

# Mastergradsoppgave i jordmorfag

Master i jordmorfag, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,

Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet

Oktober 2021

## Kvinners behov for økt kompetanse om egen helse

En kvalitativ studie om kvinners opplevelse av å få styrket sin kompetanse om egen helse før hjemreise fra barselavdelingen



(Figur 1: Illustrasjon fra "Tegnehanne: Bare vent", av Tegnehanne, 2021 Kagge. Copyright 2021 ved Kagge. Gjengitt med tillatelse.)

Kandidatnummer: 502 & 537

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 14945

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

# Forord

Da begynner reisen vår mot å bli jordmødre å nærme seg slutten og det har vært to spennende år. Å skrive masteroppgaven har vært en utfordrende og lærerik prosess hvor vi har vært glade for å ha hverandre å støtte oss på. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss ny innsikt og gjort oss refleksjoner vi kommer til å ta med oss videre inn i den nye arbeidsrollen som jordmødre. Det var vært en spennende reise, med både oppturer og nedturer, som hører med i en slik skriveprosess.

Først og fremst vil vi takke våre flotte informanter som har stilt opp og fortalt om erfaringene sine. Uten dere hadde vi ikke fått gjennomført denne studien og vi setter pris på alle opplevelsene dere har delt med oss. En stor takk rettes også til vår veileder som har stilt opp til enhver tid. Du har vært en god støtte i denne prosessen, og vi setter enormt pris på all korrektur og alle konstruktive tilbakemeldinger vi har fått. Du har gjort skriveprosessen lettere å forstå. Vi vil også takke de som hjalp oss med korrekturlesning og tilbakemeldinger på oppgaven.

Vi ønsker til slutt å takke våre samboere for tålmodigheten, støtten og forståelsen dere har vist ovenfor oss i denne krevende og utfordrende tiden. Dere har heiet, støttet og kommet med oppmuntrende ord. Dere har vært uerstattelige!

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

## **Sammendrag**

**Tittel:** Kvinners behov for økt kompetanse om egen helse. En kvalitativ studie om kvinners opplevelse av å få styrket sin kompetanse om egen helse før hjemreise fra barselavdelingen

**Hensikt:** Hensikten med studien er å undersøke hvordan kvinner som har født på sykehus får styrket sin kompetanse om egen helse før hjemreise

**Problemstilling:** Hvordan opplever kvinner som har født på sykehus at kompetansen om egen helse styrkes før hjemreise?

**Metode:** En kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervjuer av seks kvinner som fødte for første gang 4-8 uker før intervjuet fant sted.

**Resultat:** Studien har tre hovedfunn som viser hvordan kvinnen får styrket sin kompetanse. Økt fokus på kvinnen, tilrettelagte omgivelser for å motta informasjon og en god relasjon til helsepersonell.

**Konklusjon:** Studiens hovedfunn viste at kvinnene hadde et behov for at kvinnehelse fikk et større fokus, og at informasjonen ble tilpasset den enkelte. Ved å få flere individuelle samtaler hvor det var rom for å stille spørsmål, dannelse av en god relasjon til helsepersonell, oppleve å bli sett som et individ, samt at kvinnens helse kom i fokus mens de lå på barselavdelingen gjorde at kvinnene fikk styrket sin kompetanse om egen helse.

**Nøkkelord:** barseltid, helsekompetanse, kvinnehelse, barselomsorg, empowerment

## Summary

**Title:** Women's need for knowledge about their own health. A qualitative study about women's experience with gaining knowledge about their own health before leaving the hospital.

**Aim:** This study aims to explore women's experience of having enough knowledge about their own health after birth before leaving then hospital.

**Thesis question:** How does women experience gaining knowledge about their own health after birth before leaving the hospital?

**Methods:** A qualitative study with semi structured individual interviews with six women who gave birth for the first time 4-8 weeks prior to the interviews.

**Results:** There are three main findings in this study. The need for a bigger focus on the woman, the environment at the hospital should be arranged differently and the need for a good relationship with the health care provider.

**Conclusion:** The main findings in this study were the need for a bigger focus on women's health and that the information should be adjusted based on the individual needs. The women in this study expressed a bigger need for information through conversations, a good relationship with the health care provider, being seen as an individual and that women's health get a bigger focus during their stay at the maternity ward. By fulfilling these need the women gain enough knowledge about their own health.

**Keywords:** Postpartum, health literacy, women's health, postnatal care, knowledge, empowerment

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN .....	1
1.2	HENSIKTEN MED STUDIEN .....	4
1.3	AVGRENSNING .....	4
<b>2</b>	<b>TEORETISK RAMMEVERK .....</b>	<b>5</b>
2.1	KVINNEHELSE .....	5
2.2	HELSEKOMPETANSE .....	6
2.3	EMPOWERMENT .....	8
<b>3</b>	<b>METODE.....</b>	<b>9</b>
3.1	KVALITATIV METODE .....	9
3.2	FORFORSTÅELSE .....	9
3.3	INTERVJU SOM METODE .....	10
3.4	INKLUSJONSKRITERIER .....	11
3.5	REKRUTTERING.....	12
3.6	DATAINNSAMLING .....	12
3.7	TRANSKRIBERING .....	13
3.8	INNHOLDSANALYSE .....	13
3.8.1	<i>Strategi for innholdsanalyse.....</i>	<i>14</i>
3.9	PERSONVERN OG ETISKE OVERVEIELSER .....	16
<b>4</b>	<b>RESULTATER .....</b>	<b>18</b>
4.1	ØKT FOKUS PÅ KVINDEN .....	19
4.2	TILRETTELEGGING AV OMGIVELSER .....	21
4.3	GODE RELASJONER TIL HELSEPERSONELL.....	24
<b>5</b>	<b>DISKUSJON .....</b>	<b>26</b>
5.1	BEHOVET FOR AT KVINDHEELSE FÅR ET FOKUS OG AT INFORMASJONEN TILPASSER DEN ENKELTE ....	26
5.1.1	<i>Tid til å skape relasjon og et større individfokus .....</i>	<i>26</i>
5.1.2	<i>Behovet for økt fokus på kvinnens helse.....</i>	<i>29</i>
5.1.3	<i>Behov for tilrettelegging når kvinnene skal motta informasjon .....</i>	<i>32</i>
5.2	TROVERDIGHET I KVALITATIV FORSKNING .....	33
5.2.1	<i>Gyldighet .....</i>	<i>34</i>
5.2.2	<i>Pålitelighet .....</i>	<i>36</i>
5.2.3	<i>Overførbarhet.....</i>	<i>37</i>
<b>6</b>	<b>AVSLUTNING.....</b>	<b>39</b>
6.1	KONKLUSJON .....	39
6.2	KLINISKE IMPLIKASJONER OG VIDERE FORSKNING .....	39

<b>7</b>	<b>KILDELISTE.....</b>	<b>41</b>
	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>45</b>
	VEDLEGG 1 – GRUPPEPROSESSEN .....	45
	VEDLEGG 2 – NSD.....	46
	VEDLEGG 3 – INTERVJUGUIDE.....	49
	VEDLEGG 4 - SAMTYKKESKJEMA .....	50

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Fokuset på kvinnehelse etter fødsel har vært mye omtalt i mediene de siste årene (Dolonen, 2019; Helsedirektoratet, 2019b; Kvam, 2021; Martin et al., 2014). I en artikkel publisert på Sykepleien.no i 2019 vises det til at antall liggedøgn på sykehuset har blitt redusert over tid, samtidig som kapasiteten i kommunene ikke har økt for videre oppfølging etter barseloppholdet. Jordmoroppfølgingen og omsorgen for barselkvinnene har dermed blitt redusert som følge av manglende kapasitet. Artikkelen peker på at førstegangsfødende er sårbare som har et økt behov for informasjon før utreise, og sitter igjen med kunnskapshull grunnet kapasitetsproblemstikk og tidsmangel i helsevesenet (Dolonen, 2019).

Folkehelseinstituttet sendte i 2011, 2016 og 2018 ut en brukerundersøkelse til kvinner som nylig hadde født. I disse undersøkelsene kom det frem at informasjon om kvinnens helse under barseloppholdet kom dårligst ut av det som ble målt (Folkehelseinstituttet, 2018). De siste årene har det i tillegg vært et økende antall leserinnlegg, debatter og innlegg på sosiale medier hvor kvinner som har født forteller om hvor lite det blir snakket om kvinnens helse etter fødsel. Den manglende oppfølgingen av barselkvinner og det reduserte fokuset på kvinnehelse har skapt et såkalt barselopprør. En artikkel fra NRK trekker frem at kvinner som føder i dag ikke får nok informasjonen på sykehuset som følge av liggetiden. Svekket bemanning og lite tid fører til at kvinnene ikke får den hjelpen de faktisk har behov for. Jordmorforbundet og ulike organisasjoner er bekymret for dagens tilbud og mener det bør skje en endring i dagens struktur for oppfølging av barselkvinnen (Ludvigsen & Skaar, 2021). En organisasjon som retter fokus på den manglende barselomsorgen, og som ønsker å bidra til at det skjer en endring i dagens tilbud til barselkvinner er «Barselopprøret». Organisasjonen retter fokus på å fremme hvilke opplevelser og erfaringer kvinner har fra barselomsorgen. Grunnleggerne av denne organisasjonen har selv født, og har derfor fått kjenne på kroppen hvilke konsekvenser mangelfull barselomsorg fører med seg. De fødte i en pandemi, men oppdaget fort at denne tematikken ikke handlet om pandemiens følgekonskvenser, snarere at det er et vedvarende problem i dagens ordning og struktur av barselomsorgen (Ingulstad & Thomassen, 2020).

Kvinner har krav på informasjon fra den personen som helseinstitusjonen definerer som ansvarlig, og for barselkvinner er det i hovedsak jordmor som har dette ansvaret. Jordmødre skal følge helsepersonelloven §10 gi informasjon til pasienter, som de i følge pasient-og brukerrettighetsloven § 3-2 og §3-5, har krav og rettighet på (Helsepersonelloven, 1999) (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Informasjon om kvinnens helsetilstand skal tilpasses mottakeren og det er helsepersonell som er pliktig til å sikre at informasjonen er gitt på en forsvarlig og faglig måte. Å forsikre seg om at informasjonen er tilpasset og mottatt kan være strevsomt for helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Forskning viser at kvinner som opplever store hormonelle endringer i kroppen, endret livssituasjon og nytt søvnmønster ikke får med seg all informasjon som blir gitt. Mye av informasjonen får derfor ikke mottakeren med seg (Binnie et al., 2017, s. 598-606; Persson et al., 2011; Slomian et al., 2017).

Den nasjonale retningslinjen for barselomsorgen i Norge, utarbeidet av Helsedirektoratet, er laget for helsepersonell som yter tjenester i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Retningslinjen omfatter anbefalinger om tiltak, og effekten av disse, for friske kvinner og barn født til termin. Kapittel 10 i denne retningslinjen omhandler barselkvinner helse og beskriver denne perioden som en overgangsfase som er preget av sårbarhet og følsomhet, både hos kvinnene og deres partnere. Barselperioden er preget av mye ny informasjon som skal gis til kvinnene for å hjelpe dem til å mestre den nye tilværelsen. Gjennom samtaler og veiledning skal kvinnene bli forberedt på den nye livssituasjonen og tiden etter fødselen både med tanke på sin egen og barnets helse. Innholdet av samtalene og veiledningen vil være preget av de individuelle behovene hver kvinne har før hun reiser hjem fra sykehuset. Samtalen utføres ulikt fra sykehus til sykehus og bærer preg av ulike variasjoner. Retningslinjen anbefaler flere fokusområder rundt kvinnenes helse som bør nevnes, uavhengig av deres forutsetninger (Helsedirektoratet, 2014, s. 64-70).

En systematisk oversikt av Wiklund, Wiklund, Pettersson & Boström (2018) ønsket å undersøke foreldres erfaringer i barselperioden opp mot det å få informasjon, og følelsen av trygghet. Resultatene fra denne oversikten baserer seg på funn fra 10 artikler, hvor følelsen av kontinuitet, deltagelse, individuelt tilpasset omsorg, informasjon og forberedelser var deres hovedfunn (Wiklund et al., 2018). I en svensk kvalitativ studie gjennomført av Persson, Fridlund, Kvist & Dykes (2011) var det ønskelig å finne ut av hva som påvirket kvinnens følelse av trygghet den første uken etter fødsel. Det var 14 kvinner som ble rekruttert til



studien, og resultatene viste hvor viktig det var for kvinnene at jordmor lyttet og viste genuin interesse for de spørsmålene de hadde slik at de kunne føle seg ivaretatt. Det var også flere kvinner som fortalte at det var et stort fokus på barnets helse, men ikke like stort fokus på kvinnens helse (Persson et al., 2011).

I en amerikansk kvalitativ studie utført av Martin, Horowitz, Balbierz & Howell (2014) ble det utført fokusgruppeintervjuer med både helsepersonell og barselkvinner. Det var totalt 45 kvinner og 13 personer fra helsevesenet. Hensikten var å undersøke hvordan man kunne forbedre og styrke kunnskapen i barselperioden. Et viktig funn var at kvinnene opplevde lite hjelp til forberedelse for barselperioden og at det var gitt lite informasjon om egen helse. Studien fant misforhold mellom hva kvinnene ønsket å vite noe om opp mot hva helsepersonellet vektla rundt mors helse og kunnskap. Kvinnene ønsket mer kunnskap om hvordan de skulle forberede seg på sin nye rolle, hva man kunne forvente, og både helsepersonell og kvinnene var enige om at det burde vektlegges mer informasjon om barseltiden allerede i svangerskapet (Martin et al., 2014). Lignende funn finnes i en nederlandsk kvalitativ studie av Buurman & Lagro-Janssen (2013). I denne studien ble 26 kvinner intervjuet, og det var ønskelig å undersøke hvilke tanker kvinnene hadde rundt det å oppsøke helsehjelp ved bekkenbunnsplager etter fødsel. Flere av kvinnene hadde større plager som burde vært tilsett og fulgt opp tidligere, mens kvinnene selv tenkte dette var normale plager etter en vaginal fødsel. Konklusjonen var at kvinnene var lite informert om hvilke plager som burde tilsees av lege og tok dermed ikke kontakt da de tenkte at plagene ville forsvinne over tid. Kvinnene ønsket mer informasjon om slike plager, gjerne i forkant av fødsel, og ønsket å vite når de burde oppsøke hjelp (Buurman & Lagro-Janssen, 2013).

I lys av dette tyder det på at barselomsorgen i dag trenger en endring og vi er nysgjerrige på hvordan kvinner i Norge opplever å motta informasjon om egen helse. Gjennom brukerundersøkelsen fra norske barselavdelinger ser man at det å tilegne seg kunnskap om egen helse kommer dårligst ut år etter år (Holmboe & Sjetne, 2018). Hva mener kvinnene selv skal til for å styrke deres kompetanse om egen helse i barselperioden? Det er lite forskning på hvordan kvinner opplever å få informasjon om egen helse i det norske helsevesenet. Dersom det er gjort endringer på grunnlag av resultatene fra disse brukerundersøkelsene har det enda ikke ført til at kvinner mener dagens ordning er slik den burde være. Lite informasjon og manglende kunnskap om egen helse er funn som kommer frem i studiene som er presentert. Kvinnene ønsker å bli sett, få individuelt tilpasset

informasjon, at helsepersonell belyser hva som er normalt av forandringer og når de skal ta kontakt for å få hjelp (Buurman & Lagro-Janssen, 2013; Martin et al., 2014; Persson et al., 2011; Slomian et al., 2017; Wiklund et al., 2018).

## 1.2 Hensikten med studien

Hensikten med denne studien er å undersøke om kvinner opplever at deres kompetanse om egen helse styrkes før hjemreisen fra barselavdelingen. Har kvinnene tilstrekkelig kompetanse til å vite hva som skjer med egen kropp, og er de godt nok forberedt på de fysiske og mentale endringene som skjer i barselperioden? Vi ønsker å undersøke hvordan kvinner opplever å få styrket sin kompetanse og hvordan de tilegner seg kunnskap på best mulig måte, men er ikke ute etter å presentere en liste over hva kvinner ønsker nøyaktig informasjon om. Vi har derfor kommet frem til følgende problemstilling:

**Hvordan opplever kvinner som har født på sykehus at kompetansen om egen helse styrkes før hjemreise?**

## 1.3 Avgrensning

Kvinnene skal være førstegangsfødende da vi ønsker å se på kvinners opplevelse av å tilegne seg kompetanse om egen helse etter fødsel. Med «før hjemreise» menes det tiden kvinnene er på barselavdelingen eller barselhotellet. Gjennom å undersøke kvinnenes opplevelse får vi førstehåndsinformasjon fra kvinnene selv og de får mulighet til å fortelle sin historie. Det er viktig for oss at kvinnene forteller om sine opplevelser, ikke hva de tror eller vet andre kvinner har opplevd. Det er valgt å ekskludere amming med tanke på studiens begrensninger.

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil vi redegjøre for det teoretiske rammeverket som ligger til grunn for studien. Det vil redegjøres for begrepene kvinnehelse, helsekompetanse og empowerment. Disse begrepene ble valgt ut for å støtte oppunder problemstillingen.

### 2.1 Kvinnehelse

Helse er et begrep med mange ulike definisjoner og mange sier det er motsatsen til sykdom. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig mentalt, sosialt og fysiske velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (World Health Organization, 2021b). Sundby definerer kvinnehelse som «et begrep som rommer at kvinner er friske og sunne, lever et godt liv og kan reproducere seg uten problem» (Sundby, 2017, s. 93). Det blir deretter presisert at begrepet også rommer hvordan sykdom og skade kan ramme kvinner og hvordan sykdomsprosessen, behandlingen og helbredelsen eventuelt skiller seg ut fra sykdom man vanligvis finner hos menn. Årsaken til at begrepet kvinnehelse ble utarbeidet var på grunnlag av at den medisinske kunnskapen var konstruert rundt mannens sykdommer, og at det manglet spesifikk kunnskap om hva kvinner lider av. For å kunne behandle kvinners lidelser på best mulig måte kreves det også at feltet forskes på, og at utprøving av behandling gjøres på kvinnene selv. Det har gjennom historien blitt forsket lite på hvordan medisin påvirker kvinner og årsaken til dette har vært fordi det har blitt ansett som problematisk å prøve ut legemidler på kvinner av hensyn til fertiliteten. Kvinners lidelser blir ofte «medikalisert», noe som betyr at de oftere settes på legemidler over lenger tid enn menn. Plager og lidelser blir oftere bagatellisert og undergravd. Sundby utdyper i sitt kapittel om kvinnehelse at menn og kvinner har ulike forventninger til helsetjenesten. Kvinner har behov for å snakke, forklare, og har et økt behov for omsorg, mens menn ønsker å snakke om konkret behandling (Sundby, 2017, s. 93-95).

Reproduktiv helse er et begrep som går inn under kvinnehelse og betyr at folk har et ansvarlig, trygt og tilfredsstillende seksualliv. Begrepet omfatter også at folk har kapasitet til å reproducere seg, friheten til å bestemme hvor ofte, og når de ønsker å gjøre det. Dette betyr at både kvinner og menn har en rett til å være informert og ha adgang til effektive og trygge prevensjonsmidler etter deres eget ønske. Det innebærer også retten til tilgang på helsetjenester som gjør det mulig å gå trygt gjennom et svangerskap og en fødsel (Sundby,

2017, s. 95-96).

I etterkant av fødselen vil kvinners fysiske, seksuelle og mentale helse være påvirket. Fysisk helse vil gjennom oppgaven bety alt av fysiologiske endringer som skjer med kroppen etter fødsel. Etter et svangerskap og en fødsel skal de reproduktive organene komme tilbake til sin pregravide tilstand, denne prosessen kalles involusjonen. Som jordmor er det viktig å være bevisst på at dette er en prosess som er preget av individuelle forskjeller. Andre fysiologiske endringer som skjer med kvinnekroppen, er at de gjennomgår renselsen og mister mellom 150 til 400 ml blod. Riften i fødselskanalen skal tilheles og bekkenbunnsmuskulaturen skal trenes opp. Dette er blant annet for å forebygge mindre eller større problemer med vannlating på sikt. Kvinnenes sirkulasjons- og respirasjonssystem skal tilbakedannes og den vaskulære omstillingen pågår opp til et år etter fødselen. Muskel- og skjelettsystemet til kvinnene kan trenge opp til tre måneder for å reversere effekten av svangerskapet. Seks uker etter fødselen er tonus og trykket i nedre del av øsofageale sfinkter normalisert. Søvn mønsteret vil være endret i etterkant av fødsel og noen kvinner kan oppleve å være i en euforisk tilstand som kan gjøre det vanskelig å få sove. Teoretisk sett skal søvn mønsteret være tilbake etter 2-3 uker, men her finnes det individuelle forskjeller. Hormonbalansen vil også påvirkes etter fødsel og hormonene som er dannet gjennom svangerskapet reduseres i løpet av barselperioden tilbake til det pregravide nivået. På grunn av hormonene i kroppen kan også kvinnenes vekt øke de første dagene etter fødselen, men fra den fjerde dagen vil man kunne se en reduksjon av vekten (Binnie et al., 2017, s. 598-604). Seksuell helse omhandler samliv etter fødsel, prevensjonsveiledning, forventede endringer etter fødsel, endokrine endringer i kvinnenes kropp, råd og veiledning (Haaland, 2017, s. 150-158). Begrepet mental helse omhandler den nye rolle som mor og hvordan kvinnene opplever dette, samt tilknytning og samspill til det nyfødte barnet (Binnie et al., 2017, s. 604-605; Steen & Wray, 2014, s. 501-509). Gjennom oppgaven vil helse bli brukt som et samlebegrep for kvinnehelse. Dette omhandler kvinners fysiske, seksuelle og mentale helse.

## 2.2 Helsekompetanse

I 2019 kom Helse- og omsorgsdepartementet med en strategi for å legge til rette for å øke helsekompetanse hos befolkningen. Helsekompetanse blir definert på følgende måte i deres strategi: «Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det

gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 4). Dette begrepet ble utarbeidet fra det engelske begrepet «Health literacy». Den engelske definisjonen på dette begrepet er etter fri oversettelse: «evnen den individuelle personen har til å finne, forstå og anvende informasjon og helserelaterte tjenester for å utføre beslutninger og handlinger for dem selv og andre som omhandler helse» (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

For barselkvinner vil helsekompetanse handle om å styrke deres evne til å forholde seg til helsefremmende tiltak om egen kropp, vite hvor man skal innhente kunnskap, hvordan man bør bevare funksjonen til kroppen og kjenne til hva som skjer før, under og etter et svangerskap. Målet er at helsetjenesten skal bidra slik at personer blir helsekompetente ved hjelp av systemrettede eller individuelle tiltak. Informasjon skal være tilgjengelig slik at en lett kan opprettholde og bevare funksjonen, enten man er frisk, syk eller er en bruker av ulike omsorgstjenester.

Barselkvinner er som oftest friske kvinner, men har likevel et behov for helsetjenester gjennom svangerskapet. Det skal være enkelt å finne frem til tilbud som øker helsekompetansen, samtidig som det skal være tilpasset målgruppen. I strategiplanen fremkommer det at høy helsekompetanse gir bedre forutsetninger for å ta gode og sunne valg om egen livsstil, og helsepersonell har en viktig rolle for å bidra til å hjelpe personer med å øke sin helsekompetanse. Ved å bevisstgjøre bruken av kommunikasjon og hvordan denne anvendes, og veileder personer til ulike plattformer vil man bistå med å fremme eller hemme personens helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Kommunikasjon er sentralt for å øke kvinners helsekompetanse i følge en systematisk oversikt av Corrarino (2013) som viser at ved å øke kvinnenes forutsetninger for økt helsekompetanse vil det bidra til å bedre både kvinnens og barnets forutsetninger for bedre helse. Slik kan kvinnene ta valg som påvirker helsen positivt (Corrarino, 2013). Mange innhenter i dag informasjon på internett, og det er viktig å ha forutsetninger for å lete opp, vurdere og anvende informasjonen man finner. Ved å ha informasjonen enkelt, måltilpasset og tilgjengelig kan man øke helsekompetansen fordi man har økt forutsetningene til person. Helsekompetanse kan bidra til å minske sosiale ulikheter, øke forutsetningene for egenmestring og være økonomisk verdifullt for samfunnet fordi man lettere kan ta ansvar for egen helse så fremt

man vet hvordan man skal anvende dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

### 2.3 Empowerment

Begrepet empowerment er ofte omtalt i helsevesenet, og har flere definisjoner og vinklinger ut ifra teoretiske perspektiver. I mange norske definisjoner oversettes begrepet til myndiggjøring eller brukermedvirkning. En definisjon av begrepet empowerment er «restaurering av egenverdi, egen styrke og evne til å takle livets utfordringer» (Aadland, 2011, s. 262). WHO sin definisjon er, etter fri oversettelse: «en prosess hvor mennesker tilegner seg kontroll over faktorer og valg som påvirker livet til dette mennesket. I prosessen øker og bygger man egen kapasitet for å få tilgang, danne nettverk, stemme eller ha kontroll over seg selv» (World Health Organization, 2021a). Empowerment kan sees på som en måte å løfte frem og styrke den enkeltes ressurser, slik at denne personen vil få mer kontroll over egen situasjon.

Begrepet empowerment rettet mot barselkvinner handler om å styrke dem i den nye rollen som mor, hjelpe de til å håndtere livets utfordringer samt utvikle og tilegne seg nok kunnskap til å ta informerte valg om egen kropp og helse. Kvinnene skal få verktøy som gjør at de kan ta velinformerte valg (Haaland, 2017, s. 168). En studie fra Skottland viser til at kvinner som opplevde empowerment gjennom fødselen tok med seg denne styrken og kunnskapen videre som et verktøy inn i den nye rollen som mor, som igjen styrket familierelasjonen og den sosiale relasjonen (Edwards, 2010, s. 91-109). Jordmor bør i barselperioden hjelpe kvinnene i prosessen mot å oppleve empowerment slik at de har gode forutsetninger for å mestre den nye rollen og forandringene som skjer med kroppen. En studie av Menage, Bailey, Lees & Coad (2020) ønsket å se på hva som skulle til for at kvinnene opplevde jordmor som omsorgsfull og resultatene viste at ved hjelp av kommunikasjon, informasjon, veiledning og møte kvinnene der de er, opplevde de empowerment. Ved hjelp av empowerment styrket det kvinnene og hjalp dem i rollen som mor når det kom å ta valg senere. Gjennom å anvende empowerment gir man kvinnene gode forutsetninger for barselperioden videre. I oppgaven vil empowerment rettes mot hvordan styrking av kvinner kan bidra til å øke deres kompetanse om egen helse.

### 3 Metode

I dette kapittelet vil studiens forskningsdesign beskrives og metodevalgene som er gjort for å besvare problemstillingen vil forklares. Det vil bli redegjort for hva kvalitativ metode er og hvorfor vi har valgt å benytte oss av dette, i tillegg til vår forforståelse om temaet, bruk av intervju som metode, rekrutteringsprosessen og datainnsamlingen. Deretter vil det redegjøres for gjennomføringen av analyseprosessen og de etiske overveielserne som har blitt gjort.

#### 3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode er en forskningsmetode som kan presentere og utvikle mangfold, nyanser og subjektive erfaringer som stammer fra observasjoner eller samtaler (Malterud, 2017, s. 30-38). For å kunne besvare problemstillingen er det derfor naturlig å ha en kvalitativ tilnærming. Målet er å få svar på hvordan kvinner opplever å få styrket sin kompetanse på sykehuset før hjemreise. Ved å bruke kvalitativ forskningsmetode åpner forskeren opp for å vite mer om subjektets erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger rundt et forskningsspørsmål eller et fenomen (Malterud, 2017, s. 30-38). Ved å se på opplevelsene kvinnene har rundt denne tematikken vil vi få et innblikk i hva de har behov for og trenger når det kommer til å få styrket sin kompetanse om egen helse.

Det ble gjort strategiske søk i de aktuelle medisinske databasene; Medline, Cochrane library, Swemed+, UpToDate som ga få treff på forskning som undersøkte kvinners opplevelse av å få styrket sin kompetanse om egen helse. Av forskningen som ble funnet var det ingen norske studier som var gjennomført på temaet og den aktuelle forskningen som er inkludert i oppgaven viser kun aspekter og likheter ved temaet som skal besvares. Vi har derfor valgt å gå direkte til kilden og spørre kvinner om hvordan de opplever å få styrket sin kompetanse før hjemreise.

#### 3.2 Forforståelse

Forforståelse er ifølge Martin Heidegger et grunnleggende mønster ved menneskets tilværelse. Idealet er å gå inn i forskningen med et åpent sinn, samtidig som det er hensiktsmessig at den grunnleggende kunnskapen er til stede for å kunne nærme seg forskningen på en hensiktsmessig måte (Fangen, 2010, s. 47-52; Malterud, 2017, s. 44-46). Gjennom vårt utdanningsforløp har vi fått en teoretisk forankring omkring vårt tema på

studien. Vi har gjennom teori lært oss hva kvinner skal informeres om og hva slags kompetanse de bør inneha ved hjemreise fra barselavdelingen. Det vi derimot har observert gjennom praksis på ulike barselavdelinger er at helsepersonell gir informasjon ulikt og kvinnene som mottar informasjonen er ulike. Da vi begge to jobber som ekstravakter på barselavdelingen er vi vant til å informere kvinnene om egen helse, men opplever at mye av informasjonen blir glemt av kvinnene. Dette har fått oss til å stille spørsmål om hvor mye kompetanse de faktisk sitter igjen med om egen helse ved hjemreise.

Gjennom utdanningen som jordmorstudenter blir vi preget av den kunnskapen vi tilegner oss gjennom praksis, fra veiledere, prosedyrer på aktuell avdeling og erfaringsbasert kunnskap. Vi har også fått med oss det økende antallet saker i media, og sosiale medier som belyser hvordan kvinnene opplever å sitte igjen med lite kompetanse om egen helse etter oppholdet på barselavdelingen. Vår forforståelse om at kvinner ikke husker alt som blir sagt, har redusert kompetanse ved hjemreise, og opplever at de får lite eller dårlig informasjon må legges til side. Vi er begge bevisste på vår forforståelse og hvordan denne ikke skal påvirke informantene under intervjuet, i analyseprosessen og i fremvisningen av resultater. Informantenes stemme skal være i fokus og deres virkelighetsbilde skal være sentralt gjennom hele studien. Ved å være bevisst på vår forforståelse vil vi kunne få svar på vår problemstilling sett fra informantenes perspektiv.

### 3.3 Intervju som metode

Det kvalitative intervjuet forsøker å se verden sett fra intervjuobjektets side (Kvale et al., 2015, s. 20). Formålet er å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan andre mennesker opplever sin livssituasjon (Thagaard, 2011, s. 87). Forskningsintervjuets struktur er lik den dagligdagse samtalen, men som et profesjonelt intervju vil det også inneholde en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale et al., 2015, s. 22-23, 156-157). Vi valgte individuelle semistrukturerte intervjuer, og årsaken til det var fordi kvinnene skulle fortelle om sine opplevelser og sine tanker uten å bli påvirket av andre. Det kan derfor argumenteres for at individuelle intervjuer er den foretrukne intervjumetoden da tematikken kan anses som personlig og sensitiv. Ved å anvende denne metoden fikk vi et dypere innblikk i hvordan kvinnene opplevde å få styrket sin kompetanse på barselavdelingen (Kvale et al., 2015, s. 42-52; Malterud, 2017).



I forkant av intervjuene ble det utviklet en intervjuguide med semistrukturerte hovedspørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål (se vedlegg 3). Intervjuguiden ble kun brukt som en veileder under intervjuene for å holde oss på riktig tema, og komme innom alle de ulike aspektene vi ønsket å få informasjon om. På denne måten kunne vi styre hvilke temaer som ble belyst med tanke på problemstillingen, samtidig som det åpnet opp for at informanten kunne ta opp andre temaer underveis som kunne gi nye innfallsvinkler. Gjennom intervjuguiden ble det utviklet 20 hovedspørsmål. Spørsmålene startet med blant annet «kan du fortelle meg...», «er det noe du ønsker du hadde...», «kan du gjengi en episode....», «hvordan opplevde du...» for å oppfordre informanten til å komme med konkrete eksempler og utdype erfaringer hun hadde angående tematikken. Noen av spørsmålene var åpne mens andre var mer låst. Intervjuene startet med konkrete spørsmål om hvilket sykehus kvinnene hadde født på, og hvor mange uker det hadde gått siden fødsel for på denne måten få i gang samtalen. Underveis i intervjuet kom mer utdypende spørsmål som skulle få kvinnene til å reflektere mer og komme med egne erfaringer. Det var ønskelig at de fortalte mest selv, og hovedspørsmålene var til hjelp for å holde samtalen innenfor det som var relevant for studien.

Det ble gjennomført et pilotintervju med en kvinne som hadde født 4 uker tidligere. Hun møtte ikke inklusjonskriteriene og materialet er derfor ikke inkludert i studien. Målet med pilotintervjuet var å få trening i rollen som intervjuer og observatør. Gjennom dette intervjuet testet og evaluerte vi hvordan intervjuguiden kunne anvendes, hva som var gode spørsmål og hvilke som burde omformuleres. Det tekniske utstyret ble testet og Diktafonappen med nettskjema ble anvendt etter retningslinjer fra Oslomet (Oslomet, 2020b). Etter gjennomføringen av pilotintervjuet fikk vi tilbakemeldinger, og valgte å gjøre noen små justeringer på hvordan vi stilte spørsmålene ut ifra intervjuguiden.

### 3.4 Inklusjonskriterier

Problemstillingen søker svar på hvordan kvinner opplever å få styrket sin kompetanse før hjemreise fra barselavdelingen. Årsaken til at friske kvinner ble inkludert er fordi rutineinformasjonen som gis til disse kvinnene skal være lik. Det ble også valgt å avgrense studien til å gjelde førstegangsfødende da disse kvinnene kan ha et økt behov for informasjon siden de ikke har gjennomgått et barselforløp tidligere. Kvinnene måtte inneha god norsk-, svensk-, dansk- eller engelskkunnskap. De skulle også være over 18 år på grunn av samtykke. Kvinnene måtte ha født vaginalt, og tang- eller vakuumporløsninger ble også inkludert.

Tidsperspektivet fra fødselen fant sted til intervjuet skulle gjennomføres var satt til 4-8 uker. Denne tidsbegrensningen ble satt for at kvinnene skulle få anledning til å bearbeide tanker og følelser rundt forløsningen samt opplevelsene de hadde hatt på barselavdelingen. Samtidig var det viktig at intervjuet ikke ble gjennomført for lenge etter oppholdet på barselavdelingen da det skulle komme tydelig frem hvilken informasjon som var ervervet på sykehuset.

### 3.5 Rekruttering

Kvinnene ble rekruttert via sosiale medier fra aktuelle grupper på Facebook. Det ble sendt ut informasjon om studien og hva som ble forsket på til administrator av gruppene. Det var administratorene som godkjente at rekrutteringsinformasjonen ble publisert på de aktuelle gruppene. Kvinnene tok så kontakt med oss enten per telefon eller e-post. De som oppfylte inklusjonskriteriene, mottok deretter et skriftlig samtykkeskjema (se vedlegg 4) og ytterligere informasjon om hva en deltagelse i studien ville innebære. I samtykkeskjemaet var det informasjon om studiens formål, at deltakelsen var frivillig, en dato for mulighet til å trekke seg med tanke på oppstart av analyseringen av data og at personopplysninger ville bli anonymisert. Det var 14 kvinner som tok kontakt, og av disse ble seks kvinner inkludert i studien og det ble avtalt tid for når intervjuene skulle finne sted. Det var åtte kvinner som ble ekskludert da de ikke oppfylte inklusjonskriteriene, eller av sine årsaker ikke responderte tilbake etter første e-post. Rekrutteringen av informanter og intervjuene ble gjennomført over en periode på 14 dager.

### 3.6 Datainnsamling

Vi ønsket å gjennomføre intervjuene med opptak for å kunne ha fullt fokus på informanten og konsentrere oss om intervjuets emne og dynamikk. Ved bruk av lydopptak hadde man muligheten for å høre opptaket flere ganger og fange opp ordbruk, pauser, tonefall og lignende registreringer. Intervjuene ble tatt opp via Diktafonappen på telefonen med kryptert kobling opp mot en nettside kalt Nettskjema, som var eneste metode Oslomet godkjente for opptak (Oslomet, 2020b). Vi valgte begge å være til stede under alle intervjuene for å kunne fange opp flere tråder å spille videre på gjennom intervjuet. Den ene var hovedintervjuer, og den andre tok en mer observerende rolle og tok notater som ikke ville komme frem på lydklippet. Observatøren stilte også spørsmål underveis i intervjuet dersom det kom frem temaer som hovedintervjueren ikke tok opp. På denne måten kunne vi sikre at mest mulig

relevant data ble trukket frem. Intervjurollene ble byttet mellom de ulike intervjuene og vi gjennomførte begge tre intervjuer hver.

Alle intervjuene ble gjennomført på Zoom etter kvinnenes eget ønske, og grunnet geografiske avstander. Gjennomføringen av intervjuene fulgte OsloMet sine retningslinjer for bruk av Zoom i forskningsintervju (Oslomet, 2020a). Alle kvinnene hadde på forhånd sendt en bekreftelse med underskrift på at de hadde lest og samtykket til å delta i studien. Før selve opptaket startet ble inklusjonskriteriene gjennomgått på nytt for å sikre at informanten var kvalifisert til å delta, i tillegg til at samtykkeskjemaet ble gjennomgått muntlig. Kvinnene ble også informert om muligheten til å trekke seg, at intervjuet ble tatt opp med lyd, ivaretagelse av personvern, taushetsplikt, anonymisering og de fikk mulighet til å stille eventuelle spørsmål om studien før oppstart av lydopptak. Intervjuene hadde en varighet fra 26 minutter til 44 minutter når lydopptaket ble startet. I noen av intervjuene kom det frem at kvinnene enda hadde behov for mer svar og oppfølging etter fødsel. På grunn av vår rolle som forskere var ikke dette en tråd vi kunne følge opp, og derfor ble de aktuelle informantene oppfordret til å ta kontakt med de rette instansene.

### 3.7 Transkribering

Transkribering er en overgang fra talespråk til skriftspråk (Kvale et al., 2015, s. 204-205). I følge Malterud skjer det alltid en fordreining når muntlig tale skal omsettes til skriftlig tekst (Malterud, 2017, s. 77-82). Gjennom transkriberingsprosessen ble intervjuene omgjort fra lydopptak til råtekst. Tekstene inneholdt pauser, latter og formuleringer ordrett slik informanten fortalte. Dialekt ble derimot fjernet og skrevet over i bokmål for ytterligere anonymisering av informantene. Intervjuene ble transkribert kort tid etter de fant sted for å ha intervjuet friskt i minnet. Vi fordelte det slik at hovedintervjueren hadde ansvar for å transkribere intervjuet, og til sammen tilsvarte det transkriberte materialet 67 sider med tekst. For å kunne transkribere lydopptak til råtekst ble OsloMet sine retningslinjer fulgt i henhold til sikring av data (Oslomet, 2020b).

### 3.8 Innholdsanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse er en systematisk prosess. Analyse av kvalitativ data består av å stille spørsmål til materialet, organisere og lese data i lys av dette. Dette innebærer også at man gjenforteller svarene på en systematisk, relevant og forståelig måte. I følge Malterud

krever analysen både nærhet og distanse (Malterud, 2017, s. 91-92). Denne analyseprosessen er inspirert av Graneheim og Lundman (2004) sin fremgangsmåte for innholdsanalyse av kvalitative data. Denne fremgangsmåten skiller mellom analyse som tar sikte på manifest mening, det teksten faktisk *sier*, eller latent mening, det som *blir snakket om*. Manifest innhold betyr dermed analyse av det som faktisk er skrevet og som fremgår som opplagte elementer. Latent innhold vil på den andre siden ta for seg analyse som tolker tekstens underliggende mening. Både manifest og latent innhold omhandler tolkning av tekst, men tolkningen varierer i dybde og abstraksjonsnivå (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennom vår analyseprosess er hovedvekten av de meningsbærende enhetene preget av latent mening. Kvinnene nevner ikke nødvendigvis akkurat hva som styrket deres kompetanse, men nevner ulike sider av hva som skal til for at de får tilegnet seg kompetanse. Mye baserer seg på hva de savnet under barseloppholdet sitt og med dette i bakgrunn påvirket hvordan de fikk styrket sin kompetanse.

I henhold til Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse er en av de mest grunnleggende beslutningene å velge en analyseenhet. Derfor er det besluttet i denne studien å betegne hvert intervju som en analyseenhet. Dataprogrammet NVivo ble brukt gjennom analyseprosessen som et hjelpemiddel.

### 3.8.1 Strategi for innholdsanalyse

Vi startet vår analyseprosess ved å lese gjennom det transkriberte materialet gjentatte ganger, og skrev ned stikkord for å danne et helhetsinntrykk av innholdet. Dette er i henhold til Graneheim og Lundman (2004) sin fremgangsmåte og ble gjort individuelt slik at begge var satt godt inn i innholdet av alt datamateriale. I analysen av innholdet i det transkriberte materialet startet prosessen med å trekke ut meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet er en samling av ord og setninger som inneholder samme aspekt eller kontekst knyttet til hverandre gjennom innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Denne prosessen ble gjennomført i fellesskap for å diskutere seg frem til en felles enighet om de meningsbærende enhetene som kunne være et ledd i prosessen med å svare på problemstillingen i studien. Videre ble de meningsbærende enhetene omgjort til koder ved direkte uthenting av datamaterialet i Nvivo. Da alle de meningsbærende enhetene var hentet ut og kodet, ble det gjennomført flere revideringsrunder. Koder fikk ny ordlyd og ble mer spisset mot hva den meningsbærende enheten bestod av og kan ses på som et verktøy for å se på meningene og

materialet i intervjuene på en ny måte (Graneheim & Lundman, 2004). Transkribering ble lest på nytt for å sikre at alle meningsbærende enheter var trukket ut, og veileder fra oslomet kom med tips og råd på veien.

Eksempel på veien fra meningsbærende enhet til kode:

**Tabell nr.1**

Meningsbærende enhet	Kode
men så var det akkurat det der med fysisk aktivitet de 6 første ukene som var om mor da. så det var jo egentlig bare det som var om mor. Men det var jo bedre enn ingenting, hehe. Jeg fikk i alle fall med meg mye av det hun sa akkurat der for det husker jeg veldig godt.	Fikk god informasjon om fysisk helse
Jeg hadde en veldig kjekk jordmorstudent som og var der en del i etterkant og hun følte jeg, jeg turte liksom å spørre hu, for at hu var ung og eh, og lett å snakke med så da tørte jeg liksom å spørre hun om det	En god relasjon gjør det lettere å spørre
Og det husker jeg jeg tenkte gjennom flere ganger når vi hadde hatt samtaler at det var sånn, det var så mye ting at det hadde vært greit å få noe skriftlig sånn at jeg kunne lest det i ettertid	Hadde satt pris på å få den muntlige informasjonen skriftlig i tillegg

Med utgangspunkt i kodene ble det utarbeidet subkategorier og kategorier. Via subkategorier abstraherte vi videre ut tre kategorier som skulle svare på vår problemstilling. Denne prosessen kaller Graneheim og Lundman (2004) abstraksjon og er kjernen i innholdsanalyse. Ved å samle koder som ligner eller uttrykker det samme i subkategorier og kategorier skapes en rød tråd mellom kodene og vi får et overblikk over de meningsbærende enhetene. Gjennom hele prosessen diskuterte vi materialet med veileder fra OsloMet, for å skape en enighet angående sorteringen av datamaterialet. For hver runde vi gikk igjennom transkripsjonene, kodene, subkategoriene og kategoriene ble det endret ordlyd og fjernet

meningsbærende enheter som ikke var relevante. Materialet som var likt ble satt sammen under samme kode eller subkategori, og kategoriene endret ordlyd gjennom flere vurderingsrunder. Til slutt var det 3 kategorier og 24 subkategorier som til sammen utgjorde vårt resultat.

Eksempel på veien fra subkategorier og kategorier

**Tabell nr.2**



### 3.9 Personvern og etiske overveielser

Før selve rekrutterings- og intervjuprosessen startet ble det søkt godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata, NSD, for å kunne gjennomføre studien. Bakgrunnen for denne søknaden var behovet for å innhente personopplysninger i form av navn, telefonnummer og epost-adresse. Søknaden inneholdt beskrivelse av prosjektet, den foreløpige intervjuguiden samt informasjonsskrivet til informantene. Den skriftlige informasjonen ble utarbeidet med utgangspunkt i NSD sin mal for informert samtykke og søknaden ble godkjent 07.06.21 med

prosjektnummer 102914 (se vedlegg 2).

Personvernet til kvinnene ble opprettholdt gjennom studien ved at de ikke ble nevnt ved navn når materialet presenteres som sitater. På denne måten sikret vi kvinnenes anonymitet og vernet om deres privatliv. Det kan tenkes at kombinasjonen av informasjon som kommer frem i det transkriberte materialet kan settes i sammenheng med kvinnene. Sannsynligheten for det var liten, men av hensyn til dette blir ikke det transkriberte materialet vedlagt. Alle de digitale lydopptakene og direkte personopplysninger slettes i etterkant av studien. Som nevnt under tidligere avsnitt fikk alle kvinnene samtykkeskjema som de signerte i forkant av intervjuene. Årsaken til at det ble gjennomgått på nytt var for at kvinnene skulle få mulighet til å trekke seg dersom de ikke lenger ønsket å delta. Det var også satt en tidsfrist for å trekke seg fra studien etter at intervjuet var gjennomført. Gjennom arbeidsperioden tilstrebet vi å holde et faglig og nøytralt standpunkt, og i resultatkapittelet var vi nøye på at tekst samsvarte med den informasjonen kvinnene ga.

## 4 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene presenteres. Resultatene er fra intervju med seks kvinner som har født i Norge. Alle var førstegangsfødende som hadde født 4-8 uker før intervjuet fant sted og hadde født på fem ulike sykehus i Norge. Det vil bli presentert 3 kategorier. Hvert avsnitt bygges opp med sitater fra selve intervjuet med kvinnene. I tabell nr. 3 vises det overordnede temaet, kategoriene og subkategorier som ligger til grunn for resultatene.

**Tabell nr. 3**

Tema Behovet for at kvinnehelse får et fokus og at informasjonen tilpasses den enkelte			
Kategori	Økt fokus på kvinnen	Tilrettelegging av omgivelser	En god relasjon til helsepersonell
Subkategorier	Ansvar for egen helse etter utskrivelse	Følte seg alene på barsel	En god relasjon forenkler det å spørre
	Informasjon om kvinnens helse som ble lite eller ikke informert om	Opplevde at helsepersonell ikke hadde tid	God opplevelse dersom helsepersonell tar seg tid
	Mer informasjon om hva man møter hjemme	Opplevde barsel som forvirrende	Informasjon som ble trukket frem som positivt
	Mer informasjon på andre steder enn barsel	Opplevde barsel som hektisk	Tiltro til at helsepersonell vet best
	Opplevde lite fokus på kvinnens helse	Savnet mer skriftlig informasjon	Informasjon som styrker kvinnens tro på seg selv
	Reflekterte over hvor lite informasjon man mottok	Vanskelig å huske informasjonen	
	Savnet informasjon om hvor man kan henvende seg etter hjemreise	Ønske om at helsepersonell tar seg tid til samtale	
	Savner svar på undersøkelser som ble gjort under innleggelsen	Ønske om et bedre tilrettelagt sted for å motta informasjon	
	Søkte opp informasjon om egen helse etter utskrivelse		
	Vanskelig å tenke på egen helse under barseloppholdet		
Ønske om bedre oppfølging etter hjemreise			



#### 4.1 Økt fokus på kvinnen

Resultatene viser at kvinnene opplevde at det var lite informasjon å få om egen helse på barselavdelingen. De uttrykte at de hadde ønsket seg mer informasjon som de kunne nyttiggjort seg av i barselperioden, og et økt fokus på egen helse under oppholdet på barselavdelingen. Et gjennomgående tema var opplevelsen av at informasjonen ble gitt gjennom korte samtaler, formidlet i forbifarten og at det var generelt et lite fokus rettet mot kvinnen. Derfor ønsket kvinnene at det skulle vært mer kontinuerlig informasjon under barseloppholdet. Opplevelsen av at det var lite fokus på kvinnens helse ble forsterket etter hjemreise fra sykehuset. Fra å bli fulgt opp tett på barselavdelingen til å stå alene med ansvaret uten tilstrekkelig kompetanse opplevdes som skremmende. En kvinne uttrykte denne overgangen som å bli kastet ut i noe hun ikke var klar for. Kvinnene opplevde også at det ikke var en klar struktur når det gjaldt å gi informasjon om deres helse, men når det kom til informasjon om barnet og amming var det derimot gode rutiner. Dette førte til at kvinnene opplevde at det var et klart fokus på barnet, og at det var lite rom for å skulle tenke på seg selv og egen helse. Opplevelsen av å ikke være i fokus ble også forsterket etter selve fødselen. På fødestuen opplevde kvinnene god, kontinuerlig informasjon underveis, at de bestemte og at kvinnene var i fokus hos helsepersonellet. Dermed ble kontrasten til barselavdelingen stor. En av kvinnene uttrykte det slik:

*«opplevelsen på fødestua var mer positiv i forhold til at jeg følte at jeg bestemte, det var jeg som var i fokus.»*

Under oppholdet på barselavdelingen følte kvinnene at de hadde fått tilegnet seg mye kompetanse om egen helse, og følte seg klare for å reise hjem og møte hverdagen. Det var først i etterkant av oppholdet at de forstod og reflekterte over hvor lite fokus det hadde vært på kvinnens helse. Hjemme hadde kvinnene tid og ro til å kjenne etter hvordan det stod til med kroppen og hvordan de hadde det. Det var derfor først etter hjemreise at de så sine egne behov. Som følge av dette kom flere spørsmål kort tid etter hjemkomst, og det var ingen fagkyndige å rette spørsmålene til. Kvinnene følte seg derfor veldig alene om ansvaret for egen helse. Kvinnene uttrykte et ønske om å få mer informasjon under barseloppholdet om hvor de kunne henvende seg i slike situasjoner når spørsmålene dukket opp. Fra å bli fulgt opp tett under svangerskapet og fødselen opplevdes overgangen til barselavdelingen og oppfølgingen der som et skille. Kvinnene reagerte på at barnet skulle følges opp tett på helsestasjonen med flere kontroller, mens de hadde kun et tilbud om kontroll like etter fødsel

og en seks-ukers kontroll. Det var mange spørsmål kvinnene skulle ønske de hadde stilt helsepersonellet på barselavdelingen når de først hadde anledning, men da de lå der visste de ikke hva de skulle spørre om. Dette var refleksjoner kvinnene kjente på i etterkant av oppholdet. To av kvinnene fortalte at de hadde fått mulighet til å stille noen spørsmål til helsesykepleier på barnets kontroll, men savnet å ha en egen person de visste de kunne henvende seg til. En kvinne uttrykte opplevelsen slik:

*«jeg føler vel egentlig at alt det kommer i etterkant... jeg fikk svar på det jeg trengte og spørre om der og da men det handlet jo ikke så mye om meg fordi at min kropp... jeg hadde akkurat født... men jo mer som jeg får det unna nå så kjenner...det er veldig mange ting jeg skulle...fått vite om som man trenger å vite om når man er der.»*

Kvinnene savnet mer konkret informasjon om hva som foregikk i kroppen etter fødselen. Temaer som renselse, sårtilheling, sting, intim hygiene, bivirkninger av jerntabletter, seksuell helse og forebygging av såre bryster og hvor lang tid kroppen bruker på å komme seg etter fødsel var informasjon kvinnene hadde behov for å vite mer om. Det var også et ønske om bedre informasjon om mentale utfordringer som var vanlig å kjenne på den første tiden, og hvilke hensyn de skulle ta med tanke på kroppen etter fødsel. Disse ønskene baserte seg på et behov for å stille bedre rustet til barseltiden hjemme. En av kvinnene uttrykte et behov for å få mer informasjon om hvordan det kunne være å komme hjem med en nyfødt baby, og hadde selv blitt overrasket over hvor utfordrende møtet med den nye hverdagen hadde vært. Opplevelsen av lite informasjon rundt barseltårer og barseldepresjon ble også vektlagt av kvinnene. De opplevde at det var mangelfull informasjon om dette, og det var vanskelig å vite hvor grensen mellom vanlige og unormale tanker gikk. Kvinnene syntes det derfor var vanskelig å vite hvor skillet gikk med tanke på når de skulle kontakte noen for ytterligere hjelp. Et annet tema kvinnene savnet mer informasjon om var komplikasjoner som kunne forekomme i barselperioden med tanke på infeksjoner som kan oppstå, og hva de eventuelt skulle gjøre om dette skjedde. En kvinne uttrykte opplevelsen av mangelfull informasjon slik:

*«Det er jo ingen som fortalte oss at ... du bør vente seks uker etter fødsel før man har samliv igjen ... Det ... har jeg forstått i etterkant at også er ganske kritisk informasjon med tanke på infeksjonsfare og sånne type ting.»*

Et viktig funn i resultatene var at kvinnene synes det var ubehagelig å ta opp temaer de anså som intime. Kvinnene påpekte at helsepersonellet ikke tok seg tid til å tilse sting og at dette var noe de måtte spørre om selv. Å spørre om tilsyn av noe så intimt opplevde kvinnene som

langt utenfor deres komfortsone. Det var også flere andre områder kvinnene opplevde som ubehagelige å spørre om da det ikke var tilrettelagt for at samtaler kunne gjennomføres på et egnet sted. Deriblant samtale om avføring etter fødsel, hemoroider og om de kunne gå med vanlig undertøy. En kvinne fortalte at hun ikke visste om hun burde holde en klut mot stingene når hun skulle på toalettet for å ha avføring, i frykt for at de skulle ryke. Dette var samtaler kvinnene ønsket at helsepersonellet skulle tatt initiativ til. Ved at helsepersonellet ikke tok opp disse temaene, tenkte heller ikke kvinnene på dette før de kom hjem. Det førte til at det heller ikke ble naturlig for kvinnene å invitere til slike samtaler for å få mer informasjon om egen helse mens de var på barselavdelingen. En kvinne uttrykte opplevelsen på denne måten:

*«man blir jo veldig usikker...hvis jeg presser nå ryker alt ned-i-der igjen liksom. For det kjennes jo litt sånn ut i starten. Du aner jo egentlig ikke hva som skjer der nede»*

Kvinnene mente det var for lite fokus på å informere om komplikasjoner etter fødsel som skulle følges opp på barselavdelingen, blant annet ulike prøver som ble tatt. En kvinne fortalte at det hadde blitt tatt flere prøver av henne mens hun lå på barselavdelingen, hvorpå hun aldri fikk svar på resultatene til tross for å ha etterspurt de flere ganger. En annen opplevde å ha høyt blodtrykk etter fødsel, men følte seg ikke tilstrekkelig informert om hva dette skyldtes og hva hun skulle gjøre videre med tanke på oppfølging. Dette ansvaret følte hun ble overlatt til henne til tross for at hun verken følte seg kompetent eller tilstrekkelig informert. Hun opplevde en stor bekymring over å ikke være informert av helsepersonellet om konsekvensene ved å gå med høyt blodtrykk over tid. Vannlatning og urinretensjon var også et tema kvinnene opplevde å ikke få nok informasjon om mens de lå på barselavdelingen. En kvinne fortalte om frustrasjonen hun kjente på ved at hun hele tiden ble oppfordret til å prøve å gå på do. Hun opplevde dette som masing fra helsepersonellet, og fortalte at det hadde vært lettere å forstå dette maset om hun hadde fått informasjon om hvorfor det var så viktig å prøve å tømme blæren. Hun fortalte det slik:

*«Nei, jeg husker jeg var ganske irritert på slutten på det der med tissinga fordi at ... det var nok fordi jeg følte jeg ikke fikk nok informasjon om hvorfor de gjorde det».*

## 4.2 Tilrettelegging av omgivelser

Det at sykehusene ikke var godt nok tilrettelagt for å gjennomføre samtaler var et viktig resultat i studien. Sensitiv informasjon ble snakket om på flermannsrom eller i korridoren da

det ikke fantes et mer egnet sted til dette noe som til at kvinnene unnlot å spørre om egen helse da de ikke ønsket at informasjonen skulle deles med fremmede til stede. En kvinne uttrykte at hun følte seg som «allemannseie» på sykehuset. Da hun skulle sjekkes eller informasjon skulle gis ble det ikke tilrettelagt for at dette kunne gjøres på et mer egnet sted. En annen kvinne fortalte at hun kjente på behovet for å opprettholde en fasade på flermannsrommet noe som gjort gjorde at det var vanskelig å stille private spørsmål. Kvinnene savnet at samtalene og undersøkelsene ble bedre tilrettelagt og gjennomført på et mer egnet sted. Flere hørte samtaler mellom helsepersonell og de andre på rommet, noe som skapte forvirring i flere situasjoner. Kvinnene ble usikre på om informasjonen naboen mottok også gjaldt dem. En kvinne reagerte på at jordmor skulle sjekke stingene hennes inne på flermannsrommet. Med kun et forheng mellom henne og kvinnen hun delte rom med opplevdes dette som ubehagelig, hvilket hun reagerte på. Kvinnene uttrykte et savn om tilrettelegging av omgivelsene slik at undersøkelser av privat karakter kunne gjøres på et annet rom. En kvinne fortalte om opplevelsen angående flermannsrom slik:

*«...selv om man står der i bleie og ikke har dusjet på en uke og alt er liksom dritt så prøver man fortsatt å holde en fasade. Og det er jo klart at når det i tillegg er en annen person inne på det rommet med sin baby og sin mann er det vanskelig å stille disse vanskelige spørsmålene da»*

Under oppholdet på barselavdelingen var det flere kvinner som opplevde at helsepersonellet ikke hadde tid til dem og at barselavdelingen var travel. Kvinnene synes det var vanskelig å vite hva de skulle spørre om og hvem de kunne stille spørsmål til. De som ikke hadde vært innlagt på sykehuset før opplevde disse dagene som forvirrende. Dette medførte at kvinnene kviet seg for å spørre om egen helse og heller ikke oppsøkte helsepersonellet når de trengte hjelp. Det var en felles opplevelse av at helsepersonell var opptatte og utilgjengelige, og at de ikke kom inn på rommet med mindre de hadde en spesifikk oppgave å utføre. Dette førte til at kvinnene vegret seg for å be om hjelp, og heller ikke fikk den informasjonen de hadde behov for om egen helse. De så at helsepersonellet hadde mye å gjøre og ønsket ikke å være en ekstra belastning, og unnlot derfor å tilkalle de mer enn høyst nødvendig. Informasjonen de mottok var oppstykket og opplevdes som tilfeldig, og ble gjerne gitt i bisetninger når helsepersonellet skulle utføre sine rutiner. Opplæringen kvinnene mottok var lite tilrettelagt og kvinnene måtte spesifisere at de ønsket at helsepersonellet skulle ta seg god tid, slik sikret kvinnene seg at de fikk den tiden de trengte til opplæring. Gjennom å tilrettelegge for bedre tid til opplæring følte kvinnene at de mestret oppgaven bedre og følte seg trygg på å skulle

gjennomføre oppgaven selv. To kvinner fortalte om opplevelsen slik:

*«Det var litt vanskelig å få tak i noen rett og slett. Selv om jeg skulle huke tak i noen i gangen, så du at nå er de på vei et sted..., de har ikke tid til noe tull på veien liksom»*

*«...på en måte når du opplever at de har så dårlig tid så får du på en måte... Terskelen blir høyere for å spørre om ting da.»*

Kvinnene opplevde at barselavdelingen ikke var tilrettelagt for at partner kunne være til stede under hele oppholdet. Dette gjorde at barseloppholdet opplevdes som ensomt. En kvinne fortalte at hun reiste hjem så fort hun fikk lov. Dette var på bakgrunn av at hun ikke opplevde å få tilstrekkelig med hjelp og følte seg alene på barselavdelingen. Hun forklarte videre at hun egentlig ikke følte seg klar for å reise hjem, men med to andre kvinner på rommet orket hun ikke tanken på å være der en natt til. Hun utdyper at hun selvfølgelig hadde et valg om å bli der lenger, men likevel ikke følte det var et valg. Å få muligheten til å være sammen når man mottar informasjon om egen helse trakk kvinnene frem som viktig slik at partner også hadde mulighet til å stille spørsmål. Dette åpnet også opp for at kvinnene hadde noen å snakke med rundt informasjonen som var gitt. En kvinne fortalte at partneren hennes aldri hadde fått mulighet til å stille spørsmål under besøket. Hun trakk frem at partneren også var viktig under barseloppholdet og at det ikke bare var hun som hadde fått et barn. En kvinne fortalte det slik: *«Du er i en egen boble og det der at du er, du er jo der alene uten partneren din også da så du har jo liksom ikke den å spille ball med heller og tenke høyt om, ja både om deg selv og babyen egentlig. Så sitter du jo bare der alene og hører på de andre på rommet.»*

Mangelen på søvn og mye oppstykket informasjon underveis gjorde det vanskelig å få med seg alt som ble sagt, og det var utfordrende for kvinnene å vite hvilken informasjon som var viktigst. Kvinnenes oppmerksomhet var rettet mot å bli kjent med barnet, som gjorde det vanskelig å få med seg det som ble sagt om egen helse. Kvinnene uttrykte at de ønsket å få med seg skriftlig informasjon hjem. Det hadde gjort det lettere å oppsøke informasjonen i etterkant av barseloppholdet. Et skriv som handlet om egen helse og hvor de kunne ta kontakt dersom det oppstod komplikasjon i etterkant av hjemreise. Det ble også fremhevet av kvinnene at deler av den skriftlige informasjonen de fikk før hjemreise var vanskelig å forstå da den var skrevet på et medisinsk faglig språk. Ved å tilrettelegge bedre for at den skriftlige informasjonen er på et språk kvinnene forstår vil det gjøre det lettere å forstå hva som skjer rundt egen helse. En kvinne fortalte det slik som dette:

*«...det står jo kanskje noe om det i papirene, men der står det jo ikke på norsk holdt jeg på å*

*si, der står det jo på latin hele brevet liksom..... og jeg får ikke spurt spørsmål om det, jeg kunne spurt hva betyr det her, men det hadde vært lettere hvis det stod litt mer på norsk da.»*

### 4.3 Gode relasjoner til helsepersonell

En god relasjon til helsepersonalet var viktig for at kvinnene skulle klare å tilegne seg nødvendig informasjon og kompetanse om egen helse. De synes det var lettere å stille spørsmål til den personen de hadde opparbeidet tillit til. I relasjonen var det viktig at helsepersonellet tok opp temaer og åpnet opp for at kvinnene kunne stille spørsmål tilbake. Ved å få grunnleggende informasjon om egen helse, på initiativ fra helsepersonellet, var det lettere for kvinnen å stille spørsmål senere, eller få muligheten til å tenke ut spørsmål knyttet til den tidligere samtalen. På den måten følte de seg komfortable med å spørre og opplevde ikke å være til bry. Slike situasjoner var veldig positive, og bidro til at kvinnene fikk økt sin kompetanse om egen helse. En kvinne fortalte det slik:

*«for meg er det optimale med tillit sånn som hun jordmorstudenten og atte de som kommer inn, de sitter og bryr seg om deg og har fokus på deg akkurat her og nå og ikke er opptatt med veldig mange andre ting... hatt et tilbud om at nå kan vi gå ut i en liten stund så hvis det er noe du lurert på så kan vi ta det der.»*

Kvinnene fortalte at de satte pris på tid til samtale med helsepersonellet som omhandlet kvinnen. Utreisesamtalen ble trukket frem som en god samtale, for her opplevde kvinnene å få relevant kompetanse som var viktig å vite. I denne samtalen opplevde flere av kvinnene en mulighet for å stille spørsmål og fortelle selv. Her opplevde kvinnene at de fikk en god relasjon til denne personen de snakket med. Det at helsepersonalet tok seg tid i utreisesamtalen til å informere om deres egen helse, og se dem som et individ var viktig for alle kvinnene. En kvinne nevnte spesifikt en informasjonssamtale med en fysioterapeut som hun opplevde som svært nyttig. I samtalen ble det informert om fysisk helse i barselperioden som hjalp å sette egne forventningene på et riktig nivå. En annen kvinne trakk frem at helsepersonellet fortalte at hun måtte stole på seg selv og sine instinkter. Dette rådet hadde hun stor nytte av i barselperioden. En kvinne fortalte om denne samtalen slik:

*"Jeg synes på en måte hjemreisesamtalen var fin fordi at det var den eneste stunden jeg følte at noen hadde tid til å snakke med meg på en måte.»*

Kvinnene trakk frem viktigheten av at helsepersonellet så dem i den nye situasjonen de stod i.

Ved å vise kvinnene forståelse for de utfordringene de opplevde den første tiden ved å være nybakt mor, førte til at kvinnene fikk følelsen av å være sett, hørt og forstått. At det ble vist forståelse for barseltårer og følelsene som kommer rett etter en fødsel var viktig for kvinnene. En slik forståelse skapte anerkjennelse for at det var greit å føle at ting var litt tøft og overveldende. To kvinner fortalte om dette behovet slik:

*«Men det er jo noe jeg skulle ønske liksom, gitt at de hadde sett at de hadde brukt tid på meg med tanke på det da. At liksom, at hvordan har du det...»*

*«Og den dagen barseltårene mine kom da var alt helt krise inne på rommet der og da kom det en sykepleier inn og hun så bare på meg og spurte «å nei, sitter du å gråter»...Det var liksom at det var rart. Jeg ble så overraska over at hun stilte spørsmålet på den måten...»*

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene fra studien diskuteres først, deretter vil kvaliteten på studiens metode diskuteres. Det overordnede temaet er *behovet for at kvinnehelse får et fokus og at informasjonen tilpasses den enkelte*. Det vi mener er de viktigste resultatene vil bli diskutert punkt for punkt; tid til å skape relasjon, behovet for økt fokus på kvinnens helse og behov for tilrettelegging når kvinnene skal motta informasjon.

### 5.1 Behovet for at kvinnehelse får et fokus og at informasjonen tilpasses den enkelte

#### 5.1.1 Tid til å skape relasjon og et større individfokus

Funn fra studien viser at en god relasjon til helsepersonell var viktig for at kvinnene skulle få styrket sin kompetanse om egen helse. Den gode relasjonen mellom kvinnene og helsepersonell var med på å skape åpenhet og tillit, som videre førte til at kvinnene turte å snakke om sin egen helse og stille spørsmål. Det var lettere for kvinnene å ta opp temaer med den personen de visste tok seg tid. Dette funnet viser hvor viktig det er at helsepersonell stiller seg tilgjengelig og åpner opp for at det skal kunne dannes en relasjon. En amerikansk studie ønsket å se på hvordan man kunne forberede og styrke kunnskapen til barselperioden. Studien peker på viktigheten av å tilstrebe kontinuitet blant helsepersonell da det var en viktig faktor for dannelse av relasjon og tillit. Kvinnene i den amerikanske studien fortalte at å møte en person de allerede hadde blitt kjent med tidligere førte til at de opplevde en lavere terskel for å stille spørsmål, og at det følte tryggere (Martin et al., 2014). En systematisk oversikt av Walker, Rossi og Sander (2019) undersøkte hvilke behov kvinner har for å mestre den nye rollen som mor i barseltiden. Studien tok for seg 19 artikler og funn viste at dersom kvinnene ikke opplevde en tilknytning til helsepersonellet, kunne dette påvirke negativt i overgangen til den nye rollen som mor. Kvinnene i studien til Walker et al. (2019) trakk også frem hvordan det å få informasjon fra helsepersonell opplevdes som mer pålitelig enn å søke opp informasjon selv, eller få det fra venner og familie. Dette støttes også av funn fra McLeish, Harvey, Redshaw og Alderdice (2021) sin kvalitative studie hvor de så på hvordan førstegangsmødre opplevde støtte fra helsepersonellet på barselavdelingen. Funn fra studien viste at kvinnene opplevde større tillit til informasjon som ble gitt av helsepersonell fremfor informasjon gitt av venner og familie. Funn fra studiene til Martin et al. (2014), Walker et al. (2019) og McLeish et al. (2021) underbygger våre funn som peker på at det er viktig at



helsepersonell er bevisst på relasjonsbygging. Relasjon og tillit til helsepersonell kan også sees i lys av teorien om helsekompetanse. Ved at helsepersonell bygger relasjon til kvinner på barselavdelingen øker man forutsetningene for at de kan øke kompetansen om egen helse. Selv om informasjon om kvinnens helse er tilgjengelig på internett vil det muligens aldri kunne erstatte kompetansen til helsepersonellet. Det er derfor viktig å danne en relasjon til kvinnene på barselavdelingen for å at de skal få en følelse av trygghet og tillit. Det opplevdes som styrkende for kvinnene i studien vår da helsepersonell ga informasjon, viste seg tilgjengelig og svarte på spørsmål. Denne styrken kunne kvinnene ta med seg videre inn i barselperioden, og helsepersonell hadde brukt samtale og relasjonsbygging som et verktøy for å skape empowerment og helsekompetanse.

Kvinnene ønsket å bli sett på som individer mens de lå på barselavdelingen. Å bli sett som et individ var en viktig faktor for å oppleve at informasjonen de mottok var relevant for dem, og for å få styrket sin kompetanse. Barselkvinner er ikke en homogen gruppe, men kommer med ulike forutsetninger for å omfavne og takle den nye rollen som mor. Det er derfor viktig å se på kvinnene med et individuelt fokus. Kvinnene i studien opplevde å få informasjon i forbigarten, og at det var tilfeldig hvilken informasjon som ble gitt. Dette førte til at individfokuset forsvant og kvinnene opplevde at de ikke ble sett. Utreisesamtalen ble trukket frem som en positiv opplevelse da kvinnene følte seg sett og hørt. Dette var en samtale der helsepersonellet satte seg ned og ga kvinnene tid på tomannshånd. Viktigheten av å bli sett som et individ støttes opp av flere andre studier (Coates et al., 2014; McLeish et al., 2021; Persson et al., 2011; Wiklund et al., 2018). Studiene påpeker på viktigheten av et individfokus. McLeish et al. (2021) sin studie så på hvordan førstegangsmødre opplevde å få støtte fra helsepersonell på barselavdelingen, og funn viste at kvinnene følte seg verdsatt når det ble satt av tid til dem. Dette viser også funn fra Persson et al. (2011) sin studie som undersøkte hva som påvirket kvinners opplevelse av trygghet den første uken etter fødsel. En kvalitativ studie av Coates et al. (2014) undersøkte hvilke følelser kvinner kjente på som nybakt mor, og resultatet viste at mange av de følte seg oversett av helsepersonellet på barselavdelingen. Dette underbygger viktigheten av at kvinner blir sett og hørt mens de er på barselavdelingen for å styrke opplevelsen av individfokus. Ved å ta seg god tid til individuelle samtaler om kvinners helse kan det føre til at de får styrket sin kompetanse. Barselkvinnene vil da oppleve at helsepersonellet vil hjelpe dem på veien videre, og at informasjon som gis er rettet til deres helse. Ved å tilrettelegge for bedre individuell oppfølging vil kvinnene ifølge vår studie få styrket sin kompetanse om egen helse for det blir

lettere å stille spørsmål og danne en relasjon til helsepersonellet som er på jobb.

Resultatene viser at kvinnene opplevde barselavdelingen som travel og hektisk, og at helsepersonellet ikke kom inn på rommet så fremt de ikke måtte. Dette opplevde kvinnene som svært hemmende for å kunne tilegne seg nok kunnskap og kompetanse om egen helse. Kvinnene kviet seg for å etterspørre informasjon fordi de ikke ønsket å være til bry. Dette resulterte i at kvinnene ikke ringte på når de trengte hjelp eller hadde spørsmål. De opplevde heller ikke at helsepersonellet hadde tid til å sette seg ned å snakke eller informere om kvinnens egen helse. Dette funnet støttes av en systematisk oversikt av Wiklund et al. (2018) som undersøkte hvordan foreldre blir informert, og hvordan de oppnår trygghet under oppholdet på sykehuset. Denne studien viste at 35% opplevde at helsepersonellet ikke hadde tid til å lytte, og at dette reduserte mulighetene for å ta opp viktige temaer (Wiklund et al., 2018). Disse funnene støttes av Persson et al. (2011) og Barimani og Vikström (2015) sine studier som viste at kvinnene ble stresset av at helsepersonell ikke hadde tid og at det var travelt på avdelingen. Kvinnene i disse to kvalitative studiene ønsket at det hadde vært flere muligheter til å stille spørsmål eller få den hjelpen de trengte mens de lå på sykehuset (Barimani & Vikström, 2015; Persson et al., 2011). I en studie av McKellar, Pincombe og Henderson (2002) intervjuet de førstegangsfødende kvinner via fokusgruppeintervju. Gjennom intervjuene kom det frem at kvinnene opplevde at helsepersonell ikke hadde tid til å veilede og informere dem, og at dette påvirket deres opplevelse av økt kunnskap. Funnene fra disse fire studiene samsvarer med det som kom frem i vår studie. Opplevelsen av at helsepersonellet hadde dårlig tid preget kvinnenenes opplevelse av å få tilegnet seg nok kompetanse før hjemreise. Ved at helsepersonellet ikke hadde tid til å informere kvinnene om deres helse, resulterte det i at kvinnene reiste hjem uten nok kompetanse for å møte barseltiden hjemme. I lys av teorien om helsekompetanse er det derfor essensielt at helsepersonellet setter av nok tid til å øke kvinners kompetanse. Teorien om helsekompetanse baserer seg på å ta velinformerte valg hvor man innehar nok kunnskap til å kunne ta en beslutning som man mener selv er best (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). En systematisk litteraturstudie så på virkningen av helsekompetanse opp mot generell kvinnehelse. Denne studien viste at kvinners helsekompetanse vil påvirke valgene de tar når det kommer til seg selv, barnet og familien (Corrarino, 2013). Ved å prioritere tid til kvinnene på barselavdelingen og informasjon om egen helse kan det føre til en styrket kompetanse, og møte det behovet kvinner opplever at de har.

### 5.1.2 Behovet for økt fokus på kvinnens helse

Det fremkommer i studien at kvinnene hadde et behov for økt fokus på egen helse mens de var på barselavdelingen. Kvinnene opplevde at helsepersonellet hadde mest fokus rettet mot barnet. De opplevde derfor at deres egen helse ble nedprioritert, og dette svekket muligheten for å økt kompetansen. Informasjon om deres helse ble gitt tilfeldig, noe som førte til at kvinnene fikk en oppfatning av at det ikke var viktig å kjenne etter hva som skjedde i deres kropp etter fødsel. Fokuset lå heller på å bli kjent med barnets signaler, håndtere barnet og bli kjent med den nye rollen som mor. På barselavdelingen opplevde kvinnene at det ikke var tid å bli kjent med både barnet sitt og sin egen kropp på samme tid, og dette skapte en form for interessekonflikt. Kontrasten fra fødestuen til barselavdelingen ble dermed stor etter å ha hatt en- til- en oppfølging, fått mye relevant informasjon hele veien og vært hovedfokuset til jordmor. Kvinnene opplevde at de ikke lenger var like viktige på barselavdelingen, da det var flere personer som hadde ansvar for kvinnene, og de måtte dele fokuset med flere andre personer, samt sitt eget barn. Det at barselavdelingen har mest fokus på barnet og at kvinnene ønsket et delt fokus fremkommer også i andre studier (Buurman & Lagro-Janssen, 2013; Martin et al., 2014; Persson et al., 2011). I en svensk kvalitativ studie av Persson et al. (2011) undersøkte de hvilke faktorer som førte til at kvinner opplevde en form for trygghet den første uken etter fødsel. Et av funnene fra den svenske studien var kvinnenes opplevelse av at helsepersonellet kun hadde fokuset sitt rettet mot barnet, og at deres ønske om å bli undersøkt selv ikke ble møtt (Persson et al., 2011). I Buurman og Lagro-Janssen (2013) sin kvalitative studie fra Nederland undersøkte de kvinners plager med bekkenbunnen og når de oppsøkte hjelp for disse plagene. Det kom frem i studien at kvinnenes fokus hadde vært på barnet, og siden helsepersonellet ikke rettet fokuset mot kvinnens helse ble signaleffekten at kvinnene ikke hadde fokus på seg selv. Dette medførte at de brukte lang tid på å oppsøke hjelp for plagene sine da de tenkte at det var normalt å ha det sånn etter fødsel (Buurman & Lagro-Janssen, 2013). Dersom barselavdelingene i Norge legges opp slik at det blir tilrettelagt for et større fokus på kvinners helse, bidrar det også til at de må reflektere mer over dette temaet selv. Helsepersonellet får signalisert til kvinnene at de må rette mer fokus over til seg selv fremfor fullt fokus på barnets helse. På denne måten vil helsepersonellet legge opp til at kvinnene må tenke mer på barseltiden videre når det omhandler egen helse, og ta mer initiativ for å øke sin kompetanse.

Resultatene viser at kvinnene synes det var vanskelig som førstegangsmødre å vite hva de skulle eller burde spurt om mens de var på barselavdelingen. Det var flere temaer de fikk

kunnskap om ved at de tilfeldig spurte om ting. Til tross for dette var det mye kvinnene opplevde etter hjemreise at de burde spurt om, men som ikke falt dem inn å spørre om mens de lå på barselavdelingen. Kvinnen uttrykte at det ikke trengte å være lange samtaler med mye informasjon, men heller kortere og konsise samtaler for å få i gang en tankeprosess ved hjelp av helsepersonellet. Kvinnene i studien opplevde at helsepersonellet ikke tok opp relevante temaer på eget initiativ. Dette medførte at de heller ikke visste hva de burde lure på eller skulle spurt om. Våre funn samsvarer med funn fra tidligere studier. En kvalitativ studie av McLeish et al. (2021) undersøkte hvordan førstegangsfødende opplevde å bli støttet av helsepersonellet under oppholdet på barselavdelingen og viste at kvinnene i studien ikke visste hva de skulle spørre om, og ønsket å få informasjon underveis. Dette funnet støttes også i en kvalitativ studie av Carolan (2007) hvor forfatteren så på informasjonsbehovet til førstegangsfødende under oppholdet på barselavdelingen. Et av funnene var at kvinnene ikke visste hva de burde spurt om da helsepersonell var tilgjengelig (Carolan, 2007). I en studie av Buurman og Lagro-Janssen (2013) viste funnene at kvinnene ønsket flere direkte spørsmål, og at det var helsepersonellet som satte agendaen for hvilke temaer kvinnene burde fokusere på. Oppholdet på barselavdelingen er preget av mye ny informasjon gjennom hele oppholdet (Helsedirektoratet, 2014). Dersom helsepersonellet hadde tatt initiativ til flere samtaler om kvinners kropp og helse, kunne dette ført til at flere kvinner hadde fokusert på disse temaene selv. Helsepersonell må tilrettelegge for at kvinnene skal tenke og reflektere på egenhånd. På denne måten kan helsepersonell styrke deres helsekompetanse, ifølge kvinnene fra vår studie. Dette bidrar til økt tilegnet kunnskap om egen kropp og styrkes av teorien om empowerment. Dette øker forutsetningene kvinnene har til å ta egne og veloverveide valg senere.

Kvinnene i studien hadde et større behov for informasjon enn hva de fikk mens de lå på barselavdelingen. Dette behovet ble forsterket da kvinnene kom hjem, for her møtte de en hverdag rundt egen helse de ikke hadde nok kunnskap om. De ytret et behov for mer konkret informasjon om de fysiske, seksuelle og mentale endringene som var vanlige og normale etter fødsel. Til tross for å ha hatt flere samtaler hvor denne informasjonen skulle være i fokus, opplevde ikke kvinnene at de hadde tilstrekkelig informasjon om egen helse. Noen av kvinnene hadde vært på en felles samtale for mødre, noen hadde fått en utreisesamtale og noen hadde kun fått informasjon i bruddstykker. Likevel opplevde ikke kvinnene at dette var nok til å føle at de hadde tilegnet seg den kompetansen om egen helse som de hadde behov for. Flere andre studier peker mot lignende funn som viser at kvinner ikke er godt nok informert om egen helse på barselavdelingen (Buurman & Lagro-Janssen, 2013; Martin et al.,

2014; McLeish et al., 2021; Slomian et al., 2017; Wiklund et al., 2018). Våre funn støttes av en systematisk oversikt av Wiklund et al. (2018) som ønsket å se på hvordan informasjon til barselkvinner kunne gi økt følelse av trygghet. Den systematiske oversikten inkluderte 10 artikler, og fant ut at kvinnene og deres partnere opplevde at informasjonen som ble gitt ikke alltid var konsis eller relevant noe som preget deres opplevelse av trygghet. I en kvalitativ studie av Martin et al. (2014) ønsket forfatterne å se på ulike faktorer som styrket kvinner i rollen som mor og det som skjer i barseltiden. Resultatene i studien viste at kvinnene opplevde å ikke være godt nok forberedt på hva som skjedde med kroppen etter fødsel, og at informasjonen som var gitt ikke tilfredstilte deres behov for informasjon. En studie av McLeish et al. (2021) peker mot at kvinnene ønsket mer konsis og viktig informasjon slik at de var mer forberedt på tiden hjemme. Slik kunne de lettere ta velvurderte valg når det kom til å løse rollen som ny mor. Funnene fra disse tre studiene viser at det ikke bare er kvinnene i vår studie som savnet å få mer informasjon om egen helse. Retningslinjene for barselomsorgen i Norge er klare og tydelige i sine anbefalinger om hvilke temaer kvinner skal informeres om før hjemreise for å sikre en visst kunnskapsnivå (Helsedirektoratet, 2014). Ved å følge disse retningslinjene kan helsepersonell sikre at kvinnene mottar grunnleggende informasjon, men må også se på de individuelle forskjellene og tilpasse informasjonen etter dette. Vår studie tyder på at det er et generelt problem at kvinner opplever å ikke motta god nok informasjon når det kommer til sin egen helse, og støtter opp under samme funn som den norske brukerundersøkelsen viser til (Holmboe & Sjetne, 2018). Denne brukerundersøkelsen viser at barselkvinner opplever å ikke å motta nok informasjon om egen helse (Holmboe & Sjetne, 2018). Dersom helsepersonell informerer og snakker med kvinnene kan de bruke kommunikasjon som et verktøy for å styrke kompetansen deres. Denne informasjonen kan øke kvinnes forutsetninger for å forstå hva som skjer med egen kropp i barseltiden. Kommunikasjon kan derfor ses i lys av helsekompetanseteorien som viser at kommunikasjon er essensielt for å øke kvinners helsekompetanse og styrke deres mulighet for å ta egne valg som omhandler kroppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Kvinner kan dermed få kunnskap og innsikt i hva som foregår, hva som skjer på barselavdelingen og hva de kan forvente både fysisk, seksuelt og mentalt. Dette vil igjen føre til at de føler seg styrket i sin nye rolle som mor og føle seg mer klar til å håndtere de utfordringene det medfører å være forelder for første gang.

### 5.1.3 Behov for tilrettelegging når kvinnene skal motta informasjon

Resultatene viser at det var et behov for å tilrettelegge for mer privatliv på barselavdelingen for at kvinnene skulle tørre å snakke om egen helse. Kvinnene mottok informasjon de anså som svært sensitiv med andre til stede på rommet. Mangelen på muligheten for å tilrettelegge for private samtaler førte også til at flere kviet seg for å stille spørsmål da de ikke ønsket at noen skulle overhøre samtalen de hadde med helsepersonellet. Med kun en tynn gardin mellom seg selv og andre på rommet var det flere temaer de ikke turte å ta opp. Det kom frem i intervjuene at det var særlig temaer som kvinnene anså som private og intime som var utfordrende å spørre om med andre på rommet. Dette kunne være å få tilsett sting eller spørsmål rundt første avføring etter fødsel. Kvinnene ble heller ikke tatt med ut av rommet for å få informasjon, noe de gjerne ønsket. Dette betydde at all informasjon kvinnene fikk, ble gitt inne på rommet med andre til stede. Gjennom Helsepersonelloven skal helsepersonell hindre at uvedkommende får tilgang til opplysninger om folk legems- eller sykdomsbilde (Helsedirektoratet, 2014, 2019a). Dermed kan det settes spørsmålstegn ved hvordan taushetsplikten overholdes når kvinnene ligger på flermannsrom, og ikke blir tatt med ut av rommet for å motta informasjon. Sykehuset har et ansvar for å tilrettelegge forholdene slik at helsepersonell kan utføre forsvarlig helsehjelp uten å røpe taushetsbelagt informasjon om en pasient i påhør av andre pasienter, og eventuelt pårørende som er til stede (Eilertsen, 2015). Samtidig var ikke barselavdelingene på sykehusene tilrettelagt for at kvinnene kunne ha enerom. Det må derfor tilrettelegges bedre for at det skal finnes et egnet sted slik at kvinner kan få informasjon. Ved at sensitiv informasjon gis på et rom med andre til stede kan det diskuteres hvordan dette påvirker deres mulighet for økt helsekompetanse. Gjennom bedre tilrettelegging på barselavdelingen når informasjon skal gis åpner man opp for at kvinnene kan stille spørsmål og vil på denne måten få økt sin helsekompetanse.

Resultatene fra studien viste at kvinnene hadde et behov for mer tilrettelegging når det kom til å motta og huske den informasjon som ble gitt. Disse tilretteleggingene handlet om muligheten for å ha partner til stede, men også å motta informasjon skriftlig. Mangel på søvn og tilpasningen av den nye livssituasjonen medførte at informasjon som ble gitt, fort ble glemt. Derfor hadde kvinnene et ønsket om at partner skulle få lov til å være mer til stede slik at de hadde en person å diskutere de ulike temaene med. Sammen kunne de ha reflektert rundt det som ble sagt, tenkt ut flere spørsmål rundt kvinnens helse og sammen fått svar på det de hadde av spørsmål. Gjennom å få informasjonen skriftlig i tillegg hadde paret hatt et sted å lete frem igjen informasjonen etter utskrivelse fra barselavdelingen. I en systematisk

oversikt av Wiklund et al. (2018) viste funnene at partner sin deltagelse og tilstedeværelse skapte trygghet inn i rollen som foreldre og at det var viktig at helsepersonell så begge parter som like viktige. Lignende funn ble gjort i den svenske kvalitative studien til Persson et al. (2011) som viste at dersom partneren fikk være mest mulig til stede økte følelsen av tosomhet og styrket paret i troen på at dette var noe de skulle mestre sammen. En studie utført av Slomian et al. (2017) undersøkte hvordan kvinner bruker internett for å innhente informasjon i tiden etter fødsel. Studien til Slomian et al. viste at 63,5% av kvinnene måtte søke opp informasjon om egen helse etter de hadde kommet hjem. Studien drøfter ikke årsaken til at kvinnene søkte opp informasjon, men belyser behovet for å kunne hente opp igjen informasjon som er gitt (Slomian et al., 2017). Ved å se på disse studiene opp mot funn fra vår studie ser man at partner spiller en viktig rolle for kvinnene, og gir dem trygghet. Kvinnene i vår studien uttrykte nytten av å få den muntlige informasjonen skriftlig i tillegg. På denne måten kunne de se tilbake på informasjon som var gitt etter hjemreise. Helsepersonell har et ansvar om å forsikre seg om at mottakeren forstår det som blir sagt og gitt av skriftlig informasjon (Helsepersonelloven, 1999). Ved å gi informasjon til kvinnene og deres partnere, og i tillegg gi informasjon skriftlig, tilrettelegger helsepersonell for at de kan øke sin helsekompetanse også etter hjemreise. I de tilfellene hvor den skriftlige informasjonen ikke har blitt forstått, kan det stilles spørsmålstegn ved om helsepersonell har utført sitt lovpålagte ansvar. Det lovpålagte ansvaret innebærer å forklare hva som står i papirene, og at den tilpasses kvinnens nivå (Helsepersonelloven, 1999). Det ville vært en styrke for både kvinnene og deres partnere å ha hørt informasjonen om kvinnens helse på barselavdelingen og kan være en trygghet ved at de ikke er de eneste som skal huske informasjonen. I tillegg har de en person å spørre i etterkant som kanskje husker informasjonen de selv har glemt. Disse funnene kan ses i lys av empowerment teorien. Ved å tilpasse informasjonen som skal gis møter helsepersonellet kvinners behov, og styrker deres kunnskap om egen helse. Dette kan muligens føre til en økt grad av empowerment (Menage et al., 2020). Ved å forsikre seg om at informasjonen som er gitt, også har blitt forstått, styrker man kvinnene både med tanke på økt helsekompetanse og empowerment. Dette styrker kvinnene i å kunne ta riktige og viktige valg om egen helse videre.

## 5.2 Troverdighet i kvalitativ forskning

For å belyse studiens troverdighet vil det diskuteres gyldigheten, påliteligheten og overførbarheten til studien. Det vil i følgende kapittel drøftes hvordan disse punktene er fulgt.

Gjennom å gjøre dette vil det belyses styrker og svakheter ved studien.

### 5.2.1 Gyldighet

Gyldigheten til en studie omhandler hvordan datasamlingen og analysen til studien er gjennomført (Graneheim & Lundman, 2004). Fremgangsmåten i studien er tydelig beskrevet tidligere gjennom inklusjonskriterier, rekruttering, datainnsamling og analysen som er gjort underveis. Kvalitativ metode har vist seg å være den rette metoden å benytte, da vi ønsket å undersøke kvinners opplevelser.

Datamaterialet som er innhentet i forbindelse med studien er begrenset da det kun var seks deltagere. Informantene ble rekruttert og intervjuet over en to ukers periode. Grunnet tidsbegrensning og manglende mulighet til å kontakte kvinner direkte kan det diskuteres om utvalget av informanter og antallet hadde vært annerledes om rekrutteringen hadde vart over en lengre periode. Det ble innhentet rikelig med datamateriale for å kunne besvare studiens formål og svare på problemstillingen, men man kunne til fordel hatt enda flere informanter for å få et enda rikeligere datamateriale. Til gjengjeld mener Malterud at man kan ha en høy informasjonsstyrke med få deltakere dersom datamaterialet er rikt nok (Malterud, 2017, s. 63-64). I følge Graneheim og Lundman (2004) er det ønskelig å få deltakere med ulike erfaringer da dette øker muligheten til å belyse ulike aspekter ved temaet. Kvinnene i studien hadde født på ulike sykehus som kan være med å styrke studiens gyldighet. På den ene siden kunne det vært enda større geografiske ulikheter på hvor i landet sykehusene var. Derimot handler ikke kvalitative design om å finne svar som kan overføres til en hel befolkning eller ha et representativt utvalg. Det skal heller være et godt nok utvalg til å kunne belyse problemstillingen og styrke den interne validiteten (Malterud, 2017, s. 66-68). Ved å ha en større variasjon på hvor i landet kvinnene hadde født, ville det muligens belyst om det var ulikheter på opplevelsene kvinnene satt igjen med basert på geografiske forskjeller.

Til tross for at kvinnene fødte på ulike sykehus, hadde alle lignende opplevelser når det kom til å motta informasjon om egen helse. Det kan derfor diskuteres hvilke kvinner som ønsker å bidra i en studie om dette emnet. På den ene side vil kvinner som er fornøyde med sitt opphold på barselavdelingen kunne ønske å bidra for å belyse de positive opplevelsene om temaet. På en annen side siden kan det diskuteres om det kun er kvinner med negative opplevelser som ønsker å delta på en slik studie for å belyse hvorfor det er viktig å øke



fokuset på kvinnehelse. Dette vil også kunne påvirke hvilket resultat man sitter igjen med.

I intervjusituasjonen ønsket alle kvinnene å gjennomføre intervjuet via Zoom, men det var ikke alle som ønsket å ha kameraet på. Det kan diskuteres om dette kan være en svakhet ved innhenting av materialet da det ikke var mulighet til å tyde kroppsspråket til kvinnene underveis som er en vesentlig del av intervjuprosessen. Samtidig kan gjennomføringen av intervjuene via Zoom ha ført til at flere følte seg mer avslappet fordi det ble utført der kvinnene selv ønsket. Kvinnene trengte heller ikke bekymre seg for hvordan miljøet rundt dem var. Dette kan ha ført til at kvinnene snakket mer fritt og åpnet seg mer opp, og etter vår mening kan ha ført til en økt gyldighet. Derimot mistet man mye av det non-verbale språket, og den gode relasjonen til kvinnene blir ikke like lett å skape underveis i intervjuet.

Kontakten med kvinnene i forkant hadde kun vært via e-post eller tekstmelding før de skulle intervjues. Gjennomføringen via Zoom var også utfordrende til tider da det periodevis var ustabil internett som skapte en dårligere flyt i samtalen. Tenkepausene til kvinnene kom ikke like tydelig frem, spesielt for de som ikke hadde på kamera, og oppfølgingsspørsmål ble derfor spurt før kvinnen var ferdig med å svare. Dette ble vi mer bevisst på gjennom intervjuene. Det kan derfor diskuteres om dette medførte et mindre rikt materiale og om dette påvirker studiens gyldighet.

Transkriberingen av intervjuene ble gjennomført fortløpende, og begge forfattere leste gjennom det transkriberte materialet flere ganger. Det ble diskutert hva som kom frem i materialet i flere omganger for å sikre at alt materialet som kunne belyse problemstillingen var tatt med. Ved å være to om denne prosessen sikret vi at det ble reflektert grundig underveis og at innholdet som kunne svare på problemstillingen ble fanget opp. I følge Malterud (2017, s. 100) er det en stor fordel å være to om denne prosessen slik at flere nyanser blir fanget opp. Graneheim og Lundman (2004) trekker frem viktigheten av å velge ut riktige meningsbærende enheter for å svare på temaet som forskes på. De trekker også frem viktigheten ved at kategoriene som dannes er i tråd med temaet. Problemstillingen er viktig å tenke på i denne prosessen slik at det hentes ut datamateriale som kan belyse ulike sider av den. Det skal hele tiden være røtter tilbake til temaet og kodene når kategoriene dannes. De meningsbærende enhetene ble hentet ut av det transkriberte materialet i flere omganger for å sikre at alt viktig materiale kom med. I fremvisningen av resultatene er det tatt med sitater fra informantene for å underbygge funn fra studien. Det må påpekes at noen av sitatene kan ha hatt en annen betydning enn det forfatterne mener de har. Vi har derfor

vært bevisste gjennom hele analyseprosessen på vårt ståsted og vært kritiske til at de meningsbærende enhetene har samsvart med problemstillingen. Datamaterialet og analyseprosessen har blitt diskutert mye mellom forfatterne, med lærere og med medstudenter. Dette har ført til en felles forståelse av materialet som er plukket ut til studien og at innholdet har blitt forstått på lik måte. Dette styrket studiens gyldighet.

### 5.2.2 Pålitelighet

Pilotintervjuet som ble gjennomført i forkant av intervjuene kan ha styrket studien. Selv om intervjuet ikke er inkludert i resultatene, hjalp det oss i rollen som intervjuere med å få en introduksjon på hvordan et forskningsintervju skulle gjennomføres. Vi ble tryggere på hvordan det var å tre inn i rollen som intervjuer, og vi fikk prøvd det tekniske utstyret. Dette medførte at det ikke ble noen problemer med dette under intervjuene. Det kan diskuteres om det kunne ha styrket studien ytterligere om det hadde blitt gjennomført enda et pilotintervju før studieintervjuene startet. Dette kunne ført til at intervjuerne hadde blitt ytterligere trygget i sin rolle da vi merket en forskjell på gjennomføringen av de første intervjuene til de siste. Laake, Olsen og Benestad (2008) trekker frem at samtalen i et kvalitativt intervju gjerne skal ha mest mulig naturlig flyt fremfor å følge intervjuguiden slavisk. Som intervjuere merket vi at det var lettere å følge en naturlig flyt etter å ha gjennomført et par intervjuer. På denne måten kunne det med fordel ha blitt gjennomført et pilotintervju til for å løsrive oss fra intervjuguiden raskere. Dette kunne ført til at informanten hadde følt seg enda friere under intervjuet og ført til et rikeligere datamateriale.

Selve datainnsamlingsprosessen foregikk over en periode på 14 dager. Intervjuguiden ble utarbeidet i samråd med veileder. Alle spørsmålene i intervjuguiden ble fulgt opp, slik at kvinnene fikk de samme temaene som skulle besvares. Slik ble vårt metodevalg for semistrukturerte intervju fulgt, og intervjuguiden ble ikke endret underveis i datainnsamlingsprosessen. Det som derimot endret seg gjennom intervjuene var blant annet intervjuerne. Vi utviklet oss gjennom intervjuprosessen og ble tryggere i rollen som førte til at det ble lettere å stille relevante oppfølgingsspørsmål og få mer informasjon fra kvinnene med tanke på problemstilling. Det kan dermed diskuteres om det hadde vært en fordel å ha gjennomført intervjuene over en lengre tidsperiode for å få enda mer relevant informasjon fra våre informanter. Rollene vi inntok som hovedintervjuer og observatør beholdt vi gjennom hele prosessen. Observatøren kom kun med innspill og noen få oppfølgingsspørsmål

underveis i intervjuene.

De endringene som ble foretatt underveis i datainnsamlingsprosessen var antall uker etter fødsel intervjuene fant sted. Det startet med å skulle rekruttere kvinner som hadde født 6-8 uker i forkant av intervjuene. Dette ble endret til 4-8 uker grunnet antall kvinner som meldte seg og ønsket å delta. Ved å endre dette kriteriet fikk vi rekruttert flere kvinner. Vi reflekterte rundt denne endringen, og hvordan det eventuelt kunne påvirke materialet vi fikk og konkluderte med at det ikke ville utgjøre store forskjeller. Hadde studien pågått over lengre tid, hadde vi også hatt lengre tid til rekrutteringsprosessen og kunne rekruttert flere kvinner innenfor det første inklusjonskriteriet som var satt.

Å utøve refleksivitet og være bevisst i rollen som forsker underveis i en slik studie er vesentlig slik at man ikke forsøker å lede informanten eller datamaterialet (Malterud, 2017, s. 44-46, 69). Gjennom denne studien har vi vært bevisste på vår rolle som jordmorstudenter og sykepleiere, i tillegg til vår forforståelse om emnet. Slik reduserte vi sannsynligheten for å at vi påvirket datamaterialet og intervjuprosessen i minst mulig grad. Rollen som jordmorstudenter kan potensielt oppleves av kvinnene som at vi representerer fødselsomsorgen, og kan dermed ha påvirket svarene vi fikk i intervjuet. Vi forsøkte å redusere vår påvirkning ved å la kvinnene fortelle selv uten ledende spørsmål fra oss. Ved at kvinnene fikk bestemme hvordan de ønsket å gjennomføre intervjuet, enten fysisk oppmøte eller via Zoom, kan dette ha ført til at de følte seg tryggere og åpnet seg mer opp. Kvinnene fikk ikke informasjon om hvor vi jobbet eller hadde vært i praksis, kun hvilken skole vi studerer ved. Det ble også tydeliggjort at alt som ble sagt av hensyn til personvern var taushetsbelagt, slik at kvinnene skulle få tillit til oss og føle at de kunne åpne seg opp før selve intervjuet startet.

### 5.2.3 Overførbarhet

Studiens overførbarhet skal være opp til hver enkelt leser å bedømme (Graneheim & Lundman, 2004). På bakgrunn av tidligere redegjørelse av studien vil leseren selv bestemme omfanget av overførbarhet av våre funn. Det er redegjort for utvalget vårt tidligere i studien. Det har ikke vært et mål å få til et utvalg som kan gi et fullstendig svar, men belyse ulike aspekter ved hvordan kvinner har fått styrket sin kompetanse på barselavdelingen. Studien er kvalitativ, og dermed vil svarene fra våre kvinner kun gjelde for dem. Innholdet er rikelig og

kvinnene var ulike med tanke på variasjon på fødested, hvor i landet de fødte og at de hadde ulike erfaringer. Vi mener resultatene er overførbare da studien kan vekke refleksjoner som kan bidra til økt innsikt på emnet. Våre resultater kan også være viktige refleksjoner i prosessen med å eventuelt endre barselomsorgen i Norge og hvordan kvinner opplever å få styrket sin kompetanse om egen helse.

## 6 Avslutning

Hensikten med denne kvalitative studien var å undersøke hvordan kvinner opplevde å få styrket sin kompetanse om egen helse før hjemreise fra sykehuset. Seks kvinner ble intervjuet hvor de delte sine tanker og opplevelser rundt temaet. Studiens hovedfunn viser at kvinnene har et behov for at kvinnehelse får et større fokus, og at informasjon tilpasses den enkelte. Gjennom studiens resultater trekkes det ut tre hovedpoeng: *tid til å skape relasjon, behovet for økt fokus på kvinnens helse og behov for tilrettelegging når kvinnene skal motta informasjon.* Kvinnene opplevde det som utfordrende å få styrket sin kompetanse om egen helse da oppholdet på barselavdelingen var preget av lite tilrettelegging for private samtaler, travel avdeling, usikkerhet over hva man skal spørre om og at informasjon ble gitt i forbigarten. Dette førte til at kvinnene opplevde at de ikke hadde fått tilstrekkelig med informasjon om egen helse mens de lå på barselavdelingen.

### 6.1 Konklusjon

For å få styrket sin kompetanse om egen helse under oppholdet på barselavdelingen var det flere faktorer som kvinnene trakk frem. Studiens hovedfunn viser at kvinnene hadde et behov for at kvinnehelse fikk et større fokus, og at informasjonen ble tilpasset den enkelte. Ved å få flere individuelle samtaler hvor det var rom for å stille spørsmål, dannelse av en god relasjon til helsepersonell, oppleve å bli sett som et individ, samt at kvinnens helse kom i fokus mens de lå på barselavdelingen gjorde at kvinnene fikk styrket sin kompetanse om egen helse. Disse funnene styrkes gjennom teorien om helsekompetanse og empowerment, forskning og relevant litteratur. Barselkvinner er ikke en homogen gruppe, de kommer fra ulike bakgrunner og med ulike forutsetninger. Dette medfører at oppfølgingen og informasjonen som gis må være mer individuelt tilpasset enn det den er i dag. Anerkjennelse fra helsepersonell om at kvinners helse er viktig bidrar til å gi det beste grunnlaget for mestring av den nye hverdagen hjemme. Slik kan helsepersonell gi kvinnene de riktige verktøyene på veien inn i den nye rollen som mor/forelder. Dette vil styrke kvinners tro på seg selv og øke deres kompetanse om egen helse.

### 6.2 Kliniske implikasjoner og videre forskning

Studien kan bidra til å synliggjøre et behov for endring av dagens barselomsorg, slik at kvinnene reiser hjem med den kompetansen de har behov for. Den kan også være med på å

synliggjøre ovenfor helsepersonell at de muligens tar for gitt at kvinnene har større kunnskap enn de faktisk har ved hjemreise. Denne synliggjøringen kan føre til at helsepersonell blir mer bevisste på hvordan informasjon om kvinnes helse blir gitt, at det blir tilrettelagt for flere private samtaler og en viktig påminnelse om at kvinnens helse må få et større fokus enn det har i dag. Resultatene fra studien tydeliggjør den viktige jobben helsepersonell har med å veilede og gi informasjon til førstegangsfødende og at selv om det er tidspress på avdelingen er det viktig å se kvinnene som er der. Ved å øke bevisstheten rundt disse faktorene kan helsepersonellet være med på å styrke kvinnes kompetanse på barselavdelingen.

Det finnes lite norsk forskning på hvordan kvinner opplever å få styrket sin kompetanse om egen helse før hjemreise. Det kunne derfor vært behov for en større studie som kunne bidratt til å si noe mer om hvordan kvinner opplever denne tematikken. Det ville også vært interessant å undersøke om det forekommer senkonsekvenser som følge av kvinners opplevelse rundt kompetanse om egen helse, og om dette fører til flere komplikasjoner på sikt og en økt kostnad for samfunnet. Mer forskning på kvinners opplevelse av oppfølging etter hjemreise, og tilbud om flere kontroller i barselomsorgen kunne også vært spennende og hatt mer forskning på. Spesielt med tanke på om dette hadde ført til økt helsekompetanse og en større opplevelse av trygghet etter hjemreise.

## 7 Kildeliste

- Barimani, M. & Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811-817.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009>
- Binnie, E. S., Reinar, L. M. & Venheim, M. A. (2017). Barselomsorg. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Cappelen Damm Akademisk
- Buurman, M. B. R. & Lagro-Janssen, A. L. M. (2013). Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 406-413.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01044.x>
- Carolan, M. (2007). Health literacy and the information needs and dilemmas of first-time mothers over 35 years. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1162-1172.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01600.x>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021, 19.05.2021). *What is Health Literacy?* Hentet 06.10.2021 fra <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>
- Coates, R., Ayers, S. & de Visser, R. (2014). Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14, 359.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-359>
- Corrarino, J. E. (2013). Health Literacy and Women's Health: Challenges and Opportunities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(3), 257-264.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jmwh.12018>
- Dolonen, K. A. (2019, 29.01.19). *Jordmødre sendte bekymringsmelding: Ulovlig dårlig oppfølging etter fødsel*. Sykepleien. Hentet 29.04.21 fra <https://sykepleien.no/2019/01/jordmodre-sendte-bekymringsmelding-ulovlig-darlig-oppfolging-etter-fodsel>
- Edwards, N. (2010). «There is so much potential... and for whatever reasons it's not being realized.» - Women's relationships with midwives as a negotiation of ideology and practice. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-mother relationship* (2nd ed. utg., s. 91-115). Palgrave Macmillan.
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. rev. utg. utg.). Jussboka.no.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg. utg.). Fagbokforl.

- Folkehelseinstituttet. (2018, 08.11.2018). *Erfaringer med føde- og barselavdelingene*. FHI.  
<https://www.fhi.no/kk/brukererfaringer/erfaringer-med-fode-og-barselavdelingene/?fbclid=IwAR0tniRLnLSPVvtcXnXp9-87OepddQ09NvrrRWyWB3JDdhBe6bj0KQ-SNFo>
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helsedirektoratet. (2014). *Nytt liv og trygg barseltid for familien*  
*Nasjonalt faglig retningslinje for barselomsorgen*.  
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/\\_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/barselomsorgen/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_attachment/inline/f70bcc8c-186f-41f1-b6e7-c897d968a285:24d3a455d94e52500dee479739d3acf83f7d6c16/Nytt%20liv%20og%20trygg%20barseltid%20for%20familien%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2019a, 02.05.2019). *Helsepersonells taushetsplikt*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/taushetsplikt-og-opplysningsplikt/taushetsplikt-og-samtykke/helsepersonells-taushetsplikt#d1e422ea-2e8c-4ed1-b4bc-1b5390c5b106-praktisk>
- Helsedirektoratet. (2019b, 28.02.2019). *Kroppen og den første tiden etter fødsel*. Helsenorger.  
<https://www.helsenorge.no/etter-fodsels/mor-og-far-partner-etter-fodsels/#etter-fodsels>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*, (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Holmboe, O. & Sjetne, I. S. (2018). *Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2017. Nasjonale resultater* (2018:46). Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/contentassets/d4da3f0a37534eeb96b5175beef8b587/fode-og-barsel/46-nasjonale-resultater.pdf>
- Haaland, W. (2017). Sexologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Cappelen Camm Akademisk.



- Ingulstad, C. & Thomassen, A. L. (2020). *Barselopprøret*. Hentet 06.10.2021 fra <https://barselopproret.no/>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvam, M. (2021, 25.03.2021). *Trening etter fødselen*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodsel/livsstil/fysisk-aktivitet/trening-etter-fodsel/>
- Ludvigsen, B. G. & Skaar, E. (2021, 16.08.21). *Mener nybakte foreldre ikke får nok informasjon på sykehuset*. Hentet 10.09.21 fra [https://www.nrk.no/sorlandet/nybakte-modre-far-ikke-god-nok-hjelp-pa-sykehuset-\\_liggetiden-er-for-kort-1.15600091?fbclid=IwAR0CLzISDegCkcXnO4l2qERlrNuf99FSoOjuaQSflU0UOIKtlps6T9WuFDM](https://www.nrk.no/sorlandet/nybakte-modre-far-ikke-god-nok-hjelp-pa-sykehuset-_liggetiden-er-for-kort-1.15600091?fbclid=IwAR0CLzISDegCkcXnO4l2qERlrNuf99FSoOjuaQSflU0UOIKtlps6T9WuFDM)
- Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H. B. (2008). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A. & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and child health journal*, 18(3), 707-713. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1297-7>
- McKellar, L. V., Pincombe, J. & Henderson, A. M. (2002). Congratulations you're a mother: A strategy for enhancing postnatal education for first-time mothers investigated through an action research cycle. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(3), 24-31. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1031-170X\(02\)80005-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S1031-170X(02)80005-8)
- McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M. & Alderdice, F. (2021). A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women and birth*, 34(5), e451-e460. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>
- Menage, D., Bailey, E., Lees, S. & Coad, J. (2020). Women's lived experience of compassionate midwifery: Human and professional. *Midwifery*, 85, 102662. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102662>
- Oslomet. (2020a, 03.02.21). *Hjelp til lydopptak*. Hentet 19.10.21 fra <https://student.oslomet.no/hjelp-til-lydopptak>
- Oslomet. (2020b, 22.04.21). *Kom i gang med lydopptak*. Oslomet. Hentet 13.05.21 fra <https://student.oslomet.no/kom-i-gang-med-lydopptak>

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x>
- Slomian, J., Bruyère, O., Reginster, J. Y. & Emonts, P. (2017). The internet as a source of information used by women after childbirth to meet their need for information: A web-based survey. *Midwifery*, 48, 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.005>
- Steen, M. & Wray, J. (2014). Physiology and care during the puerperium. I J. E. Marshall, M. D. Raynor & M. F. Myles (Red.), *Myles textbook for midwives* (16th ed. utg.). Churchill Livingstone Elsevier.
- Sundby, J. (2017). Kvinnehelse. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 93-100). Cappelen Damm akademisk.
- Tegnehanne. (2021). *Tegnehanne: Bare vent*. Kagge Forlag AS.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Walker, S. B., Rossi, D. M. & Sander, T. M. (2019). Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*, 79, 102552. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102552>
- Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V. & Boström, A. M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 35-42. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>
- World Health Organization. (2021a). *Community empowerment*. Hentet 07.05.2021 fra <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>
- World Health Organization. (2021b). *What is the WHO definition of health?* Hentet 07.05.2021 fra <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg- : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. utg.). Universitetsforl.

# Vedlegg

## Vedlegg 1 – Gruppeprosessen

Denne studien er gjennomført som et samarbeidsprosjekt mellom forfatterne. Arbeidet har blitt jevnt fordelt ettersom oppgaven har tatt form, og vi har begge bidratt like mye i de ulike prosessene gjennom oppgaven. Kildehenvisning er det kun en av oss som har tatt hovedansvar for med tanke på EndNote, allikevel har begge to passet på at kildehenvisning har blitt lagt inn riktig. Det har vært diskusjoner mellom forfatterne om ulike aspekter rundt oppgaven og grubling over hvordan ting skal utformes. Vi har alltid blitt enige, og vi har støttet hverandre og hatt tider hvor den ene måtte være drahjelpen. I skriveprosessen har vi møtt hverandre fysisk, men også benyttet oss mye av Zoom underveis. Det har vært et veldig godt samarbeid hvor vi har bidratt med våre ulike styrker, lært mye om oss selv og hverandre. Vennskapet har vokst og blitt styrket.

## Vedlegg 2 – NSD



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

“Kvinnerns kunnskap om egen helse etter fødsel”

#### Referansenummer

102914

#### Registrert

29.04.2021 av

#### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

[Redacted]

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

[Redacted]

#### Prosjektperiode

20.05.2021 - 31.12.2021

#### Status

07.06.2021 - Vurdert

#### Vurdering (1)

07.06.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 07.06.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helse frem til 31.12.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er

at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Office365 er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Henrik Netland Svensen

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 3 – Intervjuguide

### Intervjuguide

1. Hvilket sykehus fødte du på?
2. Hvor mange uker er det siden du fødte?
3. Hvor lenge var du på barsel?
4. Hva fikk du mest informasjon om på barsel?
5. Hvordan opplevde du å komme hjem?
6. Var det noe som overrasket deg angående egen helse da du kom hjem?
7. Forberedte du seg til barseltiden før fødselen?
  - Hvordan.....
8. Benyttet du deg av noen av de ulike informasjonstilbudene som ble nevnt på sykehuset?
9. Hva mener du er det viktigste du fikk vite om egen helse på barsel?
10. Opplevde du å være mottagelig for informasjon om egen helse?
  - Husker du ...
11. Mottok du informasjonen alene eller hadde du noen med deg?
12. Er det noe du ønsker du hadde fått informasjon om før du reiste hjem fra sykehuset?
13. Synes du informasjonen du fikk på sykehuset var relevant for deg?
14. Kan du fortelle meg om en god opplevelse en gang du fikk informasjon på sykehuset?
15. Kan du fortelle meg om en mindre god opplevelse en gang du fikk informasjon på sykehuset?
16. Hvem ga hovedsakelig mest informasjon til deg om egen helse?
17. Er det noe du tror andre kvinner savner å få mer informasjon om?
18. Hvordan kunne du på best mulig måte mottatt informasjon om egen helse på sykehuset før hjemreise? (sluttspørsmål – reflekterende).
19. Hvis du skulle trekke ut tre ting som du mener er det viktigste vi har snakket om, hva ville det vært?
20. Hvis du kunne valgt på øverste hylle hva hadde vært den beste muligheten å få informasjon på?

#### *Oppfølgingsspørsmål*

Kan du gi en mer detaljert beskrivelse om det som skjedde?

Hva gjorde du?

Hvordan husker du det?

Kan du si noe mer om det?

Kan du gi noen eksempler på det du sier?

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *“Kvinneres kunnskap om egen helse etter fødsel”*

Dette er informasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å innhente kunnskap fra kvinner som nylig har født om informasjonen de fikk angående egen helse før utreise fra sykehuset. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om kvinner opplever å ha nok kunnskap om sin egen kropp etter fødsel. Innehar kvinnene kunnskap til å vite hva som skjer med sin egen kropp, og er de godt nok forberedt på de fysiske og mentale endringene som forekommer? Må denne informasjonen som gis før utreise forbedres? Opplever kvinnene at helsepersonell gir god nok informasjon om fysisk og mental helse etter fødsel?

Dette er et masterprosjekt av to jordmorstudenter via Oslomet, [REDACTED] og [REDACTED]. Vi ønsker å intervju flere friske førstegangsfødende kvinner som har født vaginalt.

#### **Opplever friske kvinner som har født vaginalt på sykehus at de har nok kunnskap om egen helse etter fødsel ved hjemreise?**

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

OsloMet - storbyuniversitet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Gjennom sosiale medier har vi etterspurt deltagere for vårt masterprosjekt, hvor du har tatt kontakt og ønsker å delta. Du er en frisk førstegangsfødende, med normalt svangerskap, ingen grunnsykdommer som har krevd tettere oppfølging enten på helsestasjon eller på sykehus, og har født vaginalt.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Vi vil avtale et tidspunkt for intervju, enten via fysisk oppmøte eller via digital plattform som f.eks. Skype, Zoom, Teams, etc... Selve intervjuet blir tatt opp kun via båndopptaker, men vi vil også notere underveis. Det vil bli satt opp ca 60 min til intervjuet. Det vil bli stilt åpne spørsmål i form av en samtale for å kunne besvare vår problemstilling.

#### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Med hensyn til bearbeiding av materialet vil det bli satt en frist for når man kan trekke seg fra studiet.



### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun ansvarlige personer for prosjektet og veileder som vil få tilgang til datamaterialet før blir anonymisert. Navn og personopplysninger vil bli kodet og adskilt fra øvrige data. Dataen og alle personopplysninger vil bli forsvarlig lagret underveis. Det vil ikke være mulig for andre å identifisere hva som blir sagt under intervjuet i vår endelige masteroppgave.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet er planlagt avsluttet 31.12.21. Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent og sensuren er lagt.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

[Redacted contact information]

- Vårt personvernombud: [personvernombud@oslomet.no](mailto:personvernombud@oslomet.no)

---

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

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

Med vennlig hilsen

██████████

(Forsker/veileder)

██████████

&

██████████

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Kvinnens kunnskap om egen helse etter fødsel*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)