566). Oslo: Akribe.
- World Health Organisation. (1998). *Health promotion glossary*. hentet fra <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
- World Medical Association (2013) *Declaration of Helsinki*. hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker: relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*. [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Wray, J. (2006). Seeking to explore what matters to women about postnatal care. *British Journal of Midwifery*, 14(5), 246-246, 248, 250 passim.

## Vedlegg 1- Svar fra REK

**Emne:** Sv: Kvinners opplevelse av mestring i tidlig barseltid etter hjemmebesøk av jordmor

**Fra:** post@helseforskning.etikkom.no

**Dato:** 13.06.2013 08:35

**Til:**

**Kopi:**

**Vår ref.nr.:** 2013/1140 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 28.5 2013 angående prosjektet "Kvinnens opplevelse av mestring i tidlig barseltid etter hjemmebesøk av jordmor".

Forskningsspørsmål som stilles i studien er: Hva medvirker til opplevelse av mestring i tidlig barseltid? Hvilken betydning har tidlig hjemmebesøk av jordmor for kvinnens opplevelse av mestring?

Data skal innhentes ved semistrukturerte forskningsintervjuer. Spørsmål som vil bli stilt under intervju:

Kort om det er første barn, om hun bor sammen med partner/barnefar, hadde hun hjelp fra noen ut over partner/barnefar i den første uke hjemme?

Åpne spørsmål:

- Hvordan opplevde du det å komme hjem med dit barn?
- Hva har vært viktig for deg i den første barseltid?
- Kan du fortelle meg om din opplevelse av å mestre din nye livssituasjon som mor, i den første uke hjemme?
- Hva gav deg opplevelsen av mestring i den første uke hjemme?
- Hvilken betydning har hjemmebesøk av jordmor hatt for deg?

Slik dette forskningsprosjektet er beskrevet dreier det seg om å forstå "kvinnens opplevelse av mestring, av sin nye rolle som mor, i tidlig barseltid relatert til jordmors funksjon ved hjemmebesøk". Respondentene skal rapportere egne opplevelser og oppfatninger om sin nye rolle som mor og om jordmors funksjon ved hjemmebesøk.

Prosjektet tar ikke sikte på å få ny kunnskap om diagnose og behandling av sykdom. Derimot er formålet "å fremskaffe kunnskap, som kan bidra til utarbeidelse av en god, helsefremmende og samfunnsøkonomisk barselomsorg for kvinner og deres familie." Studien er mer rettet mot organiseringen av helsetjenesten enn mot hvordan sykdom diagnostiseres og behandles. Deltakerne utsettes heller ikke for spesiell risiko eller belastning på grunn av for eksempel et nytt og ukjent behandlingsopplegg.

Slik forstått faller prosjektet utenfor helseforskningslovens virkeområde og kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordninger som gjelder for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Med vennlig hilsen

Komitéssekretær

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T:

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**

<http://helseforskning.etikkom.no>



## Vedlegg 2 – Svar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Institutt for helse, ernæring og ledelse  
Høgskolen i Oslo og Akershus  
Postboks 4, St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 12.07.2013

Vår ref:34872 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 26.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34872

Behandlingsansvarlig

Daglig ansvarlig

Student

*Kvinner opplevelse av mestrings i tidlig barseltid etter hjemmebesøk av jordmor*

*Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder*

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Kontaktperson

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: |

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

## Vedlegg 3 - Informasjon og samtykke

Informasjon til deltaker i studien

«Kvinnerens opplevelse og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid».

Studiens overordnede hensikt er å få økt kunnskap og forståelse av kvinners opplevelser og erfaringer i tidlig barseltid i sammenheng med hjemmebesøk av jordmor.

Oppholdet på barselavdeling er gradvis blitt kortere gjennom de siste 30 år. Den nye Samhandlingsreformen legger opp til at en del helsetjenester flyttes fra sykehuset til kommunen her iblant barselomsorgen til friske kvinner. Man har derfor satt i gang prosjekter for å prøve ut tidlig hjemmebesøk av jordmor. Formålet med denne studien er å kunne bidra til en hensiktsmessig utforming av tilbud i barselomsorgen på sikt.

Studien er en masteroppgave utformet av masterstudent Tine Gammelgaard Aaserud under veiledning av førsteamanuensis Sidsel Tveiten og høgskolelektor Anne Karine Gjerlaug ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Deltakelse i studien innebærer ett intervju som forløper som en samtale med masterstudent på cirka 1-1,5 time og omhandler tema om dine opplevelser og erfaringer i forbindelse med tidlig barseltid. Intervjuet vil bli opptatt på lydopptaker og etterpå skrevet ut og analysert av masterstudent. Lydopptaket vil bli behandlet konfidensielt, oppbevart i låsbart skap og makulert etter at det er skrevet ned. Alle opplysninger vil bli anonymisert og slettet etter at studien er ferdigstilt. Studien er forelagt Regional etisk komite for forskning, REK og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD.

Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst og uten grunn trekke deg fra å delta. Det vil på ingen måte få konsekvens for din videre kontakt med helsetjenesten i kommunen.

Med vennlig hilsen

Masterstudent Tine Gammelgaard Aaserud

---

Jeg har lest og forstått informasjonen og samtykker i å delta i intervju i forbindelse med studien «Kvinnerens opplevelse og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid».

Sted og dato

Navn

---



## **Vedlegg 4 - Intervjuguide:**

Kort introduksjon med presentasjon av meg (kommer her som forsker) og studien hvor bakgrunn, hensikt og fokus i intervjuet kommer frem. Herunder også innlevering av samtykkeerklæring samt info om konfidensialitet, anonymitet og frivillighet. Informasjon om at eventuelle spørsmål til meg som jordmor kan jeg svare på etter intervjuet.

Hensikten med tidlig hjemmebesøk av jordmor etter hjemkomst fra barsel er å ivareta helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barseltid (Helsedirektoratet, 2012).

Hensikt med studien er å fremskaffe kunnskap om og få økt forståelse for kvinners opplevelser og erfaringer i sin nye rolle som mor i tidlig barseltid relatert til jordmors hjemmebesøk. Tidlig barseltid er her, fra hjemkomst og til helsesøster kom på besøk (cirka en til to uker).

### **Tema/Problemstilling:**

#### **Kvinnens opplevelse av og erfaring med tidlig hjemmebesøk av jordmor**

### **Forskningsspørsmål:**

- Hvilken betydning kan tidlig hjemmebesøk av jordmor ha for kvinnens opplevelse av mestring i sin nye livssituasjon?
- Hvordan kan jordmor bidra for å imøtekomme kvinnens behov i forbindelse med hjemmebesøk?
- Hvilken betydning kan det ha for kvinnen at det er jordmor som kommer på hjemmebesøk?

### **Hovedspørsmål:**

Kan du fortelle –

- Hvordan opplevde du din nye livssituasjon når du kom hjem i tidlig barseltid? (belyse kvinnens situasjon samt aspekter at mestre)
- Hvordan var det for deg å få hjemmebesøk av jordmor? (oppl. mestring? relasjon og kontinuitet og betydningen for kvinnen?)

## Spørsmål - oppfølgingsspørsmål:

Opplevelse av sin nye livssituasjon (fra hjemkomst til besøk av helsesøster)

- Hvordan vil du beskrive din opplevelse med å komme hjem fra barsel med barnet? **M**
- Var det noen som var viktige for deg i forbindelse med at komme hjem? Hvem og på hvilken måte? Tok du kontakt m noen og hvem? **R**
- Hvilke følelser husker du best fra den dagen? **M**
  
- Fortell mig om dine opplevelser og erfaringer med din nye livssituasjon i tiden før helsesøster kom hjem til deg. **M**
- Hvilke «nye» utfordringer eller oppgaver opplevde du i den første uke?(Amming, mating, søvn, travel?) **M**
- Hvilke forandringer har du opplevd hos deg selv? Kan du beskrive disse og hvordan de har påvirket deg?(fysiske som eksempel: smerter, blødning, varm, kall, osv; mentale som eksempel: oppstemt, nedstemt, glad, lettet, sterk, alene, urolig, stresset, osv) **M**
- Hvordan har du håndtert disse nye oppgavene eller utfordringer? Hadde du lest i forkant? Samtale m jordmor eller andre? Undervisning av jordmor eller andre? **M, K**
  
- Hvordan vil du beskrive sammenhengen mellom dine forventninger og det du har opplevd i den første uke hjemme? **M**
- Er det noen som har vært viktig for deg? Hvem og på hvilken måte? (nettverk) **R**
- Hadde det betydning for deg at du viste at jordmor skulle komme på hjemmebesøk? På hvilken måte? **R, K**

Hjemmebesøket av jordmor

- Hvilke forventninger hadde du selv til hjemmebesøket? **R, M, K**
- Hvilke forventninger opplevde du jordmor hadde til deg? **R**
- Hvilke forventninger opplevde du at du måtte leve opp til? **M**
  
- Hvilken betydning har hjemmebesøket av jordmor hatt for deg? **R, K, M**

- Hva trengte du fra jordmor? (samtale om fødsel, barselopphold, foreldrerolle eller annet, informasjon omkring amming, søvn, stell, blødning eller lign.?) **R, M**
- Hvordan ble dine behov imøtekommet? Bekreftelse, oppmuntring, informasjon, forklaringer? **R, M, K**
  
- Hva har hatt betydning for din opplevelse av å klare/håndtere/mestre din nye rolle som mor? **M**
- Det å bli bekreftet, hvilken rolle spiller det for deg? **M**
- Hvilke erfaringer/opplevelser har gitt deg følelsen av å ha kontroll/oversikt? **M**
- Hvordan så du deg selv som mor før fødsel og hvordan opplevde du det var når dere kom hjem. **M**
- Hadde du tiltro til deg selv som mor og hva spiller en rolle for den følelse/opplevelse? Hva har medvirket til din tillit/manglende tillit til deg selv som mor? **M**
- Hva har medvirket til din opplevelse av trygghet/ utrygghet? **M**
  
- Hvordan vil du beskrive ditt forhold til jordmor? **R**
- Kjenner du jordmor fra svangerskapsomsorgen og hadde du flere kontroller der før fødsel? Hva betydde det for deg? **R, K**
- Opplever du at du kan ha tillit til jordmor og kan du evt beskrive hva det beror på?/henger sammen med? **R**
- Var det spørsmål eller ting du valgte ikke å ta opp med jordmor? hvis det var - Hva var årsaken til det? **R**
  
- Hvilke muligheter hadde du for å ha medvirkning på innholdet i besøket? **M**
- Hvilken betydning hadde jordmors besøk for opplevelsen av sammenheng/kontinuitet? **M, K**
- Hva husker du best fra hjemmebesøket av jordmor?
- Opplevde du hjemmebesøket av jordmor som meningsfullt for deg og hvis, kan du beskrive grunne til det? **M, R**
- Hvordan kunne du tenke deg oppfølging etter fødsel ved en evt neste gang?(for å få flere detaljer frem)

Fokusområder:

Mestring. Relasjoner. Kontinuitet.

Jeg har kategorisert spørsmålene med bokstaver M-mestring, R-relasjon, K-kontinuitet fordi jeg tenker at svarene jeg ønsker å få frem, ut fra spørsmålet, kan høre inn under en eller fler kategori(er).

**Oppfølgings spørsmål videre:**

Setninger som

- kan du si litt mer om ..., - kan du forklare litt mer om..., - hva følte du/ tenkte du da...
- hva betød det for deg...

Stikkord

Selvfølelse, trygghet, engstelse, uro, prestasjonskrav, anerkjennelse, bekreftelse, tilknytning, makt i relasjon m jordmor,

Ved avrundning av intervjuet: Er det noe du har lyst å tilføye nå hvor vi skal avslutte?

## Vedlegg 5 - Brev i forbindelse med rekruttering

Til leder for helsestasjonen og jordmødre i kommunen.

Forespørsel om hjelp til rekruttering i forbindelse med min masteroppgave med tema:

«Kvinnens opplevelse og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid».

Jeg er i gang med min masteroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus som omhandler kvinnens opplevelse og erfaring med hjemmebesøk av jordmor. Det har blitt utdelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet til enkelte kommuner for oppstart av tilbud om hjemmebesøk av jordmor etter fødsel og det er relevant å belyse dette tilbudet.

For å få kontakt med kvinner som har hatt hjemmebesøk av jordmor etter fødsel har jeg behov for hjelp til å rekruttere til studien. Det er hensiktsmessig at jordmor i den enkelte kommune bidrar til dette da hun er kjent med hvem som har mottatt hjemmebesøk samt har kjennskap til om det kan være forhold som gjør det unødig belastende for kvinnen å være med i studien. Jeg ber derfor om et møte for å utdype utvalgsriterier for å delta i studien og forhold rundt gjennomføring. Jeg har tenkt å rekruttere cirka ni kvinner fra tre kommuner.

Jeg vil gjennomføre individuelle forskningsintervju, hvor hensikten er å få frem kvinnens erfaring og opplevelse. Intervjuene gjennomføres i hjemmet til kvinnen. Det er kvinnens naturlige miljø, hvilket kan medvirke til økt forståelse av kvinnens beskrivelse av sine opplevelser. Det er enklere for kvinnen, samtidig som det øker muligheten for å få gjennomført intervjuet til planlagt tid.

Forløpet er planlagt som følgende:

1. Informasjonsmøte med jordmødre før oppstart av intervju (som nevnt ovenfor).
2. Jordmor i den enkelte kommune vurderer (eventuell i samarbeid med helsesøster) hvem som utfra kriteriene (se nedenfor) kan spørres om å delta i studien.
3. Jordmor i kommunen sender navn og telefonnummer etter skriftlig samtykke fra kvinnen, på epost eller telefon til undertegnede (skriftlig samtykkeskjema er utarbeidet).
4. Jeg kontakter kvinnene pr telefon samt sender skriftlig informasjon og samtykkeskjema i posten, med forespørsel om hun samtykker å delta i studien. Tidspunkt for intervju vil være mellom 4 til 12 uker etter hjemmebesøket.

Inklusjonskriterier er

- Frivillighet
- Født et frisk barn til termin
- Har mottatt hjemmebesøk av jordmor 6 timer til 6 dager etter fødsel
- Er norsktalende

Eksklusjonskriterier er

- Forhold jordmor i kommunen vurderer som gjør at kvinnen ikke bør spørres om å delta

Intervjuet tas opp på lydopptaker og transkriberes. Alle data vil anonymiseres. Dataene som fremkommer vil analyseres med utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse.

Siden det er en sårbar periode i kvinnens liv og det kan fremkomme informasjon gjennom intervjuet som kan trenge videre oppfølging vil jeg forsikre meg om mulighetene for å få samtale/oppfølging med jordmor eller helsesøster i kommunen der kvinnen bor. Der det ikke er mulig vil jeg stå til rådighet.

Studien er vurdert av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) og godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). Studien gjennomføres under veiledning av førsteamanuensis Sidsel Tveiten og høgskolelektor Anne Karine Gjerlaug.

Med vennlig hilsen

Jordmor og masterstudent

Tine Gammelgaard Aaserud

[tinegaa@gmail.com](mailto:tinegaa@gmail.com)

## **Vedlegg 6 - Informert samtykke i forbindelse med studien:**

«Kvinneres opplevelse og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid».

Studien er en masteroppgave utformet av masterstudent Tine Gammelgaard Aaserud under veiledning av førsteamanuensis Sidsel Tveiten og høyskolelektor Anne Karine Gjerlaug ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Som en del av studien gjennomføres et intervju med kvinner som har mottatt hjemmebesøk av jordmor.

For å oppnå kontakt mellom masterstudent og deg som deltaker i studien trenger din jordmor samtykke til å sende ditt navn og telefonnummer til masterstudenten. Alle opplysninger vil bli anonymisert og ditt navn og telefonnummer vil bli oppbevart i låsbart skap adskilt fra studiedata frem til de slettes ved ferdigstilt studie.

Med vennlig hilsen

Masterstudent Tine Gammelgaard Aaserud

Jeg har lest og forstått informasjonen og samtykker i at mitt navn og telefonnummer sendes til masterstudent Tine Gammelgaard Aaserud i forbindelse med studien: «Kvinneres opplevelse og erfaring med hjemmebesøk av jordmor i tidlig barseltid».

Sted og dato

Navn

---

## Vedlegg 7 – Tabell med oversikt over artikler som ble inkludert i studien:

Tittel Tidsskrift Søkebase	Type studie Publ.år Land Forfatt.	Hensikt med studie	Resultater	Konklusjon	Relevans for oppgaven
<b>1</b> Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants  The Cochrane Library  Maternity and Infant care	Literature review  2009  Australia  Brown, Small, Argus, Davis, Krastev	Systematisk Litteraturgjenno mgang for primært å vurdere om tidlig utreise etter fødsel er trygt for friske mødre og barn samt vurdere effekt i forhold til helseutfall og omkostninger. De inkluderer studier fra Australia, Canada, Storbritannia, USA og Sverige	10 randomiserte studier fra 1962 til 2005 inkludert. Få signifikante funn men signifikans på lavere økonomiske omkostninger v tidlig hjemreise kontra standard opphold og kvinner i tidlig hjem gruppe er mer fornøyd og mindre engstelig. Man undrer seg over at det ikke er stilt direkte spørsmål om kvinners syn på kvaliteten og tilgjengelighet i barselomsorgen etter utreise	De konkluderer at tidlig hjemreise ikke har negativ effekt på amming eller mors psykiske helse når det er tilbud om minst et hjemmebesøk etter utreise. Det er uklart hvor viktig det er med hjemmebesøk av jordmor/ sykepleier.	Gir et innblikk i erfaringer fra flere land over en lengre periode og bekrefter behov for flere studier til å belyse hvilken form for hjelp som kan være trygg og akseptert for tidlig barsel hjemme.
<b>2</b> Maternal parental self-efficacy in the postpartum period  Midwifery  Medline	Literature review  2011  Irland.  P.Leahy-Warren, G. McCarthy	Litteratur gjennomgang omhandlende mors (self-efficacy) mestringsforventning som foreldre i postpartum perioden. De bruker MPSE (maternal parental self-efficacy) som måleinstrument hovedsakelig basert på Bandura sin teori.	Viser statistisk signifikant at mestringsforventning som ligger over baseline, er relatert til positive opplevelser og de som ligger under, har mere negative opplevelser som stress, angst og depresjon	Studiens funn støtter opp om utvikling og vurdering av passende intervensjoner for økt bevissthet om risiko, øke mødre og foreldres positive selvbilde og dermed tilfredshet med deres foreldre rolle og velbefinnende	Det er relevant å se på hvilke faktorer som kommer frem som spiller en rolle for opplevelse av mestring
<b>3</b> What is indeed better – Swedish women's	Tverrsnitt studie  2011  Sverige	Å utforske kvinnens opplevde virkelighet og den subjektive betydningen av	Statistisk signifikante funn om forskjellen av opplevd virkelighet (erfaring)og subjektiv	Studien bekrefter andre studier i behov for endring av barselomsorge	Kunnskap om diskrepansen mellom opplevd virkelighet



perception of early post natal care Midwifery Maternity and Infant care	I.M.Hildingsson, A. Sandin-Bojö	tidlig barselomsorg samt belyse om kvinners tilfredshet med forskjellige typer barselomsorg. Man ser også på hvilke faktorer som kommer frem når kvinner er «meget fornøyd».	viktighet(hvor viktig de opplever dette punkt). De mest fremtredende faktorer for «meget fornøyd» var best mulig helse sjekk av barnet og nok støtte fra personale	n, men det er fortsatt uklart hvordan og hva som bør endres	og subjektiv viktighet setter lys på betydningen av kvinnens forventning er til barselomsorg.
4 Western Australian womens perception of the style and quality of midwifery postnatal care in hospital and at home Women and Birth Maternity and Infant care	Tversnitt studie 2010 Australia Fenwick, Butt, Dhaliwal, Hauck, Schmied	Å beskrive kvinners opplevelse av jordmor-omsorg i tidlig barsel tid og sammenlikne mellom barselomsorg på sykehus eller hjemme	Kvinner som har fått hjemmebesøk er gjennomsnittlig mer fornøyd enn de som har vært på barselavdeling, det var signifikant i alle utfallsmål, dog er flergangs mer fornøyd enn førstegangs mødre Kvinner med oppfølging i privat hospital var minst fornøyd Det beskrives et travelt og kaotisk miljø på sykehuset hvor jordmødrene har mindre tid til å lytte eller vanskelige å få kontakt med	Barselomsorg er utfordrende, og «nye» modeller for barselomsorg bør verdsette relasjonell interaksjon mellom kvinner og omsorgsgiver	Belyser kvinners oppfattelse av tidlig barselomsorg av jordmor hjemme og på sykehus.
5 Hva barselkvinner er opptatt av den første tiden hjemme med en nyfødt Sykepleien Forskning Manuell søk	Fokus gruppe intervju 2012 Norge Hjälmhult, Økland	Å utforske mødres erfaringer den første tiden hjemme med en nyfødt Helsesøster perspektiv	De beskriver hovedfunn som et spørsmål for mødrene: Hvordan kan de bevare kontroll og integritet i sin nye livssituasjon? Resultat i analyseprosess ved grounded theory er: jo mer tøyde tålegrensene, jo mer opplevde sårbarhet	For å lykkes med amming og gi omsorg til barnet, kan mødre ignorere grunnleggende behov hos seg selv. Forestilling om det normale ved barnefødsler kan ha ført til undervurdering av foreldres behov den første sårbare tiden	Den spør til mødres erfaring og belyser kvinnens sårbarhet. Ser på samme tema som min studie fra helse-søster perspektiv

<p><b>6</b> Mothers sense of security in the first postnatal week: interview study</p> <p>Journal of advanced nursing</p> <p>Cinahl</p>	<p>Kvalitativ fokusgruppe intervju</p> <p>2010</p> <p>Sverige</p> <p>E.K. Persson, B. Friedlund, L.J.Kvist, A. Dykes</p>	<p>Studie av faktorer som influerer på mødres opplevelse av trygghet i første uke post partum</p>	<p>Fant tre hovedkategorier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-støtte fra helsepersonell</li> <li>-støtte fra familie</li> <li>-mor og barn sin helse og kapasitet</li> </ul>	<p>De konkluderer at personaleholdninger bør diskuteres jevnlig og kontinuerlig undervisning av personalet i for eksempel veiledning og kommunikasjon, er nødvendig for å imøtekomme foreldres individuelle behov</p>	<p>Fokus på hva som influerer på mødres opplevelse av trygghet i tidlig barsel</p> <p>Viktighet av helsepersonell sine holdninger og kompetanse belyses.</p>
<p><b>7</b> Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care</p> <p>Midwifery</p> <p>Maternity and Infant care</p>	<p>Fokusgruppe intervju</p> <p>2012</p> <p>Norge</p> <p>Aune, Dahlberg, Ingebrigtsen</p>	<p>Å få større forståelse og kunnskap om verdien av relasjonell kontinuitet, utført av jordmor studenter, for foreldrene med fokus på fødsel og hjemmebesøk i barseltid</p>	<p>De beskriver to hovedtema</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tillitsfull relasjon</li> <li>2. å være empowered</li> </ol>	<p>Relasjonell kontinuitet oppleves som viktig for begge foreldre</p> <p>Individuell omsorg og opplevelse av mestring fremmer empowerment</p>	<p>Fokus på hjemmebesøk og foreldres opplevelser av relasjonell kontinuitet mestring og empowerment</p>
<p><b>8</b> First-time parents' experiences of home-based postnatal care in Sweden</p> <p>Upsala Journal of Medical Sciences</p> <p>Medline</p>	<p>Fokusgruppe og individuell intervju</p> <p>2010</p> <p>Sverige</p> <p>Johansson, Aarts, Darj</p>	<p>Å få en dypere forståelse for foreldres erfaring med tidlig hjemreise og hjemmebasert barselomsorg</p>	<p>Kom frem til 3 hovedkategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Familie strategier</li> <li>2. Selvtillit og styrke</li> <li>3. Profesjonell støtte i hjemmet</li> </ol>	<p>Studien viser at barselomsorg, hjemme med hjelp av jordmødre er velkommen hos foreldre. Videre at det bør skjernes mellom friske og de som har behov for barselomsorg på sykehuset</p>	<p>Den spør til foreldres erfaring samt jordmors rolle belyses i studien. Kan be eller avkrefte momenter i min studie.</p>
<p><b>9</b> The early postnatal period: Exploring women's views,</p>	<p>Fokusgruppe og individuell intervju med kvalitativ analyse</p>	<p>Å samle mere dybde kunnskap om kvinners syn, forventninger og erfaringer med tidlig</p>	<p>De kommer frem til 2 hovedkategorier:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. engstelse for babyens helse og velbefinnende</li> <li>2. overgang til</li> </ol>	<p>Det er avgjørende at kvinners bekymringer og behov blir imøtekommet</p>	<p>Deres funn har mer vekt på å bevare barseltilbud på</p>

<p>expectation and experience s of care using focus groups in Victoria, Australia</p> <p>BMC Pregnancy and Childbirth</p> <p>Medline</p>	<p>2008</p> <p>Australia</p> <p>Forster, McLachlan, Rayner, Yelland, Gold, Rayner</p>	<p>barselomsorg</p>	<p>morskap og foreldrerolle</p>	<p>når det endres i tilbudet om barselomsorg. En stor del av kvinnene opplever sykehuset som det sikreste og mest passende sted å være. Dette menes å kan ha en sammenheng med den økende medikalisering</p>	<p>sykehuset, ut fra tanken om at fysisk tilgjengelighet av helsepersonell kan imøtekomme kvinnens behov og spesielt førstegangs fødende.</p>
<p><b>10</b></p> <p>Women's perceptions of emotional support following childbirth: A qualitative investigation</p> <p>Midwifery</p> <p>Cinahl</p>	<p>Kvalitativ /telefon intervju</p> <p>2013</p> <p>Australia</p> <p>Fenwick, Gamble, Creedy, Barclay, Buist, Ryding.</p>	<p>Å beskrive kvinners opplevelse av jordmorledet veiledning i form av et program PRIME Promoting Resilience In Mothers Emotions.</p>	<p>Alle deltakere brukte beskrivelser som «fremme refleksjon» og «å føle omsorg» men to kvinner opplevde at deres behov for støtte ikke ble dekket godt nok. Funn støtter viktigheten av individuell barselomsorg som har fokus på både fysisk og emosjonell helse. Det belyses om kjent jordmor spiller en rolle.</p>	<p>De fant varierende og positive uttalelser om programmet De som opplevde positive endringer mente at veiledningsprosessen og deres kognitive og emosjonelle arbeid var avgjørende.</p>	<p>Funn støtter viktigheten av tilpasset barselomsorg som har fokus på å støtte kvinner individuelt utfra sine behov. Videre er det relevant med spørsmål om kjent jordmor spiller en rolle for kvinnen.</p>

## Vedlegg 8 – Tabell over meningsfulle enheter, under- og hovedkategorier

Tallet etter hvert sitat refererer til hvilken informant som har uttalt seg

Meningsfulle enheter (utvalg)	Underkategorier	Hovedkategorier
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «når du kommer hjem får du en helt annen ro da, enn å være på sykehuset, og da kan man jo egentlig nesten bedre tenke over ting som man lurer på eller som man vil ta opp»0</li> <li>- «Jeg følte at når man kommer hjem så, så gikk alt – så alt av seg selv»0</li> <li>- «jeg følte at jeg fikk slappet av mer når jeg kom hjem enn jeg gjorde på sykehuset»2</li> <li>- «så vi var jo veldig glad når vi var hjemme og alt var trygt og godt da, det var vi, og så hadde vi allerede en avtale med jordmor at hun skulle komme, sån at det var veldig betryggende å vite at de kom til å følge opp»5</li> <li>- «jeg tror da at det er greit å komme hjem tidligere, hvis alt er bra med barnet og du føler deg trygg på å reise hjem»1</li> <li>- «det var litt deilig å komme hjem også, kanskje for da fikk du dine egne ting og sån»4</li> </ul>	1. godt at komme hjem	I Å ha kontrollen selv
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «det kommer jo spørsmål da dagen etter og samme dagen som du kanskje reiser hjem, ikke sant, hva skal jeg gjøre med, det med å ta opp og det må jeg ta opp og sånne ting, også skriv det ned, og så da får besøk etter, at det går en dag imellom som er enkel å tenke»1</li> <li>- «det avtalte vi jo på telefon, at det kanskje var det beste å vente et par dager»4</li> <li>- «at man veit det på forhånd, at om en dag eller to etter fødselen så kommer faktisk jordmora, og da veit man det og så, ja da føler du deg litt trygg og du er litt forberedt på at hu kommer og så, og så at man da kanskje avtaler, at man da får vite hva skjer neste»1</li> <li>- «det har vært kjempe kjempe godt da, å vite før vi dro fra sykehuset, vite at hun skulle komme dagen etter»5</li> <li>- «jeg var jo ikke i tvil når jeg var på sykehuset om at sende tekstmelding at jeg hadde lyst på besøk ikke sant, når jeg kom</li> </ul>	2. å være forberedt på hjemmebesøk	

<p>hjem, for at jeg også viste jo hva det dreide seg om, fordi det hadde vi jo snakket om på forhånd, hvordan det eventuelle hjemmebesøk skulle være»0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Da kom hun dagen etter, det var tirsdag - jeg kom hjem på søndag. Jeg synes egentlig det var greit at det var en dag imellom, for da fikk vi faktisk tid til å -eh summe oss litt, og få litt mer- pappa hadde flere spørsmål og - ja ,det er litt sån der, med å installere seg og tenke på hva er det man egentlig lurer på. Så det, ehm nei, så det synes jeg var veldig allright- egentlig»1</li> <li>- «vi fikk jo flere spørsmål, for hu sov jo de første døgnene ikke sant, så vi hadde jo ikke noen spørsmål om hvordan hu var, men etterhvert som dagene gikk og hu våkna opp litt, så fikk vi jo masse spørsmål»6</li> <li>- «jeg synes egentlig det er greit at komme hjem og få noen spørsmål, og så lenge at du vet at du alltid kan ringe»3</li> <li>- «det var bare at hu kom hit i stedet for at vi dro på helsestasjonen»2</li> <li>- «når ho ringte etter vi kom hjem fra sykehuset, så hadde vi liksom akkurat kommet fra masse helsepersonell, og alt gikk liksom fint men så får man jo en del spørsmål når man kommer hjem, hvordan ting skal være, og bare, ja sån med navlestrengen om det var i orden, så så hun det og tittet litt på han om ting var i orden, ja. Det blir betryggende for oss»4</li> <li>- «det var veldig greit at det var, at vi var forberedt, altså hun fortalte jo om det at man hadde det tilbudet i kommunen, og det var noe man kunne benytte seg av, men man måtte ikke. Og hvis man hadde det at hun fortalte at sån og sån er det og så vet man hva det er. Så når jeg sendte en tekstmelding så var det ikke no, det var ikke noe farlig bare sådan, hei hvor når kan du komme. Ikke sant hele den prosessen blir sån naturlig og uformel»0</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «det kjenner man jo litt på da, at det er litt sån skummelt og man er jo veldig usikker i alt man gjør med den lille og, eh, og så er det en som er så profesjonell, som kommer og skal prate med deg, men eh jeg hadde så behov for hjelp når hun kom, og jeg var så</li> </ul>	<p>3. trygt, nyttig og litt skummelt</p>	

<p>åpent for å ta imot og, så det tenkte jeg ikke på i det hele tatt, jeg synes det bare var godt jeg, at få noen hjem å prate med»8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «du sier litt om dine forventninger, altså først litt den der uh, det skal komme noen hjem - M: ja, å se hvordan jeg er som mor og det er skummelt, jeg veit at jeg er en god mor, men det blir et press altså, det gjør det»6</li> <li>- «jeg følte meg sån tryggere, og hun sa sån, ja, jeg skal komme hjem til deg så snart jeg kan, - jeg følte meg tryggere, jeg følte at her kommer noen folk med kunnskap, ikke sant, som kan gi mer råd, mer råd til amming og diverse ting, mm»7</li> <li>- «og så var det jo greit at jordmor også kom hjem da, for da slapp vi jo å dra ut, så det var jo, for da er det jo litt hektisk i begynnelsen»4</li> <li>- «så det var jeg ikke i tvil om, det synes jeg hadde vært eller var hyggelig, og selvfølgelig har man spørsmål og det var veldig det med den tryggheten, at da kunne jeg bare ta alt det med jordmor når hun kom»0</li> <li>- «jeg fikk jo beskjed på barsel før jeg dro derfra at eh jeg måtte innom å veie dagen etter men ehm i og med at jordmor skulle komme til oss, så slapp vi jo det, så da hadde hun jo med seg vekt og vi fikk veid»5</li> <li>- «jeg tenkte litt sån at det, grunnen til at det også skulle være hjemmebesøk var fordi eh man skulle se om det liksom var et bra hjem da, om det var eh, at jordmor også ser litt på det om vi liksom er skikket da til å ta vare på et barn, det tenkte jeg faktisk litt på»4</li> <li>- «det var det inntrykket jeg hadde fått på forhånd, det var det andre hadde gitt meg, sån at da skal de sjekke at det er ordentlig hos deg og alt mulig liksom, ehm men så sikkert også fordi det var jordmor, men det føltes jo bare som at det var en venn som var på besøk, en venn som har da kunnskapen i tillegg da»5</li> <li>- «for barnet så er det en sikkerhet at vide at jordmor hun kommer hjem og ser at jeg kan ta vare på barnet i mitt eget hus, for nu er det engang her hun er, altså, så for min del var det ikke så viktig»3</li> <li>- «jeg tror ikke jeg klarer å sette fingeren på</li> </ul>		
--	--	--

<p>en ting jeg husker best, men det var hele opplevelsen rundt det at eh når hun gikk ut av døra så følte jeg at, jeg kunne smile og jeg hadde fått roe meg ned og jeg hadde fått svar på det jeg ville»1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «det var viktig og jeg skulle ønsker at det var mer, fler faktisk, - ja flere besøk i den første tid mm»7</li> <li>- «jeg føler meg ganske mye tryggere på jordmor- men det er fordi det at jeg veit også at hun er en jordmor, hun kan også meg, ikke bare barnet»1</li> <li>- «oppsummert da, så har jeg i hvert fall vært veldig fornøyd med det og satt veldig pris, eller sån og at det var en trygghet og kunne få det, eller få en man kjenner, og stille de spørsmål man hadde og at det ble et uformelt besøk, ikke sant, det kom ikke en vilt fremmed inn»0</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «vi trenger jo ikke å spørre om lov til å bade barnet vårt, - da gjorde vi alt sjøl, - så jeg følte veldig på den der mestringsfølelsen»1</li> <li>- «jeg veit på en måte at jeg er en bra mamma, for jeg veit, jeg ser at hun går opp og, hun har det bra og ikke er mye, hun gråter ikke mye og sånne ting»2</li> <li>- «så det var jo veldig deilig, for nå har jeg endelig fått det til, fått bekreftelse på det» (amming)6</li> <li>- «formen ble jo veldig mye bedre, etterhvert når vannet forsvant, så følte jeg jo at jeg hadde energi til tusen. Så eh, jeg hadde jo sovet veldig dårlig i ukene før fødsel og sånne ting og nå fikk jeg jo 4-5 timer i strekk på natta, jeg var som en duracel for det eh, ja endelig følte jeg at jeg hadde kreftene mine tilbake»1</li> <li>- «jeg har jo på en måte følt meg ganske opplagt, eller ska jeg si, jeg har jo ikke følt meg noe syk eller slapp og sliten sån utenom det normale da, som hun sa. Så, nei, jeg liksom føler meg- liksom helsa mi, jeg føler ikke at helsa mi er noe verre enn den skal være, på grunn av, jeg skal jo merke at jeg er sliten og sånne ting om kvelden og det gjør jeg jo»2</li> <li>- «det er helt unikt, man kan liksom ikke tenke seg, man kan jo ikke tenke seg på forhånd hvordan det skal bli, ikke sant, for</li> </ul>	<p>4. mestrings- opplevelser som mor</p>	

<p>det er det er så unikt det er så fantastisk å det er nesten vanskelig å beskrive det ikke sant. For du har jo faktisk fått ditt eget barn da, ikke sant det er jo en hel utrolig følelse»0</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «man er mere sårbar og det er jeg måske stadigvæk, men ikke så meget som, som før, fordi nu har jeg jo også set at hun har det altså fint og det fungerer»3</li> <li>- «men jeg har jo vært veldig heldig, for han sover jo godt, og spiser godt, og har lagt godt på seg, og er veldig blid og fornøyd, sån at eh, da føler man seg jo vellykket og trygg som mamma»8</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «først og fremst så var det det med vekt, at vi skulle få være sikker på at det var i orden og så var det ehm muligheten til å stille alle de spørsmålene som eventuelt måtte dukke opp etter et døgn alene hjemme eh og det å få hjelp til amming, som jeg følte at jeg fortsatt da slet med, eh og så at det var jordmor, rett og slett, det var veldig godt å få henne på besøk»5</li> <li>- «hun svarte på alle våres spørsmål om amming og om bleieskift og om vekt og eh alt mulig rart i tillegg til at da, hun hadde med seg brosjyrer om helsestasjon og om eh amming»6</li> <li>- det var avslappet, det var fint og hu eh hu var veldig opptatt av åssen hu hadde det og åssen jeg - og åssen faren hadde det, eh vi hadde jo forberedt oss på, hadde skrevet ned noen spørsmål først da, sån at vi fikk, fikk spørt om det vi lurte på og det var ikke noe problem, hun svarte»6</li> <li>- «jeg følte enda mer trygghet, for da tenkte jeg, okay, da kan jeg spørre om meg sjøl også»1</li> <li>- «for det kom jo opp en del spørsmål når hun var der, når vi prata, som jeg ikke hadde tenkt på»4</li> <li>- «jeg begynte å tenke, jeg skal spørre henne om amming, om hun sover riktig at det er riktig at hun ikke sover så bra om natta og sån, jeg begynte å tenke hvilke spørsmål skal jeg spørre om, og jeg spurte hu og hu svarte på alt»7</li> <li>- «så har man selvfølgelig noen ting man</li> </ul>	<p>5. å få svar på spørsmål</p>	<p>II Kunnskap og støtte</p>



<p>lurer på og spesielt sån med amming, gjør man det riktig, får hun nok mat altså det er jo sån mange spørsmål som dukker opp hele tiden»0</p> <p>- «jeg har full tillit til jordmor så jeg synes jeg har fått svar på alle spørsmål jeg har hatt»3</p>		
<p>- «så det første jordmor spør, altså, hvordan gikk fødselen og vi gikk i gjennom på en måte det hva heter det for no? F: partogram - M: ja partogram, partogrammet ikke sant og så hun kunne se, vi kunne se på det sammen og fortelle om hvordan det var, og det er klart nå var det jo en litt tøffere fødsel enn det jeg også hadde venta meg så det var jo godt å også kunne snakke med henne eh. Selvfølgelig man forteller jo det til venninner og mamma men det er noe sån som hun, jeg følte jo at hun, hun kjenner meg jo på den jeg har fulgt deg gjennom svangerskapet, så det var noe annet å snakke litt med henne om det da, altså ikke sant hun som en fagperson på området»0</p> <p>- «så det tror jeg også var viktig, at, og få den praten om, hva som var, og det var det de ting betydde- eh på det der, fordi vi få jo det der - F: skjemaet – M: - fordi det, det glemmer du, og fødselen, ok det gikk fint og jeg kom gjennom det, hvordan er det med barnet, det var det som var viktigst på sykehuset. - så det var egentlig bra at vi fikk snakket om det»3</p> <p>- «det var veldig bra med det hjemmebesøket, for på sykehuset så prata vi ikke noe særlig om den fødselen, da fikk jeg med den tegninga eller, ja, men jeg forsto ikke så mye av hvordan, hva som liksom hadde skjedd og det gikk så fort så eh og jeg husket nesten ikke, eller det var deler av det som var borte»4</p> <p>- «det kunne jeg godt ha tenkt meg å ha en samtale om, jeg huske ikke akkurat hva jordmor og jeg snakket om når det gjalt det, hun spurte vel kanskje hvordan jeg synes det hadde gått eller noe, men jeg har aldri hatt en samtale om de ulike stadiene, kan du si»5</p> <p>- «så prata vi jo mye om fødselen da som vi ikke hadde hatt tid til å prate noe om eh og</p>	<p>6. samtale om store /utfordrende opplevelser</p>	

<p>det hadde jeg veldig behov for det også - nå var det jo henne jeg liksom, fortalte hva jeg følte rundt eller, jeg hadde forhåpninger om før fødselen og spurte, stilt spørsmål som jeg lurte på å eh, så hun hadde jo vært veldig involvert hele veien, selv om hun ikke var der på selve fødselen, så det var ikke noe, det var bare bra»8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «hun kan jo åssen dette er, og eh, forklarte litt, jeg fortalte jo om fødselen min og, og hun forklarte litt om hvorfor ting kanskje var som de var og , mm»6</li> <li>- «det jeg husker best altså var jo den der, den opplevelsen, det å kunne snakke med henne om fødselen, og det som på en måte hadde vært litt vanskelig da. Eller sån, det gikk jo bra men det var jo tøft på mange måter»0</li> <li>- «det med at man forventer og eller man ehm og sån selve fødselen, og så hadde jeg jo ikke gruet meg til det, men så blir det noe helt annet enn det man i utgangspunktet hadde tenkt»0</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «jeg synes absolutt det var helt fantastisk å få jordmor hjem, og så at far også kunne være med på det her»6</li> <li>- «alle tre var med, så det var veldig bra at han også kunne være med for da får vi samme informasjon begge to, og han hadde noen spørsmål»4</li> <li>- «inkluderte han også selv om det var veldig mye prat om fødsel og alt sån, hun spurte om hvordan han hadde hatt det under fødselen»6</li> <li>- «det har jeg følt helt fra begynnelsen av, både jeg og barnefar egentlig, at det har vært kjempe kjempe godt da, å vite før vi dro fra sykehuset, vite at hun skulle komme dagen etter»5</li> <li>- «så vi prata om fødselen når jordmor var her hjemme og det synes jeg var veldig all right å få ikke bare mitt og pappaen sitt syn på det, men også jordmors sitt litt mer sån fra medisinsk ståsted»4</li> <li>- «jeg viste jo at hun kom til å spørre meg om fødselen for det hadde vi prata om og jeg viste at hun kom til å spørre om amming for det hadde vi prata om men, eh sjøl om hun spurte om de ting jeg var bekymret for, så fokuserte hun også på hvordan vi hadde det</li> </ul>	<p>7. å ha med pappa under hjemmebesøket</p>	

<p>og spesielt også far, og det synes jeg var veldig fint»6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «jeg synes egentlig det var greit at det var en dag imellom, for da fikk vi faktisk tid til å -eh summe oss litt, og få litt mer- kanskje vi fikk jo - pappa hadde flere spørsmål og - ja ,det er litt sån der, med å installere seg og tenke på hva er det man egentlig lur på»1</li> <li>- «så var det egentlig fint at kjæresten min var hjemme - både til at stille spørsmål men også for at, at han stiller også opp»3</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «ja, det er helt nytt, og man kan læse, altså tusen ting på nettet, men det bliver man egentlig bare mere forvirret av, synes jeg»3</li> <li>- «man ønsker veldig å gjøre ting riktig, men har ikke anelse om hva som er rett og galt»3</li> <li>- «det er litt forskjell, på hva de sier på sykehuset og hva de sier på helsestasjon, det var kanskje det jeg synes var vanskeligst, at det var så mye forskjellig informasjon»2</li> <li>- «uansett hvor godt man har forberedt seg, så kan man jo aldri forberede seg nok, for at man vet jo ikke hva som kommer, for det er jo sådan som, at alle barn er jo forskjellig hvordan, hvordan ting er, ikke sant, om de får kolikk eller om de, altså har mageproblemer eller, altså hva som helst, ikke sant, og med søvn»0</li> <li>- «jeg viste jo ikke mye om svangerskapsforgiftning egentlig, da var jeg så opptatt av hu og alt det der. Men når jordmor kom hit på tirsdagen, så spurte jeg liksom sån at, er det sådan at BT mitt kan bli høyt igjen?- kan jeg få det tilbake eller hva- hva er det egentlig det går ut på, og da, så fortalte jordmor meg, gav meg god informasjon, så jeg kunne føle meg trygg, på en måte, følte jeg»1</li> <li>- «man fokuserer jo så mye på fødselen og sån, og prater jo ikke noe om hva som skjer etterpå, så da var det jo veldig greit at hun jordmoren kom og gav litt, for da er fødselen jo ferdig og da får du jo litt informasjon da som du kanskje ikke tenkte på før fødselen da»4</li> <li>- «så er det godt at kunne snakke med en fagperson og få litt sån realitets sjekk på at, ja ja, det er det vi vet, og det andre det er teorier og tanker og har blitt skrevet på</li> </ul>	<p>8. behov for informasjon</p>	

<p>mammanet.no»3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «men det sa jo jordmor, at, hun fortalte meg jo hvor normalt det er med disse svingninger og -eh, og også det at det er viktig å ikke legge noe skjul på det, eller prøver å ikke, det er viktig at jeg snakker m samboer om det, forklare han hvordan jeg føler det og så at jeg ikke er redd for å snakke med noen andre om det da, hvis jeg føler at det er ordentlig ilde»8</li> <li>- «vi fikk jo mye sån basic informasjon, sån som vi også fikk forrige gang, men det husker jo ikke jeg nå»6</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «jeg var veldig opptatt av den ammingen og det å kunne få de rådene og den veiledningen rundt det»</li> <li>- «det var veldig viktig for meg for det, at prate om, for at det var allerede sårt og jeg ville at hun skulle se på sugeteknikk»6</li> <li>- «jeg var jo veldig glad da, for at alt, at en var frisk og alt var bra, og så kanskje litt frustrasjon, når han skriker og du ikke veit hva du skal gjøre, for å få en til å roe seg da, og det kan hende det hadde noe med at jeg hadde lite melk også at han var eh, ja, så vi skjønte ikke helt i begynnelsen når han skrek, om han var trøtt eller om en var sulten eller hva det var da, så da var en liksom frustrert på grunn av det at vi ikke helt skjønte hva vi skulle gjøre»5</li> <li>- «Og da var det sån spesielt med ammingen at da kunne man eh jeg vet ikke, men jordmor kunne da liksom følge med, hvordan ligge til og gå liksom dypere innpå om vi gjorde det riktig og vi kunne, ja og snakke sammen om de tingene som jeg lurte på, for da hadde jeg, hadde jeg jo en del spørsmål, ikke sant, selvfølgelig»0</li> <li>- «Jeg var veldig fornøyd med hu, jeg synes hun var veldig hyggelig. Hun var sån: gjør det du og barnet vil, så du føler at det er det rette for deg og barnet ditt. Hun var ikke sån A4 ark, hun var veldig hyggelig og liksom veldig åpen når du prata»2</li> <li>- «når jeg våkna første dagen her hjemme så hadde jo jeg fått brystbetennelse på begge brystene, og hadde den der, veldig emosjonell»8</li> <li>- «den siste tida når jeg gikk gravid så sov jeg</li> </ul>	<p>9. råd og veiledning ut fra behov</p>	

<p>ikke så godt, da gledet jeg meg veldig til å få ut barnet da, for da tenkte jeg at da kunne jeg sove godt igjen men sån blei det jo ikke da, så det var jeg ikke forberedt på i det hele tatt»4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «Jeg har ikke fått til amming hverken første eller andre gangen»1</li> <li>- «å komme hjem med han, for å se om han, for han er jo to år, han er jo i trassperiode nå vet du, så jeg var litt redd for hu, at han skulle bli litt stygg med hu»6</li> <li>- «jeg følte at jeg trengte noen, jeg trengte hjelp, fordi jeg ble fulgt opp hele tiden i graviditet og fødsel og sån og plutselig ble det bare stopp, så jeg følte at jeg måtte ha litt hjelp»7</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «det er sårt når man ikke får gitt henne den maten hun trenger»5</li> <li>- «akkurat de der første dagene og med amming da gråt du litt? M: ja da var jeg litt sån frustrert, men det gikk jo veldig fort over, uten liksom, som andre sa og som jordmor sa, at du er ikke noen mindre god mamma for det og sånne ting, og det gikk jo veldig fort over»2</li> <li>- «jeg var jo veldig nedbrutt når hun så meg første gang, da var det jo bare tårer og, men det var vel den der emosjonelle, dem sier at kommer når du har fått barn, jeg gråt jo mye i starten og det var ikke alltid at jeg hadde en grunn for at jeg gråt»8</li> <li>- «jeg synes at det var godt at der kom en fagperson også, som kunne se på barnet, at selv om jeg synes hun ser ut til at ha det fint, at hun så kunne si, men hun ser ut til å være sunn, hun har gått opp i vekt og eh ammingen fungerer bra og alt sån, så nåja, men da er det riktig at jeg føler det, at det går bra»3</li> <li>- «man blir litt mer avslappet når man, hun ser at alt er i orden, så eh slipper ned skuldrene, ja men da gjør vi det riktig»4</li> <li>- «det eneste er at jeg liker at det, liker å få bekreftet ting jeg er usikker på, altså hvordan skal jeg gjøre det og hvordan skal jeg gjøre det, det vil jeg gjerne ha det bekreftet»5</li> <li>- «Og det er jo på en måte et nederlag, det med amming, og da blir det jo på en måte</li> </ul>	<p>10. støtte og bekreftelse er viktig</p>	

<p>ehm det blir jo et litt sårt tema, hvis noen skal på en måte -. hei har du ikke fått det til eller, det synes jeg du skal prøve litt til eller det- jeg hadde på en måte slått det fra meg og prøvd å leve så godt med det som jeg kunne. Det er det som er så godt med jordmor, at hun, hun ehm, hun lot det være, hun respekterte at det var det valg jeg hadde tatt»1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «jo det er viktig å høre, når man er så usikker og emosjonell og veldig redd for at, ja at man skal gjøre noe feil da»(om bekreftelse)8</li> <li>- «jeg trengte ikke bare informasjon, veiledning og råd, jeg er et sån menneske, sån spesielt det at, jeg trengte noen som er tilstede bare primært for meg ikke bare for mitt barn men for meg, som prater med meg»7</li> <li>- «det var et klapp på skulderen til meg, - og da få det av, jeg, jeg som sagt veit jo sjøl at jeg er en god mor, men å få det av en fagperson, som også sier at du gjør det riktig, barnet ditt har det bra»6</li> <li>- «jeg fikk sånn, ja det du gjør er riktig, riktig måte, jeg skal ikke bekymre meg, den bekymring og usikkerhet, den forsvant med hjemmebesøk»7</li> <li>- «i og med at vi hadde så problemer, så synes jeg det var veldig tøft, og det, jeg eh, han gråt litt på kvelden og var urolig og fikk jo ikke nok mat, og eh, jeg satt i sofaen og tenkte liksom, jeg var redd at jeg skulle bli deprimert en periode altså for jeg var ordentlig, eh jeg hadde feber, var syk og han gråt og fikk ikke til amming, altså jeg var veldig fortvilet da, og tenkte liksom hvordan skal dette gå»8</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «med jordmor er det liksom hei, hvordan gikk fødselen altså da kan man liksom bare da flyter jo praten med en gang, eh så det er jo sån en ganske stor forskjell fra sykehuset»0</li> <li>- «ja, jeg revna jo ingen ting, så der var jeg jo veldig heldig, han ble jo tatt med vacuum til slutt, så at dem klarte å unngå det, er jeg liksom, for det også var en av tingene jeg frykta veldig, og som jeg har snakket mye med jordmor om, om fødestillinger og eh</li> </ul>	<p>11. samtalen kan fortsette fra svangerskapet</p>	<p>III Kontinuitet og relasjonen med jordmor</p>

<p>hvordan man kan unngå og få de riftene»8</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- «det hadde vi jo også tatt med jordmor, ikke sant, hvordan fødselen er med faser og alt det der»0</li> <li>- «det høres ut som det, på en måte var en samtale, som i var begynt med i svangerskapet ikke sant, rundt dette at du hadde den erfaring fra første M: ja, for hun viste jo det når hun kom hit, at jeg amma jo ikke»1</li> <li>- «i slutten av svangerskapet gikk jeg hos jordmor, ellers så hadde jeg gått hos legen min»2</li> <li>- «tror egentlig vi har utvikla hverandre jeg, gjennom å gå der og nettopp derfor så har det vært veldig godt å fortsette egentlig, fordi at hun kjenner oss. For jeg behøver ikke nødvendigvis å si alt jeg tenker for hun vet hva jeg tenker»5</li> <li>- «hadde du snakket litt med jordmor om disse forandringer før du fødte, viste du at du skulle blø og at det kunne bli utfordrende med lite søvn og amming og sån? - M: ja, mm - jeg viste om det før, - men det er annerledes enn det å prate om det, det er forskjellig enn å oppleve det»7</li> <li>- «så har hun etterpå fulgt opp, å spørre hvordan vi synes det har gått»5</li> <li>- «jeg slet jo litt, forrige gang med å amme sån at jeg hadde veldig god kontakt med jordmora mi»6</li> <li>- «jeg har alltid opplevd at der har vært mulighet for at stille spørsmål og jeg synes at jordmor har i hvert fall skapt et miljø hvor jeg ikke har følt meg dum hvis jeg har spurgt»3</li> <li>- «Jordmor veit jo hvordan ting har vært fra dag en eh ikke sant, og eh det blir en annen samtale»0</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- «da var det jo veldig godt da, når vi kom hjem at Jordmor var der som du faktisk har kjent hele veien, at man har en man kjenner som man faktisk kan snakke med om ting»0</li> <li>- «med jordmor så var det jo, at her kommer det en som på en måte en som er en kjent person og hvor man på en måte, at det blir uformelt med en gang da, og man kan bare ta det veldig sån som det kommer, man trenger liksom ikke å planlegge ting»0</li> </ul>	<p>12. jordmor kjenner meg</p>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- «det var veldig godt å bare kunne være hjemme og - som sagt, vi var jo blitt kjent med jordmor og, det er liksom ikke sån at - eh jeg må stri noe for at hun skal komme, på en måte, jeg trenger ikke å ordne noe, eller, jeg kan være som jeg er»1</li> <li>- «at det kanskje er litt tryggere hvis det er jordmor som kommer, som du faktisk har møtt noen ganger, og som du har prata med, og man har jo ofte spørsmål rundt sin egen kropp, og ikke bare barnet»1</li> <li>- «hun fikk jeg et veldig godt forhold til på en måte sån, likte henne veldig godt»2</li> <li>- «det var egentlig fint at det var jordmor som jeg snakket med etterpå for det var en kjent person som viste hvem jeg var og hvordan tingene hadde gått, så det var veldig bra»3</li> <li>- «terskelen er kanskje litt lavere for å spørre om ting, eh hos noen du har prata mye med enn noen du ikke har sett før i det hele tatt, så det er veldig bra at det er samme person, det er ikke tvil, føler deg tryggere»4</li> <li>- «jeg har lyst å spørre om det var spørsmål du valgte å ikke ta opp med jordmor, som at du tenkte om en ting, at nei det vil jeg ikke spørre om - M: nei, nei det var det ikke»4</li> <li>- «For jeg behøver ikke nødvendigvis å si alt jeg tenker for hun vet hva jeg tenker»5</li> <li>- «det har vært veldig trygt og godt, så for oss så har det jo en enda dypere betydning da - hun kjenner vår historie»5</li> <li>- «jeg føler meg veldig knyttet til jordmora mi, - så det er jo en ekstrem viktig, viktig eh, et viktig forhold synes jeg»6</li> <li>- «jeg følte at da hun kom hjem til meg og vi pratet sammen og jeg fortalte henne om alt, så hadde jeg det sån (mor puster tungt ut) jeg fikk puste F: lettet? M: ja, - det var mye støtte»7</li> <li>- «jeg føler at hun forstod meg godt nok, og at jeg føler alt jeg sier, hun tar imot, akseptere, gir tilbakemelding, vi diskutere sammen»7</li> <li>- «det hadde ikke vært like lett å sitte å åpne seg om følelser og om fødselen sin, med en som ikke kjenner deg litt fra før da, det er det ikke»8</li> </ul>		
---	--	--