



Høgskulen på Vestlandet

JOR508, Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	27-04-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	04-05-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 521

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 15952

Tro- og loverklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)
Gruppenummer: 15
Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Hvem er jeg som medmor?

Who am I as a co-mother?

Kandidatnummer: 503 & 521

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Master i jordmorfag

JOR508 Masteroppgave

Innleveringsdato: 04.05.2018

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

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lang og krevende prosess. Vi har blitt utfordret på mange områder og nå sitter vi igjen med mye viktig lærdom. Vi mener vi har vokst mye som mennesker, men også som fremtidige jordmødre.

Først og fremst vil vi takke for en enorm respons på vår «plakat» på facebook. Det var betryggende at så mange tok kontakt og ville vite mer om vår studie. En spesiell takk til de tøffe og sterke medmødrene som tok seg tid til å dele sine opplevelser og erfaringer relatert til den første tiden etter fødsel. Uten hjelp fra dere ville det aldri blitt en masteroppgave.

Vi vil også takke Kristine Sture Toft som designet «plakaten» vår. I tillegg alle som delte denne videre på sosiale medier.

En stor takk til vår veileder Høgskolelektor [REDACTED] for gode råd, tålmodighet og støtte gjennom hele prosessen. Med dine tilbakemeldinger har vi klart å komme oss videre i prosessen. Din oppmuntring underveis har gitt oss motivasjon til å gjennomføre studien.

Takk til de som tok seg tid til å lese korrektur og i tillegg kom med gode tilbakemeldinger.

Til slutt vil vi takke hverandre. Det har vært en utfordrende prosess. Vi er svært takknemlig for at vi har holdt et godt samarbeid gjennom studien.

Sammendrag

Tittel: Hvem er jeg som medmor?

Hensikt: Å gjøre barselomsorgen, samt den første tiden hjemme, til en god opplevelse for medmor.

Problemstilling: *Hvordan opplever medmødre den første tiden med barnet sitt?*

Metode: Kvalitativt design. Semistrukturerte forskningsintervjuer. Individuelle intervju av 8 kvinner som ble medmødre i 2016/2017

Resultater: I analyseprosessen kom vi frem til 3 hovedtema:

1. *En hybridversjon av mamma- og papparollen*
2. *Medmors tilknytning til barnet*
3. *De sårbare øyeblikkene*

Konklusjon: Medmødre har ulike opplevelser relatert til den første tiden med barnet sitt. De opplever vanskeligheter med å finne sin rolle som forelder. Tilknytningen til barnet ble bedre over tid. I tillegg hadde de blandede følelser til hvordan de ble anerkjent som medmødre.

Nøkkelord: Skeiv, den første tiden etter fødsel, fødemor, papparolle, mammarolle, biologi/biologisk

Abstract

Topic: Who am I as a co-mother?

Intention: To enhance maternity care for co-mothers, and ensure their experiences at home.

Issue: *How do co-mother experience the first time with their child?*

Method: Qualitative design with semi structured research. Individual interviews of 8 women who became co-mothers in 2016/2017.

Results: In the analysis process we came across three main themes:

1. *A hybrid version of the mother- and father role*
2. *Co-mother's connection to the child*
3. *The vulnerable moments*

Conclusion: The co-mothers had different experiences related to the first time with her child. They experienced difficulties in finding their role as a parent. They found that the connection with the child gradually improved. In addition they had mixed feelings about how they were recognized as co-mothers.

Key words: queer, the first time after birth, birth mother, Fatherhood, Motherhood, biology/biological

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	3
<i>1.1 Bakgrunn.....</i>	<i>4</i>
<i>1.2 Problemstilling.....</i>	<i>4</i>
1.2.1 Begrepsavklaring.....	5
1.2.2 Oppgavens oppbygging.....	6
1.2.3 Fordeling av arbeidsoppgaver	6
1.2.4 Seksuell identitet	6
1.2.5 Barseltiden - Den første tiden etter fødsel	7
1.2.6 Amming.....	8
2.0 Teoretisk rammeverk.....	9
<i>2.1 Tilknytningsteori</i>	<i>9</i>
<i>2.2 Anerkjennelse.....</i>	<i>11</i>
<i>2.3 Queer teori.....</i>	<i>12</i>
<i>2.4 Relevant forskning</i>	<i>13</i>
3.0 Metode.....	15
<i>3.1 Design</i>	<i>15</i>
3.1.1 Avgrensning	16
3.1.2 Rekruttering.....	16
3.1.3 Deltakere.....	17
3.1.4 Datasamling.....	17
<i>3.2 Forforståelse.....</i>	<i>18</i>
<i>3.3 Etikk.....</i>	<i>18</i>
3.3.1 Anonymitet	19
<i>3.4 Analyse.....</i>	<i>20</i>
4.0 Resultater	24
<i>4.1 En hybridversjon av mamma- og papparollen</i>	<i>24</i>
<i>4.2 Medmors tilknytning til barnet</i>	<i>25</i>
<i>4.3 De sårbare øyeblikkene</i>	<i>27</i>

5.0 Diskusjon	29
5.1 <i>Rollen som den andre forelderen</i>	29
5.2 <i>Tilknytning, tilstedeværelse og mangel på kunnskap</i>	32
5.3 <i>En ball av positive, negative og sårbare følelser</i>	37
5.4 <i>Diskusjon om studiens kvalitet</i>	40
6.0 Konklusjon og avslutning	44
7.0 Litteraturhenvisning	45
Tabell 1 – s. 20	
Tabell 2 – s. 21	
Tabell 3 – s. 22	
Tabell 4 – s. 22	
Tabell 5 – s. 23	
Vedlegg 1 – Rekrutteringsplakat	
Vedlegg 2 – Informasjon og samtykkeskjema	
Vedlegg 3 – Intervjuguide	
Vedlegg 4 – Godkjenning fra NSD	

1.0 Innledning

Identitet er den individuelle oppfatningen av å være seg selv. Personlighet, kroppssopplevelse og kroppsbilde utgjør til sammen et menneskes identitet. Våre følelser, erfaringer og mål skal tilhøre oss selv. Det er viktig å ha en følelse av å være unik og uavhengig (Almås og Benestad, 2010, s. 46). Søken etter identitet er en viktig del av en utviklingsprosess. Begrepet identitet og tilhørighet går ofte hånd i hånd. Tilhørighet er hvordan individet opplever å høre til i en gruppe eller i en kategori. Man utvikler tilhørighet og får bekreftelser i samspill med andre mennesker (Almås og Benestad, 2010, s. 46). I sosiale settinger benytter en seg ofte av ordet rolle, istedenfor identitet. Man kan se på rollen som en indre tilstand. Man forstår ofte rollen som et resultat av sosiale interaksjoner mellom omgivelsene og individet. Utviklingen i samfunnet har gjort at klare normer om ønskelig oppførsel for menn og kvinner har endret seg. Disse normene oppfattes som kjønnsroller knyttet til det å være mann eller kvinne. Begge rollene blir beskrevet som feminin og maskulin. Den feminine rollen inneholder trekk som munter, sjenert, forståelsesfull, barnslig, varm, elsker barn osv. Den maskuline rollen inneholder uavhengighet, ledertype, atletisk, aggressiv, dominant osv. (Almås og Benestad, 2010, s. 47).

I dagens samfunn har disse kjønnsrollene smeltet mer og mer sammen. Tidligere var det vanlig at kvinner opptrådte i en forventet rolle som feminin og menn i rollen som maskulin. Nå er det større aksept for at flere velger å utvikle sin egen identitet, fremfor å følge tidligere kjønnsroller. Den moderne kjønnsrollen kan inneholde både feminine og maskuline kvaliteter. Det utvikles stadig nye typer kjønnsidentiteter. Vi vil alltid finne et krav om stil og en skjult forståelse av hvordan ting skal være. Som regel vil man identifiserer seg, enten bevisst eller ubevisst, med en gruppe mennesker eller en rolletype. I dagens samfunn ser man at flere velger å gå bort fra de gamle kjønnsrollene, fordi de kjenner seg mest igjen i den mer moderne kjønnsrollen. Forestillinger om adskilte kjønnsroller skiftes nå ut med en «fargerik» blanding av ulike identiteter (Almås og Benestad, 2010, s. 47).

For noen fungerer lesbisk som en tilhørighet eller som en identitet. Ikke alle kvinner som blir tiltrukket av andre kvinner vil identifisere seg som lesbisk (Nylund og Benestad, 2009). Ordet medmor er direkte oversatt fra det engelske ordet *co-mother*. En medmor er mors kvinnelige samboer eller ektefelle som skal være med å ta del i foreldreansvaret for barnet (Forskrift om fastsetjing av medmorskap, 2008, § 3). Medmor kan ofte møte forventninger om at hun skal ta

over rollen som far. Slik vi ser det skal medmor inntre en annen rolle, en rolle som enda ikke er definert. Flere studier har vist at medmor ikke liker å definere seg som den andre moren eller ikke-biologisk mor fordi det skaper en distanse fra det å bli foreldre (Gabb, 2005, s. 586). Som nybakt forelder har man kanskje hatt rollemodeller i livet som har vært en inspirasjon og veileder i forhold til hvordan man selv inntre foreldrerollen. Hvilke rollemodeller har kvinnen som blir medmor? Vi ser at medmødre har forskjellige oppfatninger av hvilken rolle de selv skal inntre. Noen føler seg som mor på lik linje som fødemor, mens andre definerer seg selv som den andre forelderen (Dahl og Malterud, 2015, s. 169).

1.1 Bakgrunn

Siden 1. januar 2009 har lesbiske par hatt tilgang til assistert befruktning i Norge (bioteknologiloven, 2003, §2). Som jordmødre møter vi disse kvinnene i svangerskap, fødsel og barselomsorgen. Selv om forskning på lesbiske har økt betraktelig de siste 10 årene er det fortsatt noen kunnskapshull som må tettes. Når to kvinner får barn sammen blir kvinnen som ikke føder medmor. En medmor kan være mors ektefelle eller samboer (Forskrift om fastsetjing av medmorskap, 2008, § 3). Kvinnen som skal bli medmor må enten være samboer med barnets mor innen assistert befruktning finner sted eller være gift før barnet blir født. For at kvinnen skal få juridisk foreldrestatus for barnet må hun søke om medmorskap. Søknaden sendes til folkeregistermyndigheten. Sammen med søknaden må hun legge ved samtykke til assistert befruktning som samboeren eller ektefellen har skrevet under på. Det må også sendes dokumentasjon med godkjenning om at den assisterte befruktningen har skjedd. I tillegg dokumentasjon om at når barnet fyller 18 år har han eller hun rett på opplysningene om identiteten til sæddonoren (Forskrift om fastsetjing av medmorskap, 2008, § 3-5).

1.2 Problemstilling

Ved prosjektstart, etter litteratursøk innenfor tema medmor, kom vi frem til følgende problemstilling: Hvordan opplever medmor at det blir tilrettelagt for tilknytning mellom henne og det nyfødte barnet på barselavdelingen? Under datasamlingen så vi at problemstillingen måtte endres. Dette fikk vi bekreftet når vi startet analyseringen av materialet. Vi opplevde at medmødrene hadde et stort behov for å snakke om rollen sin, samt om hvordan de ble inkludert i den første tiden etter fødsel. For at vi kunne bruke datamaterialet vi hadde samlet inn, var det mest hensiktsmessig at vi endret problemstilling

(Malterud, 2017, s. 83). Vi ønske å studere hvordan medmødre opplever den første tiden etter fødselen. Studien vår kan gjøre barselomsorgen, og den første tiden hjemme til en god opplevelse for medmødre. I tillegg kan studien vår medbringe kunnskap til helsepersonell.

Vår problemstilling er som følger: *Hvordan opplever medmødre den første tiden med barnet sitt?*

1.2.1 Begrepsavklaring

Skeiv – Er en samlebetegnelse som inneholder både lesbiske, homofile, bifile og transpersoner. Homofil; en definisjon på mennesker som er tiltrukket av mennesker med samme kjønn. I vår oppgaver brukes ordet homofil når vi beskriver menn som tiltrekkes av menn. I oppgaven blir ordet skeiv brukt når vi snakker om det engelske ordet “queer”.

Den første tiden etter fødsel – Den første tiden etter fødsel ble definert ulikt av kvinnene i studien. Det varierte fra seks uker til ca. tolv måneder. Noen legger mer vekt på permisjonstiden sammen med barnet.

Fødemor – Den av kvinnene i det lesbiske paret som går gravid og som føder barnet

Papparolle – Samfunnets oppfatning på hva en pappa er og hvilke oppgaver han har i familieforholdet. For eksempel er far familiens beskytter. Han skal like biler, fotball og han har maskuline trekk.

Mammarolle- Samfunnets oppfatning på hva en mamma er og hvilke oppgaver hun har i familieforholdet. For eksempel skal mor stå på kjøkkenet å lage mat, vaske og rydde. Hun har feminine trekk.

Biologi/biologisk – Vi har brukt disse begrepene som en forklaring på at fødemor og barn er i slekt. Barnet nedstammer fra fødemor. Med andre ord er egget til fødemor brukt i graviditeten.

1.2.2 Oppgavens oppbygging

Oppgaven vår er delt inn i 7 kapitler. Kapittel 1 inneholder innledning, bakgrunn og problemstilling for oppgaven. Under problemstilling forklares ulike begreper som blir benyttet i oppgaven samt bakgrunnsstoff som underbygger oppgavens tema. I kapittel 2 gjør vi rede for teoretiske rammeverk. Kapittel 3 handler om hvilken metode vi har benyttet oss av, design, forforståelse og etikk. I tillegg beskriver vi analyseprosessen steg for steg. I kapittel 4 presenterer vi resultatene. Kapittel 5 er diskusjon av resultatene opp mot aktuell teori og forskning. Vi har gjort en vurdering av studiens kvalitet. I kapittel 6 kommer det en konklusjon og oppgaven avsluttes. Kapittel 7 inneholder alle referansene vi har brukt igjennom oppgaven. Dette er en kort oppsummering av hva som kan forventes å finne i oppgaven.

1.2.3 Fordeling av arbeidsoppgaver

Når vi er to forskere som jobber sammen på en studie er det viktig at det kommer tydelig frem hvilke oppgaver vi har hatt underveis i prosessen. Vi skal nå forklare fordelingen av disse. Intervjuguiden utarbeidet vi sammen. Vi hadde ulike forslag, men vi diskuterte oss frem til et sluttresultat. Under intervjuene deltok begge med ulike roller. Vi vekslet mellom å være intervjuer og observatør. Den ene av oss intervjuet fem av medmødrene, mens den andre intervjuet tre. Vi transkriberte de intervjuene vi var observatør på. Alle analysetrinnene samt resultatdelen gjorde vi sammen slik at begge synspunkter fikk ta like stor del. De teoretiske rammeverkene fordelte vi likt og gjorde hver for oss. Vi diskuterte teorien sammen før den ble en del av oppgaven. Vi har gjennomført diskusjonsdelen sammen, men har tilført ulike avsnitt hver for oss. Vi har kommet frem til konklusjon og avslutning sammen. Med dette ser vi at begge har hatt like stor del i oppgaven.

1.2.4 Seksuell identitet

Det finnes mange variasjoner i seksuelle identiteter. Det er opp til hvert menneske hvordan de opplever sitt eget kjønn og kjønnsrolle. Mange mennesker undrer over hvem de er og hvilket kjønn de tiltrekkes eller tennes av, og hvilket biologisk kjønn en selv har. Samfunnet forventer forskjellig av oss ut i fra hvem vi er og hvilket kjønn vi har (Johansen og Gamnes, 2017, s. 236). En stor studie utført av Anderssen og Malterud (2013, s. 7) viser at skeive kan ha lavere livskvalitet, dårligere arbeidsforhold, dårligere syn på helse og mange av de er ikke åpen om sin seksuelle orientering. Skeive personer skjuler sin seksuelle legning fordi de er

redd for å få negative reaksjoner fra nære personer rundt seg (Johansen og Gamnes, 2017, s. 236). Ifølge Anderssen og Malterud (2013, s. 16) har den norske befolkningen positive holdninger til skeive personer, men at det er mest respektabelt å være lesbisk ovenfor homofil. Ifølge samme studie oppgir en stor andel av den norske befolkningen at de kjenner en skeiv person. Anderssen og Malterud (2013, s. 18) forklarer at det har vært forestillinger om hvordan barn av skeive foreldre har det, men det viser seg i den nye studien at det er mer akseptabelt å få barn om man er skeiv nå enn tidligere. Seksuell orientering har ifølge den norske befolkning ingen betydning for foreldreskap. Det viser seg også at over 50 % mener det ikke har noen betydning om det er to kvinner, to menn eller en kvinne og en mann som får assistert befruktning. Alle skal ha like rettigheter.

1.2.5 Barseltiden - Den første tiden etter fødsel

Barselomsorgen er i endring og barseltiden på sykehuset er blitt kortere. På grunn av dette jobbes det med å få en mer skreddersydd oppfølging i hjemmet. Det ønskes at kvinner og barn skal reise hjem innen de første 4-24 timene etter fødsel. Et samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialhelsetjenesten danner barselomsorgen. Under dette ligger altså sykehus, helsestasjon, allmennlege- og jordmørtjenesten og andre helse- og sosialfaglige tjenester (Helsedirektoratet, 2014, s. 24). Barseltiden er et begrep som blir brukt om den tiden kvinnekroppen trenger for å komme seg etter svangerskap og fødsel. Denne perioden defineres i de fleste kulturer på en periode på rundt 40 dager eller seks uker. Det er ulikt syn på hva som er det beste tilbudet til kvinner, nyfødte barn og familien. Alle kvinner og barn har rett på likeverdige helsetjenester, men likeverdige helsetjenester må ta hensyn til at mennesker er forskjellig (Helsedirektoratet, 2014, s. 24-29).

I helsedirektoratets retningslinjer (2014, s. 29) står det beskrevet hvem retningslinjene omfatter. I noen punkter kan retningslinjene virke støtende for den ”moderne familie”. Med dette mener vi lesbiske- og homofile familier, familier med en forelder, familier med barn fra tidligere forhold osv. I punkt 5.1 i nasjonale faglige retningslinjer for barselomsorg står det for eksempel om tilknytningsprosessen mellom mor, far og barn (Helsedirektoratet, 2014, s. 29). I St.meld. nr. 12 (2008-2009) inngår det fem innsatsområder. 1) en helhetlig svangerskapsomsorg, 2) et trygt fødetilbud, 3) et familievennlig barseltilbud, 4) kvalitet i alle ledd, 5) et bredt brukerperspektiv. Stortingsmeldingen utdyper i sin tekst at det ikke alltid er far som er mors partner og at det finnes andre omsorgspersoner, men det nevnes aldri medmor.

1.2.6 Amming

Amming er først og fremst barnets mat, men det kan også være med på å dekke andre grunnleggende behov som; regulering av mikroorganismer inni og utpå kroppen, kjærighet, kontakt og omsorg. Ved gode ammerutiner produserer kvinnen den melken barnet har behov for (Helsing og Häggkvist, 2008, s. 21). For å få nok melk i brystene er fordelene at kvinnen er frisk nok til å gjennomføre et normalt svangerskap. Å amme kan gi trygghet. Kvinnen har barnet sitt tett inntil seg og gir varme og omsorg. Om hun ikke ammer må hun finne en annen måte å dekke disse behovene på. Kvinnens partner, far eller medmor, kan like godt gi barnet disse behovene (Helsing og Häggkvist, 2008, s. 40-41). Alquist (2016, s. 56) skriver om hvor viktig det er at partner får god opplæring i amming. De kan fungere som en god støttespiller og samarbeidspartner for kvinnen når det gjelder amming. Det er viktig at partneren føler seg inkludert, amming skal ikke være et hinder for at de kan oppnå en god kontakt med barnet sitt. Tilknytning handler om innlevelse, oppmerksomhet og det å være tilstede. Den andre forelderen kan gi like mye kjærighet og omsorg som en mor (Alquist, 2016, s. 56). Ifølge Alquist (2016, s. 146) er det mulig for kvinner som ikke er gravid å stimulere til melkeproduksjon. Det krever at kvinnen som ønsker å produsere melk er motivert og har støtte fra sin partner eller sine nærmeste. Den mest effektive måten kan være å bruke elektrisk pumpe samtidig som man tar melkestimulerende medisin. Kvinnen som ønsker å amme et barn som hun ikke selv har født må starte med prosessen noen måneder før barnet er født. Når barnet er født starter kvinnen samme prosess som kvinner som har vært gravid gjør, legge barnet hyppig til brystet. De som gjennomgår en slik prosess vil som regel starte å produsere melk i løpet av den første uken.

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 Tilknytningsteori

Det finnes mange tilknytningsteoretikere. John Bowlby er en av dem. Han har utviklet tilknytningsteorien i den forstand at det har forandret synet på hvordan vi behandler barn (Bowlby, 1969, s. 7-9). Tilknytningsteorien til Bowlby (referert i Bakermans-Kranenburg og Ijzendoorn, 2016, s. 155) handler om at vi utvikler oss helt fra fødselen. Barn er avhengig av omsorgspersoner for å overleve. Når vi er barn observerer vi eldre og mer erfarne mennesker og lærer oss hvordan verden fungerer. Det dannes tilknytning mellom barnet og omsorgspersoner dersom barnet opplever at personen trøster, beskytter og roer det ned i vanskelige situasjoner. Bowlby mener ifølge Smith (2017, s. 151) at barn kan danne forskjellig tilknytning til sine nærmeste omsorgspersoner. Det spiller ingen rolle om disse personene er biologisk tilknyttet barnet eller ikke. Ifølge Smith (2017, s. 159) må barnet oppleve sensitiv omsorgsattferd for at det skal utvikle en trygg tilknytning.

Det er ulike meninger om barnets tilknytning er avhengig av biologisk funksjon. Ifølge Smith og Bjerke (1974, s. 214) mener Bowlby at mennesker har en innebygd struktur som er medfødt. Reaksjoner på ytre stimuli blir påvirket av disse strukturene. Barnet har instinkter som påvirker tilknytning. Videre skriver Smith og Bjerke (1974, s. 215) at tilknytningens grunnsteiner er adferdsmønster og signaler som styrer barnet mot omsorgspersonene. Smith (2017, s. 160) forklarer også senere Bowlbys teori som en adferd som er styrt av en biologisk funksjon der barnet søker trøst hos omsorgspersoner når det opplever farer. Videre forklares det at barnet varierer kvaliteten på tilknytning etter hvilken relasjon omsorgspersonen har.

Mary Ainsworth (Koch mfl., 2009, s. 303-304) er mest kjent for teorien om at tilknytning er et følelsesmessig bånd mellom to personer som varer livet ut. Menneske søker et annet menneske som man ønsker å oppnå nærhet til. Hos barn kan vi se at de klenger seg til omsorgspersonen, søker kontakt og kommuniserer gjennom gråt og smil. Ainsworth (Koch mfl., 2009, s. 307) søkte svar etter variasjoner i tilknytning. I en av studiene hennes ble barn satt sammen med fremmede i et rom og deretter gjenforent med omsorgspersonen. Hun kom frem til tre typer tilknytning: trygg, engstelig ambivalent og engstelig unnnvikende. Noen av barna i studien til Ainsworth viste større uro enn andre da omsorgspersonen forlot rommet (Ainsworth og Bell, 1970, s. 56). Det viste seg at barn føler seg tryggere til å undersøke rommet når omsorgspersonen er til stede. Omsorgspersonen var en trygg base for barna, men

det ble utrygt med en gang barnet var alene i rommet. Desto tryggere rammer barna har, desto mer utrygt ble situasjonen alene med en fremmed person. Ainsworth og Bell (1970, s. 56) tror det har en sammenheng med at barn som har foreldre som er unnvikende, utilgjengelige og gir dårlig emosjonell støtte blir negativt påvirket av dette resten av livet, og kan føre til at barnet sliter med å knytte seg til andre mennesker senere.

En annen teoretiker som skriver om tilknytning er Stephen von Tetzchner (2012, s. 456). Han forklarer tilknytningsatferden til barnet som en overlevelsesverdi. Det trenger nødvendigvis ikke å være mor, men en morsfigur. Tetzchner forklarer dette med at vi danner relasjoner til omsorgspersoner for å overleve. Videre skriver Tetzchner (2012, s. 443) om to tilknytningsatferder som gjenspeiler seg hos barn. Den første atferden er signalatferd der barnet søker omsorgspersoner gjennom kroppsholdning og ansiktsuttrykk. Den andre er tilnærmingsatferd der barnet beveger seg mot omsorgspersonen. Disse prosessene forklarer Tetzchner (2012, s. 446) som bestemt. Barnet velger å søke etter de menneskene det kan danne en tilknytning til. Når tilknytningen er optimal utvikles det kjærlighet mellom partene. Når barnet opplever fare eller avvising kan det oppstå usikkerhet, hat og sinne. Det samme kan en voksen person oppleve overfor barnet. Foreldre kan i tillegg oppleve sinne når de blir redd for å miste noe eller noen de er glad i. I begynnelsen forklarer Tetzchner (2012, s. 457) at Bowlby mente at omsorgspersonen var mor, eller nærmeste person. Ifølge Tetzchner (2012, s. 457) viser det seg at dette ikke stemmer. Han mener barn danner tilknytning til ulike omsorgspersoner, og det kan gjerne være flere.

Felles for teoriene er at barn har ulike atferdsmønstre for å danne tilknytning til en eldre og erfaren person. Gjennom omsorgspersonen utvikler barna mekanismer og forståelser av verden slik at de overlever av seg selv. Ifølge Smith (2017, s. 159) er det unike forholdet mellom barn og voksne et samspill som har utviklet seg gjennom mange erfaringer.

Det kommer stadig ny forskning om tilknytning (Brennan, mfl. 1998; Mikulincer mfl. 2003; Smith og Ulvund, 2006; Hart, 2009; Levine og Heller, 2010). Et av de store temaene er hvordan barnet tilknyttes far. I dagens samfunn tar stadig flere fedre større del i barnets første leveår. Det er i tillegg bestemt at far har permisjonstid med barnet i 10 uker (Arbeidsmiljøloven, 2005, §12-5). De 10 ukene er lagt til rette for at far skal danne bedre tilknytning med barnet. Ifølge Nav kalles permisjonstiden for «fedrekvoten». Medmor har samme rettigheter som far.

På slutten av 1980 tallet skrev Hazan og Shaver (ref. I Johnson og Whiffen, 2014, s. 18) Bowlby og Ainsworth`s teori om barns tilknytning om til hvordan voksne danner tilknytning til hverandre. I hovedsak studerte Hazan og Shaver på tilknytningen mellom voksne personer i kjærlighetsforhold. Vi søker beskyttelse og omsorg fordi vi er mennesker som kan føle oss truet, skremt eller skadet. I et kjærlighetsforhold er begge sympatiske og støttende omsorgspersoner der vi krever tre ulike atferds systemer: tilknytning, omsorg og seksuell tilfredsstillelse. Ifølge Hazan og Shaver (ref. I Johnsen og Whiffen, 2014, s. 19) er disse atferdssystemer den avgjørende karakteren til glede, takknemlighet, angst, kjedsomhet, sinne, ukontrollerbar sjalusi og intens sorg i kjærlighetsforhold.

2.2 Anerkjennelse

Det er tre hovedtema som menneskers selvopplevelse og mentale helse påvirkes av: anerkjennelse i nære relasjoner, sosial verdsetting og rettslig anerkjennelse (Honneth, 2007, s. 85).

Som nevnt tidligere er identitet noe som oppleves ulikt av mennesker. Vår egen identitet oppleves ved å observere reaksjoner fra andre i miljøet som omgir oss, både sosialt og kulturelt. I dette miljøet har man mulighet til å uttrykke sine egne behov (Almås og Benestad, 2010, s. 46). Disse behovene må også være mulig å få bekreftet eller anerkjent. På den måten formes selvopplevelsen av vår samhandling med andre. Honneth (2007, s. 85) forutsetter at opplevelse av anerkjennelse er en forutsetning for å oppleve personlig identitet.

Anerkjennelse i nære relasjoner er knyttet gjennom et barns relasjon til sine primære omsorgspersoner. Denne prosessen er komplisert og skjer gradvis gjennom individenes evne til å oppleve hverandres følelser og behov. Barnet er avhengig av sine nære omsorgspersoner for å utvikle tiltro til verden og seg selv, og disse avhenger av en anerkjennelse av barnets behov. Anerkjennes ikke barnets behov vil dette prege den videre utviklingen til barnet i negativ retning (Honneth, 2007, s. 85).

Den sosiale verdsettingen fokuserer på det som skiller et individ fra de andre. Det baserer seg på positive egenskaper, og på hva individet yter til fellesskapets beste. Den personlige selvfølelsen kommer av erfaringen av å bli sosialt verdsatt ut i fra den enkeltes prestasjoner for det sosiale fellesskapet. Ifølge Honneth (2007, s. 87) kan heller ikke personen forvente å bli anerkjent om ikke han eller hun anerkjenner andre i samfunnet.

Den rettslige anerkjennelsen uttrykker at ethvert menneske skal respekteres ut fra den de er. Ethvert menneske har mulighet for å utvikle en rettssans som har respekt for ulovlige handlinger, og handler deretter. Når et menneske har selvinnsikt og utfører den riktige, og lovlige, handlingen oppstår en følelse av selvrespekt. Menneskerettighetene gir et uttrykk for den rettslige dimensjonen til anerkjennelsen. Tidligere var den rettslige anerkjennelsen knyttet til et individs tilhørighet i en spesifikk gruppe eller klasse. Dette synet har man i det moderne samfunnet gått bort i fra. Nå blir individet rettslig anerkjent som fritt og rasjonelt (Honneth, 2007, s. 88). Som individ har man rettigheter som skal verne om frihet, liv og eiendom og mot statlige inngrep. Den enkelte skal ha rett til å påvirke den offentlige meningsdannelsen gjennom ytringsfrihet og rett til stemmegivning. Individet har også velferdsrettigheter som skal sikre tilgang til en rimelig andel av goder fra samfunnet. Opplevelsen av tap av rettigheter og ekskludering fører til tap av anerkjennelse (Honneth, 2007, s. 89).

2.3 Queer teori

“Queer teori” er en vid samlebetegnelse for kjønnsforskning og homoforskning som tar utgangspunkt i forskjellene mellom det heteronormative synet og synet på det å være skeiv. Begrepet queer, eller skeiv, er et godt dekkende begrep for personer med en seksuell identitet som ikke er forenelig med den heteroseksuelle normen. Seksualitet kan være mer flytende, man trenger ikke være enten heterofil eller homofil (Plummer, 2011, s. 195).

Det finnes mange måter å forstå ordet skeiv på. Noen ser på det som et enkelt synonym som omhandler lesbiske, homofile, biseksuell og transpersoner. Noen ganger forklares det med at skeive står under samme «paraply». Queer teori er et akademisk verktøy som delvis kommer fra kjønns- og seksualstudier. De har igjen sin opprinnelse fra lesbiske og homofile studier og feministiske teorier. Teoretikere innenfor skeiv-teori påstår at det ikke finnes en form for «normal». Det finnes normer som mennesker passer eller ikke passer under (Plummer, 2011, 203-204). Hovedutfordringen til teoretikerne er å utfordre disse binære normene i håp om at

det vil utjevne forskjeller og ulikheter. Ken Plummer (2003, s. 70) presenterer et konsept som blir direkte oversatt til; “intimt statsborgerskap”. Det refererer til alle områder i livet som er personlige, men som faktisk er knyttet til, eller er regulert og organisert gjennom den offentlige sfæren.

Det finnes kvinnelige teoretikere som stiller seg kritisk til “queer teori”. En av dem er filosofen og retorikeren Judith Butler. Hun mener at teorien er knyttet opp til hva samfunnet mener om homofile og lesbiske, eller skeive som også mange bruker. Ifølge Butler (1991, s. 14) er det vanskelig å bli plassert i en kategori som blir undertrykket i samfunnet. Lesbisk identitet er ifølge Butler noe som er skapt og som benyttes som et redskap i undertrykkende regimer og at noe fremstår som homofobisk.

2.4 Relevant forskning

Ifølge Spidsberg og Sørli (2011, s. 796) viste det seg at jordmødre var opptatt av sine egne holdninger og ikke-verbal kommunikasjon til lesbiske par som får barn. Jordmødrene i studien så at medmødrene hadde et annet behov og en annen rolle enn det en far hadde. I en studie om medmødre kan vi lese at anerkjennelse fikk frem følelsen av inkludering. Det var viktig for medmødrene å bli anerkjent og sett i fødselsomsorgen, dette gjorde at de følte seg verdsatt (Dahl og Malterud, 2015, s. 169). En annen studie utført av Dahl mfl. (2012, s. 674) kom det frem at lesbiske par hadde et stort behov for å ha kontroll i fødselssituasjonen. Det var viktig for dem å bli anerkjent, både som enkeltperson, men også som en familie. Det var viktig for lesbiske at deres seksualitet ble sett på som naturlig og normalt. Det samme kom frem i studien utført av Cherguit mfl. (2013, s. 1269). I denne studien kom det frem to hovedtema relatert til medmødrenes erfaringer. Opplevelsene til barselomsorgen og dens struktur samt deres møte med helsepersonellet. Medmødrene følte seg ekskludert av heterosentrert struktur. I tillegg var medmødrene overrasket over hvor positiv og inkluderende helsepersonellet var. Det var mange følelser knyttet til det å bli medmor. I en studie utført av Wojnar og Katzenmeyer (2014, s. 50) kom det frem syv tema som illustrerte opplevelsene til medmor fra graviditeten. 1. en berg- og dalbanetur gjennom graviditeten, 2. juridiske og biologiske bekymringer, 3. forskjellige graviditetsproblemer, 4. «å føle seg som en elefant i rommet», 5. det å føle seg som ufullstendig mor, 6. det er få av oss der ute, vi har en helt unik rolle, 7. tristhet og anger. Noen av disse temaene kom også frem i studien til Dahl og

Malterud (2015, s. 170-171). Dahl (2015) har skrevet en avhandling der hun diskuterer de tre nevnte artiklene (Spidsberg og Sørlie, 2011; Dahl mfl. 2012; Dahl og Malterud, 2015).

Schytt og Bergstrøm (2013, s. 82) har gjennomført en studie der de undersøkte førstegangs fedres forventninger og opplevelser relatert til fødselen. I tillegg hvor tilfredsstilt de var med barselomsorgen. I studien kom det frem at forventinger før fødselen og hukommelse av fødselen varierte etter fars alder. Det viste seg også at de eldste fedrene mente fødselen var vanskelig og de hadde en generelt dårligere fødselsopplevelse enn de yngste fedrene. Likevel var de eldre fedrene mer fornøyd enn de yngste når det gjaldt omsorgen på barselavdelingen. Erlandsson mfl. (2010, s.) har gjort en studie hvor formålet var å beskrive medmors opplevelse av omsorgen som tilbys under partners graviditet, fødsel og barseltid. I studien mente medmødrene at de var «som alle andre, men ikke helt». Noen av hovedkategoriene som ble identifisert var: behov for bekreftelse og tilpasset omsorg. For å støtte forholdet mellom foreldre av samme kjønn var det viktig at jordmødrene anerkjente medmødrene som like foreldre til barnet. En rapport utgitt av American Academy of pediatrics (Yogman og Garfield, 2016) gjennomgår nye studier relatert til fars rolle for barnet. De utarbeidet 14 punkter helsearbeidere kan bruke som kan føre til at far føler seg mer inkludert i barnets liv på en barneavdeling. Noe av det som blir anbefalt er å sette pris på fars tilstedeværelse, snakke like mye og direkte til far som til mor, forstå at foreldrene har ulike måter å oppdra barnet på, snakke med far om fødselsdepresjon og om hvilke familiekulturer de har, oppfordre mor til å la far ta del i stell av barnet og gi far informasjon om amming og hvordan han kan være en støttespiller for mor.

3.0 Metode

I dette kapittelet beskriver vi hvilken metode vi har brukt for å svare på hensikt og problemstilling. Vi skal forklare hvordan vi har samlet data, bearbeidet og analysert dem (Malterud, 2017, s. 30-40).

3.1 Design

Vi har brukt en kvalitativ metode i vårt prosjekt. Ved bruk av kvalitativ metode fikk vi frem deltakernes opplevelse og forståelse av den første tiden etter fødsel. Vi gikk i dybden på tema. I kvalitativ metode spør man mennesker hvilke hendelser som gir mening, betydning og hvordan atferden er i ulike situasjoner i livet. Metoden beskriver, tolker og analyserer egenskaper og kvaliteter ved ulike fenomen (Malterud, 2017, s. 30-31). De kvalitative metodene gav oss subjektive erfaringer. Datamaterialet bestod av tekst som kom fra samtaler. Det som avgjør hvilken metode som skal brukes er problemstillingen. Vi valgte den metoden som var mest relevant for formålet, vi kunne ikke bestemme metoden på forhånd (Malterud, 2017, s. 32). Vi har brukt en fenomenologisk tilnærming i oppgaven hvor vi forsket på menneskers opplevelser og erfaringer. For å forstå sosiale fenomener brukes begrepet fenomenologi. Vi som forskere har i oppgave å beskrive informantenes egne opplevelse av den virkelige verden. Ved fenomenologisk tilnærming skal man beskrive så presist og fullstendig som mulig, man skal finne essensen i opplevelsen (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 45).

Hovedmetoden for å samle data i en kvalitativ studie er å gjøre et intervju (Polit og Beck, 2011, s. 532). I bunn og grunn er intervju mellom personer som samtaler og utveksler synspunkter om samme tema. Når vi brukte intervju for å samle data var formålet vårt å få frem personens eller personenes opplevelse av en livssituasjon. Vi vil få frem følelser, tanker og erfaringer (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 156). Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer. Grunnen til at vi valgte denne intervjuformen var fordi vi ønsket å gi deltakerne tid til å forklare den første tiden etter fødselen (Malterud, 2017, s. 133).

Vi utarbeidet en intervjuguide som inneholdt åpne spørsmål om temaet. Disse spørsmålene inneholdt stikkord vi brukte som en huskeliste på hva som var ønskelig data. Intervjuguiden var ikke for detaljert fordi den skulle være åpen for nye spørsmål relatert til problemstillingen. Vi ville finne svar på noe som vi ikke visste fra før. Av den grunn måtte vi være åpne for at intervjuguiden kunne endre seg underveis i datainnsamlingen (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 162-163).

3.1.1 Avgrensning

Vi søkte etter kvinner som ble medmødre i 2016/17. Vi ønsket at kvinnene skulle ha den første tiden etter fødsel så ferskt som mulig i minnet. Siden vi hadde en slik avgrensning kunne det føre til dårligere rekruttering av deltakere. Vi hadde derfor ingen geografiske avgrensninger og det hadde ingen betydning hvilken alder kvinnene hadde. Etter at kvinnene hadde tatt kontakt med oss måtte vi lage flere avgrensninger fordi det oppsto problemer som vi ikke hadde sett for oss. For eksempel var noen av medmødrene foreldre til premature barn, noen hadde hatt hjemmefødsler og ingen barselopphold mens andre var enda ikke blitt medmødre siden rekrutteringen startet i slutten av 2017 (Malterud, 2017, s. 68). De med premature barn har ikke hatt samme barseltid som friske nyfødte da de kan bli overført til nyfødt intensiv kort tid etter fødsel. Hvis barnet blir overflyttet til nyfødt intensiv kan det føre til at foreldrene blir adskilt fra barnet. I tillegg kan oppholdet på sykehuset bli lengre. Av de medmødrene som var med på hjemmefødsel ble ikke barseltiden påvirket av helsepersonell. Kvinnene som ventet barn i slutten av 2017 falt utenfor våre kriterier da de ikke var blitt medmødre enda. Informasjonen om studien kunne påvirket kvinnenenes opplevelse av den første tiden etter fødsel.

3.1.2 Rekruttering

Vi valgte å benytte oss av sosiale medier ved rekruttering av deltakere. Vi publiserte en beskrivende plakat på vår personlige facebook-profil slik at venner og bekjente kunne dele denne videre. På plakaten oppga vi inklusjonskriteriet om at vi ønsket kvinner som ble medmødre i 2016-2017. Vi fikk raskt henvendelser og i løpet av en ukes tid hadde vi 26 medmødre som ønsket mer informasjon om prosjektet. Av disse 26 var det 16 kvinner som ble ekskludert på grunn av prematuritet, hjemmefødsler/ingen barselopphold og de som ventet barn i slutten av 2017. Seks av ti medmødre var bosatt på Østlandet, tre på Vestlandet og en i Nord-Norge. Før vi startet rekrutteringen hadde vi sett for oss at intervjuene ville foregå via

Skype på grunn av spredte geografiske områder i Norge. Siden seks av deltakerne var bosatt relativt nært hverandre på Østlandet, bestemte vi oss for å reise dit for å gjennomføre intervjuene ansikt-til-ansikt. To av deltakerne valgte å trekke seg fra studien før intervjuene ble gjennomført. Av de tre intervjuene på Vestlandet, ble to intervjuet via Skype og en ansikt-til-ansikt. Totalt gjennomførte vi åtte intervjuer.

3.1.3 Deltakere

Deltakerne tok frivillig kontakt med oss og vi ettersendte deretter mer informasjon om vårt prosjekt i tillegg til et samtykkeskjema. I samme mailen spurte vi deltakerne om dette: hele navnet, alder, bosted, antall barn og årstall for fødsel. Det var ingen kjennskap mellom deltakerne og forskerne. Deltakerne var mellom 26- 45 år, gjennomsnitt 33 år. Syv av åtte var førstegangsmødre, en av disse kvinnene hadde selv født et barn tidligere. En av åtte var annengangsmedmor. Fem av kvinnene ble medmødre i 2016 og tre i 2017.

Vi etterspurte ikke mer informasjon fra kvinnene da det ikke var relevant for vår oppgave.

3.1.4 Datasamling

Datainnsamlingen foregikk i uke 44 og 45 i 2017. Intervjuene varte mellom 14 og 49 minutter, som gir oss gjennomsnitt på 28,5 minutter. De korteste intervjuene var de som foregikk via Skype. Under disse intervjuene var det til tider dårlig signal som gjorde at kommunikasjonen ikke ble optimal. Vi hadde utarbeidet en intervjuguide på forhånd som inneholdt åtte spørsmål med stikkord som gjorde at vi holdt oss innenfor tema under hele intervjuet. Intervjuguiden var åpen og kunne endres underveis i datainnsamlingen (Malterud, 2017, s. 133-134). Deltakerne fikk bestemme hvor intervjuet skulle gjennomføres og det varierte mellom kontor, kafé og skolebygg (Malterud, 2017, s. 69-70). For å forsikre oss at intervjuet ble tatt opp på lydbånd benyttet vi oss av både båndopptaker og Iphone (Malterud, 2017, s. 73). Til tider kunne det være utfordrende å høre hva som ble sagt under intervjuet, da støynivået ble høyt. Begge forskerne var til stede under intervjuene, men vekslet mellom å være intervjuer og observatør. Intervjuer var åpen og stilte enkle spørsmål slik at deltakeren hadde mulighet til å snakke fritt om tema. Vi opplevde at den som var intervjuer var respektfull og bekreftende overfor deltakeren (Malterud, 2017, s. 41-42). Observatøren var passiv gjennom intervjuet, men kunne tilføye oppfølgingsspørsmål på slutten (Malterud, 2017, s. 152-153).

Intervjuene ble i ettertid transkribert av oss. Selv om det gikk mye tid til selve transkriberingen så vi på det som en mulighet til å bli kjent med datamaterialet. Vi gikk hver for oss og transkriberte ordrett de intervjuene vi var observatør på (Malterud, 2017, s. 78). Å transkribere er å føre alt som blir sagt muntlig til skriftlig form. Det fører til at vi får en bedre struktur og lettere kan benytte det i analyseprosessen. Vi leste gjennom intervjuene flere ganger, dette også for å bli så kjent med datamaterialet som mulig før vi skulle begynne analyseringen (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 206-207).

3.2 Forforståelse

Vi er to jordmorstudenter som har blitt kjent med hverandre gjennom studiet. Vi er begge unge og har ulike erfaringer innenfor sykepleie. En av oss er forlovet med en kvinne og ser for seg å få barn sammen med henne en dag. I praksis har vi møtt lesbiske kvinner som venter barn sammen og vi har sett at det blir mer og mer vanlig i vårt samfunn. Vi har begge respekt for lesbiske kvinner som får barn sammen. Vi mener at det ikke skal være forskjell fra når en kvinne og en mann får barn. Nevnte punkter over er områder som påvirker våre roller som forskere, men det vil også gi oss et bredere synspunkt på problemstillingen (Malterud, 2017, s. 19). Vi ser på livssituasjonen til den av oss som er skeiv som en forforståelse. Vi må være klar over at en forforståelse også kan påvirke vår forståelse av materialet vi står over. Når vi er to forskere er det viktig at vi hele tiden diskuterer om vi på noen måte påvirker materialet vårt underveis i prosessen (Malterud, 2017, s. 46).

3.3 Etikk

Før vi kunne starte prosjektet og rekrutteringen av deltakere måtte vi sende framleggingsvurdering til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Malterud, 2017, s. 218). Prosjektet vårt havnet utenfor helseforskningsloven fordi formålet med studien ikke var å søke etter ny kunnskap om helse og sykdom (Helseforskningsloven, 2008, §2). Ingen helseopplysninger ville bli samlet inn og den var derfor ikke søknadspliktig (REK, saksnr: 2017/1474). Vårt prosjekt var meldepliktig til Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjektnr. 55523), i henhold til personopplysningsloven § 31 (Personopplysningsloven, 2000, § 31).

Vi har gjennomført vårt prosjekt i tråd med Helsinkideklarasjonen (WMA, 2013). For oss var det viktig at kvinnene tok kontakt med oss på eget initiativ. Vi delte «plakaten» som inneholdt kort om studien og kontaktinformasjon på facebook. For at plakaten skulle nå ut til flest mulig spurte vi venner om de kunne dele den videre. I tillegg spurte vi noen spesifikke venner om de kunne dele «plakaten» til sine venner, fordi vi visste de kunne nå riktig målgruppe. I tråd med Helsinkideklarasjonen skal aldri deltakerne utsettes for ubehag eller risiko som er unødig (WMA, 2013). Kvinnene som tok kontakt fikk tilsendt mer informasjon om studien, samt samtykkeskjema som skulle undertegnes før vi kunne starte datainnsamlingen.

Samtykkeskjemaet var utformet i tråd med mal fra NSD (2017). I samtykkeskjemaet fikk kvinnene informasjon om at det var fritt samtykke og at de kunne trekke seg når som helst i prosessen (Kvale og og Brinkmann, 2017, s. 104-105). Det var også viktig for oss at kravet om konfidensialitet ble overholdt. I samtykkeskjemaet gav vi deltakerne informasjon om at private data ikke ble avslørt og at de kun var tilgjengelig for oss og veileder (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 106).

3.3.1 Anonymitet

Vi har valgt å benytte fiktive navn i resultatdelen hvor det var naturlig. Vi har brukt de mest populære navnene i 2017. Disse hentet vi i fra statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 2018). Dette gjorde vi for at sitatene skulle være mer troverdig for leseren. Intervjuene er tilfeldig nummerert og gjenspeiler ikke hvilken rekkefølge de ble gjennomført i (Malterud, 2017, s. 114).

3.4 Analyse

For å analysere kvalitative data finnes det ulike prosedyrer. Vi har brukt Malterud sin systematiske tekstkondensering i vårt prosjekt (Malterud, 2017, s. 97-98). Ved å bruke denne analysemetoden kan vi strukturere, organisere og finne meningen med datamateriale. I analysedelen i kvalitativ forskningsmetode er det viktig at den uerfarne forskeren leser seg godt opp og forstår analysemetoden som skal benyttes. En av hovedgrunnene til at vi har valgt Malteruds tekstkondensering er fordi vi mener den er grundig beskrevet og enkel å følge. Det er viktig at vi beskriver vår fremgangsmåte slik at leseren kan følge våre skritt i de ulike trinnene. Slik kan også leseren forstå tolkningene og konklusjonen vår bedre. Vi skal nå beskrive vår vei i analyseprosessen (Malterud, 2017, s. 91-92).

Vi startet med rådata som vi hadde transkribert og brukte analysemetodens fire trinn.

1. Å få et helhetsinntrykk. 2. Å identifisere meningsdannende enheter. 3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene. 4. Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017, s. 99-111).

Trinn 1

Vi leste igjennom datamaterialet flere ganger etter at vi hadde transkribert. Dette gjorde vi for å få et helhetsinntrykk og for å bli bedre kjent med materialet vi skulle jobbe videre med. I dette trinnet var det viktig at vi ikke systematiserte, men at de foreløpige temaene ble diskutert etter at vi hadde lest igjennom materialet (Malterud, 2017, s. 99-100).

Tabell 1

Våre foreløpige tema:
1. Roller
2. Forventninger
3. Følelser/opplevelser
4. Jordmorrolle
5. Tilknytning
6. Amming

Trinn 2


Når vi hadde fullført trinn 1 hvor vi hadde sett på datamaterialet i et fugleperspektiv satt vi igjen med disse foreløpige temaene: roller, forventninger, følelser/opplevelser, jordmorrolle, tilknytning og amming. Vi gikk deretter igjennom materialet og fargekodet temaene. Hvert tema hadde sin egen farge. Vi samlet 6 temaer som vi reviderte til 4 kodegrupper. Disse 4 kodegruppene ble: min rolle som medmor, tilknytning, jordmors rolle etter fødsel og opplevelser. Dette gjorde vi for å klare å belyse problemstillingen på best måte.

Tabell 2

Våre foreløpige tema:	Kodegrupper:
1. Roller	1. Min rolle som medmor
2. Forventninger	2. Tilknytning
3. Følelser/opplevelser	3. Jordmors rolle etter fødsel
4. Jordmorrolle	4. Opplevelser
5. Tilknytning	
6. Amming	

Når vi satt igjen med kodegruppene, gikk vi igjen gjennom materialet for å identifisere meningsbærende enheter. Vi filtrerte og la til side den delen av teksten som var irrelevant for oppgaven. Vi valgte å skrive ut materialet vi satt igjen med etter sorteringen for å få en god oversikt over de ulike fargekodene. Vi klippet ut setningene og plasserte de i konvolutten som representerte kodegruppen. Etter at alle setningene var fordelt til den kodegruppen de hørte til, tok vi for oss en og en kodegruppe. Vi leste igjennom alle setningene igjen for å forsikre oss at de passet under kodegruppen den var lagt i. Når vi gjorde dette så vi at to kodegrupper kunne bli til en, fordi de omhandlet det samme. Dette var kodegruppen ”jordmors rolle etter fødsel” og ”tilknytning”. Vi valgte også å endre navnet på kodegruppen ”opplevelser”. Etter denne dekontekstualiseringen satt vi igjen med disse kodegruppene: ”min rolle som medmor”, ”den første tiden etter fødselen” og ”De sårbare øyeblikkene” (Malterud, 2017, s. 100-105).

Tabell 3

Kodegrupper:		Kodegrupper:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Min rolle som medmor 2. Tilknytning 3. Jordmors rolle etter fødsel 4. Opplevelser 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Min rolle som medmor 2. Den første tiden etter fødsel 3. De sårbare øyeblikkene

Trinn 3

I dette trinnet gikk vi igjennom alle meningsbærende enheter i kodegruppene. Videre lagde vi subgrupper til kodegruppene. Hver subgruppe presenterte nyanser av de fenomen som vi studerte. Kodegruppen "Min rolle som medmor" fikk subgruppene "Mitt barn, men ikke biologisk forelder" og "Samfunnets oppfatning av medmors rolle". Kodegruppen "Den første tiden etter fødselen" fikk subgruppene "Hvem skal amme?" og "Tilknytning til barnet mitt". Kodegruppen "De sårbare øyeblikkene" fikk subgruppene "De vonde følelsene", "De gode følelsene" og "Ulike forventning til den første tiden etter fødselen". Videre i dette trinnet var det subgruppene som var hovedenhetene i analysen. Nå skulle vi lage et kondensat, et kunstig sitat, av innholdet i subgruppene. Subgruppene fikk hver sin mappe på datamaskinen. Setningene ble skrevet inn her og bestod nå av en sammenhengende tekst som representerte hver subgruppe. Kondensatene som ble skrevet i dette trinnet var en sammenfattet kortere tekst skrevet i jeg-form for å få frem at det fortsatt var deltakernes opplevelser. Vi har i tillegg funnet "gullsitat" som illustrer best mulig hva som blir sagt i kondensatet (Malterud, 2017, s. 105-108).

Tabell 4

Min rolle som medmor	Den første tiden etter fødsel	De sårbare øyeblikkene
<ul style="list-style-type: none"> - Mitt barn, men ikke biologisk forelder - Samfunnets oppfatning av medmors rolle 	<ul style="list-style-type: none"> - Hvem skal amme? - Tilknytning til barnet mitt 	<ul style="list-style-type: none"> - De vonde følelsene - De gode følelsene - Ulike forventninger til den første tiden etter fødselen

Trinn 4

I dette trinnet har vi gjort rekontekstualisering. Teksten ble skrevet fra jeg-form og formulert til tredjeperson slik at vi som forskere gjenforteller deltakernes opplevelser. Gullsitatene fra forrige trinn ble på nytt diskutert om de fortsatt gav en mening for den rekontekstualiserte analytiske teksten. Dette trinnet førte frem til 3 kategorier som vi kalte 1. En hybridversjon av mamma- og papparollen. 2. Medmors tilknytning til barnet. 3. De sårbare øyeblikkene (Malterud, 2017, s. 108-111).

Tabell 5

Grupper etter rekontekstualisering
1. En hybridversjon av mamma- og papparollen
2. Medmors tilknytning til barnet
3. De sårbare øyeblikkene

4.0 Resultater

I dette kapittelet skal vi presentere de resultatene som kom frem gjennom analysen av det empiriske datamaterialet. Gjennom analyseprosessen ble medmors erfaringer sammenfattet i tre hovedkategorier: 1. En hybridversjon av mamma- og papparollen, 2. medmors tilknytning til barnet og 3. de sårbare øyeblikkene.

4.1 En hybridversjon av mamma- og papparollen

Samfunnet forventet ofte at medmødre skulle inntre en ”papparolle”, men ingen av dem definerte seg selv som en pappa, heller ikke som en mamma. En av medmødrene slet veldig i begynnelsen med at hun skulle ha en mammarolle og en annen følte det var unaturlig å ta papparollen. De fleste så heller på seg selv som en slags hybridversjon. En medmor trodde det hadde en sammenheng med at omgivelsene behandlet henne og hennes partner ulikt. Det viktigste for medmødrene var at de fikk definere rollen selv, men mest av alt å være en god støttespiller for sin partner. Mange av kvinnene så på seg selv som likeverdig forelder, og at de hadde like mye ansvar for barnet som sin partner.

”Jeg vet hvordan det er å være kvinne, jeg vet jo ikke hvordan det er å være mann... jeg skal liksom inntre en sånn «papparolle», det er så unaturlig, for jeg er jo ikke det. Det er jo ikke det jeg skal være heller” (intervju nr. 8)

Kvinnen som hadde født tidligere synes det var vanskelig å finne rollen hun skulle ha for barnet. Hun hadde allerede rollen som fødemor, men nå skulle hun ha en annen. Det var mange som opplevde bekymringer relatert til rollen før og etter fødselen fordi den var ukjent. Kvinnene var opptatt av at ansvaret skulle være likestilt, men de mente også at rollene var ulike. En medmor forteller at hun ikke har den samme rollen overfor barnet som sin partner.

«... og det jeg var redd for var at jeg ikke skulle kjenne at det var mitt barn... at jeg skulle kjenne, hva har jeg med, hva kan jeg gjøre her, og hvilken rolle skal jeg ta?» (intervju nr. 6)

Det var vanskelig for medmødrene å forberede seg til den første tiden etter fødselen. En av grunnene var at det var utfordrende å se for seg hvordan det ville bli. En medmor forteller at hun hadde snakket mye med sin partner om biologi, men for henne hadde det aldri vært et problem. For at medmødrene skulle bli likeverdige foreldre på papiret måtte de søke om medmorskap. I intervjuene kom det frem at det var mye frustrasjon rundt søkeprosessen.

Spesielt var det en som følte ekstra frustrasjon da hun søkte om medmorskap og fikk innvilget fedrekvote.

«Fordi det er jo ikke biologisk, jeg vet ikke om noen fedre liksom hviler seg litt på den da... og det var på en måte vi hadde ikke adoptert. Så Sofie var jo biologisk. Hun var jo ordentlig mor» (intervju nr. 1)

4.2 Medmors tilknytning til barnet

Mange av medmødrene forteller at de hadde lite kunnskap om tilknytning før barnet ble født. I alle intervjuene kommer det frem at det var svært viktig for dem å bli tatt med på alt som var mulig, spesielt var det viktig å få klippe navlestrengen og ha barnet hud til hud. Flere av medmødrene fikk beskjed om å kle av seg på overkroppen da de skulle holde barnet for første gang. Dette opplevde de som god tilrettelegging for tilknytning.

«Når jeg fikk holde William for første gang... alle fedre får jo beskjed om å ta av se på overkroppen... det fikk jo jeg og beskjed om... jeg ble litt sånn... «vil du at jeg skal ta av meg alt?»... så fikk jeg kledd av meg til slutt da» (Intervju nr. 2)

Alle fikk familierom, spesielt da følte de fleste seg som foreldre. Noen av medmødrene forklarte at tilknytningen til barnet ble bedre og bedre etter hvert. Alle så frem til permisjonstiden, da kunne de endelig få bruke tid og bli ordentlig kjent med barnet. En forteller at hun gikk mye på trilletur for å få alenetid med barnet.

«... for Emma slet litt med å gå helt i begynnelsen, så jeg kunne ha Emil med meg ut å gå en tur alene. Det synes jeg var veldig kjekt... at jeg fikk litt alenetid med han selv» (intervju nr. 2)

En medmor mente at hun manglet informasjon om tilknytning, hun ønsket at jordmødrene skulle være mer tydelig på det. En annen hadde selv funnet informasjon om tilknytning og hadde lest en bok om bæretube og viktigheten med hud til hud. Dette hadde hjulpet for hennes tilknytning til barnet. En av medmødrene forteller om en spesiell situasjon ved stallebordet på barsel da barnet kjente igjen stemmen hennes og ble rolig. Hun kjente da på en tilknytning til den nyfødte.

«Jeg synes de hadde like mye fokus på meg som på henne... da hun skulle veies og måles... da gråt hun veldig fælt og så sier hun ene jordmoren at «snakk til henne», også kjente hun igjen stemmen min og ble veldig rolig» (intervju nr. 1)

Mange av medmødrene var glad for å få informasjon om amming, selv om det ikke var aktuelt for noen av dem. En gav uttrykk for at hun ville ha ammet barnet om det hadde oppstått en krisesituasjon. Det kom frem i noen av intervjuene at parene hadde oppklaringer seg imellom som ikke er vanlig mellom en mann og en kvinne, spesielt når det kommer til amming.

«... vi visste at det var teknisk mulig... at jeg kunne starte melkeproduksjon... vi hadde egentlig aldri tenkt på at det var en reell mulighet for meg» (intervju nr. 4)

Etter fødselen var det flere av medmødrene som så at ammingen gav noe som ikke de kunne gi. De forsto at det var lite de kunne gjøre den første tiden etter fødsel da det handlet mest om fødekvinnen og barnet på grunn av amming. Mange av medmødrene hadde stor forståelse for viktigheten med etablering av amming, mens en mente at det bare var å gi erstatning om barnet hadde behov for det. En medmor nevnte i intervjuet at hun så på sin partner som primæromsorgsperson fordi hun ammet.

”Når Nora har ammet og hun sover med henne og tar henne så er det jo nesten som det er hennes barn og jeg hjelper henne”. (Intervju nr. 6)

Det var ulike oppfatninger av helsepersonellet på de forskjellige avdelingene. De fleste medmødrene var opptatt av hvordan jordmødrene oppførte seg rundt dem. De hadde på forhånd sett for seg at det ikke hadde en betydning at de var to kvinner som fikk barn sammen, men opplevelsen var varierende. Noen opplevde jordmødrene som inkluderende, mens andre opplevde dem som brå og lite interessert. Selv om de fleste opplevde å bli ivaretatt var det spesielt en medmor som følte seg tilsidesatt på grunn av jordmors holdning og kroppsspråk.

«En jordmor kom inn på rommet og fortalte at vi måtte være der en natt til fordi Jacob hadde forhøyet bilirubin... og da spurte jeg hva er verdiene? Og da fikk jeg til svar «hvorfor skal du vite det?»... og da viste hun godt at jeg var medmor». (Intervju nr.3)

4.3 De sårbare øyeblikkene

Flere av medmødrene synes det var sårt og tøft å bli foreldre. En av kvinnene opplevde at hun til tider endret personlighet etter at barnet ble født og at hun fikk en form for fødselsdepresjon. I det samme intervjuet kommer det frem at hun var sjalu på barnet, fordi det tok all oppmerksomheten. Hun følte til tider at partneren elsket barnet mer enn henne. Medmødrene forklarer den første tiden etter fødselen som en ball av positive, negative og sårbare følelser.

«... det var bare mine følelser, det ble for mye rett og slett... jeg vet ikke, jeg lurte på om jeg fikk en form for fødselsdepresjon, jeg føler det er litt patetisk og si når jeg er den som ikke har føda... » (Intervju nr. 7)

Hvordan omgivelsene behandlet medmødrene var spesielt sårbart for en medmor. For henne var det viktig at hun ble sett og hørt for å føle seg inkludert. For noen av medmødrene var det spesielt sårende når noen mente det var større kjærlighet mellom deres partner og barnet. Medmødrene opplevde det å bli foreldre som en enorm lykkefølelse. Det var det fineste de hadde opplevd og det var den største tiden i livet deres. Under et av intervjuene var det en av kvinnene som ble rørt da hun fortalte om oppholdet på barsel. Hun hadde opplevd at personalet var støttende da hun var i den mest sårbare tiden i livet.

«Jeg trodde at "nå kommer jeg ikke lengre på kjærlighetsskalaen" også kom han og så bare er det en helt ny dimensjon» (Intervju nr. 8)

Under intervjuene spurte vi medmødrene om de måtte forklare hvem de var på barsel. Flere av medmødrene svarte at de aldri måtte forklare hvem de var, noe de var veldig glad for. De opplevde at helsepersonellet visste hvem de var og det hadde vært unaturlig om de hadde fått det spørsmålet. To av medmødrene ble møtt av spørsmål om de var søster eller venninne til fødemor. Dette var noe de så på som spesielt sårende og de synes det var vanskelig å håndtere spørsmålet.

«Jeg blir fremdeles overrasket når folk kommer inn på rommet og sier «og du er?» og ser ut som at de blir overrasket av svaret... nå vet jeg ikke hvordan journalene føres, men jeg vil anta at dette er tilgjengelig informasjon før du kommer inn på rommet» (Intervju nr. 4)

Mange av medmødrene syns det var vanskelig å forstå at det var deres barn som lå i partners mage, og de følte at det tok tid før de kjente på morskjærligheten. I den mest sårbare tiden i livet var det ikke hennes egne følelser som sto i fokus. Det var ikke hun som skulle være sårbar nå. Hun følte hun måtte være familiens beskytter og satte egne følelser på vent. Alle medmødrene forteller at det var en god følelse når barnet var født. Da kunne de endelig se og ta på barnet. En medmor forklarer følelsene for barnet som en forelskelse. Hun hadde sommerfugler i magen, men syns også det var litt skummelt at hun skulle ha ansvar for barnet resten av livet. For en medmor var det spesielt godt da barnet ble født fordi hun opplevde å bli ekskludert i svangerskapet.

«Det var selvfølgelig kjempe tøft for Maja, men for meg så var det mer emosjonelt, fordi jeg følte at jeg ikke hadde morskjærlighet... jeg hadde hvert fall ikke den umiddelbare morskjærligheten ovenfor han» (Intervju nr. 7)

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet skal vi diskutere studiens resultater i lys av relevant forskning og teoretisk rammeverk. Diskusjonen er delt opp i tre del kapitler som gjenspeiler våre hovedfunn.

5.1 Rollen som den andre forelderen

Det som kom frem i våre resultater var at medmor er en udefinerbar rolle som blir oppfattet individuelt blant kvinnene i studien. Slik det er blitt beskrevet tidligere i oppgaven er en rolle generelt vanskelig å definere. I dagens samfunn ser vi at rollene er mer smeltet sammen enn tidligere. Samfunnet tillater i større grad at vi kan være det mennesket vi selv ønsker å være (Johansen og Gamnes, 2017, s. 236). Kvinner er mer maskuline og menn er mer feminine (Almås og Benestad, 2010, s. 47). Selv om samfunnet godtar mye, slet likevel mange av medmødrene med sin identitet. De følte press utenfra til å gå inn i en rolle de selv ikke ønsket.

I våre resultater kom det frem at medmødre ikke definerer seg som en mor, heller ikke som en far. De forklarer at rollen er udefinerbar, men at den er en blanding av begge foreldrerollene. Denne rollen kan kalles en hybridversjon. Med dette menes at rollene går over i hverandre, på noen områder har de en mammarolle, på andre områder har de en papparolle. Funnene kan bekreftes opp mot studien til Padavic og Butterfield (2011, s. 176) som også definerer rollen til lesbiske foreldre som en hybridversjon. De har gitt navnet til hybridversjonen «mather». Det er et blandingsord mellom de engelske ordene «mother» og «father» som betyr mamma og pappa. I studien er det ikke bare medmor ordet «mather» kan fungere for, men også for fødekvinne i den lesbiske familien. Dette ses i sammenheng med at samfunnet kan forvente ulikt av oss ut i fra hvilket kjønn vi er (Johansen og Gamnes, 2017, s. 236).

Samfunnets forventninger beskrives av Honneth (2007, s. 87) i form av sosial verdsettelse. Sosial verdsettelse oppnås når mennesker får selvfølelse av å bli sosialt akseptert. Å være skeiv kan by på en rekke utfordringer knyttet til å være seg selv i samfunnet. For å føle seg anerkjent som et lesbisk par som ønsker barn, krever det at samfunnet godtar denne moderne familiekonstellasjonen. Vi søker tilhørighet ved å passe inn i en gruppe. Medmødre kan synes det er vanskelig å passe inn i gruppen «mor» eller «far». Det kan hende de leter etter en plass de passer inn, uten at de finner den. Dette kan føre til tap av anerkjennelse. Ifølge Almås og Benestad (2010, s. 46) får man bekreftelse av de man samspiller med. I tillegg kan bekreftelse føre til at man utvikler rollen sin. Noen mennesker endrer sine personlige egenskaper for å

passe bedre inn i samfunnet. På denne måten kan det hende at andre ikke opplever individet som det han eller hun faktisk er. Medmødrenes opplevelse av samfunnets forventninger til dem kan føre til endring i rollen deres for å få aksept. De kan da undertrykke sin egen identitet i møte med andre. Dette kan føre til at medmødre føler seg mindre anerkjent.

Siden 2009 har lesbiske par hatt tilgang til assistert befruktning (bioteknologiloven, 2003, §2). Ordet medmor er fremdeles fremmed for folk, men det oppleves at samfunnet er positive til at kvinner får barn sammen. I tidligere forskning ser man at samfunnets holdninger til skeive personer har endret seg betydelig de siste 10 årene. I studien utført av Anderssen og Malterud (2013, s. 19) kom det frem at seksualitet ikke hadde betydning for foreldreskap. I tillegg viste over 50 % av den norske befolkningen at de var positive til at par av samme kjønn fikk barn sammen. Ut i fra studiens funn kan det tyde på at medmødrene opplevde det å være synlig i samfunnet som en utfordring. Prosessen «Å komme ut av skapet» kan være utfordrende i seg selv (Giertsen og Anderssen, 2007, s. 332), og nå møtte de en lignende situasjon. Selv om store deler av den norske befolkningen var positive til skeive som dannet familie, opplevde likevel noen medmødre utfordringer knyttet å være seg selv i samfunnet (Anderssen og Malterud, 2013, s. 19).

Tidligere var det forventet at alle kvinner skulle være gravide og få barn. Var kvinnene infertile eller ikke ønsket å få barn, ble de mistenkt for å være lesbisk. Det å være lesbisk kan være lettere i dag enn for 20-30 år siden. Å være lesbisk ble sett på som unormalt og rart (Plummer, 2011, s. 201). Vi kan se i studien til Erlandsson mfl (2010, s. 100-102) at personalet var både nysgjerrig og interessert i dem som et par og hvordan det var å være to kvinner som fikk barn sammen. Personalet var i tillegg bevisst på at de måtte øke kunnskapen innenfor feltet. Medmødrene i denne studien verdsatte når personalet var nysgjerrig, det samme kan vi se i våre resultater.

I våre resultater hadde medmødrene blandede følelser overfor manglende biologisk tilknytning til barnet. Biologi var i noen grad avgjørende for om medmor følte seg som likeverdig forelder. For at kvinnen skulle bli medmor måtte hun enten være samboer når den assisterte befruktningen tok sted eller være gift med kvinnen når barnet ble født. Forskriften om medmorskap (Forskrift om fastsetjing av medmorskap, 2008, §5) sier at kvinnen må sende inn skriftlig samtykke før assistert befruktning finner sted. Skal den assisterte befruktningen finne sted i Norge må donoren være åpen. Det innebærer at barnet har mulighet til å kontakte

donoren etter han eller hun er fylt 18 år. Søknadsprosessen kan være omfattende. Det kreves at kvinnene setter seg godt inn i forskriften (Forskrift om fastsetjing av medmorskap, 2008, §3). I resultatet fortalte kvinnene om bekymringer relatert til søkeprosessen. Noen syntes at denne prosessen var krevende og i tillegg støtende da de fikk innvilget fedrekvote. Lignende resultater kan man også se i tidligere forskning. I studien utført av Wojnar og Katzenmeyer (2014, s. 50) var 1 av 7 hovedtema om juridiske og biologiske bekymringer. Våre resultater viste en medmors bekymringer dersom søknaden om medmorskap ikke ble godkjent. Medmøren forklarte at hun synes det var vanskelig å tenke på at hun ikke hadde foreldrerett om det skulle skje noe med partneren.

Ifølge Honneth (2007, s. 87) skal alle mennesker respekteres ut fra den de er. Den rettslige anerkjennelsen handler om nettopp dette. Gjennom kulturelle og historiske forandringer er det i dag lov for skeive å stifte familie. Som nevnt tidligere har lesbiske kvinner lov til å få barn sammen i Norge. Menneskerettighetene gir dessuten mennesker rett til et liv i frihet, med personlig sikkerhet. Alle mennesker er født frie, og er utstyrt med samvittighet og fornuft, og bør deretter handle mot hverandre i god ånd (Forente nasjoner, 2018). Som frie mennesker har man lov til å ytre sine meninger. For lesbiske og homofile betyr det først og fremst at de skal få lov å være den de er. Det hadde liten betydning for medmødrene i vår studie at de ikke var biologisk tilknyttet barnet. Bekymringene kom blant annet av hvordan staten vanskeliggjorde situasjonen til medmødre gjennom tungvint papirarbeid. Når de ikke ble anerkjent som en forelder før alle papirene var i orden, eller når de fikk innvilget fedrekvote da søknaden var godkjent, var ifølge noen medmødre nedlatende. Ifølge Honneth (2007, s. 89) gir tap av rettigheter og ekskludering fra offentligheten tap av anerkjennelse.

I «queer teori» presenterer Plummer (2003, s. 70) konseptet intimt statsborgerskap. Det handler om at alt vi referer til som personlig, faktisk er knyttet til og reguleres gjennom det offentlige. At to kvinner ønsker å få barn og stifte familie sammen oppleves som noe personlig, men blir regulert av offentligheten. Det er regelverket som forteller hva som er lov og ikke lov, samt de valg vi har relatert til fruktbarhet og assistert befruktning (Plummer, 2003, s. 39). Når to kvinner får barn sammen blir prosessen tydelig for samfunnet. Noen av medmødrene i studien vår oppgir at det ikke bare var det offentlige som krevde svar på hvilken befruktningsmetode de hadde valgt. De fikk spørsmål fra nære og bekjente som heterofile par vanligvis ikke blir stilt. Et av spørsmålene som ble stilt var om paret skulle gå gravid sammen, eller hvem sine egg som ble brukt under befruktning. Ifølge Butler (1991, s.

14) er det viktig å stille seg kritisk til hvordan samfunnet plasserer lesbiske par i kategorier som blir undertrykket i samfunnet. Spørsmål som nevnt over kan virke homofobisk og det kan føre til at lesbiske kvinner blir usikre på sin identitet. I avhandlingen til Ohnstad (2009, s. 8) forklarer hun at lesbiske kvinner sliter med å identifisere seg med den kategorien samfunnet mener de hører under. Plummer (2011, 195) mener at seksualitet er flytende og begrunner dette med at man trenger ikke nødvendigvis å være heterofil eller homofil, man skal få gjøre de valg man selv ønsker. Dette forklares innenfor «queer teori».

Følelsen av å ikke være godkjent forelder før alle papirer var på plass kan sammenlignes mot det å adoptere et barn. Historisk har det skjedd en endring i adopsjonsprosessen. Ifølge studien til Siegel (2013, s. 43) startet adopsjonsbyrå med åpen adopsjon etter 1980. Ifølge Siegel (2013, s. 45) var det noen av foreldrene som synes kontakten med de biologiske foreldrene var vanskelig, men de var åpen for kontakt for barnets del. De mente det var vanskelig fordi de var redd for å miste kontakten med barnet. Likevel anbefalte samtlige åpen adopsjon til nye adopsjonsforeldre. Når to kvinner får barn sammen kan bare en av kvinnene være biologisk tilknyttet barnet. I våre funn oppgir noen medmødrene at de har fått spørsmål om biologisk tilknytning. Ikke bare fra samfunnet, men også fra nære venner og familie. Det har vært et spørsmål som har vært vanskelig å håndtere for noen. På den andre siden kan vi se at noen medmødre fra studien vår oppga liten, eller ingen bekymring overfor hvilke spørsmål som ble stilt dem.

5.2 Tilknytning, tilstedeværelse og mangel på kunnskap

Tilknytning er en medfødt egenskap hos alle. Når barn gjenkjenner personer kan det legges grunnlag for tilknytning. Ifølge Tetzchner (2012, s. 457) har det ingen betydning om omsorgspersonen er barnets biologiske forelder eller ikke. Det viktigste er at barnet opplever fasthet og kontinuitet i den omsorgen som blir gitt. Medmødrene forteller at det tok litt tid før tilknytningen til barnet var slik de selv ønsket, men at den ble bedre og bedre jo mer tid de fikk tilbringe sammen med barnet.

Medmødrene hadde ulike oppfatninger av hvordan tilknytningen ble tilrettelagt på barselavdelingene. I studien til Dahl og Malterud (2015, s.169) ser man at medmødrene hadde behov for anerkjennelse og bli sett i fødselsomsorgen. I studien til Erlanddson mfl. (2010, s. 100-102) mente medmødrene at det var viktig for dem å kunne delta i omsorgen for deres

partner og nyfødte barn. Det ble dannet mange minner når helsepersonellet var engasjert i deres deltagelse på barselavdelingen. Dette gjorde at medmødrene følte seg inkludert. I våre resultater hadde medmødrene de samme behovene for å føle seg inkludert i den første tiden etter fødsel. I tillegg var det viktig for medmødrene at de var en god støttespiller for sin partner. På familierommet kunne medmødrene ta del i omsorgen, stell og amming av det nyfødte barnet. Resultatene våre viste at medmødrene som fikk være på barsel sammen med sin nye familie alle dagene, så ut til å danne raskere tilknytning til barnet enn de som ikke fikk være der. Dette kan ha hjulpet kvinnene med å finne sin rolle som forelder.

Vi vet at barselomsorgen i Norge er under stor endring. Barseltiden på sykehuset blir kortere og kortere. Det er et ønske om at kvinner og barn skal reise hjem innen de første 4-24 timene etter fødsel (Helsedirektoratet, 2014, s. 24). Samtidig vet vi at det er få av parene som får familierom på barsel (Folkehelseinstituttet, 2017, s. 45). Dette er noe vi også har sett og erfart i praksis. Når det er slik realiteten på barselavdelingene er, kan det være vanskelig for jordmødre å legge til rette for tidlig tilknytning mellom medmor og det nyfødte barnet. Dette kan føre til at medmor føler seg ekskludert fra familien og dermed går glipp av viktige tilknytningsmomenter i de første levedagene til barnet. I studien til Erlanddson mfl (2010, s. 100-102) ønsket medmødrene at barselomsorgen skulle være utformet og tilpasset par av samme kjønn. Medmødrene mente at det kunne vært en god støtte for dem. Dette er også noe som gjenspeiler seg i våre resultater. Som beskrevet i resultatene våre var medmor opptatt av å være tilstede på barselavdelingen og var engasjerte i hele prosessen både før og etter at barnet var født. Vi kan trekke likheter fra resultatene i Dahl og Malterud (2015, s. 170-171) sin studie. Der ser man at inkludering og deltagelse var viktig for medmødre også i fødselsprosessen. Fordi det gav dem bekreftelse som en forelder.

Mange medmødre hadde mangel på kunnskap om tilknytning, de var avhengig av å få informasjonen fra andre. I helsedirektoratets retningslinjer for barselomsorgen (2014, s. 24-29) står det beskrevet at det må gis individuell helsetjeneste ut i fra personens behov og situasjon. Dette ser vi at medmødrene i vår studie etterspør, selv om de hadde ulike opplevelser av den første tiden etter fødsel. I studien til Spidsberg og Sørli (2011, s. 796) forteller jordmødrene at de så at medmor hadde behov for annen tilrettelegging enn far. I en annen studie av Dahl mfl. (2012, s. 674) viste det også at lesbiske par hadde et annerledes behov for tilrettelegging både som enkeltperson og som familie. I studien til Erlanddson mfl. (2010, 100-102) var jordmødrene nysgjerrige på dem som et lesbiske par. I tillegg spurte de

hva de kunne gjøre, slik at omsorgen kunne bli bedre. Vi kan se at mange studier bekrefter at medmor har andre behov. Resultatene våre viser at helsepersonell bør ta mer hensyn til medmor under barseloppholdet. På en annen side kan vi knytte medmødrenes opplevelse opp mot hvordan fedrene hadde det i samme situasjon. Schytt og Bergstrøm (2013, s. 82) studerte hvordan førstegangsfedre opplevde fødsel og barselsomsorgen. I våre resultater oppga medmødrene følelser som kan gjenspeiles i noen av funnene fra studien. Fedrene oppga at jordmødrene var gode omsorgspersoner, men de savnet en støttespiller under fødselen og barseloppholdet. Noen av medmødrene i vår studie var også fornøyde med omsorgen på barsel, men ønsket likevel at personalet så de andre behovene deres. Medmødrene oppgir at de ønsker bedre tilretteleggelse for tilknytning til barnet.

I studien utført av Pelka (2009, s. 195) kommer det frem at det dannes raskere tilknytning mellom de som er biologisk. I Bowlbys teori om tilknytning blir det beskrevet at barn kjenner igjen sine omsorgspersoner på grunnlag av lukt og stemme (Smith og Bjerke, 1974, s. 215). Barn er avhengig av å ha nærhet til en eller flere omsorgspersoner, som nødvendigvis ikke trenger å være biologisk (Tetzchner, 2012, s. 457). I våre resultater forteller vi om en situasjon der barnet kjente igjen medmors stemme og ble rolig. Dette kan bekrefte det Tetzchner mener om biologi. Ved hjelp av kunnskap om tilknytning og dens betydning kan jordmor på barselavdelingen legge til rette for at medmor og det nyfødte barnet får en tidligere tilknytning. Vi ser derfor at tidlig tilrettelegging kan øke medmors familietilhørighet og legge grunnlag for videre tilknytning.

Amming er en stor del av den første tiden etter fødsel. Det gir trygghet, varme og omsorg, men størst av alt er det den viktigste næringskilden for den nyfødte. Som nevnt tidligere i oppgaven er amming en viktig del av de første månedene, men vi vet at ikke alle kan, får til eller velger å amme (Helsing og Häggkvist, 2008, s. 21). Medmødre i studien vår hadde ulike oppfatninger om amming og hvilken støttespiller de kunne være for sin partner. En medmor opplevde ikke ernærings situasjonen for sitt barn som stressende. Medmor mente det bare var å gi morsmelkerstatning om barnet hadde hatt behov for det. Det var slik hun hadde håndtert situasjonen. På den andre siden kan vi tenke at kvinnen ikke hadde nok kunnskap om amming og ernæring for barnet. Hadde hun fått nok informasjon under svangerskapet kunne hun hjulpet sin partner med å tilrettelegge for amming og ikke minst støttet henne bedre om ammingen ikke fungerte.

Det var ingen av våre deltakere som ammet. Hvilken næring barnet fikk, vet vi ikke noe om. Det var likevel viktig for oss å spørre medmødrene, da det var en mulighet selv om de ikke hadde født barnet. Ifølge Alquist (2016, s. 25) er morsmelk den beste ernæringen til spedbarn de første 4-6 månedene. I svangerskapsomsorgen får den gravide informasjon og opplæring om amming. Noen av medmødrene i studien vår fikk spørsmål enten i svangerskap-, fødsel- eller barselomsorgen om de visste at de kunne starte melkeproduksjon og amme barnet. Vi opplevde at medmødrene ønsket at barnet skulle ernæres ved bruk av morsmelk, men at dette var fødekvinnens oppgave. En medmor ønsket å starte melkeproduksjon, dersom det hadde oppstått en krisesituasjon. Hun var veldig positiv til den informasjonen hun hadde fått angående tema i svangerskapet. Det samme oppgir de andre medmødrene som fikk denne informasjonen. Alquist (2016, s. 146) beskriver prosessen en kvinne må igjennom for å starte melkeproduksjonen uten å være gravid. Denne prosessen bør startes et par måneder før barnet blir født. Kroppen må forberedes med pumping og melkestimulerende medisiner for at produksjon av melk skal igangsettes. Ut i fra hva våre deltakere har opplevd var ikke informasjonen de mottok om amming og melkeproduksjon tilstrekkelig. For medmøren som ville ammet i en krisesituasjon, kunne det vært vanskelig å oppnå tilstrekkelig melkeproduksjon på kort tid. For at jordmor skal kunne gi nok informasjon bør hun få mer kunnskap om denne prosessen. Vi kan se at det er lite forskning om hvordan starte melkeproduksjon uten å være gravid, samt erfaring relatert til akkurat dette.

I tidligere forskning kom det frem at jordmødrene var opptatt av sine egne holdninger og kroppsspråk til lesbiske par som får barn sammen (Spidsberg og Sørli, 2011, s. 796). I våre resultater var det ulike oppfatninger av hvordan de ble møtt av helsepersonell på barselavdelingene. Selv om Spidsberg og Sørli (2011, s. 796) beskriver jordmors holdninger som positive ser vi i våre resultater at noen av medmødrene opplevde jordmødre som krenkende og lite interessert i deres tilknytning til det nyfødte barnet. I studien utført av Cherguit mfl. (2013, s. 1269) beskrev medmødrene helsepersonellet som både inkluderende og positive. På en annen side hadde noen av medmødrene følt seg ekskludert på grunn av at helsepersonellets heterosentrerte holdning. Dette er også noe vi kan se i studien til Erlandsson mfl. (2010, s. 100-102) der noen av medmødrene opplevde å møte helsepersonell med heteronormativt språk. I tillegg gjentatte hendelser med diskriminering. Medmødrene i vår studie opplevde til tider at helsepersonell ikke behandlet dem som likeverdig forelder. Dette opplevde allerede i svangerskapet. I Wojnar og Katzenmeyer (2014, s. 50) er et av temaene som gjentar seg det å føle seg som en ufullstendig mor. Med dette mener de at medmødrene

følte de ble ekskludert, noe som påvirket tilknytningen mellom henne og det nyfødte barnet. Fra våre resultater ser vi eksempel på dette når det ble stilt spørsmål til hvorfor medmor skulle vite resultatet på en blodprøve eller hvorfor hun måtte være med på en konsultasjonstime. Den verbale kommunikasjonen kan til tider være vanskelig å håndtere når man ikke er biologisk tilknyttet. Medmor er barnets andre omsorgsperson, barnets andre forelder. Helsepersonell har behov for mer kunnskap relatert til tilknytningen mellom medmor og barnet.

Som helsepersonell har man ansvar for å holde seg faglig oppdatert på ny forskning. Slik vi ser det i praksis er det forskjellige holdninger til kunnskapsbasert praksis. Det kan være ulike grunner til dette. Blant annet er hektiske dager på arbeidsplassen, økonomi og ressurser påvirkende faktorer for disse holdningene (Sandvik mfl., 2011, s.161-162). Ut i fra studiens resultater kan en av årsakene til at helsepersonell mangler kunnskap om medmødre, som nevnt tidligere, være at det finnes lite litteratur om temaet generelt. Lov om rett til assistert befruktning kom 1. januar 2009, men ikke før i 2015 ble medmor en del av helsekortet til gravide (Helsedirektoratet, 2015). Dette kan vise at endringsprosesser skjer over tid. På en side kan ny forskning gi helsepersonell svar på noe de ikke visste fra før, samt å få et bredere syn på hvordan det er å være medmor. Når helsepersonell går ut fra at det ikke er forskjell mellom medmor og far, kan det tyde på en dårlig holdning allerede før de opplever å ha ansvar for et lesbisk par i svangerskaps, fødsel- og barselomsorgen. Å møte medmødrene på en god måte og tørre å stille dem spørsmål om deres situasjon kan gjøre at den første tiden etter fødsel blir en god opplevelse. Vi opplever at diskusjonen som pågår omkring barselomsorgen i dag er stor. Media og befolkningen er kritisk til hvordan kvinnene blir sendt hjem alt for tidlig etter fødselen (Folkehelseinstituttet, 2017, s. 50; Wirsching, 2018). Helsepersonellet på de ulike sykehusene i landet forsvarer seg med at de har det travelt og at det kan være vanskelig å opprettholde kravene staten setter. Innsparinger og dårlig økonomi kan gjøre det vanskelig for ledelsen på sykehusene å kreve bedre økonomiske rammer rundt ny forskning. Spesielt tenker vi at det vil være vanskelig å kreve økonomiske ressurser til kursing av helsepersonell som møter medmødre. Dette fordi forskning om mødre muligens blir prioritert (Sandvik mfl. 2011, s. 161).

For å innføre forskning- og kunnskapsbasert praksis ut i den virkelige praksis benytter vi oss av implementeringsmodeller. Dette gjør vi for å bedre, øke kvaliteten og effektiviteten i det tjenestetilbudet som gis (Sørliie mfl. 2010, s 315-321). Ut i fra våre resultater ser vi at det kan være behov for mer kunnskap hos helsepersonell og samfunnet generelt om medmødre. Vi ser at det er lite forskning om medmødre i barselomsorgen, men helsepersonell har mulighet til å finne forskning som kan relateres til denne tiden. Som nevnt tidligere kan det være ulike grunner til at vi som helsepersonell bruker kunnskapsbasert praksis forskjellig. Blant annet ressurser, barrierer, fagutvikling og ledelse. For at forskning om medmor skal kunne implementeres i praksis kreves det på en side at ledelsen øker ressursbruk og økonomi rundt tema slik at kunnskap blir mer tilgjengelig. På en annen side kreves det også at helsepersonell søker etter ny kunnskap og bruker den i møte med medmødre (Sandvik mfl. 2011, s. 161).

5.3 En ball av positive, negative og sårbare følelser

Ifølge studien til Wojnar og Katzenmeyer (2014, s. 50) kan ikke-biologiske mødre også få en fødselsdepresjon. I våre resultater kom det frem at flere medmødrene synes det var tøft å bli foreldre. Spesielt en av deltakerne tenkte hun hadde en form for fødselsdepresjon da hun ikke var seg selv i perioder. Vi vet at det ikke bare er biologiske mødre som rammes, far kan også få en fødselsdepresjon. Vi kan se i studien til Schytt og Bergstrøm (2013, s. 82) at førstegangsfedre hadde ulike opplevelser relatert til fødsel og barselomsorgen. Noen av fedrene i studien, spesielt de med høyere alder enn gjennomsnittet, hadde opplevd noe negativt i forbindelse med fødselen. I en studie utført av Melrose (2010, s. 199) står det at opptil 25 % blant førstegangsfedre rammes av depresjon etter fødsel. Det er viktig at helsepersonell har et stort fokus på dette da vi ser hvor mange som faktisk rammes. Selv om medmor ikke kan ses på som far, kan man tenke seg at de har like stor, eller større risiko, for å få en fødselsdepresjon. Vi tenker at dette kan ha en sammenheng med at medmor for det første ikke er biologisk forelder, det andre at hun har en udefinerbar rolle og at samfunnet forventer at hun skal være noe hun ikke er. Som vi vet i fra studien til Wojnar og Katzenmeyer (2014, s. 50) opplevde medmødrene både juridiske og biologiske bekymringer i graviditeten. De føler på sinne og sårbarhet rundt det å være en ufullstendig mor. Dette er momenter som kan være med på å skape en utrygg barseltid som igjen kan trigge til en fødselsdepresjon.

American Academy of pediatrics (Yogman og Garfield, 2016) har utarbeidet punkter som kan hjelpe å inkludere far bedre på barneavdelinger. Vi mener disse punktene også kan være aktuell for medmor. Et av de utarbeidede punktene var å snakke med far om fødselsdepresjon. I våre resultater var det mange sårbare følelser relatert til den første tiden etter fødsel. Under intervjuene opplevde vi at medmødrene følte seg trygge til å dele sårbare følelser med oss. Det var flere av medmødrene som oppga følelser som kan relateres til symptomer på fødselsdepresjon. Det var ingen som snakket med dem om dette etter fødselen. De oppgir et ønske om at helsepersonell har mer fokus på dette. Som forskere ser vi at det vil være hensiktsmessig å utdype disse funnene i en ny studie.

Medmor kan møte på utfordringer relatert til sin identitet da hun ikke er biologisk forelder til barnet. Dahl og Malterud (2015, s. 169) har utført en studie hvor målet var å se hvordan medmødre opplevde fødselsomsorgen. Der kom det frem at medmors identitet til tider ble utfordret, fordi hun verken var far eller biologisk mor. Dette var noe som også gjenspeilte seg i våre resultater. I tillegg så vi i studien til Gabb (2005, s. 589) at foreldreidentitetene i de lesbiske familiene ble fordelt ulikt. For mennesker er det viktig å bli sett og inkludert i omgivelsene og samfunnet. Vi ønsker å bli respektert for den vi er og at vi selv får velge hvem vi skal være. Det som var viktigst for medmødrene i vår studie var å bli anerkjent som enkeltperson, men også som familie. I tillegg det å bli sett og hørt. Det kom også frem at medmødrene opplevde at samfunnet behandlet de og deres partner ulikt. Samfunnet trodde det var mer kjærlighet mellom fødemor og barnet enn det var mellom medmor og barnet fordi fødemor var biologisk tilknyttet. I studien til Pelka (2009, s 195) kom det frem at det kunne oppstå sjalusi blant de lesbiske parene da medmor ikke var biologisk forelder til barnet. En av grunnene var at medmor kunne selv vært gravid og dermed vært biologisk tilknyttet. Det oppsto sjalusi hos en medmor i vår studie. Hun oppga at hun ikke hadde morskjærlighet for barnet i begynnelsen. Hun var sjalu på forholdet partneren og barnet hadde. Hun opplevde situasjonen som sårende og tøff.

Vi kan se en sammenheng med studien utført av Wojnar og Katzenmeyer (2014, s. 50) hvor et av temaene var at medmor kjente på tristhet og sinne. Dette er temaer som kom frem i svangerskapet, men vi kan se likheter som gjenspeiler seg i den første tiden etter fødsel og våre resultater. Anerkjennelsen som Honneth (2007, s. 87) beskriver som den sosiale verdsettingen og den rettslige anerkjennelsen kom frem ved dette temaet. Samtlige medmødre ønsket å bli sett på som en likeverdig forelder som partneren som fødte barnet. Det ble tolket

som nedlatende at samfunnet kunne mene noe annet. Dette kunne føre til at medmødrene ble usikre på seg selv som forelder. Det var spesielt vanskelig når de møtte helsepersonell som ikke forstod hvem de var i fødselssituasjonen. Medmødrene ønsket å bli verdsatt ut i fra det de var. At den sosiale sammenheng så på de som en forelder gav de en god selvfølelse som igjen kunne føre til anerkjennelse. Medmødrene i studien til Erlanddson mfl. (2010, s. 100-102) forteller at det var viktig for dem å bli anerkjent som den andre forelder. Når helsepersonellet brukte et språk som inkluderte ordet far, opplevde medmødrene seg ekskludert samt at de ikke tok hensyn til dem som medmor og partner.

Som helsepersonell må vi vite hvilke rettigheter medmor har som den andre forelder. De er like mye forelder som en fødemor og far. To av medmødrene fikk spørsmål om hvem de var for fødekvinne og barnet. Når vi spurte medmødrene om de ønsket å få spørsmål om dette, forklarte de at det ville vært unaturlig. De ønsket at helsepersonell skulle forstå hvem de var i situasjonen, uten å stille spørsmål ved det. For noen var det vanskelig å håndtere at helsepersonell så på de som en venninne eller søster i stedet for partner til fødekvinne. Ifølge Honneth (2007, s. 89) kan slike spørsmål gi tap av anerkjennelse fordi man kan føle seg ekskludert og lite verdt. Andre forklarte at de også lot være å fortelle hvem de var i frykt for å gjøre situasjonen ukomfortabel. Dette kan føre til at medmor endrer sine egenskaper for å passe inn i miljøet. Noe som Honneth (2007, s. 87) beskriver som den sosiale verdsettingen. Selvomplevlsen vår formes i samspill med andre. Når en medmor ikke får uttrykke seg som seg selv i en viktig livshendelse som det å få barn, kan det føre til negativ selvfølelse. Ifølge Honneth (2007, s. 85) har også barnet fordeler av å bli knyttet til omsorgspersoner. Det kan prege barnets utvikling i en positiv retning å bli trygg på seg selv og verden. Barn er avhengig av å ha en omsorgsperson som viser hvordan man samspiller med andre (Honneth, 2007, s. 85). Når to kvinner går gjennom en prosess for å få barn sammen, er dette barnet svært ønsket. Barnet vil da få solide omsorgspersoner som gir barnet den anerkjennelsen det trenger.

Selv om det var mange vonde følelser relatert til den første tiden etter fødsel var det også det største medmødrene hadde opplevd. De opplevde en enorm lykkefølelse og det var den fineste tiden i livet deres. Jordmødrene i studien til Spidsberg og Sørli (2011, s. 796) beskrev de lesbiske forholdene som svært kjærlighets- og omsorgsfulle. I noen av våre intervjuer så vi at flere ble svært rørt når de snakket om den første tiden etter fødsel. Det var flere som fortalte at de følte seg godt ivaretatt og inkludert på barsel. Å sette pris på medmors tilstedeværelse er

ifølge American Academy of pediatrics (Yogman og Garfield, 2016) et punkt som også nevnes ved inkludering av far. Det kan være at medmødrene hadde følt seg mer sett om de blir satt pris på i barselomsorgen. I studien (Spidsberg og Sørli, 2011, s. 796) hvor det ble forsket på jordmødres opplevelse av møte med lesbiske par i fødselsomsorgen så vi at jordmødrene var opptatt av sine egne holdninger og ikke-verbale kommunikasjon. Dette viser seg i våre resultater da de fleste av medmødrene var fornøyd med hvordan de ble møtt av helsepersonellet på barsel. En av medmødrene i vår studie opplevde at personalet hadde støttet henne i den mest sårbare situasjonen hun hadde vært i. Her ser vi igjen det Honneth (2007, s. 88) forklarer som den rettslige anerkjennelsen.

Det å bli foreldre for første gang kan være svært skremmende for de fleste. Det er stort å ha ansvar for et annet menneske resten av livet. Medmødrene i studien fortalte at de i svangerskapet så veldig frem til barnet ble født, for da kunne de endelig se og ta på det. Da kunne de endelig få være en del av barnet de også. Vi kan tenke oss at dette kan ha en sammenheng med at de som nevnt tidligere ikke har en biologisk tilknytning til barnet. Det kan også ses likhetstrekk med foreldre som skal skape en tilknytning til et barn de har adoptert (Siegel, 2013, s. 43). De fleste av deltakerne i studien vår ble foreldre for første gang da de ble medmødre. Barnet var ønsket av det lesbiske paret. De kunne ikke bli gravid sammen. De måtte derfor søke hjelp for å bli gravid. Kvinnene som ble medmødre oppgir at de var spente og ante ikke hva de kunne forvente seg av kjærlighet. I resultatene våre ser vi at medmødrene gjorde det de kunne for å være en god omsorgsperson, men at de måtte vente noen måneder før tilknytningen var optimal. Tross vanskeligheter med å finne sin rolle som forelder og mange sårbare øyeblikk oppgir kvinnene under intervjuene at de da hadde en tilknytning til barnet lik den som fødemor hadde.

5.4 Diskusjon om studiens kvalitet

Grunnleggende betingelser for vitenskapelig kunnskap er ifølge Malterud (2017, s. 19-25) begrepene refleksivitet, relevans og validitet. Vi vil nå diskutere disse begrepene opp mot oppgavens kvalitet.

Som forskere ønsker vi at andre skal lære noe av det vi har gjort. Selv om vi har fulgt alle spillereglene underveis, er det ikke sikkert at våre resultater blir ny vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017, s. 21). Det som er viktig med ny vitenskapelig forskning er at den skal gi oss

kunnskap om noe vi vet lite om fra før. Det er derfor viktig å tilføre ny vitenskapelig forskning ved å svare på nye spørsmål og være til inspirasjon for endring (Malterud, 2017, s. 22). I den vitenskapelige konteksten handler validitet om hvorvidt en metode passer til det den skal undersøke (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 276). Gjennom hele oppgaven skal det være en konsistens eller en rød tråd som binder problemstilling, teori, metode og resultat sammen. Det er problemstillingen som bestemmer hvilken metode som skal benyttes i oppgaven, ikke omvendt. Vi må spørre oss selv om vi har valgt en metode som fører oss i riktig retning til å belyse problemstillingen. Hvis ikke den gjør det kan vi ikke forvente å få svar på det vi ønsker å få svar på (Malterud, 2017, s. 23). Vi ønsket å forstå og se nærmere på hvordan medmødre opplevde den første tiden etter fødsel, derfor ble kvalitativ metode den beste for vår studie. For oss var det naturlig at utvalget var medmødre som hadde hatt et normalt barselopphold. Vi mener med dette at våre resultater gjenspeiler alle deltakerne i studien.

I vår studie benyttet vi oss av semistrukturerte forskningsintervjuer. Vi mener dette kan være en styrke ved oppgaven. Dette fordi det kan ha ført til at svarene var innholdsrike. Vi intervjuet en deltaker av gangen som kan føre til fylldige og gode svar. På en side kan individuelle intervju gjøre at deltakerne føler seg trygg til å dele opplevelsen av den første tiden etter fødsel. På en annen side vet vi ikke om et fokusgruppeintervju hadde gitt andre svar. Under fokusgruppeintervju kan deltakerne bli påvirket av hverandre, samt dele erfaringer de ikke hadde tenkt over før da. En styrke ved individuelle intervju kan være at deltakerne deler mer av de sårbare følelsene (Malterud, 2017, s. 138-140).

Vi kan tenke oss at det første intervjuet vi gjennomførte hadde et innhold av dårligere kvalitet enn de andre intervjuene. Det kan være ulike grunner til dette, men en av årsakene kan være at vi ved dette tidspunktet var relativt ferske forskere. Det er mulig vi var for knyttet til intervjuguiden og stilte få oppfølgingsspørsmål underveis. I tillegg kan det være vi var for opptatt av å få svar på det vi selv ville ha svar på. Vi var nervøs i forkant av det første intervjuet og det kan ha ført til at vi ikke hørte godt nok etter på hva deltakeren sa. Før vi utførte intervjuene gjennomførte vi et pilotintervju mellom oss forskere. Vi tok intervjuet opp på båndopptak. Grunnen til at vi gjorde dette var at vi ville forsøke å transkribere. Når vi transkriberte fikk vi i tillegg en forståelse av hvilken skriveprosedyre den andre brukte. Etter dette ble vi enige om en felles skriveprosedyre som vi skulle benytte oss av senere i studien.

Når man har en felles måte å transkribere på kan det være lettere å få nyttig data ut av intervjuene (Kvale og Brinkmann, 2017, s. 88-89).

Som vi har nevnt tidligere i oppgaven ønske vi at deltakerne skulle velge intervjusted. Etter studieslutt ser vi at dette kanskje var en svakhet fordi intervjusituasjonen ofte foregikk på steder med mye støy. Noen av intervjuene var kortere enn andre. Vi ser tydelig at det var intervjuene som foregikk via Skype. På en side, om vi skulle ha gjennomført studien på nytt, hadde det vært hensiktsmessig å møte alle deltakerne ansikt-til-ansikt. Det hadde også vært en fordel å utført intervjuene på skjermede plasser for å unngå forstyrrelser. På den andre siden vil vi likevel si at validiteten i studien ikke ble svekket på bakgrunn av intervjusituasjonen fordi intervjuene gav oss sider som belyste studiens problemstilling.

Kunnskap er utviklet av mennesker gjennom tolkning, samhandling og persepsjon (Malterud, 2017, s. 41). Datainnsamlingen og analysen kan ha stor innvirkning av personen som utfører forskningen. Det er viktig å hele tiden være klar over at forskningsprosessen og resultatene kan være påvirket av oss som forskere. Det er spesielt viktig i kvalitativ metode. Vi brukte intervju som datainnsamlingsmetode. Ingen vil lese forskning der det er tydelig at forskeren har ledet deltageren i en retning, fordi det kan føre til at deltakerens opplevelse blir overdøvet (Malterud, 2017, s. 41-42). En styrke ved vår studie kan være at vi var to forskere med ulik forforståelse og bakgrunn som analyserte data. Vi mener at vi på den måten muligens har fått frem flere aspekter, samt at vi kan ha fått et bredere syn på datamaterialet. Den største forskjellen i våre forforståelser er hvilken seksuell identitet vi har. På en annen side er vi begge sykepleiere, har gått samme løp på jordmorutdanningen, hatt samme praksis, men med ulike erfaringer. Våre forforståelser kan medføre at vi studerer funnene med like synspunkter, men også noen ulike. Dette mener vi kan styrke vår validitet.

Et annet punkt innenfor validitet handler om hvordan våre resultater har betydning for andre utenfor den konteksten den er hentet fra. Dette kalles ekstern validitet. På den ene siden kan medmødres opplevelse av den første tiden etter fødsel overføres til fedre, adoptivforeldre og fosterforeldre. Vi ser at barn tilknyttes ulike omsorgspersoner. Om personen er biologisk forelder har ingenting å si for barnet så lenge det opplever kontinuitet i omsorgen som gis (Smith, 2017, s. 149-159). I tillegg kan resultatene overføres til andre homofile grupper som har vansker med å finne sin rolle i samfunnet. På den andre siden er det vanskelig for oss å tenke at våre resultater kan ha en internasjonal sammenheng, fordi det er ulike oppfatninger

relatert til homofili. Vi mener at Norge er kommet langt i «homokampen», men for eksempel i andre land, som Russland kan livssituasjonen for homofile være vanskeligere. Vi ser at vår gruppe deltakere er en liten del av den norske befolkningen. Derfor kan våre resultater ikke generaliseres på lik linje som ved kvantitative studier. På en annen side styrket vi studien med at vi hadde geografisk spredning på deltakerne som gav oss opplevelser fra ulike sykehus. Noen av deltakerne bodde i storby, mens andre i mindre byer og tettsteder. Som igjen styrket studiens validitet.

Ifølge Malterud (2017, s. 53) skal prosjektloggen fungere som et hjelpemiddel slik man kan håndtere prosessen på en hensiktsmessig måte. Ved hjelp av en prosjektlogg kan man gå frem og tilbake i valg man har gjort underveis. Det som er viktig er at loggen er godt beskrevet og har utfyllende forklaringer. Slik kan man gå tilbake å se hvor i studien man har gjort ulike valg som påvirket analysen. Vi var opptatt av å gjennomføre analyseprosessen riktig og ser derfor at en godt utfylt prosjektlogg kunne gjort denne prosessen enklere. Malterud (2017, s. 55) forklarer at det er et dynamisk forløp som går tre skritt frem og to tilbake. Vi gikk tilbake for å se om vi hadde valgt det beste alternativet, på den måten kunne vi finne ut om det fantes andre tolkningsmuligheter. I ettertid av prosjektet ser vi at prosjektloggen vår kan ha vært lite utfylt. Dette kan ha ført til at analyseprosessen var mer krevende.

Selv om det er mange punkter som styrker vår studie vil vi aldri vite hvem som ikke tok kontakt med oss. Vi vet ikke om våre resultater hadde blitt annerledes ved en annen gruppe medmødre. Vi valgte å benytte oss av facebook for å nå ut til flest medmødre som mulig. Da vi valgte å bruke facebook kan vi ubevisst ha ekskludert de medmødrene som ikke har profil der. Hvem vi har ekskludert i valget av sosial media vet vi ikke, men vi kan tenke oss at det gjelder de eldste medmødrene. Vi opplevde våre deltakere som imøtekommende og utadvendte, noe som kan ha ført til at de lettere tok kontakt med oss. Det vi vet er at våre resultater kan gi inspirasjon til fremtidig forskning. Vi er to relativt nye forskere som kom frem til våre resultater, det er ikke gitt at andre vil komme frem til det samme som oss, da vi har ulike «briller» på (Malterud, 2017, s. 24-25).

6.0 Konklusjon og avslutning

Medmødre har ulike opplevelser relatert til den første tiden med barnet sitt. De opplever vanskeligheter med å finne sin rolle som forelder. Tilknytningen til barnet ble bedre etter hvert. I tillegg hadde de blandede følelser til hvordan de ble anerkjent som medmødre.

Det kom frem ulike momenter knyttet til rollen som medmor. Medmødrene hadde individuelle oppfatninger knyttet til det å være foreldre. Som medmor blir det forventet av samfunnet at de skal inntre en papparolle, men for medmødrene var dette unaturlig. Ingen av medmødrene kalte seg medmor, men heller som den andre forelderen. Årsaken var at de følte seg som en blanding av mamma- og papparollen. Vi opplevde at medmødrene jagde etter å bli anerkjent som en del av samfunnet. Grunnen til dette var ifølge medmødrene at det var ulikt kunnskapsnivå om lesbiske par som får barn sammen.

Det kom frem i vår studie at det tok tid før medmødrene kjente på den ordentlige morskjærligheten. Dette var noe de så på som den mest sårbare følelsen i den første tiden etter fødsel. De beskrev følelser som vi ser igjen i fødselsdepresjon. Det var vanskelig for medmødrene å kjenne at det var deres barn, spesielt da de så relasjonen fødemor og barnet hadde. Samtidig kom det frem at det var den største og fineste opplevelsen i livet. Gjennom svangerskapet hadde medmødrene hatt vanskeligheter med å identifisere seg selv som den andre forelderen, men da barnet ble født startet prosessen med å finne sin plass i den nye familien. Medmødrene i vår studie har vært heldig når det gjelder tilstedeværelse på barselavdelingen, da alle fikk familierom. Det kan hende at våre resultater hadde hatt et annet utfall om medmødrene ikke fikk ta del i barnets første levedøgn.

I løpet av studien opplevde vi at medmødrene hadde et stort behov for å snakke om ulike aspekter knyttet til det å være forelder. Vi mener at tilrettelegging for tidlig tilknytning kan gjøre den første tiden etter fødsel bedre for medmor. Vi ser derfor at det bør forskes mer på det aktuelle temaet. Ny forskning kan føre til at barseltilbudet for fremtidige medmødrene blir mer individuelt tilpasset.

7.0 Litteraturhenvisning

Ainsworth, M. D. S. og Bell, S. M. (1970) Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development* [Internett], 41(1), 49–67. DOI: 10.2307/1127388

Almås, E og Benestad, E.E.P (2010) Sexologi I praksis. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Alquist, R. (2016) *Amning- en håndbok for helsepersonell*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Anderssen, N. og Malterud, K. red. (2013) Seksuell orientering og levekår. Uni Helse-Allmenmedisinsk forskningsenhet. Bergen.

Arbeidsmiljøloven. Lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.

Bakermans-Kranenburg, M. J. og van IJzendoorn, M. H. (2016) Attachment, Parenting and Genetics. I: Cassidy, J. og Shaver, P.R. red. *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guildord Press, s. 155-179.

Bioteknologiloven. Lov 5.desember 2003 nr. 100 om Humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m.

Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss. Volume 1 Attachment. London: Pimlico

Brennan, K.A., Clark, C.L., og Shaver, P.R. (1998) Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. I: J.A. Simpson og W.S. Rholes (red.), Attachment theory and close relationships. New York: Guilford Press, s. 46-76.

Butler, J. (1991) Imitation and Gender Insubordination. I: Diana Fuss (red.), *Inside/out. Lesbian theories, gay theories*. London: Routledge, s. 13-31.

Cherguit, J., Burns, J., Pettle, S. og Tasker, F. (2013) Lesbian co-mothers' experiences of maternity healthcare services. *Journal of Advanced Nursing* [Internett], 69 (6) s.1269-1278. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06115.x

Dahl, B. (2015) *Queer challenges in maternity care- a qualitative study about lesbian couples' experiences*. [doktoravhandling]. Universitetet i Bergen.

Dahl, B., Fylkesnes, A.M., Sørli, V. og Malterud, K. (2012) Lesbian women's experience with healthcare providers in the birthing context: A meta-ethnography. *Midwifery* [Internett], 2013. 29 (6), s. 674-681. DOI: 10.1016/j.midw.2012.06.008

Dahl, B. og Malterud, K. (2015) Neither father nor biological mother. A qualitative study about lesbian co-mothers' maternity care experiences. *Sexual og Reproductive Healthcare* [Internett], 6 (3), s. 169-173. DOI:10.1016/j.srhc.2015.02.002

Erlandsson, K., Linder, H. og Häggström-Nordin, E. (2010) Experiences of gay women during their partner's pregnancy and childbirth. *British Journal of Midwifery* [Internett], 18(2), s. 99-103. DOI: 10.12968/bjom.2010.18.2.46407

Folkehelseinstituttet (2017) *Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen i 2016 Nasjonale resultater* [Internett]. 2017:519. PasOpp-rapport. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/2017/fodsels-og-barsel/bruker erfaringer-med-fodsels--og-barselomsorgen-i-2016.-nasjonale-resultater.pdf> [Lest 20.04.2018].

Forente Nasjoner (2018) *Menneskerettigheter* [Internett]. Oslo: Forente Nasjoner. Tilgjengelig fra: <https://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Menneskerettigheter> [Lest 27.04.2018].

Forskrift om fastsetjing av medmorskap. 15. desember 2008 nr. 1362 om fastsetjing av medmorskap.

Gabb J. (2005). Lesbian motherhood: strategies of familial-linguistic management in lesbian parent families. *Sociology* [Internett], 39 (4) 585–603. Tilgjengelig fra: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0038038505056025>> [Lest 03.04.2018].

Giertsen, M. og Anderssen, N. (2007) Time periode and lesbian identity events. *Journal of Sex Research* [Internett], 44 (4), s. 328-339. DOI: 10.1080/00224490701586698

Hart, S (2009): *Den følsomme hjerne*. København. Hans Reitzels forlag.

Helsedirektoratet (2014) Nytt liv og trygg barseltid for familien [Internett]. Nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen, IS-2057. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/130/IS-2057-Barsel-fullversjon.pdf>> [Lest 31.mars 2018].

Helsedirektoratet (2015) Helsekort for gravide. [Internett]. Nasjonale faglige veiledere, IS-2253. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsekort-for-gravide-kontinuasjonsark-veileder-og-plastlomme>> [Lest 17.04.18].

Helseforskningsloven. Lov 20. Juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning.

Helsing, E. og Hæggqvist, A-P. (2008) *Amming, til deg som vil amme*. Bergen: Fagbokforlaget.

Honneth, A. (2007) *Kamp om Anerkjennelse*. Oslo, Pax Forlag AS.

Johansen, M. og Gamnes, S. (2017) *Metodebok for seksuell helse*. 8. utg. Oslo: Sex og Samfunn.

Johnson, S.M. og Whiffen, V. E. (2014) *Attachment Processes in Couple and Family Therapy*. London: Guilford Publications.

Koch, B.J., Bendicson, H.K. og Palombo, J. (2009) *Guide to Psychoanalytic Development Theories*. New York: Springer.

Kvale, S og Brinkmann, S. (2017) Det kvalitative forskningsintervju. 3. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Levine, A. og Heller, R. S. F. (2010). Attached: The new science of adult attachment and how it can help you find – and keep – love. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin.

Malterud, K. (2017) Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Melrose, S (2010) Paternal postpartum depression: How can nurses begin to help? *Contemporary Nurse* [Internett], 34 (2), s. 199-210. DOI: 10.5172/conu.2010.34.2.199

Mikulincer M., Shaver P.R. og Pereg D. (2003) Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies.

Motivation and Emotion [Internett], 27 (2), s. 77-102. Tilgjengelig fra:

<<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.131.142&rep=rep1&type=pdf>>

[Lest 18. april 2018]

Norsk senter for forskningsdata (2017) Informasjon og samtykke [Internett], Oslo: NSD.

Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/>

[Lest 12. juni 2017]

Nylund, B og Benestad, E.E.P (2009) Lesbisk [Internett]. Versjon 14, oppdatert oktober 2017.

Utgiver: Store norske leksikon. Tilgjengelig fra <<https://sml.snl.no/lesbisk>> [Lest 28.03.18].

Ohnstad, A. (2009). Lesbiske identiteter- skeive bevegelser [doktoravhandling]. Universitetet i Oslo.

Padavic, I. og Butterfield, J. (2011) Mothers, fathers and «mathers» - Negotitating a lesbian co-parental identity. *Gender og society* [Internett], 25 (2), s. 176-196. DOI:

10.1177/0891243211399278

Pelka, S. (2009) Sharing Motherhood: Maternal Jealousy Among Lesbian Co-Mothers.

Journal of Homosexuality [Internett], 56 (2), s. 195-217. DOI: 10.1080/00918360802623164

Personopplysningsloven. Lov 14. April 2000 nr. 31 om behandling om personopplysninger.

Plummer, K. (2003) *Intimate Citizenship - private decisions and public dialogues*. Seattle: University of Washington Press.

Plummer, K. (2011) Critical humanism and queer theory – Living with the tensions. I: Denzin, N.K. og Lincoln, Y.S. red. *The Sage Handbook of Qualitative research*. 4 utg. London: Sage publications, s. 195-207.

Polit, D. og F, Beck, C. (2011) *Nursing Research*. 9. Utg. London: Lippincott Williams and Wilkins.

Sandvik, G.K., Stokke, K. og Nortvedt, M.W. (2011) Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien* [Internett], Forskning nr 2, 2011; 6: 160-167 DOI: 10.4220/sykepleienf.2011.0098. Tilgjengelig fra: <<https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilke-strategier-er-effektive-ved-implementering-av-kunnskapsbaser-praksis-i> > [Lest 19.03.18].

Schytt, E. og Bergstøm, M. (2013) First-time fathers' expectations and experiences of childbirth in relation to age. *Midwifery Journal* [Internett], 30 (1), s. 82-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.015>

Siegel, D.H (2013) Open Adoption: Adoptive Parents' Reactions Two Decades Later. *Social Work* [Internett], 58 (1), s. 43-52. Tilgjengelig fra: <<https://academic-oup-com.galanga.hvl.no/sw/article/58/1/43/1887132>> [Lest:10.04.2018].

Smith, L (2017) *Tilknytning: Teori og forskning*. I: Gulbrandsen, L.M. (red). *Oppvekst og psykologisk utvikling – innføring i psykologiske perspektiver*. Oslo: Universitetsforlaget. S. 139-178.

Smith, L. og S. E. Ulvund (2006): *Spedbarnsalderen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Smith, L og T. Bjerke (1974): *Utviklingspsykologi*. Sarpsborg: Universitetsforlaget.

Spidsberg, B.D og Sørlie, V, (2011) An expression of love –midwives’ experiences in the encounter with lesbian women and their partners. *Journal of Advanced Nursing* [Internett], 68 (4), 796–805. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05780.x

Statistisk sentralbyrå (2018) *Navn* [Internett]. Oslo: statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <<https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/navn>> [Lest:11.04.2018].

St.meld. nr. 12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet: Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.*

Sørlie, M.A, Ogden, T., Solholm, R og Olseth, A.R. (2010) Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Norsk psykologiforening* [Internett], 47 (4), side 315-321. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=109905&a=3> [Lest:10.04.2018].

Tetzchner, S. V. (2012) *Utviklingspsykologi*. 2.utg. Oslo: Gyldendal.

Wirsching, A. (2018) Nybakte foreldre settes på gangen [Internett]. Oslo: Norsk rikskringkasting AS. Tilgjengelig fra: <<https://www.nrk.no/sorlandet/foreldre-settes-pa-gangen-etter-fodselen-1.13891604>> [Lest 13.04.18]

Wojnar, D.M. og Katzenmeyer, A. (2014) Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. *Journal of obstetric, Gynecologic, & Neonatal nursing* [Internett], 43 (1), s. 50-60. DOI: 10.1111/1552-6909.12270

World medical association (2013) *WMA decleration of Helsinki – Ethical principles for medical reearch involving human subjects*. Finland: 64th WMA general assembly.

Yogman, M. og Garfield, C.F. (2016) Fathers’ Roles in the Care and Development of Their Children: The Role of Pediatricians. Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care. *American Academy of Pediatrics* [Internett], 138 (1). DOI: 10.1542/peds.2016-1128

Vedlegg 1



Er du
MEDMOR?

Vi søker deg som ble medmor i 2016/17 til vår masteroppgave.
Ta kontakt med jordmorstudentene [redacted] og [redacted] på email -
[redacted] om du ønsker mer informasjon.



Vedlegg 2



Høgskolen
på Vestlandet

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

MEDMORS TILKNYTNING TIL DET NYFØDTE BARNET

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å finne informasjon om hvordan medmor opplever at jordmor ligger til rette for tilknytning mellom hun og det nyfødte barnet på barselavdelingen. Vi ønsker at du som ble medmor i 2016/17 tar kontakt med oss, uansett hvilken erfaring du har med barseltiden. Vi er to jordmorstudenter på Høgskolen på Vestlandet, avd. Bergen som skal skrive masteroppgave 2017-18. Samt har vi med en prosjektleder/veileder, for prosjektet som er ansatt ved Høgskolen på Vestlandet.

Jordmorstudent xxx

Jordmorstudent xxx

Prosjektleder:

Høgskolelektor xxx

xxx@hvl.no

Tlf: xxxxxxxx

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

I vårt prosjekt vil datainnsamlingen skje gjennom et individuelt intervju. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptak. Vi søker deltagere fra hele Norge. Vi har anledning til å benytte Skype for de som bor langt unna. Vi vil beregne at hvert intervju tar om lag 60 min, men vi vil tilpasse intervjulengden etter behov. Ved ønske om deltagelse kan vi avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Ulempen med prosjektet vil være at du må bruke personlig tid på å delta på intervjuet. En fordel med studien er at helsepersonell kan få mer kunnskap og endret syn på skeive som ønsker å starte familie.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte xxx, tlf: xxxxxxxx eller xxx@gmail.com

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest 17.05.2018.

GODKJENNING

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk - REK oppfatter at formålet med studien ikke er å søke etter ny kunnskap om helse og sykdom som sådan og finner at studien faller utenfor helseforskningsloven. Vi har dermed ikke trengt å søke REK.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 3

Intervjuguide

1. Fortell om det første møtet mellom deg og barnet ditt
2. På hvilken måte opplevde du at det ble tilrettelagt for tilknytning mellom deg og barnet etter fødselen?
3. Under graviditeten - Hvilke tanker og forventninger hadde du om den første tiden rett etter fødsel?
4. På hvilken måte ble forventningene slik du hadde sett for deg?
(- hvis ja/nei, fortell mer om dette. Hvem var det som gjorde at oppholdet ble slik?)
5. Var det noe ved den første tiden etter fødselen som du ble positivt overrasket over?
Fortell!
6. Kan du også fortelle om det var noe ved den første tiden etter fødselen som ga deg vonde følelser?
7. Hvilke erfaringer ønsker du å dele med jordmødre, slik at personer i samme situasjon som deg opplever et positivt barselopphold?
8. Til slutt, er det noe du ønsker å si, som du ikke har fått fram tidligere?

[REDACTED]
Inndalsveien 28, Bergen
5020 BERGEN

Vår dato: 26.09.2017

Vår ref: 55523 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.08.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>55523</i>	<i>Medmors tilknytning til det nyfødte barnet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	[REDACTED]
<i>Student</i>	[REDACTED]

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 17.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: [REDACTED]



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi ber om at følgende endres/tilføyes:

- legg til kontaktopplysninger for daglig ansvarlig (veileder)
- ifølge meldeskjemaet er prosjektslutt 17.05.2018 og datamaterialet skal anonymiseres innen denne datoen. Vi ber om at du legger til denne informasjonen i meldeskjemaet. Dersom datamaterialet skal oppbevares med personidentifikasjon etter prosjektslutt, ber vi om å få tilsendt endringsmelding med informasjon om dette til personvernombudet@nsd.no.
- vi anbefaler at du legger til at 'Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS'.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student/forsker etterfølger Høgskulen på Vestlandet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 17.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak