



Uit

NORGES  
ARKTISKE  
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

# Jordmors utfordringer i forhold til fremming av psykisk helse og normal fødsel for kvinner med frykt for fødselen

**Gunnhild Bjorvand Skoglund**

*Masteroppgave i Psykisk helse*



## Forord til masteroppgaven

Det er flott å kunne levere masteroppgaven i psykisk helse i dag, den 5.mai 2015, for i dag er det den internasjonale jordmordagen! Dette er en viktig dag, der jordmødre over hele verden markerer at arbeidet vi gjør er nødvendig for kvinner, barn og familiers liv og helse. Å forske i jordmorerfaringer gir ekstra stor mening på akkurat denne dagen, fordi jordmors arbeid er å fremme god helse og normal fødsel, og forebygge lidelse og skade.

Midwives – for a better tomorrow!

Tusen takk til jordmødrene som stilte til intervju! Tusen takk til veilederen min, Gunn Pettersen! Uten dere hadde dette ikke gått!

Takk til mine fantastiske kollegaer ved føde- og barselavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge! Takk også til alle flotte fødekvinner og nydelige små babyer som jeg har fått æren og gleden av å ta imot og ha omsorg for!

Og aller mest: Tusen, tusen takk til min kjære familie! Tiril, Vetle, Åsne og Eir, og mannen min, Frode! Takk for all inspirasjon og støtte, distraksjoner og nødvendige avbrekk, klapp på skuldra og babyspark i magen, kjærighet og hengivenhet!

Tromsø 5. Mai 2015

Gunnhild Bjorvand Skoglund

## Sammendrag

**Formål:** Formålet med studien er å vinne kunnskap om jordmødres utfordringer med å fremme kvinners psykiske helse under fødsel. Hensikten er å øke forståelsen for jordmors arbeid med, og bidra til utvikling av, jordmorfagets kliniske praksis.

**Bakgrunn:** Mange kvinner opplever sterk frykt for å føde, hvilket volder stor lidelse for kvinnen og hennes familie. Jordmor bidrar til å fremme mestring og følelsesmessig stabilitet, og kunnskap om dette vil kunne fremme normal fødsel samt motvirke sykeliggjøring og medikalisering av fødesituasjonen.

**Problemstilling:** *Hvordan møter jordmødre utfordringer knyttet til fødselsarbeidet med kvinner som opplever sterk frykt for fødsel?*

**Teoretisk forankring:** Studien er teoretisk forankret i tidligere studier av jordmødres erfaringer, i tillegg til psykologisk, sosiologisk, filosofisk litteratur. Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie påvirker også den teoretiske forståelsen.

**Design og metode:** Problemstillingen søkes belyst med kvalitativ metode, og ut fra en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming er kvalitativt forskningsintervju med fire erfarne jordmødre ved hjelp av intervjuguide benyttet. Til analysen er det brukt systematisk tekstkondensering.

**Funn:** Tre kategorier favner de sentrale elementene i jordmors arbeid med kvinner som opplever frykt for fødsel under aktiv fødsel. 1) *Jordmødres observasjoner og utfordringer i praksis.* Jordmødrene gjør overordnede vurderinger av den fødende og hennes frykt, og opplever utfordringer knyttet til kvinnens vanskelige erfaringer og mestringsstrategier. 2) *Jordmødres terapeutiske bruk av seg selv.* Tilstedeværelse og mot til å stå i det, dialog, tro på kvinnenes mestring og samarbeid med kollegaer, er viktige verktøy for å ivareta den fødendes psykiske helse og etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. 3) *Følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel.* Jordmødre opplever arbeidsglede og danner sin

jordmoridentitet, men opplever samtidig utfordringer i å motvirke en medikaliserende holdning.

**Konklusjon:** Studien viser at jordmødre arbeider målrettet for å forebygge og redusere kvinners opplevelse av frykt i fødselsprosessen gjennom terapeutisk bruk av seg selv og etablering av et menneske-til-menneske-forhold for å fremme kvinners psykiske helse under fødsel gjennom følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel.

**Nøkkelord:** Kvalitativ studie; frykt for fødsel; fødselsangst; jordmor; mestringsforventning; medikalisering; normal fødsel; menneske-til-menneske-forhold

## Summary

**Aim:** The aim of this study is to investigate what challenges midwives encounter in their work with women, supporting women's mental health. The purpose of the study is to contribute to a better understanding of midwifery intervention and to increase knowledge in midwifery practise.

**Background:** Many women experience fear of childbirth which has a potential negative effect on her health and the health of her family. How can midwives contribute to increase women's coping skills and feeling of emotional wellbeing? Knowledge and understanding have the potential to positively support the normal process of birth, countervailing the tendency of medicalization.

**Research Question:** *How do midwives address the challenges they encounter when working with women who experience a strong fear of childbirth?*

**Theory:** This research paper has a theoretical body based on research of nursing and midwifery practise experience. Additional sources were found in the literature of psychology, sociology and philosophy. "The theory of interpersonal aspects in nursing" by Travelbee has also been used to gain further understanding of the subject .

**Design and method:** The study uses qualitative design, with a phenomenologically hermeneutic approach. Four experienced midwives were interviewed using an interview guide. The interviews were analysed using content analysis.

**Findings:** The findings has established three categories that shares the central elements within the interactions between woman and midwife. 1) *Midwifery observations and challenges*. The midwives observe the women continuously, keeping in mind her fear, contributing previous life experiences and possible strategies for coping. 2) *The therapeutic effect of the midwife herself*. Being present for the women, maintaining a dialog and having faith in the woman's ability to cope, and cooperation amongst colleagues is necessary tool the

midwife uses to establish the “human-to-human relationship” to help the woman to cope with her fear of childbirth. 3) *Emotional wellbeing and support of the process of normal birth*. Medicalization, due to increased fear of childbirth can be reduced when the midwife support the woman’s own coping strategies. This challenging work promote the midwifery identity.

**Conclusion:** The study shows that midwives work actively to prevent and reduce fear of childbirth by using themselves as a therapeutic tool as well as establishing a “human-to-human-relationship”. The results of this study can contribute to midwifery knowledge and competence when working with women with fear of childbirth.

**Key words:** Qualitative study; Fear of Childbirth; Fear of Birthing Process; Midwife; Self-efficacy; Medicalization; Normal birth; Human-to-human-relationship

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	
Sammendrag (norsk)	
Summary (english)	
Innholdsfortegnelse	
1.0 Innledning.....	10
1.1 Begrunnelse for valg av tema .....	10
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen .....	12
Problemstilling: .....	13
1.3 Begrepsavklaringer.....	13
1.3.1 Normale svangerskap og differensiert fødselsomsorg .....	13
1.3.2 Normal fødsel .....	14
1.3.3 Jordmors arbeid .....	15
1.3.4 Følelesspekteret knyttet til frykt og angst.....	16
1.3.5 Fødselsangst – Frykt for fødsel .....	18
1.4 Oppgavens oppbygging.....	19
2.0 Tidligere forskning og teoretiske perspektiver.....	20
2.1 Kunnskapsstatus .....	20
2.1.1 Kunnskap om frykt for fødsel.....	21
2.1.2 Kunnskap om mestringsforventninger .....	22
2.1.3 Kunnskap om forhold som medvirker til jordmors håndtering av fødselsarbeidet .....	23
2.1.4 Plassering av eget arbeid .....	24
2.2 Teoretiske perspektiver .....	25
2.2.1 Traumer og framvekst av frykt.....	25
2.2.2 Medikalisering.....	26
2.2.3 Behandling av frykt for fødsel.....	27
2.2.4 Risiko- og beskyttelsesfaktorer og mestringsforventninger .....	29
2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	31
2.3.1 Travelbees sykepleieteori .....	31
3.0 Vitenskapsteoretiske perspektiver .....	34
3.1 Fenomenologi .....	34
3.2 Hermeneutikk .....	35
3.3 Forskning.....	36
4.0 Metodekapitlet.....	38
4.1. Innledning og tematisering av prosjektet .....	38
Problemstilling .....	38

4.2 Framgangsmåte for utvalg og rekruttering .....	38
4.2.1 Inklusjonskriterier .....	39
4.2.2 Rekruttering .....	39
4.2.3 Utvalg .....	39
4.3 Forberedelser til intervju .....	40
4.3.1 Pilotintervju .....	40
4.3.2 Intervjuguide .....	41
4.4 Gjennomføring av intervju .....	41
4.4.1 Transkripsjon .....	42
4.4.2 Anonymisering .....	43
4.5 Analyse .....	43
4.5.1 Systematisk tekstkondensering .....	44
4.5.2 Første trinn .....	44
4.5.3 Andre trinn .....	45
4.5.3 Tredje trinn .....	46
4.5.5 Fjerde og siste trinn .....	47
4.6 Etske vurderinger .....	47
4.6.1 Overordnede etiske overveielser .....	48
4.6.2 Å forske i eget felt .....	48
4.7 Studiens troverdighet og overførbarhet .....	51
4.7.1 Reliabilitet .....	51
4.7.2 Validitet .....	51
5.0 Presentasjon av resultater .....	53
5.1 Jordmødrenes observasjoner og utfordringer i praksis .....	53
5.1.1 Generelle observasjoner .....	53
5.1.2 Kjennskap til kvinnenes historier .....	56
5.1.3 Utfordringer i forhold til kvinnenes mestringsstrategier .....	57
5.2 Jordmødrenes terapeutiske bruk av seg selv .....	59
5.2.1 Tilstedeværelse og mot til å stå i det .....	59
5.2.2 Bruk av dialog .....	61
5.2.3 Tro på kvinnenes mestring .....	63
5.2.4 Samarbeid med kollegaer .....	64
5.3 Følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel .....	66
5.3.1 Arbeidsglede - jordmoridentitet .....	66
5.3.2 Utfordringer i forhold til medikalisering .....	67
6.0 Diskusjon .....	69
6.1 Helhetlig forståelse av funnene .....	69



6.2 Jordmødres observasjoner og utfordringer .....	70
6.3 Jordmors terapeutiske bruk av seg selv .....	73
6.4 Følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel.....	78
6.5 Metodiske overveielser.....	82
7.0 Avslutning .....	84
7.1 Oppsummering .....	84
7.2 Implikasjoner for praksis.....	85
7.3 Videre forskning.....	86
Litteratur master .....	87

## 1.0 Innledning

Å ta imot barn er et flott og mangesidig arbeid som fyller meg med respekt og ydmykhet, både som kvinne og jordmor. Respekt for den kvinnen som føder og det arbeidet hun utfører, og ydmykhet overfor livets under. En fødsel er et mirakel.

Likevel er det slik at mange kvinner kjenner en så sterk frykt for å føde, at de bruker årevis på å modnes til oppgaven. Andre kvinner opplever en akutt frykt under fødsel som kan være vanskelig for dem å håndtere både der og da, og i ettertid. Faglig sett, opplever jeg, at det kan være svært utfordrende å være jordmor for fødende kvinner som kjenner slik frykt, fordi de kan trenge enormt mye hjelp og støtte under fødselen. Konsekvensene av sterk frykt for fødsel kan være store, og i et folkehelseperspektiv er det derfor grunnleggende at jordmor har et forebyggende engasjement i forhold til kvinners frykt for fødsel. Tema for denne studien er hvordan jordmødre møter de utfordringene som melder seg i forhold til kvinnens psykiske helse under fødselen, med fokus på frykt.

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema

Formålet med fødselsomsorgen er å sikre trygge fødselsforløp gjennom forebyggende arbeid, slik at både mor og barn kommer gjennom fødselen med best mulig psykisk og fysisk helse-tilstand og minimalt med komplikasjoner. Det er et mål at et trygt fødselsforløp også bidrar til en god fødselsopplevelse for den fødende og hennes partner (Holte, 2012; St.mld.nr.12 2008-09).

Verdens helseorganisasjon (WHO, 1946 ifølge Store norske leksikon, Snl) definerer helse som *”en tilstand av fullkomment legemlig, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter”*. Definisjonen er omdiskutert, fordi mange hevder at fullkomment velvære vil være uopnåelig for de fleste mennesker. I følge Gjernes (2004) blir derfor helse ut fra denne definisjonen betraktet som en beskrivelse av det gode liv, mer enn et operasjonaliserbart begrep, for eksempel innenfor helsefremmende arbeid som ivaretagelse av kvinner i fødsel.

Å føde blir sett som en medisinsk, psykologisk, sosial og eksistensiell hendelse, som kvinner flest har både positive og negative forventinger til. Med forløsningen av barnet, forløses også kvinnens nye identitet som mor. Dette krever forberedelser, og en kan se på den økte psykiske følsomheten mange kvinner opplever i forbindelse med graviditeten, som en begynnende tilknytning mellom mor og barn, mens fødselssmertene kan tjene som en appell til støtte og omsorg fra omgivelsene (Blix&Eri, 2015).

Det er likevel slik at så mye som 6-10% av alle gravide kjenner *en spesielt sterk* frykt i møte med fødsel (Ryding et al.2003; Waldenström et al.2006). Både fødselssmertene og andre elementer ved fødselen, kan komme til å representere noe uoverkommelig for kvinnen, kanskje særlig hvis den økte følsomheten fører til aktualisering av tidligere livshendelser og vonde opplevelser (Halvorsen&Nerum, 2013; Lukasse et al.2010; Simkin&Klaus, 2004). Kvinner med sterk frykt for fødselen løper en større risiko for obstetrisk (fødselsmedisinsk) sett kompliserte forløsninger sett i forhold til kvinner som ikke er redd i samme grad (Ryding et al.2003).

Det å følge opp kvinner som frykter fødselen med en utvidet svangerskapsomsorg, er ressurskrevende. I følge Holte (2012) koster psykiske lidelser mer enn noen annen sykdomsgruppe her til lands. En del gravide kvinner ønsker planlagte keisersnitt eller igangsetting (induksjon) av fødselen, på grunn av sin sterke frykt for fødselen (Halvorsen&Nerum, 2013; Hildingsson, 2014). Keisersnitt på indikasjon ”mors ønske” brukes i de situasjonene, der gynekologen, med bakgrunn i en samlet risikovurdering, ikke finner grunn til å fraråde vaginal fødsel (Halvorsen&Nerum; Häger, 2014). Både instrumentelle forløsninger og fødselsinduksjoner er kostbare og ressurskrevende tiltak, der det er nødvendig med økt fosterovervåkning, tilstedeværelse og aktpågivenhet overfor eventuell utvikling av komplikasjoner både under fødselsprosessen, i etterkant av fødselen (post partum) og i barseltiden. Valg av forløsningsmetode vil dessuten kunne ha betydning for kvinnens eventuelle neste svangerskap og fødsel (Häger). Kvinner med sterk frykt for fødsel har som sagt høyere risiko for kompliserte forløsninger. Barn som kommer til verden med instrumentelle og kompliserte forløsninger, er, i større grad enn barn med normal vaginal forløsning, utsatt for behandlingstrengende komplikasjoner i nyfødtp perioden. Rundt 10% av alle nyfødte må hvert år overføres til barneavdelingen på grunn av komplikasjoner i tilknytning til fødsel (Molne&Henriksen, 2004). Det er grunn til å tro at en del av disse komplikasjonene kunne vært forebygget med en enda tettere oppfølging av

jordmor før og under fødsel, fordi tett oppfølging gjør det mulig å oppdage komplikasjoner og sterk frykt på et tidlig stadium, slik at forebyggende intervensjoner kan settes i verk (Laache, 2010).

Noen kvinner kan ha behov for tett oppfølging i perinatalperioden<sup>1</sup> for å unngå utvikling av frykt for fødsel før eller etter vanskelige fødselsopplevelser. Fødsler er eksistensielle opplevelser som berører store deler av hverdagslivet vårt, og hele familien blir berørt av mors frykt for fødsel. Jeg finner grunn til å tro at slik frykt kan ha konsekvenser for kvinnens barn og deres følelser i forhold til fenomenet fødsel. I et folkehelseperspektiv er det derfor nødvendig å etterstrebe en ivaretagelse av fødsel som bidrar til forebygging eller fravær av komplikasjoner og som fremmer kvinnens og familiens psykiske helse gjennom gode fødselsopplevelser samt støtte og bearbeidelse av frykt.

## 1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstillingen

En kvinnes sterke frykt for fødsel handler både om lidelse, mening og mellommenneskelige forhold. Dette er fenomener som utfordrer oss, både faglig og menneskelig (Malterud, 2002; Martinsen, 1993; Travelbee, 1999). Fordi en kvinnes frykt for fødsel virker inn på både kvinnens og familiens psykiske helse og fødselsprosessen, er det nyttig å studere og videreutvikle den jordmorfaglige forståelsen for et slikt fenomen. Dette kan være med på å heve kvaliteten på omsorgen til fødende kvinner, og forebygge utvikling av frykt hos andre fødende kvinner. I denne studien vil jeg belyse jordmødrenes opplevelse og håndtering av utfordringer i møte med kvinnene, og hvordan jordmødrene selv erfarer at ivaretagelsen av kvinner med sterk frykt for fødsel påvirker dem i deres utøvelse av jordmorfaget.

---

<sup>1</sup> Perinatalperioden er betegnelsen på tiden rundt fødsel. Hvor lang tid perioden beregnes å være, er litt opp til hvem som svarer, men ofte er perinatalperioden regnet fra og med barnet når svangerskapsuke 23, og kan være levedyktige utenfor livmoren, til og med mors 6-8 barseluke.

## Problemstilling:

*Hvordan møter jordmødre utfordringer knyttet til fødselsarbeidet med kvinner som opplever sterk frykt for fødsel?*

## 1.3 Begrepsavklaringer

### 1.3.1 Normale svangerskap og differensiert fødselsomsorg

I Norge fødes årlig rundt 60 000 barn under trygge omstendigheter (Medisinsk fødselsregister – Mfr, 2011). Mødredødeligheten er på 5/100 000 kvinner, hvilket tilsvarer om lag 3 tilfeller per år (Mfr, 2011, i følge Halvorsen&Nerum, 2013). I 2011 var den perinatale dødeligheten 3,8/1000, mens den neonatale var 0,4/1000 (Halvorsen&Nerum).

Svangerskapsomsorgen er en kunnskapsbasert og helhetlig praksis, med fokus på forebyggende virksomhet (Backe et al.2014). De rutinemessige svangerskapskontrollene skal skaffe til veie relevant informasjon om kvinnens levesett, kompliserende obstetriske tilstander som ikke gir symptomer, og diagnostisere sykdom, slik at kvinnen og barnet sikres nødvendig helsehjelp (Backe et al.). I tillegg er hensikten med svangerskapsomsorgen å gi kvinnen informasjon om levesett, svangerskap, fødsel og barseltid, for gjennom dette å styrke kvinnens egne forutsetninger for å kunne være med på å ta avgjørelser, håndtere omveltningene i livssituasjonen og øke hennes tro på egen mestring.

Dersom kvinnen ikke har noen sykdommer eller tidligere har gjennomgått operative inngrep som vil kunne påvirke det nåværende svangerskapet eller fødselen, men bare gjennomgår de normale fysiologiske endringene som skyldes svangerskapet, betegnes svangerskapet som ”lavrisiko” og ”normalt” (Backe et al.2014). Sykdommer som vil kunne påvirke svangerskapet enten på grunn av symptomer, medisiner eller begge deler, for eksempel diabetes. Operasjoner som keisersnitt og gastric bypass-operasjon vil også kunne innebære en økt risiko for komplikasjoner under svangerskap og fødsel.

I Norge har vi en differensiert fødselsomsorg, der kvinnene selekteres til rett omsorgsnivå på

bakgrunn av observasjonene i svangerskapsomsorgen. Dette innebærer at kvinner, som på bakgrunn av et normalt svangerskap også forventes å føde normalt, har større valgfrihet i forhold til hvor de vil føde. Disse kvinnene kan føde på laveste omsorgsnivå, som både omfatter jordmorledet *hjemmefødsel* (der dette er et tilbud) og fødsel i *lokal fødestue*. De lokale fødestuene har minimum 40 fødsler per år. Har kvinnen behov for økt overvåkning og obstetriske tiltak som keisersnitt, eller ønske om medisinske intervensjoner under fødselen som epiduralbedøvelse<sup>2</sup>, må hun flyttes til et høyere omsorgsnivå. De høyere omsorgsnivåene er *fødeavdelinger* i lokalsykehus, og *kvinneklippene*. Fødeavdelingene i lokalsykehus har 400-500 fødsler årlig og kontinuerlig vaktberedskap av fødsels- og anestesilege, samt nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen. Kvinneklippene har omlag 1500 fødsler per år, tilstedevakt av fødsels- og anestesilege, beredskapsvakt av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning samt barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte (Halvorsen&Nerum, 2013; St.mld.nr.12 2008-09). 99,2% av de årlige fødslene i Norge foregikk i 2012 i sykehus. Av de 0,8% som ble født utenfor institusjon, ble 0,2% født i hjemmet (Mfr, 2012).

### 1.3.2 Normal fødsel

Verdens helseorganisasjon (WHO, 2008) betegner en fødsel *normal*, om den starter spontant med rier og/eller vannavgang hos en frisk kvinne med et antatt friskt foster i magen og med et normalt lavrisikosvangerskap bak seg. Fødselen starter til termin<sup>3</sup>, barnet forløses spontant i bakhodeposisjon, og etter forløsningen er både mor og barn i velbefinnende.

Normal fødsel følger et sekvensmønster som involverer smertefulle rier med stigende intensitet. Det er vanlig å dele fødselen inn i fire faser. Det er rienes evne til å stimulere progresjon i mormunnsåpningen og å muliggjøre barnets nedtrengning i bekkenet, som forteller hvilken fødselsfase kvinnen befinner seg i. *Latensfasen* kan vare i flere timer/dager, og mange kvinner

---

<sup>2</sup> Epiduralbedøvelse, eller ”epidural”, er den populære betegnelsen på den type regional epiduralanalgesi som blir tilbudt kvinner i aktiv fødsel (se underkapittel 1.3.2) ved norske fødeavdelinger. Epiduralbedøvelse med en blanding av lavdose-lokalanestetikum og et hurtigvirkende, fettoppløselig opioid gir effektiv smertelindring av fødselssmerte. Bedøvelsen administreres ved at anestesilegen legger inn et kateter i epiduralrommet innenfor kvinnens ryggrad, og medikamentene tilføres kontinuerlig med sprøytepumpe i lav dose, slik at kvinnen kan være oppe, gå til toalettet og være i stand til å trykke barnet ut (Ulvund, 2010).

<sup>3</sup> *Til termin* innebærer en svangerskapsvarighet på mellom 37 uker + 0 dager (37+0) og 41+6 i forhold til ultralydberegnet termin.

opplever uregelmessige, smertefulle rier som bidrar til fødselskanalens modning, men likevel ikke den progresjon som arbeidets lengde kanskje skulle tilsi. Når kvinnen kommer i *aktiv fødsel*, opplever hun regelmessige, og (mer) smertefulle rier, som gjør at mormunnen åpner seg fra tre-fire centimeters åpning til full dilatasjon ("10 cm åpning") samtidig som barnet trenger ned i bekkenet (Walsh, 2004). Det hele kulminerer i barnets forløsning i *utdrivingsfasen*, og morkakens forløsning i *etterbyrdsfasen*.

Fødselssmerter er en individuell opplevelse, men når kvinnen kommer til den siste delen av aktiv fødsel, hører det til det normale å kjenne både tap av kontroll, redsel, panikk, dødsangst, behov for å skrike og forlange smertestillende, samt å miste troen på at man i det hele tatt skal *få det til*, i tillegg til en rekke andre fysiologiske symptomer (Dick Read, 1959; Downe, 2004).

### 1.3.3 Jordmors arbeid

I Norge har autoriserte jordmødre hovedansvaret når en fødsel er betegnet som normal. Dette innebærer at jordmor fatter selvstendige, kompetente beslutninger og gjør egne vurderinger innenfor sitt arbeidsområde, som innebærer normal graviditet, fødselsarbeid, og barseltid, i tillegg til oppfølging av det friske, nyfødte barnet. I tett samarbeid med kvinnen, skal jordmor promotere normal fødsel, oppdage komplikasjoner og kunne utføre nødhjelp (Blix, 2010; Helsedirektoratet, 2010; International Council of Midwives – ICM, 2011).

Under både normale og kompliserte fødselsforløp skal jordmor, i samarbeid med lege og andre samarbeidspartnere, arbeide helsefremmende gjennom å bistå kvinnen og hennes familie med den støtte og omsorg som er nødvendig for å ivareta en god praksis med trygg forløsning. Det er ønskelig at det blir tatt hensyn til kvinnens rett til å medvirke i forhold til beslutninger som er av avgjørende betydning for hennes og familiens helse og fødselsopplevelse (Norges offentlige utredninger, NOU, 2005). Ved å styrke fødekvinnens rett til medvirkning, forsøker jordmor å bidra til å sette kvinnen og familien i stand til å utøve foreldrerollen. Jordmor bidrar dessuten med helse-, seksual- og prevensjonsopplysning. Jordmor har også ansvar for å bidra til kunnskapsformidling og kunnskapsutvikling blant kollegaer, både andre jordmødre, barnepleiere, hjelpepleiere, assistenter og leger (Helsedirektoratet, 2010; ICM 2011; Lov om pasient- og brukerrettigheter, §3-1; Salomonsson, 2012).

I Norge bygger jordmorutdannelsen på bachelor i sykepleie. Både den tradisjonelle videreutdannelsen (”jordmorskolen”) og mastergrad i jordmorfag, begge fra universitetet, fører fram til autorisasjon som jordmor. Jordmorutdannelsen forbereder jordmødrene på å stå med den ene foten plantet i en tradisjonsbundet kvinnekultur, der iakttakelse, erfaring og respekt for naturens under er de bærende elementene. Med den andre foten står jordmor trygt i den moderne, teknologiske og biomedisinske rettede obstetrikken, der kartleggingen av samvariasjon mellom risikofaktorer, egenskaper og levevaner er det essensielle (Blix, 2010; Blåka Sandvik, 1997).

En forutsetning for jordmors arbeid, er at hun kjenner grensene for sin egen kompetanse. Jordmor må derfor vite i hvilke situasjoner det er påkrevet å innhente bistand og vurderinger fra andre samarbeidende faggrupper, som helsesøster, gynekolog eller psykiater. Gjennom en kunnskapsbasert og gjennomtenkt anvendelse av teknologi, kan jordmor i samarbeid med kvinnen, arbeide for demedikalisering av fødselsarbeidet. Fødselsarbeidet bør innebefatte bruk av teknologiske hjelpemidler når dette er *både nødvendig og hensiktsmessig* (Blåka Sandvik, 1997; Helsedirektoratet, 2010; ICM, 2011; WHO, 2008).

#### 1.3.4 Følelsspekteret knyttet til frykt og angst

Frykt og angst er grunnleggende følelser i alle menneskers liv, som blant annet også har en sentral funksjon i å regulere mellommenneskelig kontakt (Dick Read, 1959; Skårderud et al. 2010). Gjennom å vise følelser appellerer vi til menneskene rundt oss, slik at vi kan motta nødvendig hjelp. Vi kan forsøksvis skille mellom frykt og angst ved å si, at frykt vanligvis er en reaktiv respons som står i forhold til et bestemt objekt, mens angst kan utvikle seg fra en slik frykt og bli en følelse som vedvarer, eller også oppstå uten noen klar årsak (Skårderud et al.). Noen klar definisjon av *angst* finnes ikke, enda forskningen rundt fenomenet er omfattende (Moxnes, 2009). Mange opplever reell lidelse og funksjonell svekkelse på grunn av følelser av frykt eller angst, særlig dersom følelsene vedvarer, og begynner å gjøre seg gjeldende i stadig flere sammenhenger vedkommende tar del i. Mennesker som opplever vedvarende angst eller frykt, kan lide sterkt, og det kan hemme dem i deres livsutfoldelse. De kan da ha behov for behandling. Tall fra Folkehelseinstituttet (2009) viser at ca 25% av den norske befolkningen vil rammes av en form for angstlidelse i løpet av sitt liv, mens rundt 15% av oss opplever dette i løpet av ett år.



Både angst og frykt er følelser som bærer med seg mange av de samme dimensjonene av kroppssensasjoner. Hvilke reaksjoner vi kjenner i kroppen, og hvordan vi fortolker disse sensasjonene, får igjen konsekvenser for hvordan vi opplever, tenker og handler i situasjonen. De kroppslige reaksjonene kan være raskere puls og respirasjon, blekhet, skjelving, munn-tørrehet, utvidede pupiller, svette, hete-/kuldetokter. Følelsene preges av ubehag og psykisk smerte. Tankemessig skjer det en kognitiv innsnevring, slik at det blir vanskelig å få med seg nyanser, samtidig som oppmerksomheten rettes innover i en selv. Ofte bærer tankene preg av katastrofetenkning. Handlingsmessig blir personen unnvikende, urolig eller flyktende, eller lammet og tilfrosset (Berge&Repål, 2008; Skårderud et al.2010).

Frykt har en viktig signalfunksjon, som er nødvendig for å overleve, når faren vi utsettes for er reell. Det er et allmennmenneskelig fenomen å ha tillit til at en kroppslig aktivering med samtidig inntreffende opplevelse av ubehag, og/eller tanker om en overhengende katastrofe, er sikre tegn på at vi *faktisk* trues og må reagere hensiktsmessig på det gjennom å kjempe, flykte eller underkaste oss (Dick Read 1959, Skårderud mfl.2010).

Både når vi snakker om fødsel og i hverdagspråket ellers, brukes begrepene frykt og angst om hverandre. *Opplevelsen av å være truet* er sentral når kvinners frykt for fødselen diskuteres (Halvorsen&Nerum, 2013; Nilsson&Lundgren, 2009). Når frykten er stor for ikke å *prestere godt nok* i forhold til de krav en opplever å bli stilt overfor, kaller vi det gjerne *prestasjonsangst*. Til tross for angstkomponenten i navnet, trenger ikke prestasjonsangst, isolert sett, å medføre lidelse over lang tid for vedkommende som opplever den. Når en kvinne kjenner prestasjonsangst kombinert med opplevelsen av å være truet på livet av det farlige ved en fødsel, kan hun oppleve en akutt sterk frykt under fødsel. Vedvarende eksistensiell frykt kan forårsake lidelse som hemmer kvinnen i sin livsutfoldelse. For en slik frykt eller angst kan det være aktuelt å søke veiledning eller behandling.

Forskning viser sammenhenger mellom det å oppleve psykiske lidelser som depresjon, angst, spiseforstyrrelser og bipolare lidelser og en økt tendens til å utvikle frykt for fødsel eller fødselsangst (Rouhe et al.2011; Størksen et al.2011). Angst inngår som en av komponentene i de fleste psykiatriske diagnoser. Generell angst er en viktig del av symptombildet ved depresjon, som rammer rundt 20% av alle nordmenn i løpet av deres liv (Folkehelseinstituttet, 2009). Mennesker som lider av psykoser og psykosomatiske tilstander som spiseforstyrrelser, opplever også angst som et av mange symptomer. Det internasjonale diagnostiske klassifika-

sjonssystemet ICD-10 (International Classifications of Diseases, WHO, 1993) deler angst inn i fem hovedgrupper: *Fobisk angst*: enkel fobi rettet mot bestemte objekter eller situasjoner, sosial fobi og agorafobi. *Panikkangst*. *Traumelidelser*: Akutt stressforstyrrelse, posttraumatisk stressforstyrrelse/disorder (PTSD), tilpasningsforstyrrelse. *Tvangslidelser*: Tvangstanker og tvangshandlinger. *Generalisert angstlidelse* (Skårderud et al.2010).

### 1.3.5 Fødselsangst – Frykt for fødsel

Det er normalt at gravide og fødende kjenner på følelser av både usikkerhet og redsel i forhold til uforutsigbarheten, smerten og de endringene graviditeten og fødselen medfører. Når følelsene blir sterke og overveldende, og medfører lidelse akutt eller over lang tid for dem som opplever det, brukes gjerne benevnelsen *fødselsangst* (Halvorsen&Nerum, 2013, Laache, 2010). Det begrepet som er mest brukt om jordmors subjektive opplevelse av den frykten hun observerer hos kvinner under graviditet og fødsel i denne studien, er *(Sterk) frykt for fødsel*, som er en oversettelse av begrepene *fear of childbirth* (Lukasse, 2014; Salomonsson, 2012) og *fear of birthing process* (Hall, 2004).

Begrepet *fødselsangst* blir brukt i forskjellige fora for gravide på internett, i media og i medisinsk/jordmorfaglig litteratur og forskning som om det var en entydig medisinsk kategori, med graderinger fra *litt* til *veldig mye*. Måten vi snakker om fødsel og fødselsangst på, er gjerne preget både av personlige erfaringer og den sosiale og kulturelle konteksten vi lever i, og dette er med og påvirker hvordan både befolkningen, helsevesenet og forskningsmiljøene forholder seg til fenomenet (Liljeroth, 2009; Lian, 2012). Den medisinske interessen for fenomenet frykt for fødsel vokste fram på begynnelsen av 1970-/80-tallet, og de første studiene som tok i bruk begrepet *fødselsangst*, ble publisert da (Liljeroth). Selv om begrepet tilsynelatende er en diagnose, mangler kriterier for diagnostikk og behandling i både i ICD-10 og DSM-5 (Diagnostic and statistical manual of mental disorder, APA (American Psychiatric Association)).

Forsøk på en enkel definisjon eller operasjonaliserbare diagnostiske kriterier av det å oppleve frykt for fødsel, er vanskelig gjennomførbare, fordi det avhenger av teoretisk ståsted og forskningsmessige avgrensninger (Halvorsen&Nerum, 2013; Liljeroth, 2009; Salomonsson, et al.2008). Frykt for fødsel ser ut til å være en angstopplevelse som finnes i de fleste fasetter fra ubetydelig redsel til en ekstrem fobisk angst, der den fobiske angsten ytrer seg gjennom

individets tvingende ønske om helt å unngå den situasjonen hun frykter, altså fødsel (Halvorsen&Nerum). Fokus for redselen er ofte eksistensielt, og frykten for å dø i fødsel, miste barnet sitt, miste kontrollen eller bli forlatt kan bli så intens, at den forringer kvinnens livskvalitet og har negativ innvirkning på både hennes og familiens hverdagsliv (Ryding et al.2003).

Følelsene kan ha sammenheng med tidligere livshendelser og vonde opplevelser som blir aktualisert i situasjonen, og vi vet at slik sterk frykt kan hemme den normale opplevelsen av perinatalperioden og overgangen til foreldreskap (Brudal, 2000; Salomonsson et al.2008).

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Denne studien er inndelt i sju hovedkapitler. I kapittel 2.0, redegjøres det videre for tidligere forskning og teori som vil være av betydning for diskusjonen. Denne studien plasseres dessuten inn i forhold til allerede eksisterende forskning. I kapittel 3.0 presenteres studiens vitenskapsteoretiske overbygning. Den metodiske tilnærmingen til studiens problemstilling, etiske overveielser og en redegjørelse for datainnsamlingen og analysen finnes som kapittel 4.0, mens resultatene blir beskrevet i kapittel 5.0. I kapittel 6.0 blir resultatene diskutert opp mot tidligere forskning, teori, vitenskapsteoretisk perspektiv og min egen forforståelse. Kapittel 7.0 inneholder en oppsummering av studien, studiens implikasjoner for praksis og noen ideer til videre forskning.

## 2.0 Tidligere forskning og teoretiske perspektiver

I det følgende blir det redegjort for tidligere forskning og aktuelle teoretiske perspektiver, som kan belyse ulike sider ved problemstillingen i et helsefremmende perspektiv. Kapittelet starter med en redegjørelse for dagens kunnskapsstatus, og denne studiens plassering i forhold til foreliggende forskning. I andre hoveddel knyttes teoretiske perspektiver til viktige begreper. I tredje hoveddel redegjøres det for Travelbees sykepleieteori (1999) ut fra et jordmorperspektiv.

### 2.1 Kunnskapsstatus

Psykiske lidelser er den mest samfunnsøkonomisk kostbare sykdomsgruppa i Norge i dag (Holte, 2012). Omkostningene kan være store både for den som lever med sykdommen, og vedkommendes familie. Ut fra et folkehelseperspektiv, er det derfor ønskelig å fremme god psykisk helse, i tillegg til å forebygge psykiske lidelser og uheldige virkninger av å leve med slike sykdommer (Holte).

Det foregår i dag mye forskning omkring psykisk helse, også i forbindelse med perinatalperioden. På bakgrunn av eksisterende forskning vedrørende frykt for fødsel/fødselsangst og medikaliserende trender som følger av slik frykt (blant annet keisersnitt), har interessen økt for forebygging og kvalitetssikring av jordmors arbeid i forhold til kvinners psykisk helse. Det er tidligere gjort en del forskning som omhandler kvinners frykt for fødsel i Skandinavia og flere andre land. Interessen som ligger til grunn for denne studien er forskning på jordmødres erfaringer i forhold til kvinners frykt under aktiv fødsel. For å orientere meg i eksisterende forskning har jeg foretatt litteratursøk i de internasjonale databasene PubMed, Cinahl, PsycINFO og Midirs. Søkeord som ble benyttet er "Qualitative study"; "Fear of Childbirth"; "Fear of Birth"; "Childbirth fear"; "Midwife"; "Midwifery"; "Challenges"; "Birth"; "Trauma" og "Self-efficacy" i ulike kombinasjoner.

### 2.1.1 Kunnskap om frykt for fødsel

Ca.25% av befolkningen rammes av en form for angstlidelse i løpet av livet (Folkehelseinstituttet 2009), i tillegg er angst en av komponentene i de fleste psykiatriske diagnoser, eksempelvis som en viktig del av symptombildet ved depresjon. Rundt 20% av alle nordmenn rammes av depresjon i løpet av livet (ibid), og det forskes på sammenhengen mellom depresjon og frykt for fødsel (Størksen et al.2011). Sosiale ressurser som planlagt graviditet og etablerte parforhold, synes å motvirke utvikling av frykt for fødsel (Lukasse et al.2014). Lite sosiale ressurser og samtidige psykiske lidelser som angstsykdom, spiseforstyrrelser og bipolare lidelser, synes å bidra til utvikling av sterk frykt for fødsel som forårsaker ytterligere lidelse (Kirkengen, 2009; Laursen et al.2008; Rouhe et al.2011; Størksen et al.2011). Det er derfor vesentlig, at også jordmødre gjennom sitt arbeid, er med på å bidra til at etablert psykisk sykdom blir identifisert og behandlet, samt å forebygge utvikling av lidelse som kan foranledige frykt for fødsel for den enkelte (Holte, 2012; ICM, 2011).

Siden uttalt frykt for fødselen kan føre til et betydelig stressnivå hos mange kvinner, og medføre funksjonell svekkelse og lidelse både for kvinnen og hennes familie, er det nødvendig å finne ut mer, både om bakenforliggende faktorer, muligheter for behandling og hvordan vi kan kvalitetssikre fødselsarbeidet med disse kvinnene (Folkehelseinstituttet, 2015; ICM, 2011; Salomonsson, 2012).

Forskningen rundt temaet frykt for fødsel, dreier seg i hovedsak om *kvinnens* opplevelse av frykten, men i noen grad også om familiens psykiske helse. Det finnes forskningsartikler som fokuserer på mannens/partners eller parets felles frykt for fødsel (Eriksson, et al.2006; Hildingsson, 2014). Frykt for fødselen er forbundet med vanskeligheter i parforholdet, unngåelse av sex, og manglende initiativ til gynekologisk oppfølging etter fødsel, hvilket kan ha negativ innvirkning på hele familiens psykiske og fysiske helse videre i livet (Talbot, 2012).

Førstegangsfødende kvinner opplever i første rekke en frykt for fødsel assosiert med tap av kontroll og dødsangst på vegne av seg selv og/eller barnet, i tillegg til manglende tro på egne evner til å føde. For enkelte kan manglende tro på sine fødekrefter henge sammen med historier de bringer med seg, som kan omhandle voldsutsatthet, overgrep, og/eller seksuelt misbruk (Fenwick et al.2013; Halvorsen&Nerum, 2013; Lukasse et al.2010; Salomonsson,

2012). For flergangsfødende synes i tillegg tidligere fødselsopplevelser å spille en rolle for utviklingen av frykt for fødselen (Fenwick et al.2013; Grimsrud, 2014; Lukasse et al.2014).

### 2.1.2 Kunnskap om mestringsforventninger

Det kan være av avgjørende betydning for kvinnens psykiske helse, at hun får hjelp til mestringsforventninger av livssituasjonen sin tidlig under graviditeten. Dette vil kunne påvirke kvinnens følelsesmessige forberedelser og forventninger til hvordan hun vil komme til å mestre fødselen (Sieber et al.2006).

Bandura (1977) har vist at menneskers mestringsforventninger (self-efficacy) har mye å si for deres psykiske helse. I følge Talbot (2012) opplever kvinner fødselen som kvalitativt bedre, uavhengig av obstetrisk (fødselsmedisinsk) utcome, dersom de har positive forventninger til egen mestringsforventning av fødselen. Dette til sammenlikning med kvinner som har lave forventninger til egen mestringsforventning. Jo høyere positiv forventning til egen mestringsforventning kvinnen har, desto mer aktivt vil hun også forholde seg til oppgaven (Bandura). Dersom kvinnen selv har positiv tiltro til at hun skal mestre å føde, uten bruk av medisinske intervensjoner, er sjansen også størst for at hun faktisk føder på lavest mulig omsorgsnivå, uten bruk av medisinske intervensjoner (Talbot).

Hvis kvinnen derimot forventer *ikke* å mestre fødselssituasjonen, og opplever sin egen evne til å håndtere situasjonen som lite tilfredsstillende, vil hun kunne oppleve en forsterket negativ innvirkning på sine forventninger til egen mestringsforventning i liknende tilfeller senere i livet, i tillegg til å kunne utvikle frykt for situasjonen (Bandura, 1977). Dette kan være med på å forklare hvorfor tidligere traumatiske fødselsopplevelser synes å være en så sterk utløsende faktor til frykt for fødsel (Lukasse et al.2014). Dersom kvinnen selv har positive mestringsforventninger til fødselen, synes dette å henge sammen med en lavere forekomst av post partum-depresjon (Dahl, 2011).

Støtte fra jordmor som bygger opp om kvinnens egne positive mestringsforventninger og forutsetninger for å håndtere situasjonen og smertene, kan ha stor betydning for kvinnens psykiske helse i perinatalperioden. Det som ser ut til å motvirke en dårlig fødselsopplevelse, uavhengig av kvinnens eventuelle frykt for fødsel fra tidligere, er en støttende jordmor som

tar kvinnen på alvor, oppmuntrer henne til å delta i viktige avgjørelser, og selv er tilstedeværende og tilgjengelig (Grimsrud, 2014). Det er utslagsgivende for kvinnens fødselsopplevelse, at jordmor, gjennom en individuelt tilpasset, kontinuerlig fødselsomsorg, formidler sin tro på kvinnens evne til å føde, og er lydhør for det kvinnen formidler (Grimsrud).

### 2.1.3 Kunnskap om forhold som medvirker til jordmors håndtering av fødselsarbeidet

En kan si at fødselen som fenomen, har endret seg, fra tidligere å bli betraktet som en eksistensiell opplevelse i en kvinnes liv, til nå å være en medisinsk begivenhet (Blåka&Eri, 2008). Medisinsk teknologi er nærværende i så godt som alle fødsler, og jordmødre forventes å kunne ivareta både normale og kompliserte fødsler akkurat like godt, men med fokus på å oppdage komplikasjoner og med en kontinuerlig beregning av risiko. I følge Blåka Sandvik (1997) og Blåka&Eri utøver norske jordmødre jordmorfaget i skjæringspunktet mellom et biomedisinsk og et fenomenologisk system (Blåka Sandvik), der det biomedisinske systemet reduserer lidelse til begrensede biologiske, og derfor personlige, prosesser (Gjernes, 2004).

Det fenomenologiske systemet fokuserer på kvinnens eget uttrykk nettopp som uttrykk for individualitet, der personlige erfaringer står i fokus, men fødselsopplevelsen knyttes opp mot og blir forstått ut fra kvinnens livsverden (se kapittel 3.0). Når det gjelder ivaretakelsen av kvinner med frykt for fødsel *i* fødsel, er det nærliggende å tenke seg at flere kvinner går fra normal til komplisert fødsel (risikofødsel) på grunn av den biomedisinske *medikaliseringstendensen* (Lian, 2012). Overgangen til risikofødsel kan drives fram av kvinnens eget ønske om epidural smertelindring (Forbord, 2011), eller av de rutiner og retningslinjer som foreligger nasjonalt ved kvinnens samtidige forhøyede risiko for fødselskomplikasjoner, for eksempel hvis hun har en forhøyet BMI (Body mass index) (Henriksen et al.2014). Hvorvidt fødselen anses som en risikofødsel *på grunn av* kvinnens frykt for fødsel, kan henge sammen med hvordan subjektivt opplevd stress under graviditeten, for eksempel depresjon, angst eller voldsutsatthet, påvirker eller samvarierer med de obstetriske forhold, eksempelvis ved lav fødselsvekt hos barnet og/eller for tidlig fødsel (Lukasse et al.2014; Wadhwa et al.1993).

Kirkham (1999 ifølge Johanson et al.2002) beskriver at jordmødre opplever en arbeidshverdag med en konstant følelse av å være overvåket eller i fare for ”å få skylda”. Etter vanskelige hendelser kan jordmødre oppleve sekundært traumatisk stress (se kapittel 6.0), der

de opplever vanskelige følelser uten å ha noen å henvende seg til eller klare å komme seg videre, i tillegg til at de mister sin lit til den normale fødselsprosessen, etter alvorlige hendelser (Beck et al.2015). Jordmødre kan ty til et overforbruk av medisinsk teknologi for å hjelpe kvinnene. Slik medikalisering ser ut til å medføre svekkelse av jordmors håndverksfaglige evner, noe som i sin tur påvirker kvinners muligheter til å ta informerte valg og deres muligheter for normal vaginal fødsel (Beck et al.; Johanson et al.2002).

I likhet med for kvinnene, kan de eksistensielle elementene ved fødsel oppleves skremmende også for jordmødre. Å oppleve å miste et barn eller overse noe under en fødsel, slik at skader inntreffer hos mor eller barn, rangeres som det mest skremmende i en undersøkelse om frykt for fødsel foretatt blant jordmødre (Dahlen&Caplice, 2014). For å unngå at negative effekter av fødselsarbeidet oppstår som følge av jordmors eller kvinnens redsel, er det nødvendig med en kvalitetssikring av jordmors fødselsarbeid. Dahlen&Caplice foreslår at dette kan skje med work shop-baserte øvelser i gruppe. Det kan også foregå ved veiledning i grupper, eller i dialogbaserte kollegafelleskap.

Temaområdet jordmødres erfaringer med kvinner som opplever frykt under fødselsprosessen, synes å være lite belyst forskningsmessig. Salomonsson (2012) viser at jordmødre opplever det å arbeide med kvinner med fødselsangst i fødsel, som både tids- og følelsesmessig krevende, men også givende.

#### 2.1.4 Plassering av eget arbeid

Flere forskere er opptatt av den pågående diskursen i jordmorfaget mellom de biomedisinske og fenomenologiske systemene, samt hvordan medikalisering synes å være et økende tilstedeværende fenomen ved nesten enhver fødsel i den vestlige verden (Blåka&Eri, 2008; Kongslien, 2010; Lian, 2012; Liljeroth, 2009; Olsson, 2000).

De mange nødvendige medisinske prosedyrene som følger av kompliserte forløp kan medføre krevende arbeidsforhold for jordmor når det gjelder samtidig imøtegåelse av kvinners sterke frykt og ivaretagelse av det obstetriske. Ut over Salomonssons studie (2012), har det ikke lyktes meg å finne eksisterende forskning, der jordmødrenes fødselsarbeid med kvinner som opplever sterk frykt *under fødsel* blir belyst. Jeg har heller ikke funnet noen studier som konkret viser hvilke utfordringer jordmødre selv erfarer, i arbeidet med fødekvinne som



opplever sterk frykt under aktiv fødsel, og der medikalisering samtidig problematiseres.

## 2.2 Teoretiske perspektiver

### 2.2.1 Traumer og framvekst av frykt

Intens frykt for fødsel kan ha sammenheng med tidligere livshendelser (Lukasse et al.2014). Vonde, traumatiske opplevelser kan aktualiseres i fødselssituasjonen, og hemme en normal opplevelse av fødselen (Brudal, 2000; Halvorsen&Nerum, 2013; Salomonsson et al.2008; Simkin&Klaus, 2004).

Ifølge ICD-10 (ifølge Helsedirektoratet, 2015) innebærer traumatisering, at en person opplever, eller er vitne til, hendelser som involverer død eller trussel om død, alvorlig skade eller psykiske krenkelser mot seg selv eller andre. Eksempler på dette er voldtekter, seksuelt misbruk som barn, og fødsler. Den som blir utsatt for et traume, opplever et brudd med den tidligere kontinuiteten i livet. Hun føler seg ubeskyttet og alene, og kan miste forestillingen om verden som forutsigbar og trygg, noe som gir intense følelser av frykt, hjelpeløshet og ensomhet (Varvin, 2010).

Et menneske som har vært utsatt for traumatisering, kan i følge Cullberg (1999) oppleve til dels livsbegrensende symptomer som spenner fra smerter og forstyrret kroppsbilde via dissosiative forstyrrelser og depresjon til PTSD, paranoide reaksjoner og personlighetsforstyrrelser, altså et *traumespekter* (Cullberg, 1999; Hokland, 2006). De diagnostiske kriteriene for PTSD (DSM-4, ifølge Varvin, 2010) innebærer at kvinnen har opplevd noe som ville vært sterkt forstyrrende og vondt for nesten alle mennesker, i tillegg til tre hovedsymptomer: **1.** Stadige invaderende gjenopplevelser av traumet (drømmer, mareritt, flashbacks eller et intenst ubehag når en blir utsatt for hendelser som kan minne om den situasjonen der traumet oppsto, for eksempel ved utdrivingen av barnet hos kvinner som har vært utsatt for voldtekt i voksen alder (Halvorsen&Nerum, 2013)). **2.** Nedsatt engasjement i omverdenen og aktiv unngåelse av stimuli som forbindes med traumehendelsen, tilbaketrekking fra andre mennesker og unngåelse av tanker, følelser og aktiviteter som kan minne om hendelsen. En del kvinner søker således å unngå fødsel ved å be om keisersnitt (Halvor-

sen&Nerum, 2013; Hildingsson, 2014). **3.** Vanskeligheter med å regulere følelser. Den utsatte kan få søvnproblemer og konsentrasjonsvansker, bli oppfarende, irritabel og aggressiv, eventuelt legge lokk på følelsene sine, hvilket kan medføre en manglende evne til grense-  
setting. Økte fysiologiske reaksjoner i situasjoner som minner om hendelsen, er vanlige og kan for eksempel lett forveksles med symptomer på fødsel/fødselssmerte (Halvorsen&Nerum, 2013).

Symptomer på PTSD kan debutere i direkte sammenheng med den skremmende hendelsen, eller betydelig senere, som i forbindelse med en dramatisk livshendelse som fødsel (Kirkengen, 2011). Etter forsettlig vold er sannsynligheten for langvarige psykiske skader spesielt stor, særlig dersom en har vært direkte utsatt for volden av noen man kjenner og/eller står i et avhengighetsforhold til, som kjæresten eller foreldrene. Seksuelle overgrep mot barn er vold som gir spesielt store konsekvenser for den psykiske helsen, i tillegg til de rent fysiske skadene (Cullberg, 1999; Kirkengen, 2011; Hokland, 2006; Nilsson&Lundgren, 2009; Varvin, 2010).

### 2.2.2 Medikalisering

Frykt for fødsel er en sterk angstopplevelse som kan komme til syne i mange ulike fasetter, fra ubetydelig redsel til ekstrem fobisk angst (Halvorsen&Nerum, 2013). Det er opplagt at vi må ta kvinners frykt for fødsel på alvor, for å fremme psykisk helse. Noen har behov for behandling for sine lidelser både i perinatalperioden og etter, mens mange har behov for en ekstra støttende oppfølging under fødsel. Helsefremmende arbeid under fødselen er å jobbe sammen med kvinnen, for å hjelpe henne til følelsesmessig stabilisering og opplevelse av å mestre belastningene (Holte, 2012; Leap&Edwards, 2006).

Begrepet *medikalisering* blir brukt om tendensen til (stadig) å gjøre flere problemer medisinske (Tjora, 2003). De oppfatningene vi til enhver tid har av sykdom og lidelse, samt behov for og bruk av medisinsk teknologi i behandlingen, bidrar til en betydelig spesialisering av helse-tjenestene og en økning i antall diagnoser. Diagnostisering foregår ved å finne trekk ved det fenomenet individet opplever, sammenlikne det med andre individers liknende opplevelser, i tillegg til å vurdere prognose og forventet effekt av behandling (Brean, 2015). Diagnoser gjør det mulig å planlegge helsetjenester, fordele helseressurser, overvåke befolkningen og drive forebyggende helsearbeid (Brean; Romm, 2015).

I denne studien har jeg bestrebet meg på *ikke å bruke* begrepet fødselsangst, nettopp fordi jeg mener at frykt for fødsel *kan være* et normalt og rasjonelt svar på den situasjonen kvinnen opplever at hun befinner seg i. Dette gjelder både de kvinnene som er traumatisert etter tidligere opplevelser, og de som ikke er det. Samfunnets syn på sykdom og normalitet, reflekteres på de ulike sosiale arenaene der kvinner og jordmødre ferdes, samt i media. De ulike oppfatningene vi har av normalitet og patologi angående frykt for fødsel, blir uttrykt og bidrar dermed til å forme den forståelsen hver og en av oss, både fødende kvinner og jordmødre, har av *fenomenet frykt for fødsel*. Begrepet fødselsangst bærer med seg en forventning om at det foreligger et diagnostisert helseproblem som bør behandles, og at det faktisk finnes behandling. Ved å betegne kvinnens følelsesuttrykk omkring fødselen som noe diagnostiserbart og behandlingstrengende, vil vi også forme kvinnens fødselsopplevelse, og hennes egen mulighet til videre håndtering både av følelsene og opplevelsen. Fødsel representerer et epokeskille i mange menneskers liv, noe som i seg selv kan oppleves svært dramatisk, på liv og død. En bevisst begrepsbruk omkring de ekstreme følelsesuttrykk som kan oppstå under en slik eksistensiell krise, er nødvendig for å forebygge medikalisering av normale følelser, og bidra til å fremme god psykisk helse.

Diagnostisering av fødselsangst er ikke uproblematisk (Liljeroth, 2009). Kvinnens egne følelser og erfaring av kroppssensasjoner i tilknytning til følelsene, vil bli påvirket av hvordan helsevesenet og jordmødre fortolker og håndterer hennes følelsesuttrykk. Diagnostiseres kvinnens frykt for fødsel som *fødselsangst*, kan dette bidra til å redusere et allment fenomen til et individuelt, medisinsk problem som både kan og må behandles medisinsk (Lian, 2012). Kvinnen kan oppleve det som en bekreftelse av at hennes redsel faktisk *er* i proporsjon med faren ved å føde, objektivt sett. Dette kan medvirke til at hennes frykt for fødsel vokser seg enda større, og at samfunnet i større grad utvikler et syn på fødsel som *farlig*. Ved å se kvinnens følelser som avvikende fra det normale, bidrar fødselsomsorgen til medikalisering av kvinners følelser (Blåka, 1997; Lian). Den påfølgende risikobedømmelsen av kvinnens totale fødselssituasjon, vil få konsekvenser for ressursbruk i fødselsomsorgen generelt, med hensyn til fordeling av personalressurser og medisinsk teknologi, i tillegg til de subjektive (og langvarige) konsekvensene for den enkelte kvinne og hennes familie.

### 2.2.3 Behandling av frykt for fødsel

Både helsepersonell selv, og befolkningen for øvrig, har forventninger om at fenomener som forårsaker lidelse, blir møtt med lindring og trøst av helsepersonell. Dessuten forventes det at helsevesenet er behjelpelig med behandling, hvis det finnes (Holte, 2012). Det er i dag ikke faglig enighet om hva slags behandling som er mest effektivt i forhold til frykt for fødsel eller fødselsangst (Halvorsen&Nerum, 2013). Dette kan henge sammen med at fødselsangst ikke blir forstått som en enhetlig diagnose (Liljeroth, 2009). Dessverre ser det ut til at det har negativ innvirkning på selve fødselsopplevelsen, når en kvinne opplever frykt for fødselen, uten å få rådgivning eller behandling i svangerskapet (Waldenström et al.2006).

Waldenström et al.s studie (2006) viser at et initialt ønske om keisersnitt hos kvinnen begrunnet i fødselsangst, kombinert med kriseorientert rådgivning, kan øke raten av elektive keisersnitt, mens Halvorsen&Nerum (2010) har funnet det motsatte. Det avhenger av lokal praksis, i hvor stor grad kvinners frykt for fødsel faktisk anvendes som indikasjon for keisersnitt, uten samtidig obstetrisk indikasjon. Keisersnitt på mors ønske er en av mange årsaker til økningen i keisersnittsfrekvensen de senere årene (Halvorsen&Nerum, 2013). I 2011 ble 17% av de fødende forløst med keisersnitt, hvorav 37,9% var planlagte, noen av disse på bakgrunn av frykt for fødsel alene (Mfr, 2011).

Sterk frykt for fødsel kan, som beskrevet, være et symptom på en underliggende psykisk lidelse (Rouhe et a..2011; Skårderud et al.2010; Størksen et al.2012), og forårsake eller innebære stor psykisk lidelse i seg selv, over tid eller akutt. Derfor er det viktig at ikke keisersnitt blir forstått som en *behandlingsform*. Det å unngå en situasjon (fødsel) som potensielt kan framprovosere vonde minner, kan ha en kortsiktig beskyttende effekt (Nygaard, 2011). Det er ikke sikkert at frykten for fødselen blir borte, og at lidelsen av den grunn opphører. Rådgiving i svangerskapet skal forebygge sykdom og komplikasjoner, og når kvinnens frykt i forbindelse med fødsel har en eksistensiell komponent, kan dette innebære et vekstpotensiale for kvinnen (Nygaard, 2011; Ryding et al.2003), under forutsetning av at mulighetene for mestring og emosjonell støtte er til stede, i tillegg til at kvinnen selv kan være med og foreta valg fram mot fødsel (Ryding et al.; Brudal, 2000; Halvorsen&Nerum, 2010).

Kvinner med frykt- og angstlidelser kan har psykiske aktivitetsmønstre preget av en strøm med ubehaglige tanker og forestillinger (Berge&Repål, 2008). Forestillingene kan dreie seg både om fortid, nåtid og framtid, og de negative antakelsene kan virke troverdige og være basert på virkelige hendelser, som ved traumatisering. Likevel er antakelsene ofte overdrevne

og/eller ugyldige, og derfor kan det være nødvendig å styrke kvinnens mestringsferdigheter i forhold til å identifisere selvdestruktive, onde sirkler (Berge&Repål). I tilnærmingen til kvinner med frykt for fødsel kan jordmor handle etter slike prinsipper, både som del av den observerende, normale, forebyggende svangerskapsomsorgen, som utvidet svangerskaps-/barselomsorg ved identifisert risiko, eller som del av behandling/håndtering ved akutt innsettende frykt under fødsel.

I dag finnes det psykiske helseteam ved mange norske og svenske fødeavdelinger, som arbeider etter ulike behandlingsmodeller med rådgivning og fødselsforberedelse blant annet til kvinner med frykt for fødsel (Halvorsen&Nerum, 2013; Lukasse et al.2014; Salomonsson, 2012). Veiledningen blir gitt av jordmor, som i mange tilfeller samarbeider med gynekolog (fødselslege) og eventuelt psykolog. Kvinnene kan i denne sammenhengen få hjelp til å utforme et *ønskebrev* angående fødselen, eller en *orientering*, til personalet ved det planlagte fødestedet. I ønskebrevet kan kvinnen uttrykke hva hun ser for seg at hun trenger støtte til under fødselen, og meddele seg om forhold ved sin psykiske helse som personalet kan ta hensyn til. Dette kan for eksempel være traumatiske erfaringer hun har med seg, fra oppvekst eller tidligere fødsler. Kvinnen kan også fortelle om eventuelle mestringsstrategier hun benytter i forhold til sin frykt for fødsel.

## 2.2.4 Risiko- og beskyttelsesfaktorer og mestringsforventninger

En antar at sårbarhet for, eller motstandsdyktighet mot, det å utvikle psykiske lidelser delvis er genetisk betinget, og kan samvariere for eksempel med personlighetstype (Folkehelseinstituttet, 2009). Personlig evne til å engste seg og (lav) selvfølelse synes å spille en rolle. Sosiokulturelle miljøfaktorer som dysfunksjonelle samlivsrelasjoner eller lite sosialt nettverk, samt trekk ved det samfunnet vi lever i, for eksempel individualisme, synes også å ha noe å si for om lidelsene utvikler seg (Folkehelseinstituttet, 2009; Rouhe et al.2011; Tveråmo et al.2014). Hvor mye følelsesmessig og kroppsmessig fryktutløst ubehag den enkelte tolererer, vil variere (Tveråmo et al.).

At jordmor identifiserer risiko- og beskyttelsesfaktorer i den fødendes miljø, kan være avgjørende i det å forebygge sykdom eller problemer i tilknytning til fødselen. Akutte og kroniske belastninger som vold og overgrep, kan være utløsende for at sykdom oppstår, men

vedvarende belastninger har likevel størst betydning, melder Folkehelseinstituttet (2009). Det som imidlertid synes å ha størst betydning for om sykdom utvikler seg, er om den som er utsatt for både akutte og kroniske belastninger opplever *egen* mestring eller *mangel på* egen mestring ellers i livet sitt (Folkehelseinstituttet, 2009).

De grunnleggende holdningene vi har til oss selv, med alle våre evner og muligheter, har betydning for hvilke holdninger vi tilegner oss (Raaheim, 2002). *Mestringsforventning* er et individuelt kognitivt karakteristika som refererer til de innlærte forventninger vedkommende har, og påvirker hvordan hun bedømmer sine egne atferdsmessige, kognitive og emosjonelle muligheter til å håndtere en situasjon (Bandura, 1977). Om en kvinne opplever positive mestringsforventninger til det å skulle føde, kan en si hun er optimistisk og har (høy) selvtillit i forhold til hvordan hun skal klare fødselen. Forventningene kvinnen har, er innlært, ut fra erfaring hun har fra andre utfordringer livet har bydd henne. Omvendt kan en kvinne ha negativ mestringsforventninger, ofte kalt pessimisme og lav selvtillit. I ekstreme tilfeller kjenner vi det igjen som lært hjelpeløshet (Tveråmo et al.2014). Ifølge Bandura blir en virkelig økt mestringsforventning skapt og styrket mest effektivt, gjennom å oppleve mestring i en reell (og liknende) situasjon, men at kognitive prosesser generelt også kan bidra til økt mestringsforventning.

Ved å fokusere på kvinnens mestringsforventninger, kan jordmor jobbe forebyggende i forhold til kvinners utvikling av frykt for fødsel. Forventningene vi har til hvorvidt vi kommer til å lykkes, blir påvirket av atferden vår. Forventningene til egen mestring påvirker tankeprosessene våre, og det gjør at vi nærmer oss utfordringene ut fra det nivå der vi forventer å oppnå høyest mulig grad av mestring. Situasjoner vi ikke regner med å kunne håndtere så godt, unngår vi gjerne (Bandura, 1977). I forhold til fødsel kan det derfor tenkes, at om en kvinne ikke forventer at hun skal mestre fødselssmertene uten epiduralbedøvelse, så vil hun heller ikke klare det.

Hvis en kvinne opplever at det er balanse mellom de kravene hun er stilt overfor i møte med fødsel, og de mestringsressursene hun faktisk har, vil hun kunne erfare god mestring i forhold til fødselens belastninger. Hvis kvinnen eksempelvis ønsker epiduralbedøvelse, og får det, vil hun kunne erfare, at hun mestrer både forventede og uventede hendelser som finner sted under fødselen, fordi hun har ressurser til det. Under slike forhold vil angst- og depresjons-

nivået bli lavt, og motsvarende vil både selvtilliten og den psykiske helsen oppleves subjektivt god (Tveråmo et al.2014).

Kvinnen mestrer det stresset hun utsettes for i form av opplevde ytre og indre krav, ved å tilpasse anstrengelsene sine både tanke- og atferdsmessig. Hvis kvinnen eksempelvis ønsker epiduralbedøvelse, mens det av ulike årsaker ikke lar seg gjøre, kan de opplevde indre kravene til å håndtere fødselssmertene synes å overgå ressursene hennes. Kvinnen vil da kjenne økt stress, og det oppstår et misforhold mellom tilpasningskravene og kvinnens egen opplevelse av ressurser til mestring (Talbot, 2012; Tveråmo et al.2014).

Det er imidlertid ikke slik at mestringsforventningene *alene* vil føre til at kvinnen oppnår det ønskede resultatet (Bandura 1977). Andre individuelle forutsetninger vil, i tillegg til ytre forhold som fødeavdelingens bemanning og ”kjemi” med egen jordmor, bidra til å styrke eller svekke de evnene og mulighetene kvinnen allerede har. Gitt de rette forutsetningene, vil kvinnens mestringsforventninger kunne fortelle noe om hvordan hun vil takle fødselen, hvilken innsats hun vil legge i gjennomføringen og hvor lenge hun vil holde ut stressende og vanskelige situasjoner, uten at det virker negativt inn på hennes psykiske helse (Bandura).

## 2.3 Sykepleieteoretisk perspektiv

### 2.3.1 Travelbees sykepleieteori

*”Sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee, 1999:41).

Flere disipliner innen sykepleie- og sykepleierelaterte fag, som jordmorfag, kan interessere seg for de samme fenomenene vedrørende psykisk helse, for eksempel *frykt*. Jordmors mandat er å hjelpe alle kvinner, syke som friske, til å føde sine barn, uavhengig av forløsningsmetode (ICM, 2011).

Travelbees teori om de mellommenneskelige forholdene i sykepleie er relevant i forhold til

jordmors arbeid med å hjelpe kvinner til å finne mening i vanskelige erfaringer og lidelse, slik fødsel og frykt for fødsel kan være. Ifølge Travelbee er hensikten med sykepleie etableringen av *menneske-til-menneske-forholdet* (1999). I et menneske-til-menneske-forhold vil både sykepleier/jordmor og pasient/fødekvinne (heretter jordmor og fødekvinne/kvinne) reagere på og vise forståelse for, den andres menneskelighet i deres møte (Travelbee).

Begrepet menneske-til-menneske-forhold innebærer en jevnbyrdig relasjon mellom jordmor og fødekvinne som to subjekter, men er likevel jordmorledet. Med særlig vekt på *dialog*, jobber jordmor aktivt for likhet og samhold i forholdet, noe som medfører styrking ("empowering" ifølge Pairman, 2006) av dem begge (Travelbee, 1999).

I dialogen lytter jordmor empatisk, og forsøker å forstå hva kvinnen selv forstår og formidler av sin situasjon, deretter søker jordmor innover i seg selv, for å finne ut hva hun selv forstår av det kvinnen formidler (Travelbee, 1999). Denne forståelsen kan jordmor bringe tilbake til fødekvinnen samtidig som hun stiller seg åpen for "finjustering" av sin forståelse. Denne refleksive prosessen vil ha betydning for begge de (likeverdige) menneskene (Travelbee).

Jordmors empati for og støtte til kvinnen vokser fram i dialogen med henne, og er en forutsetning for menneske-til-menneske-forholdet. Kvinnen vil ikke komme til å dele noe som er betydningsfullt for henne, uten at hun samtidig er sikker på at det blir tatt imot og akseptert av jordmor. Derfor må menneskene "bak" rollene "jordmor" og "fødekvinne" få anledning til å trede fram i det likeverdige forholdet (Travelbee, 1999).

Ved å bruke seg selv terapeutisk anvender jordmor en disiplinert intellektuell tilnærming til fødekvinnens problem, der hun formidler sin kunnskap og hjelper kvinnen (Travelbee 1999). Menneske-til-menneske-forholdet forutsettes av, og er igjen en forutsetning for, at jordmor bruker seg selv terapeutisk, hvilket innebærer en bevisst bruk av de menneskelige kvaliteter jordmor har, som evne til lytting, fysisk og emosjonell respons, formidling av støtte, bruk av humor, musikalitet, improvisasjon, respekt, ærlighet, sjenerøsitet og ydmykhet (Travelbee 1999). Når jordmor bruker av sine personlige evner for å nå fram til en kvinne og tilby henne hjelp, kan hun oppnå en sann relasjonen med kvinnen. Fordi menneske-til-menneske-forholdet konstant vil utfordre jordmor, også i hennes forståelse av seg selv som menneske, er forutsetningen for å kunne bruke seg selv terapeutisk, at jordmor utviser både vilje og mot.



*Jordmorhandlingene* (for eksempel det å bringe mat og drikke til kvinnen eller stryke henne på ryggen) overskrides når de blir betraktet som et middel, og ikke et mål (Travelbee 1999). Ved at jordmor overskrider disse handlingene og orienterer seg mot kvinnen som mottaker og likeverdig subjekt, kan menneske-til-menneske-forholdet vokse fram ved hjelp av jordmors disiplinerte intellektuelle tilnærming og terapeutiske bruk av seg selv (Travelbee). Jordmors handlinger (sykepleierhandling) virker terapeutisk når de lindrer kvinnens plager. For at dette skal kunne skje, er det nødvendig at jordmor har evne til selvinnsikt kombinert med evne til fortolkning og intervensjon i forhold til menneskelig atferd. Å bruke seg selv terapeutisk i et menneske-til-menneske-forhold krever dyp innsikt i det å være menneske (Travelbee).

I følge Jensen (1999, i Travelbee, 1999), blir Travelbees teori kritisert for å mangle operasjonalitet i henhold til begrepsbruken. I det følgende blir det vist hvordan hennes begreper kan brukes i sammenheng med jordmors handlinger i forhold til fødekvinnens psykiske helse.

## 3.0 Vitenskapsteoretiske perspektiver

Hensikten med denne studien er å identifisere og belyse aspekter ved jordmødrenes erfaringer og kompetanse, som de selv erfarer som viktige for å kunne være en god jordmor for kvinner som viser sterk frykt under fødselen. Det er derfor valgt en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk tilnærmingen til problemstillingen.

### 3.1 Fenomenologi

I helsefag konsentrerer fenomenologisk<sup>4</sup> forskning seg om hvordan aktørene erfarer og opplever verden, med vekt på sanselige erfaringer (Blåka&Eri, 2008). Birkler (2005) kaller fenomenologien en *bevissthetsforståelse*, der interessefeltet er hva aktørene *erfarer*, og hvordan de relaterer sine opplevelser til sin bevisste forståelse av virkeligheten. Husserl (1970, ifølge Blåka&Eri) beskriver fenomenologien både som en filosofisk retning og en metode, der man går vitenskaplig til verks for å undersøke bevissthetsfenomenene som kommer til syne i våre erfaringer rundt *saken selv*. Dette skjer ut fra den forståelsen av at bevisstheten viser seg i relasjon til *noe* (Birkler). Fenomenologien står i kontrast til den kartianske<sup>5</sup> tankegangen, der det tenkende subjektet er dualistisk atskilt fra den objektive virkeligheten.

Bevisstheten vår er alltid rettet mot noe, den er intensjonal (Birkler, 2005). Vi tenker og handler alltid i relasjon til noe, men vi trenger ikke å ha bevisstheten direkte rettet mot hver bevegelse vi gjør eller handling vi foretar. Med bevisstheten fortolker vi alle inntrykk fra verden omkring oss i forhold til noe annet som vi har forstått forut for det som skjer, og i tillegg oppstår inntrykket ut fra en sammenheng og er rettet mot noe. Bevisstheten består altså av en relasjon mellom den som opplever og det som blir opplevd (Birkler).

---

<sup>4</sup> Fenomenologi betyr læren (gresk: *logos*) om det som viser seg (gresk: *phai'nomenon*) (Thornquist, 2003).

<sup>5</sup> Med en *kartiansk tankegang* menes en tankegang som har sitt opphav i Descartes' rasjonalisme. Descartes er ifølge Thornquist (2003) kjent for oppsplittingen av mennesket i to uavhengige substanser, såkalt kropp/sjel-dualisme eller dualisme. Dette inngår i det mekaniske verdensbildet som har vært med på å prege framveksten av vår kultur i stor grad, ikke minst i helsevesenet.

Ifølge Birkler (2005) går det fenomenologisk sett et skille mellom å sanse det for-hånden-værende og det ved-hånden-værende. Når en sanser *ved-hånden-værende* innebærer det at en ikke nødvendigvis trenger å tenke over hva en egentlig sanser og hvordan kroppen forholder seg til det som sanses eller omverdenen. Det går av seg selv og oppleves som normalt. Men dersom en ved hjelp av sansningen forstår at ikke alt er som det pleier eller ”som det skal”, blir sansningen *for-hånden-værende*. Vedkommende blir oppmerksom på det som ikke er ”som det skal” hver gang hun sanser eller forholder seg med kroppen, på en slik måte at hun blir berørt av det avvikende (Birkler).

Den daglige, levende verden vi lever i, som vi har et umiddelbart forhold til, og som framstår som meningsfull for oss, kalles i fenomenologien for vår *livsverden* (Birkler, 2005; Thornquist, 2003). Livsverdenen og bevisstheten om den, kan bestå i sanseintrykk, følelser, tanker, ideer, og abstraksjoner. Dette er fenomener som ikke umiddelbart lar seg dele med andre. Den opplevelsen av verden omkring seg individet har, går forut for all fortolkning og forståelse. En kan si at det meningsfulle ikke er en objektiv størrelse, men en individuell vurdering vi gjør oss av et fenomen, som igjen henger sammen med vår individuelle forståelse av verden. Gjennom forståelse kan mennesket være til stede i og ta del i verden. Det fenomenologiske begrepet *væren-i-verden*, innebefatter vår forståelse av det vi erfarer når vi *er* i vår verden. Ifølge Nordtvedt&Grimen (2004) bruker en av fenomenologiens grunnleggere, Heidegger, betegnelsen hermeneutisk fenomenologi om sin undersøkelse av menneskets væren-i-verden. Med dette søker han å avdekke den alltid eksisterende forståelsesstrukturen som er til stede i menneskenes måte å være til stede i sin livsverden på.

### 3.2 Hermeneutikk

Hermeneutikken er en filosofisk retning som diskuterer forståelsens og fortolkningens grunnstrukturer (Thornquist, 2003).<sup>6</sup> I likhet med fenomenologien fokuserer hermeneutikken på hva virkeligheten *er* for oss, de ontologiske spørsmål. Gadamer har vært særlig viktig for utviklingen av disse spørsmålene innen den moderne hermeneutikken (Thornquist), og ifølge ham

---

<sup>6</sup> Hermeneutikk betyr *tolkningslære* og har sitt navn etter den greske guden Hermes, som i følge mytologien skulle bidra til å gjøre det uforståelige forståelig for menneskene (Thornquist, 2003, Nordtvedt&Grimen, 2004).

har vi, *alltid allerede* en forståelse av hva virkeligheten og de fenomenene vi opplever og erfarer, er. Dette er vår *forforståelse*. Forforståelsen er et uttrykk for den tradisjonen og historien vi er en del av, og som i alle henseende vil virke inn på de fortolkningene vi gjør av det som hender med oss i vår virkelighet. Det enkelte elementet vi ønsker å forstå, nærmer vi oss ut fra en bestemt eller spesifikk forutgående forståelse som kalles *fordom*, og som springer ut av forforståelsen. Fordom som begrep er i utgangspunktet verdinøytralt (Birkler, 2005), men uttrykker fortolkerens forståelse av, og innstilling til den aktuelle situasjon/fenomenet. Disse tankene og vurderingene fungerer som innfallspori til den videre forståelsen om og fortolkningen av fenomenet. Fordommen er en nødvendig forutsetning for at det som skal bli forstått, skal "vise seg" for fortolkeren (Birkler), også kalt *læring*.

Hvordan vi betrakter det som skjer, skjer alltid etter føringer fra den kontekst og sammenheng vi allerede er en del av, både det vi til enhver tid har og det vi ikke har oppmerksomheten rettet mot av forståelse, oppfatninger, erfaringer og forventninger, både det vi er oss bevisst og det ubevisste (Birkler, 2005). Alt dette er med og danner *forståelseshorisonten* vår (Birkler; Thornquist, 2003). Ønsker vi å forstå et fenomen, begynner vår tilnærming til det i vår forståelseshorisont. Når vi nærmer oss og oppnår en *egentlig* forståelse av fenomenet, så skjer det i dialog med fenomenet, som i et subjekt-subjekt-forhold (Thornquist).

Forståelseshorisonten vår vokser alltid, gjennom å veksle mellom å søke å forstå de små delene (fenomener og erfaringer) og helhetene. Vi kan si at *måten vi forstår på* går i sirkel, og *den hermeneutiske sirkel* betegner denne forståelsessirkelen. Vi forstår på bakgrunn av det vi allerede forstår, og nye forståelser av det vi tidligere hadde forstått, blir mulige gjennom fortolkninger på bakgrunn av stadig nye forståelser. Gjennom dialogen mellom likeverdige subjekter kan noe av den andres forståelseshorisont bli synlig for oss, slik at det vi selv forstår, så å si blir stilt i et nytt lys. Det skjer da en horisontsammensmelting (Birkler, 2005).

### 3.3 Forskning

Når vi studerer menneskelige erfaringer ut fra en fenomenologisk synsvinkel, er det nødvendig å forsøke å la både tause og eksplisitte erfaringer, komme til uttrykk (Birkler, 2005). Både Kvale&Brinkmann (2010) og Polit&Beck (2012) understreker at å studere menneskelig

erfaring krever at forskeren fortolker, siden ingen kan ha en fullstendig tilgang til et annet menneskes livsverden.

Med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming til det kvalitative forskningsfeltet, rettes både forskerens og informantenes oppmerksomhet mot dialogen, og utviklingen av en felles forståelse mellom to likeverdige subjekter. Gjennom dialogen kan informantenes opplevelser, erfaringer, praktiske kunnskap og egne fortolkninger både uttrykkes og utforskes i fellesskap. Forskeren kan stille seg åpen for fenomenenes meningsinnhold for den enkelte informant, og for informantens fortolkninger i lys av egen forståelseshorisont. Dermed får forskeren en tilgang til noen av de mange perspektivene informantenes livsverden rommer. Forskeren må likevel basere forskningen på sin egen *fortolkning* av det informantene meddeler. Ved hjelp av en hensiktsmessig metode, kan vi forskningsmessig sammenlikne mangfoldet av unike menneskelige erfaringer, og utvikle felles temaer som gjør det mulig å belyse essensielle universelle og strukturelle aspekter ved livet. Slik kan vi utvikle ny kunnskap om menneskelige erfaringer både gjennom bekreftelse og avvisning av våre egne fordommer (Lorem, 2006; Malterud, 2013; Thornquist, 2003).

## 4.0 Metodekapitlet

Metode er en planmessig måte å løse et problem på (Malterud, 2013). I dette kapitlet redegjør jeg for den metodiske tilnærmingen som er valgt for studien.

### 4.1. Innledning og tematisering av prosjektet

#### Problemstilling

*Hvordan møter jordmødre utfordringer knyttet til fødselsarbeidet med kvinner som opplever sterk frykt for fødsel?*

Hensikten med denne studien har vært å finne fram til jordmødres egne *erfaringer* med det å møte kvinner som opplever frykt under fødsel. Gjennom å la jordmødrene selv beskrive situasjoner og opplevelser de har hatt i møtet med disse kvinnene, ønsket jeg å få tilgang til deres egne perspektiver på bruk av det faglige skjønn, både hvordan det kommer til syne og til uttrykk i fødselsarbeidet med disse kvinnene. På et slikt fenomenologisk grunnlag falt det naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. I studien har jeg benyttet *kvalitativt forskningsintervju* som metode. Denne metoden blir også kalt dybdeintervju eller semistrukturert intervju (Malterud, 2002 og 2013; Kvale&Brinkmann, 2010).

### 4.2 Framgangsmåte for utvalg og rekruttering

Etter råd fra veileder valgte jeg å gjøre *fire* kvalitative forskningsintervju til studien, og overjordmor ga meg tillatelse til å gjennomføre en intervjuundersøkelse med jordmødre ved føde-/barselavdelingen i Kvinneklinikken ved et norsk Universitetssykehus (Vedlegg 3).

### 4.2.1 Inklusjonskriterier

Ønsket var å rekruttere fire erfarne jordmødre ansatt i minimum 75 % stilling ved en kombinert lav- og høyrisiko fødeavdeling i en kvinneklinikk i et universitetssykehus som informant-er til studien. Jordmødre i kvinneklinikken må beherske et bredt teknologisk, medisinsk og sanselig handlingsrepertoar. For å sikre at informantene hadde rikelig erfaring og kunnskap vedrørende studiens tema, var det nødvendig at alle hadde jobbet som jordmor i mer enn fire år, og at de hele denne tiden hadde hatt en vesentlig andel av sine vakter i fødeavdelingen. Det var ønskelig, men ikke påkrevet, at jordmødrene også skulle ha jobbet innenfor andre deler av en jordmors ansvarsområde, for eksempel svangerskapsomsorg, jordmorstyrt føde-enhet, hjemmefødsler, eller barselpoliklinikk, eller andre sykehus (Kvale&Brinkmann, 2010).

### 4.2.2 Rekruttering

Informantene ble rekruttert fra eget fagmiljø ved sykehuset. Dette ble gjort for å fremme sosial nærhet og fortrolighet i intervjusituasjonen, samt å fremme et meningsmangfold (Polit&Beck, 2012). Sett i etterpåklokskapens lys, burde jeg ha henvendt meg til overjordmor, slik at hun kunne ha foretatt rekrutteringen, eller utpekt en av de ansatte til å rekruttere informantene for meg. Tidspress var grunnen til at det ikke ble gjort på den måten.

Ulempen ved selv å velge ut informanter blant dem en kjenner på denne måten, er selvsagt at folk kan føle seg presset til å svare ja til et intervju. Selv om det ble framhevet at deltakelse i prosjektet var frivillig, og at informantene på et hvilket som helst tidspunkt i prosessen kunne trekke seg, kan kjennskap til forskeren medføre press om lojalitet til det en har takket ja til. Én av de forespurte takket nei uten å oppgi grunn for avslaget, og det opplevde jeg som et uttrykk for at hun heller ikke følte seg presset. De fire andre jeg henvendte meg til var svært positive.

### 4.2.3 Utvalg

I et utvalg bestående av bare 4 informanter, var det ønskelig at de til sammen representerte en jordmorfaglig kunnskapsbredde. De fire jordmødrene (i denne studien referert til som *jordmødrene*) er i alderen 35-65 år, og har sin utdanning fra ulike høgskoler og universiteter, både

hva gjelder sykepleierutdanningen, jordmorutdanningen og annen utdanning. De har ulik fartstid bak seg, i tillegg til ulike videreutdanninger og kurs både som jordmødre og sykepleiere. Spennet i erfaringene deres fra de ulike delene av både sykepleier- og jordmorfaget er stort. Ved siden av å ha arbeidet mye med fødsler, har alle arbeidet både innenfor primærhelsetjenesten og ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Og de har erfaring fra både inn- og utland.

De rekrutterte informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt, foreløpige problemstilling og framgangsmåte. Dessuten fikk de telefonnummeret mitt, i tillegg til skriftlig informasjon om sine rettigheter knyttet til deltakelse, og samtykke til studien (Vedlegg 4). Undersøkelsen er godkjent av personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste, NSD) (Vedlegg 1 og 2).

### **4.3 Forberedelser til intervju**

Den semistrukturerte intervjuguiden er et viktig redskap for å skape struktur i det kvalitative forskningsintervjuet. I intervjuet har forskeren til hensikt å stille seg åpen for et mangfold av mulige meninger, synspunkter og tanker beskrevet med informantenes egne ord (Malterud, 2002). Når forskeren selv kjenner temaet for intervjuet godt, kan intervjuguidens struktur være til hjelp for gjennomføringen av intervjuet (Kvale&Brinkmann, 2010).

#### **4.3.1 Pilotintervju**

Først ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som jeg brukte under et pilotintervju med en annen erfaren jordmor. Denne kvinnen har selv erfaring med kvalitativ forskning, og både underveis og i etterkant av intervjuet, kunne hun gi konkrete innspill som gjaldt problemstillingen, metoden som var valgt, og spørsmålene i intervjuguiden.

Etter pilotintervjuet ble intervjuguiden revidert og drøftet med veileder. Noen av spørsmålene måtte gå ut til fordel for andre, som kunne skape en annen tilgang til det temaet jeg ønsket å granske. Det var dessuten nødvendig å se til at spørsmålene fokuserte på informantens opplevelser, ikke hva de trodde den fødende kvinnen opplevde.



### 4.3.2 Intervjuguide

Den endelige intervjuguiden ble godkjent av personvernombudet for Norsk sentralvitenskapelige datatjeneste (NSD) se Vedlegg 1 (Godkjenning) og 5 (Intervjuguide).

Ut fra denne intervjuguiden gjennomførte jeg fire kvalitative forskningsintervju i løpet av et halvt år. Det er disse fire intervjuene analysen bygger på. Pilotintervjuet er ikke referert i analysen.

### 4.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført der det var praktisk for informantene. Halvparten av intervjuene ble gjennomført hjemme hos dem, og den andre halvparten skjermet på informantenes arbeidsplass. På to av intervjuene var bare informanten og jeg til stede, mens på de to andre var min baby til stede deler av tiden. Min oppfatning er at atmosfæren var rolig og avslappet rundt intervjusituasjonen, og at dette fremmet dialog og åpenhet. Jordmødrene fikk mulighet til å spørre om ting de eventuelt lurte på, for eksempel om intervjusituasjonen og anonymiteten, både før og etter intervju. Jeg formidlet ønsket om at de skulle fortelle mest mulig fritt, og at intervjuguiden var tenkt som en rettesnor undervegs.

I starten formidlet jordmødrene en litt avventende holdning, men jeg erfarte at de raskt ble komfortable med situasjonen og snakket friere. Svarene deres berørte ofte temaer og situasjoner som i og for seg ikke handlet om kvinner i *fødselsprosessen*. Etter hvert som jeg ble mer trent som intervjuer, opplevde jeg det lettere å pense samtalen inn på «rett» arena igjen, eller å følge det sporet jordmødrene la ut, for så å komme tilbake til den røde tråden på en naturlig måte. Jeg stilte også selv oppfølgingsspørsmål for å få bekreftelse på at jeg hadde forstått rett, eller for å få dem til å utdype et tema ytterligere. Dette er viktig for å få fram brede og grundige beskrivelser av fenomener (Polit&Beck, 2012).

I følge Kvale&Brinkmann (2010) starter analysen allerede under intervjuet, og under gjennomføringen av intervjuene opplevde jeg å jobbe intenst med meg selv, for å lytte forut-

setningsløst, ikke å ta noe for gitt, og samtidig holde fokus på intervjuets tema. Det er en kunst å spørre og respondere på det som blir fortalt, på en slik måte at det oppmuntrer informanten til å reflektere, og ikke å bli avledet verken av sine egne eller intervjuerens følelser. Som intervjuer fortolker man kontinuerlig det som utspiller seg i dialogen, noe som fører til at man gjerne betoner enkelte tema på en bestemt måte. Under gjennomlyttingen/lesningen vil en kanskje se at dette enkelte steder kan ha vært lite hensiktsmessig, med tanke på å få fram et *meningsmangfold*. Det er derfor viktig hele tiden å stille seg åpen, og forsøke å være forutseende og nøytral i forhold til følelsesmessig betoning av tema. Flere ganger overrasket jordmødrene meg i sine svar, og dette avstedkom nye forståelser som jeg kunne bruke i arbeidet videre. Det hendte også at en av jordmødrene sa noe som minte om noe en av de andre hadde sagt. Når jeg fanget opp dette, og på et vis trakk den andre informanten inn i den pågående samtalen, opplevde jeg at det avstedkom en ny forståelse for temaet både hos den jordmora som nå satt som informant, og hos meg selv.

Jeg synes intervjuprosessen har vært lærerik, og jeg erfarte at jeg underveis ble dyktigere på å inkorporere intervjuguiden, å håndtere pauser som oppsto, og å ta opp tråden på emner og tema jordmødrene hadde sagt noe om tidligere i samtalen, i tillegg til å tilegne meg ny kunnskap og fødsel og psykisk helse.

#### 4.4.1 Transkripsjon

Samtalene varte i mellom 44 og 62 minutter, og ble tatt opp digitalt. Intervjuene ble transkribert kort tid etter hvert gjennomførte intervju, på tilnærmlingsvis identisk dialekt. Dette ble til sammen 46 transkriberte tekstsider (enkel linjeavstand). Etter å ha lyttet igjennom de digitale lydfilene noen flere ganger, ble de slettet fra opptaksenheten.

Den transkriberte teksten er bare en tekst. Enkelte nyanser i den muntlige ordvekslingen kan bli borte når en skriver ned en samtale. Mimikk, kroppslig orientering og bevegelser som viser grad av interesse, reaksjoner, om vi forstår eller misforstår, og om vi forstår det samme som samtalepartneren, blir borte i en nedskrevet tekst. De virkelige rådata er den faktiske hendelsen, fenomenet eller samtalen selv, slik den fant sted i tid og rom mellom intervjuer og informant, og slik de begge opplevde den (Malterud, 2002). Denne ”avskrellingen” av informasjon kan ha hatt innvirkning på analysen, og jeg kommer tilbake til det i kapittel 4.5.

#### 4.4.2 Anonymisering

Av hensyn til informantenes behov for anonymisering ble opptakene slettet og transkripsjonene etter nedskrivning omarbeidet til et mer stilisert bokmål, slik at stemmemessige og dialektmessige kjennetegn ikke skulle bli framtrepende. En standardisering eller ”oversettelse” av den muntlige dialogen til skriftspråk medfører dessverre også at viktige nyanser kan bli borte. Det er imidlertid viktig å understreke at meningsinnholdet i sitatene ikke er endret. For anonymiseringens del fikk jordmødrene fiktive arbeidsnavn som ble tatt vekk under den siste delen av analysen for å hindre mulighet for gjenkjennelse i den ferdige studien. Transkripsjonsprosessen var ferdig august 2014.

#### 4.5 Analyse

Det ligger i vitenskapens natur, at den er reduksjonistisk (Løgstrup, 1991). Analyse betyr *å dele opp noe i biter eller elementer*, hvilket innebærer at forskeren med utgangspunkt i problemstillingen, organiserer, fortolker og sammenfatter data (Kvale&Brinchmann, 2010). Hensikten med dette er å bygge en bro av fortolkning og sammenheng, mellom rådata og resultatene (Malterud, 2002).

Som nevnt ovenfor, hevder Kvale&Brinkmann (2010) at den aktive analysen starter allerede under intervjuet. Først med at informantene spontant beskriver hvordan de opplever, føler og handler i forhold til noe de erfarer. Deretter oppdager informanten underveis i intervjuet, på bakgrunn av det hun selv beskriver, nye forhold ved sine erfaringer. Særlig tre av informantene ga uttrykk for at de forsto erfaringene sine i et nytt lys, gjennom å uttrykke dem i intervju-sammenheng. For å finne ut om hun har forstått betydningen og meningsinnholdet i informantenes utsagn korrekt, svarer forskeren på informantenes spontane analyser med en oppsummering underveis eller til slutt (Kvale&Brinkmann). Denne typen oppsummeringer ble foretatt spontant underveis i intervjuene. Misforståelser ble avklart og mange refleksjoner utdypet, slik at nye erfaringer fikk komme fram. Deltakerne ga dessuten uttrykk for at de opplevde å bli forstått riktig.

### 4.5.1 Systematisk tekstkondensering

I denne studien er analysemetoden *systematisk tekstkondensering* brukt for å analysere data-materialet fra de kvalitative forskningsintervjuene. Dette er ett av mange analytisk verktøy som egner seg for å sammenfatte informasjon fra flere informanter i en tverrgående analyse, og er beskrevet hos Malterud (2013). Verktøyet er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse (1975, ifølge Malterud, 2013), og er en form for *editing analysis style*, eller *datastyrt analyse*. Malterud mener at metoden er særlig egnet for utvikling av beskrivelser og begreper (2013).

Analysen foregår over 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, 2013)

### 4.5.2 Første trinn

Som et først trinn i prosessen var det nødvendig både å høre igjennom intervjuene og lese de ferdig transkriberte tekstene flere ganger for å bli kjent med dem på nytt. Å sette egen forforståelse og teoretisk referanseramme i en midlertidig parentes var nyttig, da jeg opplevde at det bidro til at flere nyanser i de erfaringene jordmødrene la for dagen, kom til syne. Jordmødrenes følelser som glede, bekymring og undring trådte tydeligere fram for meg, og jeg ble mer inngående kjent med deres individuelle stemmer.

Under denne prosessen dukket det opp ti foreløpige temaer i intervjumaterialet: ”*Hvordan opplever du at kvinnene ytrer sin angst i fødsel?*”, ”*Jordmors tilstedeværelse*”, ”*Jordmors handlinger*”, ”*Hva kvinnen gjør*”, ”*Ønskebrev*”, ”*Tida etter fødsel*”, ”*Sammenlikning av de angstliknende symptomene hos førstegangsfødende og flergangsfødende*”, ”*Miljøterapeutiske elementer*”, ”*Jordmoridentitet*” og ”*Samarbeid med kollegaene*”.

### 4.5.3 Andre trinn

Som trinn to i den systematiske tekstkondenseringen skulle jeg nå finne fram til de relevante meningsbærende enhetene uttrykt av jordmødrene. Meningsbærende enheter er deler av de fullstendige transkriberte tekstene, som på sitt vis forteller noe om de ulike temaene som er blitt identifisert i prosessens første trinn (Malterud, 2013).

Som første ledd i prosessens trinn to ble det foretatt en kondensering av hvert intervju ved at unødvendig småprat ble skåret vekk og lengre setninger ble komprimert til kortere. Den umiddelbare meningen, eller kjernen i det som ble sagt, ble ved hjelp av kondenseringen gjengitt med (langt) færre ord. Deretter ble det laget kodegrupper som fikk navn etter hvert av temaene fra første trinn i analyseprosessen. De meningsbærende enhetene ble kodet (altså ordnet inn under riktig tema) og lagt inn i sine respektive kodegrupper. I praksis innebærer dette at biter fra alle tekstene, både enkeltord, setninger og hele avsnitt, blir løsrevet fra den sammenhengen de opprinnelig står i og systematisert tematisk. Alle de meningsbærende enhetene ble merket med de fire jordmødrenes fiktive navn, slik at en forholdsvis enkelt kunne finne tilbake til de sammenhengene enhetene opprinnelig sto i.

De meningsbærende enhetene fikk i kodegruppene nye sammenhenger å falle inn i, og nye meninger kom til syne. For å bevare den fenomenologiske tilnærmingen må en hele tiden være oppmerksom og sensitiv i forhold til at nettopp *informantenes* erfaringer med fenomenene skal trå fram. Jeg opplevde det helt nødvendig å skjele til rådata i arbeidet med de kondenserte meningsbærende enhetene, for å la jordmødrenes egne stemmer bli hørt gjennom hele analyseprosessen.

Når de meningsbærende enhetene nå sto i kodegrupper, ble det synlig at noen av nyansene i enhetene også fantes under de andre kodegruppene. Én meningsbærende enhet kunne høre naturlig hjemme i flere av kodegruppene samtidig, fordi enheten bar med seg kunnskap om flere av temaene. Det var nå nødvendig å gå over til det tredje trinnet i analyseprosessen, der formålet er å finne tekstenes mening. Gjennom å kondensere de meningsbærende enhetene i kodegruppene blir innholdet abstrahert til såkalte *subgrupper*. Subgruppene er underordnet *kategorier* som sorterer meningsinnholdet i det empiriske datamaterialet.

### 4.5.3 Tredje trinn

Som en forbindelse mellom andre og tredje trinn av analyseprosessen ble det foretatt en materiell resystematisering og koding (Malterud, 2013). De meningsbærende enhetene ble skrevet ut og fysisk klippet fra hverandre. For å kunne følge tråden tilbake i prosessen, beholdt alle enhetene de fiktive navnene til informanten i tillegg til at de ble kodet med en bokstav som markerte hvilken kodegruppe enheten opprinnelig hadde tilhørt. Alle de meningsbærende enhetene ble nå lagt i den subgruppa de naturlig hørte hjemme i, ut fra det meningsinnholdet enheten bar på. En slik materiell resystematisering gir et fysisk overblikk over hvilke grupper som går over i hverandre, og hva som kan abstraheres til kategorier. I hver av subgruppene var det nå flere meningsbærende enheter som var med på å beskrive de spesifikke subtemaene (Malterud, 2013).

Det tredje trinnet innebærer en systematisk meningskondensering, der kunnskapen fra kodegruppene blir abstrahert (Malterud, 2013). Det ble nå laget et kondensat av de meningsbærende enhetene som var fysisk flyttet over fra kodegrupper til subgrupper. Prosessen var uttømmende i forhold til datamaterialet. De meningsbærende enhetene ble på denne måten både gjenfortalt og sammenfattet, fremdeles med vekt på at alle informantenes stemmer skulle høres eller skinne igjennom.

Ved hele tiden å sjekke at det var sammenheng mellom problemstillingen, benevnelsen på subgruppene og det helhetlige kondensatet av teksten, kunne jeg foreta en validering av resultatene mine (Malterud, 2013).

Tema	Meningsbærende enhet	Kodegruppe	Subgruppe	Kategori
Jordmors handlinger	”Det handler om å være til stede, beholde roen og formilde ro”	Hva jordmor gjør	Tilstedeværelse og mot til å stå i det	<i>Jordmødrenes terapeutiske bruk av seg selv</i>

#### 4.5.5 Fjerde og siste trinn

Trinn fire i analyseprosessen innebærer en rekontekstualisering av kunnskapen som er kommet fram gjennom prosessen inntil nå (Malterud, 2013). Dette innebærer å sette bitene sammen igjen. Ved å lage sammenfatninger av innholdet i hver av subgruppene, og lese disse opp mot de originale transkripsjonene av intervjuene i sin helhet, var det mulig å se om innholdet fortsatt samsvarte med den opprinnelige sammenhengen tekstbrokkene ble hentet ut fra. Sammenfatningene ble videre brukt som en basis for utarbeidingen av analytiske tekster for hver subgruppe. Til hver analytiske tekst hører det også med utvalgte sitater som best formidler de enkelte funn i studien (Malterud, 2013). Til sammen formidler de analytiske tekstene flere svar på studiens problemstilling. Tekstene er å finne som kapittel 5.0. Her følger en oversiktstabell over studiens kategorier med tilhørende subgrupper:

<i>Kategorier</i>	<i>Jordmødrenes observasjoner og utfordringer i praksis</i>	<i>Jordmødrenes terapeutiske bruk av seg selv</i>	<i>Følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel</i>
<i>Subgrupper</i>	1) Generelle observasjoner 2) Kjennskap til kvinnenes historier 3) Utfordringer i forhold til kvinnenes mestringsstrategier	1) Tilstedeværelse og mot til å stå i det 2) Bruk av dialog 3) Tro på kvinnenes mestring 4) Samarbeid med kollegaer	1) Arbeidsglede - jordmoridentitet 2) Utfordringer i forhold til medikalisering

#### 4.6 Etiske vurderinger

Når målet med studien er å avdekke meningsinnhold og (hverdags-)erfaringer, snarere enn å lete etter årsaker som kan begrunnes i statistikk, legger det noen moralske krav på forskeren angående samhandlingen med andre mennesker for å nå de empiriske funn (Kvale&Brinkmann, 2010).

Det blir hevdet at forskningsintervjuet både er et håndverk, en kunnskapsproduserende aktivitet og en sosial praksis (Kvale&Brinkmann, 2010), der vår utøvelse av den sosiale praksisen, har bakgrunn både i vår forståelseshorison og væren-i-verden. Både jordmødrene og jeg besitter holdninger til og erfaringer med menneskelige møter som vi tar med oss inn i forskningsintervjuene. Dette har betydning for kvaliteten på det metodiske håndverket og den kunnskapen som blir funnet. En forutsetning for et vellykket forskningsintervju, er at den som blir intervjuet kjenner seg trygg nok til å dele av sine erfaringer og opplevelser uten kjenne at hun står i fare for å bli latterliggjort (Skjervheim, 1974). For å få til dette, er det viktig at partene møtes som likeverdige subjekter i dialog, underbygget av respekt og en mestringsfremmende tone. Det er initiativtakerens, altså intervjuerens, ansvar å se til at dette virkelig skjer.

Kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon, fortolkning og samhandling. Den er personlig. Utvikling av ny kunnskap om menneskelig samhandling, oppstår i samarbeid mellom mennesker. *Objektivitet* kan bli forstått som en upersonlig avstand til forskningsobjektet eller informanten. Denne avstanden er umulig å kombinere med et kvalitativt forskningsintervju, fordi forskeren alltid vil være en av deltakerne i den kunnskapsutviklingen som skjer i samhandlingen og samtalen når begge parter fordommer settes i spill (Birkler, 2005; Malterud, 2013).

#### 4.6.1 Overordnede etiske overveielser

Godkjenningen fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Vedlegg 2), er nødvendig for å kunne svare for at deltakernes personvernrettigheter er ivaretatt. Godkjenning og skriftlig samtykke fra overjordmor (Vedlegg 3), samt hver og en av deltakerne (Vedlegg 4) er også viktige for at å sikre at deltakerne vet hva de har vært med på, og hvordan deres personvernrettigheter blir ivaretatt.

#### 4.6.2 Å forske i eget felt

Selvsagt kan det være utfordrende å intervju mennesker en selv allerede står i relasjon til. Jordmormiljøet kan nok føles gjennomsluttig for de som ble intervjuet, og jeg vil tro at jordmødrene kjente på en følelse av ”overvåking”, da de lot seg intervju. Å bevare deltakernes



konfidensialitet har vært essensielt fra start til slutt, da tema for studien kan oppleves svært følsomt. At tema for studien er følsomt, og at miljøet er lite, kan være grunner til at en av de forespurte takket nei til å delta.

Som en trygghet for informantene, bør forskeren tydeliggjøre sin agenda om å skape og utvikle kunnskap sammen med informantene, framfor å lete etter punkter å henge dem ut på. Forskeren må likevel passe på, slik at vesentlige funn ikke blir tildekket, under dekke av lojalitet til dem en kjenner. Det kan oppleves tøft å sette seg selv og sine meninger i spill på den måten både intervjueren og jordmødrene gjør i et slikt intervju. Har man sagt noe, har man jo ikke lenger full kontroll over hvordan det blir oppfattet og fortolket. Selv opplevde jeg det litt pussig enkelte ganger, når jeg som intervjuer stilte et spørsmål eller kom med en oppfølgende kommentar for å avdekke noe som ikke tidligere var blitt uttalt under intervjuet, men som jordmødrene visste at jeg visste, i egenskap av at de kjenner meg. Det kunne også innebære et visst subjektivt ubehag å risikere å framstå som ”dum”, når jeg under intervju måtte reposisjonere meg for ikke å overse elementer jordmødrene delte med meg.

Kunnskap utvikles både der vi blir møtt og bekreftet på vår forforståelse, og der vi får forforståelsen avvist (Malterud, 2013; Thornquist, 2003). Jordmørarbeidet handler i stor grad om å våge å sette sin egen forståelse og fordommer i spill for gjennom dette å lære å forstå den andre, og dessuten lære noe om kommunikasjonen med å la ”spillet” gå sin gang. Både de erfarne jordmødrene og jeg har derfor fra tidligere rikelig erfaring med denne type subjektivt ubehag ved reposisjonering, fordommer og forståelser i spill.

I skjæringspunktet mellom håndverket, kunnskapsproduksjonen og den sosiale praksisen intervjuet representerer, ligger muligheten til å skape et rom der horisontsammensmelting kan skje når jordmødrene får snakke trygt og åpent. Horisonten til den jordmora som blir intervjuet, møter horisonten til den jordmora som intervjuer henne, og hver av disse forståelses-horisontene kan således bli opplyst i lyset fra den andre, slik at nye forståelser oppstår hos den enkelte (Birkler, 2005). Jeg erfarte at dette rommet kan gjøres stort og åpent gjennom en form for *sosial kalibrering* (Kvale&Brinkmann, 2010). Kalibreringen skjer ved at forskeren hele tiden forsøker å finne det riktige balansepunktet mellom eget ønske om å innhente spennende og interessant kunnskap, og respekten for informantens integritet. Som intervjuer må jeg være personlig og gi av meg selv for ”å gjøre meg fortjent” til et åpent svar, samtidig som jeg driver samtalen i en bestemt retning. Ved å være bevisst denne skjeve maktbalansen, og sam-

tidig etterstrebe en ikke-objektiverende holdning, kunne jeg ”åpne opp” og være lydhør overfor både mine egne og informantens forventninger, samt jobbe aktivt med å utvide det rommet hos meg selv der horisontsammensmeltingen skjer.

I forskningsprosessen erfarte jeg hvor viktig det er å opprettholde evnen til refleksivitet til enhver tid. Intervjuprosessen endret mye ved min forforståelse av hva jordmors arbeid med fødende kvinner som opplever sterk frykt, kan bestå i. En kontinuerlig overveiende prosess rundt betydningen av egen forforståelse, forskningsspørsmålene og problemstillingen er helt på sin plass i denne type forskning. Nok en gang har jeg fått oppleve hvordan den hermeneutiske sirkel både er en betingelse for å forstå, en måte å forstå på, og at våre forståelser konstant er i endring.

Å møte de empiriske funnene med helt åpne og fordomsfrie øyne er svært vanskelig for alle mennesker, og det er vanskelig å se sine egne fordommer (Birkler, 2005). På grunn av nærheten jeg selv har til feltet, i egenskap av å være jordmor, kan nettopp det å få øye på sine egne fordommer være en utfordring. Samtidig som jeg underveis i prosessen kjente det som et fortrinn å ha en god kjennskap til både fagspråket og ”sjargongen”, jordmors mange arenaer, og klientgruppa bestående av gravide, fødende, og barselkvinner og deres familier, kan denne kjennskapen føre til ”blinde flekker”. De blinde flekkene oppstår der en på bakgrunn av en tilsynelatende felles forståelse og felles bruk av sjargong, unngår å utdype temaer og forståelser. I stedet for at fordommer blir utfordret og satt i spill, sitter informanten og forskeren igjen som skinn-enige, tilsynelatende med en felles forståelse, men uten at det har skjedd en kunnskapsutvikling (Birkler).

Imidlertid opplevde jeg at det å ha erfaring med kvalitative forskningsintervju fra tidligere utdanning, og å være vant til å gjennomføre både veiledningssamtaler og intervjubaserte samtaler med klienter, studenter og kollegaer, var positivt for arbeidet med denne studien. Studiens vitenskaplige utgangspunkt er induktivt, og utgangspunktet for arbeidet er observasjon og analyse av fenomener jeg selv har erfaring med fra mitt arbeid som jordmor. Problemstillingen er blitt til i en klinisk praksis med jordmorfaglig arbeid. Alt dette bidro til at jeg følte meg trygg og komfortabel i rollen som intervjuer, at det ble høstet en rekke funn, og at arbeidet med å videreutvikle studiens initiale problemstilling, utvikle hypoteser underveis og å teste ut observasjonene og arbeidshypotesene i studiens diskusjonsdel ble engasjerende og spennende.

## 4.7 Studiens troverdighet og overførbarhet

Ut fra en fenomenologisk tankegang, er det ikke mulig å finne uttømmende svar på spørsmålene som er blitt stilt under intervjuene. Virkeligheten rommer alt det som er virkelig for hver og en av oss, ut fra vår væren-i-verden. Hermeneutisk sett vil våre forståelseshorisonter alltid være i endring, ved at nye spørsmål og svar alltid vil avstedkomme nye forståelser hos oss (Birkler, 2005). Denne studien synliggjør noen svar, som fungerer som en tilføyelse til den kunnskapen vi allerede har, om jordmors ivaretagelse av kvinner som opplever sterk frykt for fødsel. De nye svarene vil i sin tur avstedkomme nye spørsmål, og slik vil jordmødre framover fortsette å utvide sine forståelseshorisonter når det gjelder dette spennende temaet.

### 4.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt andre forskere, ved å benytte de samme metodene, kunne ha kommet fram til de samme resultatene som i denne studien (Kvale&Brinkmann, 2010; Malterud, 2013). At forskeren har erfaring med å gjennomføre kvalitative forskningsintervju, blir av Kvale&Brinkmann anbefalt, som et ledd i arbeidet for å øke reliabiliteten. I forbindelse med denne studien ble det, som nevnt, gjennomført et pilotintervju for å øke reliabiliteten. Dette har gitt både trening i intervjusituasjonen og i det å få tilbakemeldinger fra informanter. At deltakerne i denne studien var kjent med temaet for og hensikten med intervjuet på forhånd, og at det ble gjort oppsummerende fortolkninger underveis i intervjuene, er også med på å øke studiens reliabilitet.

For at det skulle være samsvar mellom transkripsjonene og intervjuene, ble innspillingene avspilt og lyttet til både før, under og etter transkribering.

### 4.7.2 Validitet

Validitet handler om gyldigheten av de fortolkningene av data som blir gjort (Kvale&Brinkmann, 2010; Malterud, 2013). Ut fra denne studiens empiriske funn og analysen av dem, kan vi si noe om hvordan noen jordmødre opplever å jobbe med kvinner som under fødsel opp-

lever sterk frykt, i en fødeavdeling. Det går imidlertid ikke an å konkludere med at dette er gyldig for hvordan alle jordmødre erfarer dette arbeidet.

I dette kapitlet har jeg forsøkt å framstille stegene i analyseprosessen så etterrettelig og tydelig som mulig, slik at det skal være enkelt for leseren å følge en meget arbeidskrevende prosess. Om nødvendig vil det også være mulig å reversere analyseprosessen, takket være en nitid nedtegning av de ulike stegene underveis. For å sikre studiens validitet, legge til verdifulle perspektiver og gi rom for andre fortolkninger, kunne deler av analyseprosessen vært gjort sammen med en annen forsker, slik Malterud (2013) anbefaler. På grunn av stort tidspress var det dessverre umulig å innlemme noen andre i denne delen av prosessen.

For å unngå fortolkningsfeil, som ville kunne svekke denne studiens kvalitet, har jeg under analyseprosessen foretatt et omfattende arbeid for å finne fram til de mest tydelige og tematisk sett, logiske utsagnene fra informantene, som samtidig lar seg fortolke i diskusjonen (kapittel 6.0).

Parallelt med analyseprosessen, har jeg lest litteratur av forskjellig slag som sammen med veiledningen jeg har mottatt, har ført til utallige omveltninger av problemstillingen, innstramming og revidering av teksten.

## 5.0 Presentasjon av resultater

I analysen av datamaterialet har jeg ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013) kommet fram til tre overordnede kategorier som blir presentert i det følgende sammen med de tilhørende subgruppene;

*Jordmødrenes observasjoner og utfordringer i praksis*

*Jordmødrenes terapeutiske bruk av seg selv*

*Følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel.*

### 5.1 Jordmødrenes observasjoner og utfordringer i praksis

De fire jordmødrene opplever at det i dag er mer akseptert enn tidligere, å snakke om psykisk helse i forbindelse med fødsel og frykt for fødsel. Jordmødrene formidler at det kan være vanskelig å skille mellom generell og spesifikk angst, fødselsangst og frykt for fødsel, og bruker begrepene om hverandre. Jordmødrene opplever at kvinnene uttrykker frykt på mange måter under aktiv fødsel, og at mye av det kvinner generelt uttrykker, også kan tolkes som frykt. Det er vanskelig å vite hvordan en skal lindre og være til støtte, om en er usikker på om det som uttrykkes er uttrykk for psykisk sykdom eller friske prosesser, formidler jordmødrene. De opplever likevel at de kan nærme seg målet om å bidra til følelsesmessig stabilisering for kvinnen og fremming av normal fødsel, gjennom å *observere henne på et generelt grunnlag, og bli kjent med hennes historie og mestringsstrategier.*

*”Mange kvinner kan nok være redd for fødsel, men jeg tenker at **fødselsangst** er mer forstyrrende for den normale livssituasjonen. Fødselsangsten er der gjennom svangerskapet, og hun jobber med den og kan komme videre, og være innstilt på å føde, men så blir det en spenning når hun skal i det. Hun klarer ikke å roe ned, og det opptar hele tankevirksomheten hennes.”*

#### 5.1.1 Generelle observasjoner

Jordmødrene opplever at det er viktig å være klar over og evne å sanse kvinnenes mange ulike uttrykk for frykt for fødsel. Jordmødrene har erfart at kvinner uttrykker redsel gjennom lyd:

roping, skriking, skjellsord, eller totalt fravær av lyd; rask pust eller hyperventilering; motorisk uro, det "å lete etter en rytme" og høy puls; besvimelse; negative beskjeder som "jeg gir opp", "jeg vil ha keisersnitt" eller "jeg dør".

Ved å være mest mulig sammen med kvinnene under fødselen, opplever jordmødrene å bli kjent dem, og deres unike uttrykksmåter. En av jordmødrene forteller dette om en fødekvinnes uttrykk for frykt og uro:

*"Det var så mye uro i henne hele fødselen, og en lyd - liksom fra innsida - som var så smertefull! Det var veldig mye fødselslyd. Man må vel kunne si at det generelt kan være mye lyd knytta til det å føde, men dette var en "smertelyd" som ikke var knytta til riene, det var en indre smerte. Selv om hun fikk epidural, selv om hun fikk all type bedøvelse for riene, så var smerten var så forferdelig. Hun klarte ikke å holde den inne i seg. Jeg gjenkjente den indre smerten, i kontrast til ren fødselssmerte, og det gjorde, at jeg visste at det ikke var farlig. Det minte meg om en sum av all smerten som hadde vært i henne. Den lyden var der hele tida, gjennom hele natta, fram til hun fødte på morgenkvisten."*

De førstegangsfødende er gjerne uerfarne med fødsel, og jordmødrene opplever at en del av disse kvinnenes redsel, kan være knyttet til "uerfarenheten". Noen av jordmødrene opplever at førstegangsfødende lettere kan regrediere som et uttrykk for redsel og umodenhet. Jordmødrene synes det er enklere å imøtegå slike uttrykk, enn om kvinnen bare er generelt redd, uten å vite hvorfor. Jordmødrene har også inntrykk av at enkelte kvinner engster seg for å bli "et sensasjonskassus" for eksempel for studenter, eller opplever prestasjonsangst i forhold til fødselsarbeidet. Denne frykten kan imøtegå med faglighet og kunnskap, opplever jordmødrene.

Førstegangsfødende kan også ha en stor frykt for bestemte ting som *kan* skje med kroppen under fødsel, erfarer jordmødrene. Store perinealrifter<sup>7</sup> og blødninger er eksempler på dette.

---

<sup>7</sup> Perinealrifter er rifter i perineum som forårsakes av fødselen. Perineum er området mellom vaginas introitus og rectum, også kalt mellomkjøttet. Under utdrivingen utsettes dette området for et sterkt press, hvilket kan medføre rifter i fødselskanalen og i perineum hos 85% av de fødende (Bergsjø et al.2004; Spydslaug et al.2014). Rundt 60-70% av disse blir suturert (Bergsjø et al.; Spydslaug et al.). Små rifter sys av jordmor og/eller lege på fødestua og gir lite sequele. Store rifter (betegnes grad 3-4, med grad 4 som alvorligst. Forekomst i 2011: 2,1% i Norge) involverer affiserer hele eller deler av den eksterne analsfinkteren (lukkemuskelen) og/eller den indre analsfinkteren, og må sys av lege i narkose på operasjonsstua. Gitt rask diagnose, tilfredsstillende suturering innen 12 timer i god anestesi og riktig oppfølging, kan tilhelingen bli tilfredsstillende og kvinnen får lite senvirkninger. Men så mye som 40% av de

Likevel opplever jordmødrene at redsel for alvorlige medisinske hendelser som er knyttet til selve fødselsarbeidet, er vanligere hos flergangsfødende. Frykten er ofte knyttet opp mot egne, tidligere fødselserfaringer, og redsel for at *"historien skal gjenta seg"*, sier jordmødrene. Kvinnene kan være redde for akutte keisersnitt eller plutselige endringer i handlingsforløpet som følger av negative endringer i barnets tilstand, sier jordmødrene. De opplever at også førstegangsfødende opparbeider slik redsel etter å ha hørt sterke fødselshistorier fra fortrolige andre, eller etter lesning i media.

Er det nødvendig å finne ut nøyaktig hva frykten handler om, og har sin bakgrunn i, når målet uansett er å hjelpe kvinnen på best mulig måte? spør jordmødrene. Etter deres erfaring bunner kvinners frykt for fødsel ofte i tidligere problemer og eksistensielle dilemmaer som ikke nødvendigvis er direkte knyttet til *fødselen*, men som allikevel aktualiseres av det krevende fødselsarbeidet.

Hvis kvinnen *selv* vet hvorfor hun er redd og på et vis har et avklart forhold til det, er det lettere å hjelpe, erfarer jordmødrene. En av dem understreker at hun verken mener eller håper på, at hun skal kunne behandle kvinnen, ved å vite årsaken til frykten. Det viktigste er å skape trygghet her og nå gjennom kommunikasjon og formidling av observasjoner som gjelder kvinnens følelsesuttrykk og framgang i fødselsprosessen, sier denne jordmora. Med sitt nærvær ønsker jordmødrene å skape åpenhet om følelser.

*"Det er viktig å være der og tørre å si: "Jeg ser deg! Jeg ser at du er redd!" Men jeg synes ikke, at det spiller så stor rolle hvorfor de er redd."*

Jordmødrene har forståelse for at enkelte situasjoner som kan oppstå under fødsel, har potensial til å kunne forårsake traumer. De opplever at både kvinner, pårørende og de selv kan bli redde i krevende situasjoner, der behandling må igangsettes raskt for å unngå eller redusere skade, som ved instrumentelle forløsninger som foregår under tidspress, store post partum-blødninger<sup>8</sup> og uventet dårlige nyfødte.

---

kvinnene som får en alvorlig rift får en vedvarende analinkontinens (Bergsjø et al.; Molne&Henriksen, 2004; Spydslaug et al.).

<sup>8</sup> Normal post partumblødning overskrider ikke 500 ml. En stor post partumblødning overstiger 1000 ml (Molne&Henriksen 2004).

*”Jeg hadde syntes at det var skremmende å bli kjørt i full fart opp på operasjonsstua, på to hjul i svingen, uten at jeg engang hadde hørt ordet ”keisersnitt ”!”*

Til tross for at formålet med det som blir gjort alltid er å unngå skader og redde liv, kan de i slike situasjoner føle at de er med på å forårsake andre menneskers lidelse, forteller jordmødrene. Jordmødrene understreker hvor viktig det er å gjennomføre nødvendige inngrep; Ingen kvinner eller barn skal behøve å bli utsatt for noe farefullt ved at deres fysiologiske behov blir neglisjert. Noen ganger er imidlertid det subjektive ubehaget stort ved å måtte handle *først*, og *så* bearbeide sammen med kvinnen, formidler jordmødrene. De bruker av fritida si for å følge opp disse kvinnene, fordi de opplever ikke å ha god nok tid til oppfølging i arbeidstida.

### 5.1.2 Kjennskap til kvinnenens historier

Jordmødrene erfarer at mange kvinner har med seg historier som byr på utfordringer under fødsel, både volds- og overgrepserfaringer, og tidligere traumatiske fødselsopplevelser.

*” Innimellom opplever jeg tidligere fødselsopplevelser som en generator til angst fordi den forrige fødselsopplevelsen var dårlig. Vi vet ikke alltid hva som har skjedd, men når de kommer inn til neste fødsel, så er det **det** de har med seg. De føler, at de verken ble sett eller hørt: Det tok lang tid, fjorten jordmødre, og ingen epidural. Er det noe vi som jordmødre gjør der inne hos den førstegangsfødende? Hva gir slik en uro og angst?”*

Jordmødrene opplever at noen kvinner gir til kjenne uvanlig massive smerte- og redselsuttrykk, som heller ikke lar seg medisiner bort (se underkapittel 5.1.1). Når kvinnens redsel er spesielt sterk, opplever jordmødrene at smerteopplevelsen også øker, og at denne smerten igjen vil bidra til å forsterke frykten. Jordmødrene opplever at sterk smerte og frykt ofte ledsages av historier om svik, nederlag, overgrep og vold i kvinnens liv. For jordmødrene er frykt for fødsel et sammensatt helseproblem som ensomhet med voldserfaringer synes å kunne bidra til å forsterke. Derfor er det nødvendig å søke å avdekke *om* kvinnen har krenkelseserfaringer, dersom en mistenker det ut fra frykten hun viser, selv om det kan oppleves problematisk, sier jordmødrene. Å vite nøyaktig *hva* kvinnens erfaringshistorie består i, trenger ikke å være nødvendig for å kunne hjelpe henne i fødsel, sier jordmødrene. De opplever likevel at det er nødvendig å tematisere vanskelige følelser og erfaringer i tiden rundt eksistensielle opplevelser som fødsel. Jordmødrene opplever at kvinner med voldserfaringer



ofte trenger en arena for å snakke om det, og at det ikke alltid finnes noen tilgjengelig arena for dem, noe som kan bidra til å forsterke følelser av frykt/angst, fordi det oppleves som et tabu å ha vært utsatt for vold. Men åpner vi opp for å snakke om det, så er det nødvendig å møte disse kvinnene med en genuin interesse for dem som *mennesker*, sier jordmødrene.

*”Vi trenger ikke være så redd for å spørre. Det at en spør, forårsaker jo ikke at kvinnen retraumatiseres på direkten.”*

Jordmødrene har opplevd at kvinner gjenopplever tidligere overgrep under fødsel, og at kvinners frykt, kan være så voldsom og altopplukende, at den smitter over på den som skal hjelpe. For jordmødrene er det ubehagelig å bli satt i en situasjon der de, *fordi de* skal hjelpe kvinnen, av kvinnen oppleves å være delaktig i en retraumatisering. Jordmødrene ønsker selvsagt, at kvinner skal unngå retraumatisering på grunn av fødselen, både fordi dette er smertefullt for kvinnen, og fordi de observerer at babyen kan bli skadelidende. Flere av jordmødrene har opplevd at kvinner med overgrepserfaringer ikke klarer *”å slippe barnet ut”*. Fødselsprosessen kan bli svært langvarig, uten at kvinnen blir klar til å føde, erfarer jordmødrene, og av hensyn til barnets og mors fysiske helse, kan babyen måtte forløses instrumentelt, for eksempel med vakuüm:

*”Jeg tenker på det som fryktelig vanskelig å gjennomføre på en god måte. Vi må prøve å få henne (kvinnen, red.anm.) til å slippe taket, og tenke at dette er ”bare det snille barnet mitt som vil ut”, men det er vanskelig for noen å oppleve følelsen av vold mot underlivet. Da må vi prøve å få plassert det: Dette er her og nå, ikke det som har vært.”*

Jordmødrene opplever det som arbeidskrevende og slitsomt, men også som en stor seier å kunne hjelpe kvinner med vanskelige historier å komme i mål med fødsel:

*”Har en dame med utfordringer eller smerte i livet sitt, bestemt seg for å ville føde sitt barn, så betaler hun en høy pris for det. Likevel, **har** hun tatt den bestemmelsen, så har jeg lyst til å gjøre alt for å hjelpe henne til å nå målet. Jeg vet at kvinner som har opplevd overgrep og som får føde, får en enorm mestring.”*

### 5.1.3 Utfordringer i forhold til kvinnenes mestringsstrategier

For de kvinnene som opplever sterk frykt for fødselen, er det å ha pårørende til stede ikke bare en handling som gjør det mulig å dele en eksistensiell livshendelse, men også en strategi

for å håndtere og mestre frykten og opplevelsen, opplever jordmødrene. Når den pårørende kjenner kvinnen godt, erfarer jordmødrene at vedkommende kan være en god psykisk støtte.

*”Noen har en partner som er så kjent med smerten hennes, og så kjent med å være den som ”sampler” henne, at de gjør det helt naturlig, også i fødsel. Hvis mannen er kjempestøttende, og er den som holder rytmen, så er min jobb å støtte ham i å fortsette med det.”*

Jordmødrene opplever, at mange kvinner har stort behov for jordmors kontinuerlige tilstedeværelse, til tross for en ivaretagende partner som hjelper henne å mestre og føle trygghet. At jordmor har kontroll med det som skjer og er tilgjengelig med støtte og veiledning, gir kvinnene opplevelsen av mestring, erfarer jordmødrene. De bruker gjerne tid med paret for å finne ut hva kvinnens ledsager vet om hennes frykt og mestringsstrategier, i tillegg til å etterkomme pårørendes eventuelle behov for veiledning.

Jordmødrene har erfart at det å snakke med kvinnene om observasjoner av fødselsprogresjonen, både det normale og det avvikende, setter kvinnen i stand til å kjenne kontroll, i tillegg til at misforståelser som kan lede til frykt unngås. Har kvinnen skrevet et ønskebrev (se underkapittel 2.2.3), opplever jordmødrene at det kan fungere som en innfallsport til den videre samtalen om kvinnens mestringsstrategier i forhold til psykisk helse og/eller frykt for fødselen, samt mulighetene for å legge gjennomførbare planer for fødselsforløpet. Jordmødrene forteller at en del kvinner skisserer sine muligheter for mestring og kontroll i fødselen, med *”få mennesker tilstede”, ”helst ikke mannlig lege”,* og/eller at det blir foretatt *”færrest mulig vaginalundersøkelser”*. Mislykkes planene, eller kvinnen opplever å ha blitt lurt, er jordmødrenes erfaring, at kvinnens frykt kan vokse seg sterkere.

Kvinnens ønske om å bevare kontroll over fødselen, kan være så uttalt, at hun på forhånd ber om planlagt keisersnitt for helt å unngå vaginal fødsel, forteller jordmødrene. Hvis hun gjennom veiledningssamtaler med jordmor i svangerskapet har kommet fram til at hun tross frykten, skal føde vaginalt, er det ikke desto mindre viktig, at avtaler overholdes slik at kvinnen kan kjenne kontroll:

*”Av og til er det betydningsfullt at kvinnen får epidural (epiduralbedøvelse, red.anm.). Tanken bak en avtale om epidural kan være at kvinnen vil bli i stand til å håndtere det vanskelige, det hun er redd for, for eksempel vaginalundersøkelser, når hun kan unngå den samtidige smerten. Dersom forholdene ikke ligger til rette for at hun får den epi-*

*duralen, så blir kanskje fødselen like følelsesmessig vanskelig som hun hadde fryktet, fordi hun da må håndtere alle prosessene samtidig, uten å være smertelindret eller bedøvet.”*

## 5.2 Jordmødrenes terapeutiske bruk av seg selv

Jordmødrene opplever at mange kvinner føler seg ”ute av seg sjøl” under fødsel, en følelse som kan komme brått på for noen, gjøre dem redde, og kanskje nære en allerede underliggende frykt. Jordmødrene har som målsetning å bidra til følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel for *alle* kvinner, og bruker seg selv terapeutisk for å få dette til:

*”I fødsel er det en slags glidende overgang mot en frykt vi alle kan kjenne av og til. Alle fødende opplever noe av det samme, men noen får det så fryktelig sterkt. Jeg føler at friske kvinner som ikke er redde, også kan trenge mye av det samme fra meg som jordmor, som de som er redde. Måten man opptrer på under fødselen til en kvinne som ikke er redd, er den samme, bare at du må gjøre enda mer av det hos en som er redd.”*

Redskapene jordmødrene identifiserer som viktigst når de bruker seg selv terapeutisk er *tilstedeværelse og mot til å stå i det, bruk av dialog, tro på kvinnenes mestring og samarbeid med kollegaer*. Jordmødrene ønsker i størst mulig grad å bruke ikke-medisinske intervensjoner som egen tilstedeværelse, stillingsendringer, nærhet, musikk, belysning, lufting, mat og drikke, som motiverende handlingsalternativer for kvinner i fødsel. Små tiltak og endringer kan av og til være akkurat det som skal til for å holde motivasjonen oppe og minske redselen, opplever jordmødrene. De formidler at tiltakene er naturlige deler av det å bruke seg selv terapeutisk i forhold til den fødende, og at de ved å benytte redskapene finner ut hvilke tiltak kvinnen har behov for.

### 5.2.1 Tilstedeværelse og mot til å stå i det

Jordmødrene opplever at det å virkelig være tilstede hos kvinnen, innebærer en spesiell akt-pågivenhet i forhold til det kvinnen uttrykker av følelser gjennom kroppen, det sanselige uttrykket. Kvinnens sanselige uttrykk er ikke mulig å observere uten å være tilstede, sier jordmødrene. Når de er tilstede, formidler de ro til kvinnen, av og til selv om de *selv* ikke føler ro. Hver på sin måte forteller jordmødrene, hvordan det å ”*stå i det*” rommer både det ”*å kjenne yrkestrygghet*”, ”*å kunne være jordmor uten prosedyrer*”, ”*å bruke magefølelsen*”

og ”å bruke seg selv som redskap”, men under forutsetning av å ha mot og å være til stede:

*”Jeg vet ikke hvordan jeg gjør det, men jeg vet at jeg tør å stå i det.”*

*”Det handler om å være til stede, beholde roen og formidle ro, og hvis det hun er redd for er forbundet med undersøkelser som skal gjennomføres, så må vi bare skru ned tempoet og snakke om det først.”*

Jordmødrene opplever at ro og mot er utslagsgivende for at tilstedeværelsen deres skal ha en positiv innvirkning på kvinnens opplevelse av frykt. Det kan ta tid å skape ro, en må være bevisst sitt eget kroppsspråk og hva en ønsker å formidle med sin rolige tilstedeværelse, og noen ganger må en skape ro mot alle odds i hektiske situasjoner, forteller jordmødrene. De har erfart at roen de formidler med å stå i det, ikke bare motvirker den fødendes redsel, men også fremmer framgang i fødselsprosessen.

*”Man får være med og være til stede på en måte som gjør at dama føler seg fri til å slippe ut barnet sitt uten inngrep.”*

*Å stå i det* handler om en psykisk og fysisk tilstedeværelse, mener jordmødrene. En av jordmødrene beskriver hvordan det å bevisst fange opp fragmenter fra samtale mellom kvinnen og pårørende, mens en er til stede i rommet, kan være virksomt. Ved å bringe temaene inn i en felles samtale senere, opplever paret at de blir ”sett”, og at jordmor virkelig er *fullt ut* tilstede når hun er i rommet, sier denne jordmora.

Ved å være nær, både i samtale og valg av samtaletema, men også gjennom fysisk kontakt, formidler jordmødrene sin ro og trygghet til kvinnen. Jordmødrene går gjerne helt inntil kvinnen, holder henne i hånda eller rundt henne, puster sammen med henne og holder blikkontakt. Ved å stå i det fysisk og nært, opplever jordmødrene at de er med på å fremme et her-og-nå-perspektiv og en realitetsorientering for kvinnen som frykter. Jordmødrene forsøker å la deres egen ro ”smitte over på” kvinnen, mens de gjennom å stå fysisk nært, hjelper henne å opprettholde naturlig rytme og pust. Jordmødrene forteller at de av og til puster sammen med kvinnen, igjennom ri etter ri, time etter time, mens de gjentar rytmiske vokale sekvenser som *”dette går bra, dette går bra”*.

*”Bare å være til stede; å stå der og holde rundt dama; å puste og holde takten i time inn og time ut... Jeg kjenner det sånn: - Dette vil jeg stå sammen med deg igjennom! Dette skal du klare!”*

En av jordmødrene opplever at kvinner kan ha så mange følelsesmessige prosesser å håndtere samtidig under fødselen, at jordmor ikke bare må bruke det sanselige nærværet til å hjelpe henne å finne rett tiltak i forhold til fødselsprosessen. Jordmor må også hjelpe kvinnen med å *sanse* det som skjer, spesielt idet barnet drives ut. Denne jordmora har erfart at det er nyttig å stå ved hodeenden av senga, slik at hun kan snakke lavt til kvinnen og beskrive det kvinnen ser og hører, i tillegg til de fødselsmessige endringene som gjør at kvinnen kjenner det hun gjør i underlivet, for eksempel når barnets hode kroner<sup>9</sup>.

*”Noen trenger å være tett og nært. Jordmor må ikke stå for langt unna. Der barnet kommer ut blir for langt unna. Ved å være nært, kan du være både øre og øyne for den fødende.”*

## 5.2.2 Bruk av dialog

Jordmødrene bruker sansene og kroppen som instrument for å ta inn det kvinnen viser, formidler og opplever, og for å formidle sine egne svar. Jordmødrene forteller at det de tar inn av kvinnens sanselige uttrykk med sine egne sanser, forsøker de å løfte opp og reflektere tilbake til henne slik:

*”Jeg hører at du er redd på grunn av måten du puster på.”*

Jordmødrene formidler at dialogen med fødekvinnen i stor grad handler om å *sanse* og *gjenkjenne fysiske og psykiske reaksjoner* hos kvinnen, for deretter å respondere på det, men ikke nødvendigvis med ord.

*”Det er ikke alltid man må **si** så mye. Jeg føler heller at jeg egentlig ikke kan snakke meg ut av noe, men **at jeg kan være meg ut av noe.**”*

*”Fødselshjelp er litt som å kjøre bil, du må navigere etter forholdene i trafikken. Det er ikke noe du planlegger på forhånd.”*

---

<sup>9</sup> At barnets hode kroner betyr at den øvre delen av barnets hode begynner å vises i kvinnens introitus. Da kjennes et massivt trykk og press i underlivet, og kvinnen vil som regel kjenne en veldig sterk trykkektrang.

Tre av jordmødrene uttrykker eksplisitt, at det å vise mot og ro til å stå i den frykten og smerten kvinnen uttrykker, oppleves som en beskjed fra dem til kvinnen, om at hun er trygg. Kvinnens svar som en del av denne dialogen, kan være *å føde*.

Ved å stille seg åpen og spørre; *"Hva er betydningsfullt for deg?"* ønsker jordmødrene å etablere en dialog med kvinnen, der kvinnens opplevelse av å bli hørt vedrørende sine behov, medvirker til at hun kjenner mestring. En slik dialog gjør det mulig å legge felles planer for inngrep og medisiner, undersøkelser og bruk av annet personell, sier jordmødrene. De mener at betingelsen for den åpne dialogen er, at jordmor er fysisk tilgjengelig. Derfor sier de:

*"Jeg må komme raskt til stua når kvinnen ringer på."*

For å være mentalt tilgjengelig må de:

*"Nullstille meg et øyeblikk, før jeg går inn i rommet."*

Ved å *"nullstille seg"* opplever en av jordmødrene at hun unngår å ta med seg stemninger fra annen aktivitet i avdelingen, inn til fødekvinnen. En av jordmødrene sier at når hun nullstiller seg, åpner hun sansene opp for *"å ta inn kvinnen"*, og ser dette som spesielt viktig overfor kvinner med sterk frykt for fødsel. Denne jordmora er spesielt opptatt av muligheten til *"gode møter med kvinnene"*, noe hun ikke alltid opplever å få muligheten til selv. Den uroen en kjenner på som jordmor for en kvinne som uttrykker sterk redsel, kan smitte mellom kollegaer, sier jordmødrene. Derfor er det nødvendig å være oppmerksom på, at ens egen kjemi ikke alltid passer med kvinnens, mannens, eller begge, men at *det* likevel ikke trenger å bety at den neste jordmora opplever det samme, understreker jordmødrene.

Gjennom å være bevisst på å omtale kvinnen med respekt under rapport og samtaler med kollegaer, kan en unngå *"å skape"* eller *"blåse opp"* et problem, for eksempel ved å tillegge kvinnen en større redsel enn hun egentlig har, sier en av jordmødrene. Når en kvinne har en sterk frykt for fødsel, kan med fordel rapporten/dialogen i jordmorkollegiet skje inne på rommet hos kvinnen selv, eller på vaktrommet med henvisninger til eventuelle journalnotater og ønskebrev i kvinnens journal, understreker jordmødrene.

Jordmødrene opplever det som utfordrende, når det tilsynelatende er stor diskrepans mellom den forståelsen for fødsel og jordmors evne til å utøve faget og å møte kvinnens behov, som kvinnen viser at hun har i et ønskebrev, sett opp mot den forståelsen av fødsel og utøvelsen av jordmorfaget som jordmor selv har. Jordmødrene opplever det utfordrende å ha et detaljert ønskebrev foran seg, når det er lite *tid til rådighet*, og de raskt må navigere mellom sansningen og observasjonen av kvinnens framgang i fødselsprosessen, dialogen og faglige prosedyrer. Er ønskebrevet derimot utformet som en kort orientering om kvinnens behov for forutsigbarhet og støtte, opplever jordmødrene det som en hjelp for kvinnen til å unngå psykisk blottleggelse som i sin tur kunne bygge opp om en eksisterende frykt. Når det er tid og rom for virkelig å kunne stå i det sammen med kvinnen, erfarer jordmødrene likevel, at kvinnenes kjennskap til dem, og trygghet i situasjonen, vokser svært raskt:

*”I praksis opplever jeg, at når man kommer inn til et par hvor det er skrevet en fryktelig detaljert beskrivelse av hva man må og ikke må si og gjøre, så er det ikke så nøye når man kommer dit. De må få se hvem man er og at man er sammen med dem i situasjonen og forteller hva man tenker underveis.”*

### 5.2.3 Tro på kvinnenes mestring

Jordmødrene opplever det som grunnleggende viktig at kvinnen opplever mestring under fødselen, for å unngå at frykten forsterkes. På hvert sitt vis er jordmødrene opptatt av, at kvinnen skal få oppleve at både hun, ledsageren og jordmor, er sammen i ett team, og at ivaretagelsen av fødselen er noe de står sammen om. Jordmødrene ser sammenhenger mellom kvinnenes mestringsforventninger og jordmors tilstedeværelse, og mener at det kan styrke kvinnens tro på egen mestring når jordmor viser at hun både våger og klarer å stå i det. Jordmødrene erfarer at kvinnens tro på egen mestring henger sammen med opplevelsen av selv å ta kontroll, eller at jordmor hjelper henne å ta kontrollen. Dersom dialogen er fraværende vil kvinnen kjenne lite kontroll, sier en av jordmødrene, og tenker tilbake på en post partum-samtale der kvinnen sa dette:

*”- Jeg ante ikke hva alle de menneskene plutselig gjorde der inne! sa kvinnen. Det får meg til å tenke, at vi er med på å skape frykt og uro gjennom måten vi opptrer på.”*

Jordmødrene har erfart at de, ved å stå i det, har stor kompetanse på å formidle den sanselige varheten de opplever for kvinnens følelsesmessige prosess, og for hvordan følelsesprosessen tilsynelatende brått kan påvirke fødselsprosessen. Det er helt nødvendig å være tilstede i

rommet, for å sørge for at kvinnen får riktig hjelp til mestring og kontroll, straks hun har behov for det, understreker jordmødrene:

*”Noen kvinner vil ikke røres. Da føler jeg at de er i en fase hvor de prøver å kontrollere prosessen. Det er et ledd i å beholde noe av kontrollen over seg selv. Men hvis de først har mistet grepet litt, kan det være greit å ha noen å holde i likevel.”*

Jordmødrene synes det er både naturlig og viktig, stadig å minne kvinnen på at fødselssmertene vil føre til noe godt; Barnet skal bli født og kvinnen blir mor. Jordmødrene opplever at når de hjelper kvinnen å fokusere på dette, så blir det lettere å mestre fødselssmertene. Jordmødrene bruker det som en form for *realitetsorientering*, eller en måte å hente kvinnenes oppmerksomhet og bevissthet tilbake til her-og-nå-situasjonen. To av jordmødrene beskriver hvordan det å si ting som *”Du er i fødselen din nå”* kan ha stor betydning for kvinnen.

*”En kvinne sa til meg: - Jeg mistet liksom grepet rundt fødselen. Jeg klarte ikke å følge med. Jeg var helt utenfor meg selv og min egen situasjon, og betraktet den, men kom tilbake til det, når du snakket til meg.”*

Jordmødrene har erfart hvor viktig det kan være å gå foran som et godt eksempel for hvordan mannen som partner gjennom dialog og det å være en følgesvenn kan være med og styrke kvinnen når hun opplever frykt for fødsel. Jordmødrene mener at det er viktig å styrke *paret*, og deres felles forutsetninger for å være til stede for hverandre, i omveltningene rundt det å skulle bli foreldre.

Alle kvinner som har født, fortjener å få høre *”at de har vunnet”*, helt uavhengig av fødselsutfall og eventuelle intervensjoner, uttrykker en av jordmødrene. Kanskje kan fødselsopplevelsen, og det å få formidlet at en har *”gjennomført en bragd med å bære fram og føde barnet”*, bidra til at kvinnens *”sjelelige sår”* heles? spør denne jordmora.

*”Det å tro at de kan vinne igjen, at de ikke trenger å være et produkt av alt som har skjedd, at de også kan vinne i framtida, det tror jeg er viktig for å ha tro på at en kan oppdra barnet sitt og være en god mamma.”*

#### **5.2.4 Samarbeid med kollegaer**

De fire jordmødrene erfarer at fødsler der kvinnen opplever spesielt sterk frykt, noen ganger kan ta veldig lang tid, og at det ofte er påkrevet at jordmora er hos kvinnen kontinuerlig. At



jordmor opplever ro til å stå i det, er også avhengig av at kollegafellesskapet har et felles syn på jordmors tilstedeværelse hos kvinner i fødsel, sier jordmødrene, derfor har de behov for støtte og aksept på at det er greit å gå inn på en fødestue og bli der, når situasjonen krever det.

*”Det skaper stress i meg å vite, at det stadig banker på døra; - Kan du hjelpe meg med det og det ...? Det er ikke så lett å være ordentlig til stede i situasjonen, når du kjenner på alt presset.”*

Jordmødrene forventer av hverandre, at de tar seg tid til ”å føle på stemningen” inne på de ulike fødestuene. Det gjør det lettere å være oppmerksom på om kollegaene kan ha behov for ”å lufte ting” eller be om råd på vaktrommet, sier jordmødrene. Trenger de derimot egen veiledning, oppsøker jordmødrene gjerne en kollega de opplever å ha spesielt god kommunikasjon med. Dette må gjerne være en kollega med mye erfaring, slik at de selv kan få implementere kunnskapen videre, mener jordmødrene.

Det er viktig for jordmødrene å oppleve kollegafellesskap både i det direkte arbeidet med en kvinne, og i det store samarbeidet som handler om å gjøre hverandre gode og støtte hverandre. De som kommer til for å hjelpe når det er nødvendig, må fange stemningen og bruker sansene sine til ”å tune seg inn” mot en stemning som fremmer ro på fødestua, sier jordmødrene. Hvis ikke, vil det bidra til en forsterket uro i situasjonen med en påfølgende negativ innvirkning på fødselsprosessen, opplever jordmødrene. Dersom ting skal gå raskt, er det både forventet og nødvendig, sier jordmødrene, at mange kollegaer kommer til for å bidra, og både ro og mot til å stå i det, kan formidles til kvinnen av mange mennesker samtidig:

*”Jeg vil heller skaffe åtte personer som kan bevege seg rolig enn at vi skal være to som løper rundt som gale.”*

Jordmødrene har opplevd, at jordmors tilstedeværelse faktisk kan være skadelig, hvis jordmor gjennom sin fremtoning og dialog, er med på å skape eller vedlikeholde frykt og uro hos kvinnen:

*”Vår uro lar seg ikke skjule så lett, vi blir lest som åpne bøker.”*

Jordmødrene har også opplevd at andre jordmødre helst ikke vil be om hjelp fra kollegaer, med mindre det dreier seg om en medisinsk problemstilling. Jordmødrene spør:

*”Er det forbundet med svakhet å be om avløsning eller hjelp?”*

En av jordmødrene peker på en form for ærekjærhet hun mener forekommer, i blant også hos henne selv, og den ytrer seg slik: *”- Nei, det blir nok ikke helt bra om ikke jeg gjør det...”*

Jordmødrene ønsker å jobbe for at det ikke skal oppleves som ”svakt”, verken å be om hjelp eller avløsning i kollegiet. Nøkkelen til suksess i fødselsarbeid generelt, og spesielt i forhold til det å forebygge frykt for fødsel, ligger i samarbeid innad i jordmorgruppa og mellom faggruppene, mener jordmødrene.

Alle jordmødrene har kjent følelsen av at det blir *for* mye noen ganger, når de *både* må bruke seg selv terapeutisk i utstrakt grad på grunn av kvinnens frykt, og ivareta kvinnen og barnet i magen i en, obstetrisk sett, svært komplisert fødselsprosess. Jordmødrene opplever at det kan være nødvendig å være to jordmødre tilstede hos kvinnen i store deler av en slik fødselsprosess. Tilgang til kollegaers bekreftelser, tolkninger og bedømming av situasjonen kan bety mye, og en av jordmødrene sier:

*”Det er så godt når kollegaen min er med meg inne på fødestua, og bare helt rolig bekrefter at dette er riktig. Det avdramatiserer litt. Hun trenger bare å komme inn innimellom og ta et overblikk. Hun trenger ikke å begynne å lete etter ting eller stresse rundt, bare gi meg et nikk og en bekreftelse.”*

### **5.3 Følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel**

Jordmødrene opplever, at de ivaretar kvinnenes psykiske helse når de bruker seg selv terapeutisk. Ved at kvinnene får tillit til dem både som fagpersoner og medmennesker, vil de også lettere oppnå en følelsesmessig stabilisering til tross for sin frykt for fødsel, og kunne føde normalt.

#### **5.3.1 Arbeidsglede - jordmoridentitet**

Jordmødrene opplever at deres egne forventninger til å mestre jordmorarbeidet, generelt styrkes av å ha omsorg for fødekvinne som viser sterk frykt i fødsel. Opplevelsen av å få være til stede og bruke *”et stort spekter”* av sin personlighet, samt godt kollegasamarbeid rundt disse fødselene, er med på å gi jordmødrene mestringsopplevelser. Jordmødrene for-

midler at fødselsarbeid med kvinner som opplever sterk frykt krever mye av dem både faglig og menneskelig, men at det å kjenne mestring ved å bruke mange sider av seg selv, er noe som er viktig for utviklingen av profesjonelt repertoar og selvfølelse.

*”Det er **ordentlig arbeid**. Du må bruke litt mer enn det vanlige spekteret, bruke deg selv som menneske. Jeg synes ofte at det er fint å gå inn til de som strever med ting, og så få en forståelse av at de har nytte av meg. Det tilfører et litt større spekter i det man får erfaring med som jordmor.”*

*”Noen kvinner har opplevd å tape mange ganger tidligere, for eksempel gjennom å ha hatt en vanskelig oppvekst. De har blitt utsatt for tap. Når de så gjennom fødselen opplever å seire både over egen kropp og eget liv, da synes jeg jordmorjobben er så spennende!”*

### 5.3.2 utfordringer i forhold til medikalisering

Jordmødrene opplever at fødselsarbeidet byr på mange medisinske utfordringer i forhold til ivaretagelsen av kvinner med sterk frykt for fødsel. De forsøker å være bevisst hvordan de fortolker kvinnens uttrykk, fordi de ønsker en bevisst bruk av medisinske intervensjoner. Intervensjonene kan gå på bekostning av kvinnens behov for ro og stabilitet, slik at det faktisk medfører nedsatt psykisk helse hos den fødende, opplever jordmødrene, og spør seg samtidig om bruken av medisinske intervensjoner kan henge sammen med jordmødres egen frykt?

*”Kanskje er vi for resultatorientert? Vi MÅ liksom gjøre noe; - Nå har hun vondt, da må jeg hente sterilvannspapler, akupunktur, epidural... Jeg tenker: - Kanskje er det de damene med angst man skulle ha gjort minst med? Man skulle tuklet minst med dem.”*

At en kvinne aldri skal utsettes for noe farefullt, i fravær av nødvendige intervensjoner, er en selvfølge, slår jordmødrene fast. Likevel, siden arbeidet med å hjelpe kvinner med sterk frykt er følelsesmessig tungt, må jordmødre ha et avklart forhold til egen historie og følelsesliv, sier jordmødrene. Som tidligere nevnt, opplever jordmødrene at det å få epiduralbedøvelse kan være betydningsfullt for kvinner (underkapittel 5.1.3), nettopp for å bli i stand til å håndtere vanskelige følelser. Jordmødrene er imidlertid enige om, at det er viktig ikke å sette i gang medisinske intervensjoner, fordi jordmor trenger å trygge seg selv eller få arbeidsro. Setter man i verk tiltak for å kompensere for egen utrygghet eller andre behov, vil det øke kvinnens behov for andre tiltak, sier jordmødrene. De opplever at smertelindrende intervensjoner som epiduralbedøvelse, noen ganger iverksettes som et substitutt for jordmors tilstedeværelse, dersom tidspresset er stort. Tilsynelatende kan en også ty til epiduralbedøvelse som en slags

behandling av kvinnens angst og vanskelige følelser, sier en av jordmødrene. Men selv om smertene er minsket og en får følelsen av kontroll, er kvinnens frykt og uro der fortsatt, konstaterer denne jordmora, og spør seg hvordan dette påvirker kvinnens opplevelse av mestring.

Jordmødrene understreker nødvendigheten av jordmors tilstedeværelse under medisinske intervensjoner, som epiduralbedøvelse. Det er viktig, ikke bare for å kunne oppdage og forebygge negative obstetriske konsekvenser, men også fordi den mellommenneskelige kontakten og det at jordmor fortsatt står i det, vil kunne bidra til den følelsesmessige tryggheten kvinnen fortsatt trenger, slik at både *frykten* og kvinnens *uttrykk* for frykt dempes naturlig, sier jordmødrene.

Selv om det oppleves utfordrende, er jordmødrene trygge på, at de *gjennom egen trygghet* vil handle riktig, når de står i det sammen med kvinnen. Yrkestrygghet gir ro til å stå i det og mulighet til improvisasjon over den teoretiske og praktiske kunnskapen en har, slik at en som jordmor evner å støtte kvinnen til å være i det *hun* står i, hevder jordmødrene. Terapeutisk bruk av seg selv overfor en kvinne som opplever sterk frykt, handler om å fremme den normale fødselen og å lage rammen mest mulig stabil rundt kvinnen, sier jordmødrene. De sier også at det det handler mest om, kanskje er noe som lett blir borte, når en befinner seg på sykehus og et mirakel skal finne sted i rom omgitt av medisiner og medisinsk-teknisk utstyr, nemlig å *"tune in"* og *"å møte kvinnen som menneske."*

## 6.0 Diskusjon

I denne oppgaven har jeg søkt å belyse hvordan jordmødre møter de utfordringene de står ovenfor knyttet til fødselsarbeidet med kvinner som er redde for å føde. Analysen gav tre hovedkategorier. Sammen med en innledende helhetsforståelse vil disse tre hovedkategoriene strukturere diskusjonen. Kapittelet avsluttes med metodiske overveielser.

### 6.1 Helhetlig forståelse av funnene

Studien viser at jordmødre gjør en overordnet vurdering av den fødende og hennes redsel for å føde, ut fra den fødendes historikk og eventuelle vanskelige erfaringer. De vurderer også hvordan den fødende ser ut til å mestre situasjonen “her og nå”. Jordmødre legger vekt på å fremme normal fødsel og stabilisere følelser, og kanskje i særlig grad der den fødende viser sterk frykt.

Studien viser at jordmødre må være til stede i fødesituasjonen for å kunne vurdere den fødende og hennes behov, og for å kunne bruke seg selv terapeutisk og gi den emosjonelle støtten den fødende trenger (Travelbee, 1999). Jordmødre forteller også om utfordringer knyttet til å kunne fokusere på den emosjonelle støtten, og ikke først og fremst på de “instrumentelle” og mer medisinske aspektene. Det er kort vei fra fokus på medisinske aspekter til “medikalisering”, fremmedgjøring og sykelligjøring, som lett kan frata den fødende mestringsopplevelsen ved fødsel, som en, i utgangspunktet, normal hendelse. Jordmødre har således et tydelig mestrings- og ressursperspektiv på arbeidet sitt på fødestua. Studien viser at jordmødrene legger stor vekt på kollegasamarbeid med andre jordmødre som et indirekte virkemiddel for å heve kvaliteten på arbeidet med å fremme psykisk helse hos de fødende og bidra til en god fødselsopplevelse.

## 6.2 Jordmødres observasjoner og utfordringer

Denne studien viser at jordmødre i møte med komplekse erfaringer av lidelse, slik en fødsel kan være, er opptatt av å anerkjenne kvinnes fortolkning av virkeligheten, som kan fortone seg forskjellig fra deres egen opplevelse av situasjonen (Blåka Sandvik, 1997; Martinsen, 1993). Jordmor vil kunne fange opp kvinnes frykt for fødselen ved å stille seg åpen og kjenne igjen det menneskelige, gjennom en sanselig fortolkning (Salicath Halvorsen, 2008). Dette danner grunnen for jordmor og fødekvinnes menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999).

I møte med store eksistensielle opplevelser og fysiske utfordrende situasjoner som en fødsel, er smerter og frykt normalt (Blåka Sandvik, 1997). Jordmødre ivaretar daglig kvinner som uttrykker grader av redsel og smerte, og denne studien viser at jordmødre gjennom erfaring lærer seg å skille det *ved-hånden-værende* fra det *for-hånden-værende* (se underkapittel 5.1.1) (Birkler, 2005), hva gjelder sansningen av kvinnens frykt for fødsel. Begge måtene å erfare på er av betydning for jordmors handlinger i forhold til kvinnen (Travelbee, 1999). En kvinnes frykt og opplevelser i fødsel, erfares av jordmor som *ved-hånden-værende*, når den er gjenkjennelig i forhold til jordmors tidligere erfaringer med kvinner i fødsel. Opplevs kvinnens frykt derimot som *for-hånden-værende*, så er det en opplevelse av at dette er noe *utenom det vanlige*. En slik frykt blir noe jordmor må være bevisst på, observere og handle i forhold til, og denne studien viser at jordmødre opplever at de bruker seg selv terapeutisk etter ulike *grader*, avhengig av den opplevde styrken av kvinnens frykt. Når kvinnens frykt for fødsel og framgang i fødselsprosessen sanses som *for-hånden-værende*, går jordmor inn i situasjonen med *en enda større grad* av kontinuerlig sansning og terapeutisk bruk av seg selv, enn hun vanligvis gjør under fødselsarbeidet.

Studien viser at jordmødre har en utforskende holdning til kvinners frykt for fødsel, og at de er kjent med at vanskelige erfaringer fra tidligere fødsel eller kvinnens liv for øvrig, kan gjøre at kvinner utvikler frykt for fødsel. Noen kvinner kan ha utviklet posttraumatiske plager etter fødsler de har opplevd som traumatiske (Halvorsen&Nerum, 2013; Simkin&Klaus, 2004).

Det er mye av det som skjer under fødsler som kan tenkes å virke traumatiserende, gjennom å gjenskape vanskelige situasjoner, rippe opp i undertrykte minner, utløse stress, og skape

delusjoner (skremmende vrangforestillinger, hallusinasjoner og mareritt som innebærer opplevelsen av at andre mennesker har forsøkt å skade deg (Storli, 2006; Varvin 2010).). Erfaringer vi gjør oss i endrede bevissthetstilstander, kan gi oss minner som i ettertid framstår som vonde og uforståelige (Storli), og det kan være vanskelig å innse at disse ”opplevelsene” ikke er virkelige. Både fødselen i seg og en lett sedering på lystgass eller petidin<sup>10</sup> under fødselen, kan sette kvinnen i en endret bevissthetstilstand (Laache, 2010). En kraftig sedering under operasjon eller opphold i oppvåkningsavdelingen (for eksempel etter keisersnitt), medfører også en endret bevissthetstilstand (Storli). Denne studien viser at jordmødre har erfaring med kvinners opplevelser av påtrengende minner, og at de derfor kontinuerlig søker å kartlegge fødekvinnens behov i forhold til dette.

Dersom kvinnen møter det som utløser frykten under fødsel med lite konstruktive mestringsforsøk, kan det virke destruktivt inn og øke sjansen for retraumatisering (Hokland 2006). Kombinert med kvinnens allerede tilstedeværende frykt for fødsel, kan følelsesmessige reaksjoner som viser seg hos mennesker med PTSD, være proporsjonale med tidligere traumer, til tross for at det for utenforstående kan komme som lyn fra klar himmel og oppleves ute av proporsjon med situasjonen her og nå (Varvin, 2010; Nygaard, 2011).

For å forberede seg til fødselen, kan kvinnen følges opp i svangerskapet og under veiledning av jordmor utforske hvilke normale (forventede) faktorer ved fødsel og fødselsomsorg som eventuelt kan tenkes å utløse negative/kaotiske følelser, slik som hyppig gjentatte vaginalundersøkelser (Halvorsen&Nerum, 2013; Hildingsson, 2014; Simkin&Klaus, 2004). Funnene i denne studien viser at jordmødre erfarer nytteverdien i at kvinnen formulerer i et ønskebrev hva som kan tenkes å medvirke til, eller motvirke, negative emosjoner og fattige mestringsforsøk under fødsel. Slike planer, eller strategier, for praktisk håndtering av den følelsesmessige stabiliseringen, hjelper jordmødre å bidra til kvinnens kontroll over fødselsarbeidet.

Manglende evne til grensesetting kan gjøre det nødvendig med hjelp til å unngå blottleggelse, for mennesker med traumeerfaringer (Varvin, 2010). En slik manglende evne kommer til syne når kvinnen benytter lite hensiktsmessige mestringsstrategier som ukritisk språkbruk, tvetydig atferd, manglende overensstemmelse mellom språk og kroppslige uttrykk, seksualisert atferd, aggresjon og/eller endrede bevissthetstilstander som dissosiasjon (Glad et al.2010;

---

<sup>10</sup> Anestesimiddel, smertelindrende middel gitt intramuskulært.

Simkin&Klaus, 2004; Varvin). Dissosiasjon er vanligvis forstått som en splittelses-/beskyttelsesmekanisme den traumatiserte benytter for å beskytte seg fra erfaringer og minner som vedkommende ikke klarer å integrere med sine tidligere erfaringer (Varvin, 2010). Negativ mestringsforventning og pessimistisk fortolkning kan komme til syne som hjelpe-løshet og håpløshet, og slik sett vedlikeholde den subjektive lidelsen (Bandura, 1977; Helsedirektoratet et al.2012; Kirkengen, 2009; Salomonsson, 2012; Skårderud et al.2010; Tveråmo et al.2014).

Som Banduras (1977) empiri viser, har mennesket en tendens til å forvente at ting vil gjenta seg på samme måte. Gjentatte krenkende erfaringer skaper en forventning om en fortsettelse, og kan føre til de ovennevnte mestringsstrategier (Kirkengen, 2009). Traumatiske erfaringer kan ligge som ikke-reflektert og ikke-språklig kunnskap hos den traumatiserte, og funn i denne studien tyder på at det kan være av betydning for kvinnens mestring av fødselen, å ha en jordmor hos seg som er i stand til å bruke seg selv terapeutisk, for gjennom dette å fange opp kvinnens erfaringer (Kirkengen, 2009; Simkin&Klaus, 2004; Varvin, 2010).

Mange kvinner opplever fødselen som traumatisk, på grunn av objektivt sett, dramatiske situasjoner, eller manglende/dårlig kommunikasjon med jordmor og annet helsepersonell *i akuttsituasjoner*. Grimsrud (2014) har funnet, at manglende kommunikasjon også rundt den normale fødselsprogresjonen og det som faktisk hender og gjøres under enhver fødsel, kan forårsake opplevelsen av å ha hatt en traumatisk fødsel. Normale fødselshendelser som barnets nedtrenging i bekkenet, utløser fødselssmerter av en annen karakter sammenliknet med tidligere under fødselen, og kan dermed bidra til en sterkere frykt, hvis kvinnen ikke forstår eller blir forklart hva som skjer. Funnene i denne studien viser at jordmødre erfarer at kvinner kan reagere som ved "*vold mot underlivet*", kanskje både når barnet trenger ned i bekkenet, når jordmor med sine håndgrep forløser barnet, og dersom det indre trykket av barnet i mors bekken plutselig opphører under vakuumforløsning. Når noe gjør fysisk vondt, kan det være vanskelig å forstå i hvilken hensikt det blir gjort (Skårderud et al.2010), og kvinnen kan opparbeide en mistro til egne fødekrefter og vurderingsevne, i tillegg til hjelperen (Cullberg, 1999; Kirkengen, 2009; Simkin&Klaus, 2004).

Grimsrud (2014), Crabtree (2004) og Salomonsson (2012) fant at mange kvinner frykter lange fødselsforløp; instrumentell forløsning; store perinealrifter; skader på barnet; og at barnet eller de selv dør. En innbyrdes sammenheng mellom faktorer som medfører langvarige forløp kan



ofte identifiseres. Et eksempel er at sterk frykt for fødsel (og lange forløp) i seg selv kan medføre forlengede forløp. Kvinner som har blitt voldtatt i voksen alder, er spesielt utsatt for å utvikle frykt for fødsel og for å ha langvarige fødselsforløp (Halvorsen&Nerum, 2013). Overvekt er, isolert sett, en faktor som kan gi forlengede forløp på grunn av risvekkelse (Rishaug, 2011). I tillegg kan overvekt være en comorbid tilstand til depresjon og angst som blant annet kan være ettervirkninger av traumatisering (Varvin, 2010). Kvinner med Body Mass Index (BMI) over 35 får ofte fødselen igangsatt (Henriksen et al.2014), hvilket kan være en langvarig prosess over flere dager. Kvinner med overvektsproblemer og frykt for fødsel, har slik sett en forhøyet risiko for forlengede, og potensielt traumatiske, forløp.

Resultatene av denne studien viser at jordmor gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold kan gjenkjenne kvinnens behov for informasjon, og ved å bruke seg selv terapeutisk etterkomme kvinnens behov gjennom en disiplinert intellektuell tilnærming og fysisk nærhet (Travelbee, 1999). Slik kan jordmor motvirke opplevelser av ensomhet som oppstår til tross for mange tilstedeværende mennesker, manglende opplevelse av å bli sett og/eller hørt, og manglende smertelindring (Grimsrud, 2014) som medvirkende til kvinners utvikling av frykt for fødsel.

### 6.3 Jordmors terapeutiske bruk av seg selv

Alle helsefag har en terapeutisk side (Nordtvedt&Grimen, 2004). Under fødsel er det normalt ikke rom for *behandling* av psykiske lidelser, men denne studien viser at jordmødre, ved å være tilgjengelige og hjelpe kvinnen å romme hennes lidelse, kan bidra til at kvinner kan kjenne mindre frykt, og samtidig anerkjenne sin frykt som en normal følelse i møte med eksistensielle opplevelser. På denne måten bidrar jordmødre til å forebygge psykiske helseproblemer og medikalisering av følelser (Lian, 2012; Skårderud et al.2010).

Studiens funn viser at jordmødre opplever menneskelige evner som tillit, ærlighet og empati som nødvendige forutsetninger for å kunne bruke seg selv terapeutisk (Travelbee 1999). Videre viser studien at jordmødre etablerer et menneske-til-menneske-forhold med fødekvinnen, der de terapeutiske redskapene tilstedeværelse og mot til "*å stå i det*", tro på kvinnens mestring og den ærlige dialogen med kvinnen og kollegaene gjør kommunikasjonen

med kvinnen mulig. Jordmor bruker de terapeutiske redskapene til å utføre det Travelbee kaller *sykepleiehandlinger* for kvinnen. Menneske-til-menneske-forholdet mellom den fødende og hennes jordmor, kan således støtte kvinnens psykiske helse gjennom å tjene som opptakten til behandling eller tilfriskning (Nygaard, 2011; Nordtvedt&Grimen, 2004; Travelbee, 1999).

Gjennom sin tilstedeværelse og ved å vise kvinnen at hun *"står i det"*, åpner jordmor opp for kommunikasjonen med kvinnen gjennom fortolkningen av hennes frykt og motivasjonen til å forstå frykten sammen med henne. Kartlegging av kvinnens behov *samtidig med* at jordmor handler hensiktsmessig for å fylle kvinnens behov der og da, trenger primært ikke å foregå kognitivt. Å høre etter, og *"tune inn"* mot det kvinnen uttrykker, ved å være fysisk og psykisk *nært*, er det essensielle. De kroppslige fornemmelsene stemmes så opp mot jordmors bevisste og ubevisste tidligere erfaringer fra eget liv og jordmorvirke, i en refleksiv empatisk prosess (Salicath Halvorsen, 2008). I tråd med Salicath Halvorsens funn, tyder denne studiens funn på at jordmor, ved å bli berørt og engasjert, finner mening i kvinnens uttrykk og viser sitt engasjement. Jordmor handler da terapeutisk i kraft av det å være et menneske (Travelbee, 1999). Dette fordrer en personlig trygghet som, kombinert med et personlig uttrykk og en disiplinert faglig/intellektuell tilnærming, kan skape betingelser som støtter endringer hos kvinner med sterk frykt for fødselen (Blåka&Eri, 2008; Travelbee, 1999; Vatne, 2006).

Studien viser at å yte fødselshjelp på en slik måte *"at en navigerer etter forholdene"*, innebærer at jordmødre i arbeidet med de fødende viser sitt engasjement for å utøve jordmorarbeidet ut fra et fenomenologisk perspektiv der erfaringer og opplevelser den enkelte kvinnen har, er i fokus (Birkler, 2005). Resultatene av studien tyder på at evnen til *"å stå i det"* avhenger av det å kjenne *yrkestrygghet*, som igjen uttrykker jordmors mot og bevisste valg. Dette bygger opp om det Martinsen (1993) og Vetlesen (2012) sier, nemlig at helsearbeiderens fremste oppgave er å lindre og trøste, og at forutsetningen for dette er mot, medfølelse og barmhjertighet. Jordmødre kan aktivt velge *"å stå i det"* som er smertefullt sammen med kvinnen, og gå i dialog om det, men bare dersom de har mot.

Kunnskap om traumer viser at smerte som blir påført oss av andre, oppleves skremmende og ødeleggende (Varvin, 2010). Selvpåført smerte kan derimot gi følelser av styrke og kontroll (Kraft, 2005). Begrepet *reclaiming* brukes om å ta tilbake noe som har blitt undertrykt eller utryddet av en autoritet (Kraft; Nygaard, 2011). For noen kvinner byr fødselen som arena på

muligheten til å utøve en *likt-mot-likt-logikk* der resultatet blir en reclaiming ("tilbakekallelse") av kroppen i stedet for en retraumatisering. Fødselssmerten kan gi traumet en stemme, og gjennom en tillitsallianse med jordmor i menneske-til-menneske-forholdet, kan kvinnen oppleve støtte til å gjennomleve og kontrollere smerten, for derigjennom å oppleve menneskelig vekst (Kraft; Hokland 2006).

Det går fram av denne studien at jordmor kan skape rom for menneskelig vekst hos kvinner som frykter for fødselen, ved å hjelpe til å redusere fryktutløsende og -vedlikeholdende faktorer, som smerte. Gjennom å gi kvinnen mulighet til å benytte epiduralbedøvelse, kan de fysiske smertene døyves, og kvinnen kan lettere ta i bruk funksjonelle og formålstjenelige mestringsstrategier og fokusere på det som hender her-og-nå.

Hermeneutikken lærer oss at tradisjoner og erfaringer danner grunnlaget for fordommene våre, som igjen våre forståelseshorisonter baserer seg på (Birkler, 2005). Fordommene nyanseres i møte med andre mennesker, dersom vi stiller oss "åpne" eller "*nullstiller oss utenfor døra*", fordi positive fordommer er forutsetningen for kunnskap (Birkler; Thornquist, 2003). Selv om jordmor forsøker å bruke seg selv terapeutisk i et menneske-til-menneske-forhold, kan hun ha negative fordommer som stenger for gjenkjennelse av kvinners frykt for fødsel, i form av egen manglende erfaring og/eller egen redsel og vanskelige erfaringer fra arbeid eller eget liv Crabtree (2004).

*Secondary traumatic stress* (STS - sekundært traumatisk stress (Beck et al.2015)) kan oppstå hos hjelpere som må bevitne at dem de forsøker å hjelpe ikke klarer seg, eksempelvis kan jordmor oppleve slike reaksjoner om en kvinne hun har omsorg for dør brått og uventet i fødsel (obstetrisk død), og jordmor mislykkes i å hjelpe (Beck et al.). STS kan skape fordommer hos jordmor som kan stå i veien for tilliten og framvekst av menneske-til-menneske-forholdet til kvinnen. Overveldende innvirkning av overgrep og overgrepserfaringer formidlet av kvinner en har omsorg for, og som jordmor får en opplevelse av gjennom fødselsarbeidet, kan føre til *vicarious traumatization* (vikarierende traumatisering (Beck et al.; Simkin&Klaus, 2004)). Ved begge disse tilstandene vil jordmor oppleve symptomer som *speiler* kvinnens traumatiseringssymptomer. Jordmor kan benytte lite konstruktive mestringsstrategier i møte med sine egne og kvinnens krevende følelser: følelsesmessig nummenhet, manglende medfølelse, isolering, konsentrasjonsproblemer, sinne, irritabilitet, skyldfølelse og dissosiasjon i arbeidssituasjonen (Beck et al.; Skårderud et al.2010).

Enkelte fødekviner inviterer til destruktive samspill med jordmor under fødselen (Hokland, 2006). Kvinnen kan forsøke å *overføre* de vanskelige følelsene fra traumatiseringen til hjelpere, og agere ut traumet i den trygge mellommenneskelige relasjonen. På grunn av overføringen, kan jordmor kjenne det som om hun selv blir utsatt for overgrep, eller at det er hun som blir oppfattet som en overgriper, noe som er svært utfordrende (Herheim et al.2006; Simkin&Klaus, 2004; Skårderud et al.2010).

Funn i denne studien, viser at det er til hjelp for jordmor å være forberedt på at en overføring kan forekomme. Skjer det, kan jordmor forsøke å få kvinnen tilbake til her og nå-situasjonen gjennom terapeutisk bruk av seg selv, i form av påminninger som *"du er i fødselen din nå"*. Gjennom å være bevisst overføringen, får jordmor innsikt i kvinnens situasjon, som gjør det mulig å skjelne hvor kvinnens virkelighetsforståelse avviker fra hennes egen. Ved å se dette kan jordmor bidra til å skape en trygg ramme rundt kvinnens opplevelse av virkelighetsbrist. Studien viser at jordmor ved *"å være kvinnens øyne og ører"* og reflektere til kvinnen det hun aktivt ser og opplever i den faktiske situasjonen, kan hjelpe kvinnen å unngå utvikling av mistro til egen vurderingsevne, fødekrefter og hjelpere. Ved å vise interesse for fragmentene kvinnen formidler fra sin historie, og samtidig formidle at historien er trygt bevart, som i en *container*, kan jordmor hjelpe kvinnen å ta imot omsorg i en følelsesmessig mer stabilisert situasjon. Menneske-til-menneske-forholdet opprettholdes da mellom to likeverdige subjekt, til forskjell fra partene i traumet som kan sies å være i et utpreget subjekt- /objektforhold (maktinnehaver/offer) (Herheim et al.2006; Salicath Halvorsen, 2008).

Funnene i denne studien tyder på at redsel for å forårsake andres smerte, kan hindre en utforskende holdning hos jordmor. Jordmødre kan være redd for at alvorlige hendelser, som obstetrisk død, skal inntreffe *"i to dimensjoner"*. Den ene dimensjonen synes å dreie seg om familiens sorg, den andre om skyldfordeling. I følge Beck et al.(2015) vil en jordmor som rammes av STS kunne oppleve ikke å ha noen å gå til med sine vonde opplevelser. Noen opplever å bli frosset ut av kollegiet etter alvorlige hendelser (Beck et al.). Jordmor kan føle seg hjelpeløs og uten evne til å beskytte de fødende i krevende situasjoner, foruten å miste sin lit til den normale fødselsprosessen, hvilket trolig kan medvirke til økt medikalisering (Beck et al.).

I tråd med Dahlen&Caplice (2014) og Skårderud et al.(2010) forteller resultatene av denne studien, at jordmødre arbeider bevisst med sortering og bearbeiding av egne følelser, holdninger og fordømmer i møte med fødekvinne. Jordmødre bruker dialog med en betrodd kollega og ”*det å komme i pluss*” gjennom fokus på egen mestring og positiv innstilling til arbeidet, som innfallsvinkler til bearbeiding av vanskelige følelser. Fordi sekundær traumatisering blant annet kan innebære manglende evne til å oppsøke hjelp, er dette noe de som leder og arbeider i en fødeavdeling bør være bevisst, for å kunne hjelpe de ansatte/kollegaene (Beck et al.; Dahlen&Caplice).

I følge studiens funn opplever jordmødre at godt samarbeid med kollegaer, medfører økt trygghet for kvinnene. Gjennom terapeutisk bruk av seg selv også overfor kollegaer, kan jordmødre veilede hverandre og gi hverandre mot til ”å stå i det”. Anerkjennelse, respekt og tillit fra kollegaer er essensielt for at helsearbeideren skal våge å åpne seg for å ta imot veiledning, og involvere kollegaer i omsorgen hun yter for en hjelpetrengende (Killén 2012; Martinsen, 1993). Forutsetningen for at samarbeidet mellom kollegaer skal være fruktbart, og komme fødekvinne til gode, er derfor at jordmødre anerkjenner hverandre og møter hverandre med åpenhet. Faglig trygghet også i mellommenneskelige forhold mellom kollegaer på arbeidsplassen, forebygger normative vurderinger og nedvurderinger av kollegaer som igjen kan føre til baksnakking og dårlig arbeidsmiljø (Killén).

Salomonsson (2012) og Talbot (2012) har vist, at for å ivareta kvinnens psykiske helse gjennom å stabilisere følelser og unngå retraumatisering, er det hensiktsmessig at jordmor har tillit til kvinners mestring under fødsel. Forskningen viser at kvinner med sterk frykt for fødselen kan oppleve egne mestringsferdigheter som utslagsgivende for fødselsopplevelsen og –utfallet (Salomonsson). Redsel for ikke å tåle smertene, å miste kontrollen, ikke klare å gjennomføre, ikke få den nødvendige støtte, og heller ikke klare å delta i samvalg rundt egen behandling dominerer kvinners negative vurdering av sin mestring i fødsel (Crabtree, 2004; Grimsrud, 2014; Salomonsson). Denne studiens funn viser at jordmødre erfarer, at på tross av kvinnens deltakelse i samvalg og muligheter til å påvirke fødselsprosessen gjennom et menneske-til-menneske-forhold med jordmor, kan hennes manglende opplevelse av ”å mestre”, i betydning av å oppnå en god fødselsopplevelse, henge sammen med kvinnens mestringsstrategier som igjen avhenger av hennes historikk. I den forbindelse skjeles det til Banduras empiri (1977), som har vist at en kvinnes manglende forventninger til å lykkes med noe, kan skyldes opplevelse av en egen manglende evne til selv å strekke til, i tidligere liknende situasjoner.

Om kvinnen selv opplever, at en negativ fødselsopplevelse skyldes tilfeldige uheldige sammenreff, vil hun ikke oppleve fødselen så traumatisk som om hun opplever, at det var hennes egen manglende evner som var utslagsgivende. Funn i denne studien tyder derfor på at jordmødres opplevelse av, at det er svært viktig å nå fram til kvinnene med formidlingen om, at det ikke trenger å være ”noens skyld” at kvinnens opplevelse ikke sto til forventningene, kan være utslagsgivende for kvinnens fødselsopplevelse.

#### 6.4 Følelsmessig stabilisering og fremming av normal fødsel

I følge Skårderud et al.(2010) knytter vi følelsene våre opp mot det konkret sansbare og erfarer følelser, som frykt og glede, gjennom det kroppslige. Ved kroppslige, fødselsutløste symptomer som hjertebank og svette, kombinert med sterke smerter, kan fødekvinne tolke disse signalene som uttrykk for frykt for den smerten hun kjenner eller situasjonen hun er i. Som funnene i denne studien viser, kan jordmor med terapeutisk bruk av seg selv hjelpe kvinnen å fortolke og sette ord på det hun opplever, for å unngå en akselerering av frykten på grunn av feilfortolkning. Jordmors tilstedeværelse og støtte til følelsmessig stabilisering er nødvendig for at ikke kvinnens frykt, skal medføre overveldende fødselssmerter, som bekrefter den initiale fortolkningen av de kroppslige signalene, som et uttrykk for begrunnet frykt (Leap&Anderson, 2004; Rachmawati, 2012).

Helsefagene er i dag preget av en intervenerende holdning (Nordtvedt og Grimen 2004), og medisinsk terminologi får i økende grad innflytelse over områder som tidligere ikke var medisinsk definert (Lian, 2012). Innen fødsel er for eksempel medikamentell epidural smertelindring et relativt nytt tilbud, som har medført nye behandlingsmuligheter for fødselssmerte. Funn i studien viser at det i mange fødsler settes i verk samtidige obstetriske tiltak, som for den fødende med sterk frykt for fødsel virker bekræftende i forhold til frykten og eventuell traumatisk historikk; Kvinnen får en opplevelse av at alle tiltakene er helt nødvendige for at hun skal klare å føde. Når hun således ikke ”får det til” er det nærliggende å tenke, at slike fødselsopplevelser kan tjene som ”generatorer til fødselsangst”, fordi kvinnen indirekte blir fortalt at noe er galt med hennes fødselsprosess.

Studiens funn kan tyde på at det finnes forestillinger blant jordmødre om, at man bør ha et obstetrisk motiv, for å velge å være til stede hos en fødende. Kanskje oppleves det ikke som et

sterkt nok rasjonale for jordmors kontinuerlige tilstedeværelse, at kvinnen opplever frykt for fødselen. Funnene peker på at tendensen til å vektlegge den psykologiske synsvinkelen i for stor grad, såkalt *psykologisering* (Sand, 2006), kan anses som en form for medikalisering, som kan vokse fram av fødeavdelingens organisering. Studiens funn viser at det kan finnes holdninger blant jordmødre/helsepersonell om at ”hvis bare kvinnen har en sterk nok psykiatrisk problemstilling”, vil jordmors kontinuerlige tilstedeværelse kunne forsvares ut fra bemanningssituasjonen. Dette kan medføre at jordmor, i ikke-hensiktsmessig grad, vektlegger kvinnens frykt, for å rettferdiggjøre sin tilstedeværelse. Det vil således oppstå en forståelse av at kvinnens redsel går utover det normale, og er et uttrykk for reell sykdom. Denne sykkeliggjøringen av en kvinnes naturlige frykt for fødsel, kanskje med tilhørende PTSD-symptomer som egentlig er i proporsjon med det tidligere traumet, kan motvirke intensjonen med jordmors tilstedeværelse; nemlig å stabilisere forholdene rundt kvinnen for å fremme normal fødsel. Denne objektiviseringen av fødekvinne bringer en ubalanse inn i menneske-til-menneske-forholdet, og gjør jordmors tilstedeværelse, altså ”sykepleiehandlingen” (Travelbee, 1999), til et mål, i stedet for et middel til å nå målet om god omsorg.

Psykologisering kan brukes som et maktmiddel, ved konstant å lete etter et *egentlig* budskap bak det den andre sier/meddeler (Skjervheim, 1974). Dette skaper rom for mistillit til den andres handlinger. Dersom alt fødekvinne sier og gjør, av jordmor blir fortolket som frykt, mister kvinnen friheten til å ytre seg. Jordmor formidler mistillit til kvinnens integritet, som fører til at den fødende ikke blir tatt seriøst, eller vist tilstrekkelig respekt. Dette fungerer som en latterliggjøring, noe som kan virke nedbrytende for menneskets psykiske helse (Skjervheim).

Betoningen av brukermedvirkning blir stadig sterkere både i psykisk helsearbeid og fødselsomsorg, (Forbord, 2010; Pasientrettighetsloven- og brukerrettighetsloven, §3-1; Sørensen&Graff-Iversen, 2001; Tveråmo et al.2014), og tilsynelatende kan det settes likhetstegn mellom økt selvbestemmelse/brukermedvirkning og en god fødselsopplevelse (Forbord; Grimsrud, 2014). Særlig er spørsmål om brukermedvirkning som styrkende for kvinnen, fremtredende i diskusjoner om det formålstjenelige ved epiduralbedøvelse (Glaser, 2015; Blix&Eri, 2015).

At kvinner med sterk frykt for fødselen og traumatiske erfaringer har et ekstra stort behov for følelsesmessig stabilisering bør betones vedrørende slike diskusjoner, da Halvorsen&Nerum

(2013) har belyst at travle fødeavdelinger, der personalet har lite tid til fødekvinnene, samtidig har flere fødselsintervensjoner enn de mindre travle avdelingene. Empowerment er benevnelsen på den prosessen vedkommende er i, når hun effektivt mobiliserer ressurser til å håndtere utfordringer hun møter (Sørensen et al.2002). Å sette inn medisinske intervensjoner, kanskje under dekke av ”empowerment”, som et substitutt for menneske-til-menneske-forholdet, kan være farlig både for kvinnen og barnet. Funnene i denne studien viser at jordmødre opplever det vanskelig, om ikke sagt umulig, å stabilisere miljøet rundt kvinnen og bruke seg selv terapeutisk, når de ikke selv kan være til stede på grunn av travelhet. Ifølge Kirkham (2000 ifølge Blåka&Eri, 2008) og Hodnett et al.(2012) gir kontinuitet i oppfølgingen av kvinner i fødsel bedre støtte enn et fragmentert system, også dersom kvinnen selv opplever sin rett til selvbestemmelse/brukermedvirkning som tilfredsstillt. Å legge for stor vekt på det psykologiske, det være seg ”psykologisering” eller empowerment, kan medføre at jordmor foretar feilvurderinger i forhold til den fysiologiske fødselsprosessen, som potensielt kan føre til skade (Crabtree, 2008).

Flere studier har vist at hvor fornøyd en kvinne er med sin fødsel ikke kun avhenger av fravær av smerte (for eksempel med epiduralbedøvelse), og at mange kvinner er villig til å tolerere mye fødselssmerte, bare den ikke blir for overveldende (Enkin et al.2000, Grimsrud 2014, Hodnett et al.2012, Rachmawati 2012). Ifølge Enkin et al.(2000) gir ikke ikke-farmakologiske smertelindringsmetoder som varme, vann og leieendringer i kombinasjon med kontinuerlig oppfølging av pårørende, jordmor og/eller doula<sup>11</sup> noen, objektivt sett, bedre smertelindrende effekt enn epiduralbedøvelse. Disse smertelindringsmetodene har likevel vist seg å kunne være like hjelpsomme som epiduralbedøvelse, men uten å innebære de potensielle skadevirkningene farmakologien kan gi (Enkin et al.), kan hende på grunn av at jordmor, gjennom tilstedeværelse og terapeutisk bruk av seg selv som, kan støtte kvinnen slik at smerten *ikke* blir for overveldende, og straks oppdage det hvis den blir det.

Ut fra en fenomenologisk forståelse, kan vi si at kroppen er det redskapet vi forstår verden gjennom og utfra, og sett i lys av en slik forståelse, er det ikke formålstjenelig å dele fødselen opp i faser for å oppnå kontroll. Ved å forstå fødselen som en helhet med en egen rytme, kan

---

<sup>11</sup> Doula er en internasjonal betegnelse på en uavhengig medkvinne, ikke nødvendigvis med jordmorfaglig eller medisinsk utdanning, som er til stede for kvinnen under fødsel for å bidra med støtte og veiledning. Tiltaket er ikke spesielt vanlig i Norge, men av økende popularitet i andre deler av verden, som USA (dona.org).



jordmor bruke seg selv terapeutisk til å styrke kvinnen (empowering) til å delta i valg angående handling og behandling i fødselsprosessen (Blåka&Eri 2008). Det er å fremme medisinske interesser når enkeltfenomener ved kvinners psykiske helse, som frykt for fødsel, synes å tjene som indikatorer for sykdom (i dette tilfellet: smerte som *bør behandles*) uten at det i tilstrekkelig grad blir lyttet til individets opplevelse av sin helse og sykdom (Blåka, 2002; Blåka&Eri). Dersom kvinnens valg dreier seg om epiduralbedøvelse *eller* jordmors kontinuerlige tilstedeværelse, er det tilsynelatende lettere for mange å velge ”epidural”, siden mennesker synes å ha stor tro på teknologiske hjelpemidler (Lian, 2012).

Vi kan si at medisinske intervensjoner foretas i den hensikt å skulle hjelpe en kvinne med hennes følelsesmessige problem, når keisersnitt blir utført *på grunn av* kvinnens fødselsangst (Halvorsen&Nerum, 2013). Om vi forstår kvinnens frykt som symptom på underliggende psykisk lidelse, blir det urimelig å tro at keisersnitt kan tilbys som en slags behandling. I stedet signaliserer det kanskje overfor kvinnen at helsevesenet ikke ønsker å ha noe med hennes frykt å gjøre, og at god pleie, trøst og lindring ikke er noe som kan hjelpe henne. Dette bidrar til en fremmedgjøring av kroppen og et dualistisk menneskesyn (Thornquist, 2003).

Teknologi og kunnskap forutsetter hverandre, derfor kan jordmor gjennom en disiplinert intellektuell tilnærming til fødselsfaget og kvinners psykiske helse, være med og forebygge unødvendige intervensjoner, i tillegg til komplikasjoner og iartrogene sykdommer som oppstår på grunn av medisinsk behandling, (Lian, 2012, Thornquist, 2009).

Resultatene av denne studien viser at å hjelpe kvinnen til følelsesmessig stabilisering og å fremme normal fødsel er jordmors viktigste oppgaver i omsorgen for kvinner som opplever sterk frykt i fødselen. For jordmødre oppleves dette arbeidet som et utrolig krevende, men positivt innslag i deres arbeidshverdag. Selve identiteten som jordmor ligger i det å fremme den normale fødsel, og forebygge lidelse og skade. Arbeidet med kvinner med frykt for fødsel tillater jordmor ”å bruke litt mer enn det vanlige spekteret”, noe som tyder på at jordmors tilstedeværelse er en kontinuerlig læringsprosess, der fordommer settes i spill (Birkler, 2005) og muliggjør nye forståelser i lys av nye erfaringer. Ved å vinne nye erfaringer igjennom arbeidet med veldig utrygge kvinner i fødsel, kan en selv bli trygg som jordmor, på grunn av erfaringene det tilfører. Funnene tilsier at jordmødre med et bredt erfaringsgrunnlag evner å møte stadig nye variasjoner av det å være menneske gjennom menneske-til-menneske-forholdet, og dermed kunne øke sitt improvisasjonsrepertoar som jordmor. Jordmødre tilkjenne-

gir ydmykhet over å være til stede i kvinners eksistensielle drama, samtidig som de føler at de kommer til nytte som *de kan by på seg selv*. Studiens funn viser at når jordmor har høy mestringsforventning til egen evne til mellommenneskelig kontakt, og opplever at hun lykkes ved å bruke seg selv terapeutisk, kan vanskelig psykisk helsearbeid føre til menneskelig og faglig vekst, i tillegg til styrket identitet som jordmor (Travelbee, 1999). Dette stemmer overens med Banduras funn (1977) som tyder på at en opplever større mestringsevne når en virkelige har jobbet hardt for noe, enn om noe kommer av seg selv. Slike mestringsopplevelser er både attraktive og engasjerende for jordmødre, som for alle mennesker.

## 6.5 Metodiske overveielser

En styrke ved denne studien er at den bidrar i et kunnskapsfelt der det ikke foreligger så mange studier som fokuserer på jordmødres arbeid og utfordringer med kvinner som opplever sterk frykt under fødselsprosessen, og medikalisering samtidig problematiseres. Fordelen med kvalitative studier er, at de er hypotesegenererende av natur, og derfor kan fungere som utgangspunkt for nye studier som bidrar til kompetanse innen samme felt (Malterud 2013).

På grunn av studiens begrensede tilfang av data med bare fire informanter, kan funnene ikke generaliseres på samme måte som funn i studier med større populasjoner. Sannsynligheten for at noen jordmødre vil kunne kjenne seg igjen i de intervjuede jordmødrenes erfaringer, er likevel til stede, og gjør at studien kan ha en viss overføringsverdi. De nøyaktige beskrivelsene av metoden vil gjøre det mulig for andre forskere å gjennomføre den samme studien, dersom det skulle være et ønske. Resultatene av en slik studie ville dog ikke uten videre bli de samme, da informantene på et annet tidspunkt i livet sitt vil ha kommet til nye innsikter og forståelser, og derigjennom nye fordommer, slik at deres meninger og erfaringer vil ha endret seg.

Å kjenne terminologien, sjargongen og arbeidets rytme, er en styrke ved å forske på erfaringer innen sitt eget arbeidsfelt. Mange av utfordringene jordmødrene forteller om under intervju, har jeg selv kjennskap til, og kan derfor stille mer presise og relevante oppfølgings spørsmål,

enn om feltet var nytt for meg. Begrensningen dette fører med seg, vil imidlertid være at mine egne forståelser og fordommer, tidvis vil stå i veien for nye forståelser (Birkler, 2005).

Skulle jeg selv ha gjort studien på nytt, ville jeg intervjuet en bredere populasjon av jordmødre, og aller helst med arbeidssted både innenfor kvinneklinikk, fødeavdeling og jordmorstyrt fødeenhet. Det kunne vært spennende å se om dette ville gitt meg forståelse og kunnskap som jeg her har valgt bort.

## 7.0 Avslutning

### 7.1 Oppsummering

Denne kvalitative studien belyser de utfordringene jordmødre står ovenfor i møte med kvinner med sterk frykt knyttet til det å føde, ut fra et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv. Studiens utvalg har bestått av fire erfarne jordmødre, intervjuet med kvalitativt forskningsintervju ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Til analyse av intervjuene ble det benyttet systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013).

Det ble funnet tre overordnede kategorier som sorterer studiens funn, og som belyses av Travelbees teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie.

1) *Jordmødres observasjoner og utfordringer i praksis.* Jordmødrene gjør overordnede vurderinger av den fødende og hennes frykt. De utfordringer jordmor opplever i tilknytning til fødselsarbeidet, handler i stor grad om kvinnes vanskelige erfaringer og mestringsstrategier.

2) *Jordmødres terapeutiske bruk av seg selv.* Jordmødrene identifiserer fire redskaper i arbeidet med å fremme et menneske-til-menneske-forhold til kvinnen. De redskapene jordmor benytter og bruker seg selv terapeutisk ved hjelp av, er tilstedeværelse og mot til å stå i det, dialog, tro på kvinnes mestring og samarbeid med kollegaer.

3) *Følelsesmessig stabilisering og fremming av normal fødsel.* Arbeidet med fødende som frykter for fødselen er krevende, og det oppleves som en balansegang å fremme psykisk helse og samtidig motvirke medikaliserende holdninger. Likevel opplever jordmødrene at dette fødselsarbeidet fremmer en arbeidsglede som danner basis for deres yrkesidentitet.

Studien viser at jordmødre arbeider målrettet for å forebygge og redusere kvinners opplevelse av frykt i fødselsprosessen gjennom terapeutisk bruk av seg selv og etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Dette antas å kunne fremme kvinners psykiske helse under

og etter fødsel gjennom å bidra til følelsesmessig stabilisering og fremming av den normale fødselsprosessen.

## 7.2 Implikasjoner for praksis

Traumatisk opplevelse av fødselen er å forstå som en komplikasjon til fødsel som, foruten å bidra til psykisk lidelse for kvinnen og hennes familie, kan se ut til å motvirke normale fødsler og medvirke til økende medikalisering av fødselsomsorgen (Lukasse et al.2014; Lian, 2012).

I et folkehelseperspektiv er det i fødselsøyemed nødvendig å etterstrebe en ivaretagelse av kvinner som motvirker traumatiske fødselsopplevelser, konsekvenser av disse, samt konsekvenser av andre traumatiske erfaringer under fødsel. Funnene i denne studien peker mot at jordmødres kontinuerlig tilstedeværelse hos kvinnene fremmer framveksten av menneske-til-menneske-forholdet, der jordmor gjennom terapeutisk bruk av seg selv kan støtte kvinnen og på den måten fremme normal fødsel, god psykisk helse og motvirke en traumatisk opplevelse av fødselen.

Gjennom å støtte kvinnens opplevelse av mestring under det normale fødselsarbeidet, kan jordmor bidra til å motvirke framvekst av frykt for fødsel. Ved å benytte kollegaveiledning for å styrke jordmors evne til å bruke seg selv terapeutisk i fødselsarbeidet i tillegg til å fremme kunnskap om psykisk helse, kan vi bedre kvalitetssikre jordmorarbeidet i forhold til en sårbar gruppe fødende. Veiledning kan for eksempel skje en-til-en, eller gruppevis, gjerne jordmorledet.

En implikasjon fra denne studien vil således være å tilby flere jordmødre relevant videreutdanning innen veiledning og/eller psykisk helse, for å kunne danne arenaer for kollegaveiledning. Med økt fokus på ivaretagelse av kvinners psykiske helse også under fødsel, vil det dessuten være behov for jordmødre med nevnte videreutdanning for å kunne tilby rådgivning til kvinner i perinatalperioden, blant annet de som opplever frykt for fødsel.

Denne studien kan bidra til å synliggjøre konsekvensene av traumatisering og vanskelige fødselsopplevelser, for å fremme en ressursbruk i fødeavdelingen som samsvarer med behovet sårbare kvinner har for en kontinuerlig oppfølging under aktiv fødsel.

### 7.3 Videre forskning

Det vil være hensiktsmessig at framtidens forskning fokuserer på hvordan man best kan ivareta kvinner og familier som opplever sterk frykt for fødsel på bakgrunn av traumatiseringer eller negative fødselsopplevelser. Betydningen av medikaliserende holdninger overfor sårbare fødende og deres familier, kan også være et fruktbart fokusområde. Det er nødvendig med videre forskning rundt kvinners psykiske helse i perinatalperioden generelt, for å kunne motvirke sykeliggjørende tendenser rundt normale svangerskapsforandringer, i tillegg til å kvalitetssikre ressursfordelingen samt jordmors arbeid i fødeavdelingen. Det vil dessuten være av betydning å forske ut fra kvinnes erfaringsperspektiv, gjerne ved hjelp av kvalitative forskningsintervju.

## Litteratur master

American Psychiatric Association – APA. Psychiatry.org

Backe, Bjørn, Aase Serine Pay, Atle Klovning og Sverre Sand (2014). *Svangerskapsomsorg*. I: Veileder i fødselshjelp. Norsk Gynekologisk forening.

Bandura, Albert (1977). *Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. I: Psychological Review, Vol.84, No.2, s.191-215. (24 sider)

Beck, Cheryl Tatano, Jenna LoGiudice og Robert Gable (2015). *A Mixed-Methods Study og Secondary Traumatic Stress in Certificated Nurse-Midwives: Shaken Belief in the Birth Process*. I: Journal of Midwifery and Women's Health, Vol 60, nr.1, s.16-23. (7 sider)

Bergsjø, Per, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim (red.) (2004). Obstetikk og gynekologi. Gyldendal akademisk forlag, Oslo.

Berge, Torkil og Arne Repål (2008). Håndbok i kognitiv terapi. Gyldendal akademisk, Oslo.

Birkler, Jacob (2005). Vitenskapsteori – En grundbog. Munksgaard Danmark, København.

Blix, Ellen (2010). *Ulike syn på svangerskap og fødsel*. I: Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Akribe, Oslo.

Blix, Ellen og Tine Schauer Eri (2015). Fødselssmerter er mestring. NRK Ytring.

Blåka, Gunnhild (2002). Grunnlagstenkning i et kvinnefag. Teori, empiri og metode. Fagbokforlaget, Bergen.

Blåka, Gunnhild og Tine Eri (2008). *Doing midwifery between different belief systems*. Midwifery, 24 (3): 344-52

Blåka Sandvik, Gunnhild (1997). Moderskap og fødselsarbeid. Fagbokforlaget, Bergen.

Bokmålsordboka (2015). [www.nob-ordbok.uio.no](http://www.nob-ordbok.uio.no)

Brean, Are (2015). *Jakten på diagnosen*. I: Tidsskrift for Den norske Legeforening, Vol.135, Nr.5, s.409.

Brudal, Lisbeth (2000). Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid. Fagbokforlaget, Bergen.

Crabtree, Sue (2004). *Midwives constructing "normal birth"*. I: Downe, Soo, Normal Childbirth. Evidence and Debate. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Cullberg, Johan (1999). Dynamisk psykiatri. Tano Aschehoug, Oslo.

Dahl, Nina Nygård (2011). Kvinneres psykiske helse i overgangen til foreldreskapet. Betydningen av mestringsforventning for tilfredshet i parforholdet og fødselsdepresjon. Master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi, Universitetet i Bergen

Dahlen Hannah Grace og Shea Caplice (2014). *What do midwives fear?* I: Women and Birth, Vol.27 (4): 266-70.

Dick Read, Grantly (1959). Childbirth without Fear. Pollinger in Print, London.

Dona International, Internasjonal doulaforening, Chicago. [dona.org](http://dona.org)

Downe, Soo (2004). *Care in the Second Stage of Labour*. I: Maye's Midwifery. A Textbook for Midwives. Ballière Tindall, Edinburgh.

Enkin, Murray, Marc Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Leila Duley, Ellen Hodnett og Justus Hofmeyr (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford University Press, Oxford.



Eriksson, Carola, Göran Westman og Katarina Hamberg (2006). *Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women and Men – Analysis of an Open-Ended Question*. I: Journal of Midwifery and Women's Health, Vol 51 (2): 112-118.

Fenwick, Jennifer, Jenny Gamble, Debra K. Creedy, Anne Buist, Erika Turkstra, Anne Sneddon, Paul A. Schuffham, Elsa L. Ryding, Vivian Jarrett og Jocelyn Toohill (2013). *Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention*. I: BMC Pregnancy and Childbirth, nr.13, s.190,

Folkehelseinstituttet (2009). Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv. Folkehelseinstituttet, Oslo.

folkehelseinstituttet.no (2012) *Fødselsangst rammer ikke bare psykisk sårbare kvinner*. (Gjennomlesningsdato 30.01.15.)

Forbord, Solfrid (2010). Jordmødres refleksjoner vedrørende samhandling med fødekvinnen ved valg av epiduralbedøvelse – en kvalitativ studie. Masteroppgave ved Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo.

Gjernes, Trude (2004). *Helsemodeller og forebyggende helsearbeid*. I: Sosiologisk tidsskrift, nr.2. (16 sider)

Glad, Kristin Alve, Carolina Øverlien og Grete Dyb (2010). *Forebygging av fysiske og seksuelle overgrep mot barn – En kunnskapsoversikt*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, nkvt.no.

Glaser, Eliane (2015). *The cult of natural childbirth has gone too far*. theguardian.com

Grimsrud, Elisabeth (2014). Fødselsopplevelser – hva synes å bidra til at de blir en negativ erfaring? Master of Public Health, Nordic School of Public Health NHV, Göteborg.

Hall, Jennifer (2004). *Birth and spirituality*. I: Soo Downe Normal Childbirth. Evidence and Debate, Churchill Livingstone, Edinburgh.

Halvorsen, Lotta, Hilde Nerum, Pål Øian og Tore Sørli (2008). *Er det sammenheng mellom psykiske belastninger og ønske om keisersnitt?* I: Tidsskrift for Den norske legeforening, Vol.128, Nr.12, s.1388-91.

Halvorsen, Lotta, Hilde Nerum, Tore Sørli og Pål Øian (2010). *Does counsellor's attitude influence change in a request for cesarean in women with fear of birth?* I: Midwifery, Nr.26, s.45-52.

Halvorsen, Lotta og Hilde Nerum (2013). Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep. Avhandling levert for graden Philosophiae Doctor, Tromsø.

Häger, Renate, Toril Kolås, Zarko Novakovic, Dorthe Fuglenes og Thorbjørn Steen (2014). *Keisersnitt*. I: Veileder i fødselshjelp. Norsk Gynekologisk forening.

Helsedirektoratet (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo.

Helsedirektoratet (2011). ICD-10, Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. Revisjon, med tillatelse fra WHO.

Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, R-BUP (Regionsentre for barn og unges psykiske helse), RVTS (Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging), De regionale kompetansesentrene på rusfeltet, Bufetat (Barne-, ungdoms- og familieetaten) og NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress) (2012). Tidlig intervensjon ved vansker knyttet til psykisk helse, rusmidler og vold i nære relasjoner. Opplæringsprogrammet i bruk av kartleggingsverktøy og samtalemotodikk i møte med gravide og småbarnsforeldre.

Helsedirektoratet (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Oslo.

Henriksen, Tore, Heidi Overrein, Kristin Kardell, Kristin Skogøy (2014). *Adipositas og svangerskap/fødsel*. I: Veileder i fødselshjelp. Norsk Gynekologisk forening.

Herheim, Åste og Kari Langholm (2006). Psykisk helsearbeid – teorier og arbeidsmåter. Damm & søn, Oslo.

Hildingsson, Ingegerd (2014). *Swedish couples' attitudes towards birth, childbirth fear and birth preferences and relation to mode of birth – A longitudinal cohort study*. I: Journal of Sexual and Reproductive Healthcare, Nr.5, s.75-80.

Hodnett, Ellen, Simon Gates, Justus Hofmeyr og Carol Sakala (2012). Continuous support for women during childbirth (review). The Cochrane Collaboration, Wiley publishers, Ontario.

Hokland, Marit (2006). *Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer?* I: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 43; nr.11; s.1150-1158.

Holte, Arne (2012). *Ti prinsipper for forebygging av psykiske lidelser*. I: Tidsskrift for Norsk psykologforening, nr.49, s.693-695. (3 sider)

International Council of Midwives - ICM (2011) [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org) (gjennomlesingsdato 20.02.15).

Intenational Council of Nurses – ICN (2014). [www.icn.ch](http://www.icn.ch) (gjennomlesningsdato 26.04.15)

Johanson, Richard, Mary Newburn og Alison Macfarlane (2002). *Has the medicalisation of childbirth gone too far?* I: The British Medical Journal, Nr.324, s.892.

Killén, Kari (2012). Profesjonell utvikling og faglig veiledning – Et fellesfaglig perspektiv. Gyldendal akademisk, Oslo.

Kirkengen, Anna Luise (2009). Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget, Oslo. (213 sider)

Kongslien, Sigrun (2010). Jordmorfag – tradisjon, handverk og kunnskap. Kvar står vi, og kor går vegen vidare? Masteroppgave i praktisk kunnskap, Senter for praktisk kunnskap, Profesjonshøgskolen i Bodø.

Kraft, Siv Ellen (2005). Den ville kroppen. Tatoveringer, piercing og smerteritualer i dag. Pax forlag, Oslo.

Kvale, Svein og Svend Brinkmann (2010). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal akademisk, Oslo.

Leap, Nicky og Tricia Anderson (2004). *The role of pain in normal birth and the empowerment of women*. I: Soo Downe Normal Childbirth. Evidence and Debate, Churchill Livingstone, Edinburgh.

Leap, Nicky og Nadine Edwards (2006). *The politics of involving women in decision making*. I: The new Midwifery. Science and Sensitivity in Practice. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia.

Lian, Olaug (2012). *Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner*. I: Tjora, Aksel (red.), Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling. Gyldendal akademisk, Oslo.

Liljeröth, Pia (2009). Rädsla inför förlossningen – ett uppenbart klinisk problem? Konstruktionen av förlossningsrädsla som medicinsk kategori. Åbo akademis förlag, Åbo.

Loem, Geir (2006). Samspill i psykisk helsearbeid. Forståelse, kommunikasjon og samhandling med psykisk syke. Cappelen akademisk forlag, Oslo.

Lov om pasient-og brukerrettigheter (pasient- og burkerrettighetsloven) LOV-1999-07-02-63.  
www.lovdato.no

Lukasse, Mirjam, Siri Vangen, Pål Øian, Merethe Kumle, Elsa Lena Ryding og Berit Schei på vegne av Bidens Study Group (2010). *Childhood Abuse and Fear of Childbirth – a Population-based Study*. I: Birth, 37:267-274.

Lukasse, Mirjam, Berit Schei og Elsa Lena Ryding på vegne av Bidens study group (2014). *Prevalens and associated factors of fear of childbirth in six European countries*. I: Journal of Sexual and Reproductive Healthcare, nr.5, s.99-106.

Løgstrup, Knud E. (1991). Den etiske fordring. Gyldendal, København.

Laache, Ingebjørg (2010). *Tilstander som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid*. I: Brunstad, Anne og Eva Tegnander (red.) Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Akribe, Oslo.

Malterud, Kristi (2013). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Universitetsforlaget, Oslo.

Malterud, Kirsti (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. I: Tidsskrift for Den norske legeforening, 25:2468-72.

Martinsen, Kari (red.) (1993). Den omtenkssomme sykepleier. Tano, Oslo.

Medisinsk fødselsregister – Mfr (2012 og 2011). Årstabeller for Medisinsk fødselsregister. Fødsler i Norge. Folkehelseinstituttet, Oslo.

Molne, Kåre og Tore Henriksen (2004). *Avvikende fødsler, komplikasjoner og intervensjoner*. I: Bergsjø, Per, Jan Martin Maltau, Kåre Molne og Britt-Ingjerd Nesheim (red.), Obstetrikk og gynekologi. Gyldendal akademisk, Oslo.

Moxnes, Paul (2009). Hva er ANGST? Universitetsforlaget, Oslo.

Nerum, Hilde, Lotta Halvorsen, Pål Øian, Tore Sørli, Birgit Straume og Ellen Blix (2009). *Birth outcomess in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study*. I: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol.117, s.288-294.

Nerum, Hilde, Lotta Halvorsen, Birgit Straume, Tore Sørli og Pål Øian (2012). *Different labour outcomes in primiparous women that have ubjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in a clinical cohort*. I: British Journal of Obstetrics and Gynaecology.

Nilsson, Christina og Ingela Lundgren (2009). *Women's lived experience of fear of childbirth*. I: Midwifery, nr.25.

Norges offentlige utredninger NOU (2005). Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helse-tjeneste. Nr.3, 1.februar.

Nortvedt, Per og Harlad Grimen (2004). Sensibilitet og refleksjon. Gyldendal akademisk, Oslo.

Nygaard, Karen Kollien (2011). *Ikke all empati er empatisk*. I: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol.48, nr.6, s.566-567.

Olsson, P, L. Jansson og A Nordberg (2000). *A qualitative study of childbirth as spoken about in midwives' ante- and postnatal consultations*. I: Midwifery, Vol.16, nr.2, s.123-134.

Pairman, Sally 2006. *Midwifery partnership: Working 'with' women*. I: Page, Lesley Ann og Rona McCandlish (red.), The New Midwifery. Science and Sensitivity in Practice. Churchill Livingstone Elsevier, Philadelphia.

Polit, Denise og Cheryl Beck (2012). Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia.

Rachmawati, Imami Nur (2012). *Maternal reflection on labour pain management and influencing factors*. I: British Journal of Midwifery, Vol 20, No.4, s.263-270.

Rishaug, Karen Irene (2011). *Overvekt gir fødselskomplikasjoner*. I: Sykepleien Nr.2, s.55-57.

Romm, Kristin Lie (2015). *Psykiatrisk diagnostikk – en krevende øvelse*. I: Sykepleien, nr.3, s.100-101.

Rouhe, H, K Salmela-Aro, M Gissler, E Halmesmäki og T Saisto (2011). *Mental health problems common in women with fear of childbirth*. I: British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol.118, Nr.9, s.1104-1111.

Ryding, Elsa Lena, Åsa Persson, Cecilia Onell og Linda Kvist (2003). *An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth*. I: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Nr.82, s.10-17.

Raaheim, Arild (2002). Sosialpsykologi. Fagbokforlaget, Bergen.

Salicath Halvorsen, Grete (2008). *Relasjonen mellom hjelper og hjelpesøkende. Hva gjør den virksom?* I: Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. Nr 2: 4.årgang.

Salomonsson, Birgitta (2012). Fear is in the air. Midwives' perspectives of fear of childbirth and childbirth self-efficacy and fear of childbirth in nulliparous pregnant women. Linköping University, Faculty of Health Sciences, Linköping.

Salomonsson, Birgitta, Klaas Wijma og Siw Alehagen (2008). *Swedish midwives perceptions of fear of childbirth*. I: Midwifery, Vol.10, Nr.26(3), s.327-37.

Sand, Anne Marit (2006). *Den gode kliniske samtale – refleksjoner med utgangspunkt i vitenskapsfilosofen Hans Skjervheim*. I: Sykepleien Forskning, Nr.1, s.52-55.

Sieber, Sandra, Nicole Germann, Aline Barbir og Ulrike Ehlert (2006) *Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women*. I: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Vol.85, nr.10, s.1200-1207.

Simkin, og Klaus (2004). When Survivors give Birth, Classic Day Publishing, Seattle.

Skjervheim, Hans (1974). Deltakar og tilskodar. Skriftserie nr.6, Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.

Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke (red.) (2010). Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn. Gyldendal akademisk, Oslo.

Spydslaug, Anny Elisabeth, Elham Baghestan, Katariina Laine, Stig Norderval og Ingrid Petrikke Olsen (2014). *Perinealruptur*. I: Veileder i fødselshjelp. Norsk Gynekologisk forening.

Store Norske leksikon, snl.no

Storli, Sissel Lisa (2006) *Om å se bort fra eiendommeligheter ved fenomener. I: Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsfenomenologiske bidrag.* Høyskoleforlaget, Oslo.

Stortingsmelding - St.mld.nr.12 (2008-09). En gledelig begivenhet.

Størksen, Hege, Malin Eberhard-Gran, Susan Garthus-Niegel og Anne Eskild (2011). *Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression.* I: Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. Vol.11, nr.91(2), s.237-242

Sørensen, M og S. Graff-Iversen (2001). *Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?* I: Tidsskrift for Den norske legeforening, Årg.121, nr.6, s.720-4.

Sørensen, M, S. Graff-Iversen, K.-T. Haugstvedt, T. Enger-Karlsen, I. G. Narum og A. Nybø (2002). *“Empowerment” i helsefremmende arbeid.* I: Tidsskrift for Den norske legeforening, Årg.122, nr.26, s.2379 – 83

Talbot, Rebecca (2012). *Self-efficacy: women’s experiences of pain in labour.* I: British Journal of Midwifery, Vol 20, No.5, s.317-321.

Thornquist, Eline (2003). Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Fagbokforlaget, Bergen.

Thornquist, Eline (2009). Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helse-tjenesten. Gyldendal akademisk, Oslo.

Tjora, Aksel Hn (2003). *Teknologisk medikalisering? Om den medisinske sosiologiens interesse for medisinsk teknologi.* I: Sosiologi i dag, Årgang 33; nr.2; 51-74.

Travelbee, Joyce (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Gyldendal akademisk forlag, Oslo. (287 sider)



Tveråmo, Aksel, Ine Baug Johnsen og Eivind Meland (2014). *En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis*. I: Tidsskrift for Den norske legeforening nr 22, 134, 2174-2176.

Ulvund, Ingeborg (2010). *Fødselssmerte og smertelindring*. I: Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde. Akribe, Oslo.

Varvin, Sverre (2010). *Overgrep og traumatisering*. I: Skårderud, Finn, Svein Haugsgjerd og Erik Stånicke (red.) Psykriatiboken Sinn – kropp – samfunn. Gyldendal akademisk, Oslo.

Vatne Solfrid. Korrigere og anerkjenne – relasjonens betydning i miljøterapi

Vetlesen, Arne Johan (2012). *Forord*. I: På helsa løs. Økonomifokuset i norske sykehus. Emilia forlag, Oslo.

Wadhwa, Pathik, Curt Sandman, Manuel Porto, Chrisitne Dunkel-Schetter og Thomas Garite (1993). *The association between prenatal stress, low birth weight and gestational age at birth: A prospective investigation*. I: American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol.169, nr.4, s. 858-864.

Waldenström, U, I Hildingsson og E.L Ryding (2006). *Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth*. I: British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol.113, Nr.6, s.638-46

Walsh, Denis (2004). *Care in the First Stage of Labour*. I: Maye's Midwifery. A Textbook for Midwives. Ballière Tindall, Edinburgh.

World's Health Organization - WHO, Technical Working Group (2008). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. I: Birth, vol.24: issue 2: 121-123.

World's Health Organization – WHO (1993). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research, Geneve.

### **Vedlegg 3 - Informasjonsskriv med samtykkeerklæring - avdelingsledelse**

#### **Forespørsel til avdelingsledelsen om intervju med jordmødre ansatt i avdelingen**

Jeg holder nå på med min mastergradsoppgave i Psykisk helse ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. I den forbindelse ønsker jeg å intervju seks jordmødre, med mer enn 3 års erfaring i yrket, som arbeider i føde/barsel-avdelingen ved UNN. Intervjuundersøkelsen vil utgjøre datagrunnlaget i masteroppgaven.

Arbeidstittel på studien: Jordmors handlingsberedskap i møte med kvinner med fødselsangst i aktiv fødsel

Problemstilling: Hvilken handlingsberedskap erfarer jordmødre at det er viktig å ha med seg i møte med kvinner med fødselsangst under fødsel, og hvilke behov opplever jordmødrene at kvinnen har og uttrykker?

Bakgrunn for og hensikt med studien: Oppmerksomheten rundt fødselsangst synes å ha vokst de siste tiårene. Flere kvinner er åpne om sin fødselsangst og mange kvinner opplever at jordmors erfaringer med denne problematikken hjelper dem gjennom fødselen. Bakgrunnen for og hensikten med at jeg ønsker å snakke med nettopp jordmødre om dette temaet er, er å ta rede på noe av den kunnskapen de har om fødselsangst og hvordan de bringer dette inn i arbeidet sitt. Jeg ønsker å fokusere på samarbeidet mellom jordmødrene og fødekvinnene. Mitt håp er at dette vil være med på å øke forståelsen for hva jordmødre selv anser som viktige tema og problemstillinger i arbeid med kvinner med fødselsangst, både blant oss jordmødre, hos jordmorstudenter, nære samarbeidspartnere og ellers i samfunnet.

Hva studien innebærer: Deltakelse i studien innebærer et intervju med undertegnede på 1-2 timers varighet.

Mulige fordeler og ulemper av deltakelse: Ingen.

Hva som skjer med informasjonen jordmødrene har gitt: Jeg forholder meg til de regler om oppbevaring og makulering av datamateriale som sykehusets personvernombud og Universitetet i Tromsø foreskriver. Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i ”Bakgrunn for og hensikt med studien”. Intervjuobjektene anonymitet vil bli

ivaretatt gjennom hele undersøkelsen og i publiseringen av arbeidet. Eksamen planlegges avlagt våren 2014. Lydfilene blir slettet og de utskrevne intervjuene blir makulert når studien er ferdigstilt.

Frivillig deltakelse: Jordmødrene deltar frivillig i undersøkelsen, og mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å være med.

Tusen takk for deres velvillighet!

## Samtykkeerklæring

Det godkjennes herved at .....  
foretar en planlagt intervjuundersøkelse blant utvalgte jordmødre i vår føde/barselavdeling.  
Deltakelsen er frivillig, og informantene mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å  
delta.

Underskrift leder

Sted/Dato

Jeg har gitt både skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen.

Underskrift forsker

Sted/Dato

## **Vedlegg 4 - Informasjonsskriv med samtykkeerklæring - jordmødre**

### **Forespørsel om intervju om jordmors arbeid med kvinner med fødselsangst i aktiv fødsel**

Arbeidstittel på studien: Jordmors handlingsberedskap i møte med kvinner med fødselsangst i aktiv fødsel

Problemstilling: Hvilken handlingsberedskap erfarer jordmødre at det er viktig å ha med seg i møte med kvinner med fødselsangst under fødsel, og hvilke behov opplever jordmødrene at kvinnen har og uttrykker?

Bakgrunn for og hensikt med studien: Oppmerksomheten rundt fødselsangst synes å ha vokst de siste tiårene. Flere kvinner er åpne om sin fødselsangst og mange kvinner opplever at jordmors erfaringer med denne problematikken hjelper dem gjennom fødselen. Bakgrunnen for og hensikten med at jeg ønsker å snakke nettopp med deg om dette temaet, er å ta rede på noe av den kunnskapen du som jordmor har om fødselsangst og hvordan du bringer dette inn i arbeidet ditt. Jeg ønsker å fokusere på samarbeidet mellom deg som jordmor og fødekvinnen. Mitt håp er at dette vil være med på å øke forståelsen for hva jordmødre selv anser som viktige tema og problemstillinger i arbeid med kvinner med fødselsangst, både blant oss jordmødre, hos jordmorstudenter, nære samarbeidspartnere og ellers i samfunnet.

Du er valgt til å delta i denne undersøkelsen på bakgrunn av din erfaring som jordmor gjennom mer enn 3 år. Intervjuundersøkelsen utgjør datagrunnlaget for min mastergradsoppgave i Master i Psykisk helse ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Mastergradsoppgaven vil være en analyse av opptil seks intervju av jordmødre.

Hva studien innebærer: Deltakelse i studien innebærer at jeg gjennomfører et intervju på 1-2 timers varighet med deg.

Mulige fordeler og ulemper av deltakelse: Du kan få nye refleksjoner i ettertid.

Hva som skjer med informasjonen om deg og det du har fortalt: Jeg har søkt om tillatelse hos

avdelingsledelsen til å intervju deg som ansatt ved sykehuset. Jeg forholder meg til de regler om oppbevaring og makulering av datamateriale som sykehusets personvernombud og Universitetet i Tromsø anbefaler. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i ”Bakgrunn for og hensikt med studien”.

Intervjuet blir tatt opp på lydfil, transkribert og bearbeidet. Jeg vil sikre din anonymitet gjennom hele undersøkelsen og i publiseringen av arbeidet. Opplysningene om deg blir behandlet uten navn og personnummer, og et fiktivt navn knytter deg til dine opplysninger. Det kommer bare til å være jeg som kjenner til din identitet, og som kan finne tilbake til deg. Eksamen planlegges avlagt våren 2014. Lydfilene blir slettet og de utskrevne intervjuene blir makulert når studien er ferdigstilt.

Frivillig deltakelse: Du deltar i undersøkelsen av fri vilje, og mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å være med. Før publisering kan du når som helst, og uten begrunnelse, trekke deg fra deltakelsen og be om at dine data blir slettet.

Tusen takk for din deltakelse! Jeg håper du finner prosjektet mitt interessant. Vær vennlig å fylle ut vedlagt samtykkeerklæring og returner denne til meg.

## **Samtykkeerklæring - deltakelse i mastergradsprosjektet**

Jeg (skriv navnet ditt her).....

har fått både muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsen og takker ja til å delta i intervjuundersøkelsen. Min deltakelse er frivillig, og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å delta.

Underskrift informant

Sted/Dato

Jeg har gitt både skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen.

Underskrift forsker

Sted/Dato

## **Vedlegg 5 - Intervjuguide**

Presentasjon:

Min bakgrunn

Hvordan jeg tenker å gjennomføre intervjuet

Klargjøring av situasjonen: Informanten kan snakke fritt, mens jeg forholder meg løselig til intervjuguiden, kommer med noen innvendinger og tar noen notater undervegs.

Eventuelle spørsmål før intervjuet starter.

### **Problemstilling:**

Hvilken handlingsberedskap erfarer jordmødre at det er viktig å ha med seg i møte med kvinner med fødselsangst under fødsel, og hvilke behov opplever jordmødrene at kvinnen har og uttrykker?

Kan du fortelle litt om dine forventninger til kvinner med fødselsangst i fødsel?

Erfarer du noen forskjell i ivaretakelsen av kvinner som har gått til oppfølging for fødselsangst i svangerskapet kontra de som ikke har hatt oppfølging?

Bruk av ønskebrev

Hva samtaler kvinnene med deg om?

Hvordan samtaler du?

Hvilke støttende handlinger opplever du at kvinner med fødselsangst har behov for i aktiv fødsel?

Erfarer du at det er forskjell på hvordan kvinnene oppfører seg eller opplever sin fødselsangst avhengig av bakenforliggende sårbarhet?

På hvilken måte?

Setter dette ulike krav til din handlingskompetanse?

Hva innebærer det for jordmor å arbeide ressursorientert i fødsel?



## MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjektittel		
Tittel	Jordmors erfaringer og utfordringer i møte med kvinner som viser sterke angstuttrykk eller angstliknende symptomer i aktiv fødsel	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Tromsø	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Gunn	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.
Etternavn	Pettersen	
Akademisk grad	Doktorgrad	Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.
Stilling	Førstemanuensis	
Arbeidssted	UiT Norges arktiske universitet	
Adresse (arb.sted)	Det helsevitenskapelige fakultet MH-bygget I	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Postnr/sted (arb.sted)	9019 Tromsø	
Telefon/mobil (arb.sted)	77660669 /	
E-post	gunn.pettersen@uit.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Gunnhild Bjorvand	
Etternavn	Skoglund	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Finnlandsveien 5	
Postnr/sted (privatadresse)	9101 Kvaløysletta	
Telefon/mobil	97545070 /	
E-post	hogunnhild@hotmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	<p>Formålet med oppgaven er å samle kunnskap om jordmødres erfaringer, utfordringer og handlinger i ivaretagelsen av kvinner med sterke angstliknende symptomer i fødsel.</p> <p>Dette vil kunne bidra til å forebygge fødselsangst blant den fødende befolkning, samt å styrke den kliniske kompetansen hos jordmødre og jordmorstudenter.</p> <p>Problemstilling: Hvilke erfaringer har jordmødre med kvinner som under den aktive delen av fødselen viser sterke angstuttrykk eller angstliknende symptomer knyttet til fødselsprosessen?</p>	<p>Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.</p> <p>Maks 750 tegn.</p>
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enkel institusjon</li> <li>○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt</li> <li>○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt</li> </ul>	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
<b>7. Utvalgsbeskrivelse</b>		
Utvalget	Det vil bli foretatt intervjuer med et representativt utvalg av jordmødre ved et universitetssykehus.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Rekruttering fra eget nettverk gjennom henvendelse fra studenten selv til de aktuelle kandidatene. Frivilligheten i deltakelsen blir understreket.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Studenten selv oppretter førstegangskontakt muntlig/personlig. Deltakere som takker ja til å la seg intervjuer får informasjonsskriv.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.  Les mer om dette på våre temasider.
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	6 personer	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja ○ Nei ●	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
<b>8. Metode for innsamling av personopplysninger</b>		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar		
<b>9. Datamaterialets innhold</b>		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Intervjuguide	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.  NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja ○ Nei ●	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er

Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja ● Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.  Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Hvis ja, hvilke?	yrke, arbeidssted, uttalelser fra den enkelte informant	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei ●	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei ●	
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
<b>10. Informasjon og samtykke</b>		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.  Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.  Last ned vår veiledende mal til informasjonsskriv
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
<b>11. Informasjonssikkerhet</b>		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja ● Nei ○	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Den oppbevares i mitt arkiv, i et låsbart skap hjemme som kun jeg har adgang til, atskilt fra øvrige notater, opptak og arbeid.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei ●	

Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.  Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.  Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Datamaskintilgangen i de bærbare enhetene (bærbar datamaskin og mobiltelefon) er beskyttet med brukernavn og passord og står i et låsbart rom. Utskrifter og opptak oppbevares i et låsbart rom.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke	Mobiltelefon, bærbar datamaskin. Når opptaket	NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres  Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
<b>12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser</b>		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja ● Nei ○	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?	Undertegnede har søkt ledelsen i avdelingen der informantene jobber om tillatelse og konferert med sykehusets personvernombud.	
<b>13. Prosjektperiode</b>		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.01.2014	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.
	Prosjektslutt:31.12.2015	Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.  Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Opptak skal slettes når de er transkribert. De transkriberte filene skal slettes når prosjektet avsluttes. Eventuelle utskifter skal makuleres, slik at det kun er den ferdige oppgaven som står tilbake, og der skal informantene være tilstrekkelig anonymisert.	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.  Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Les om arkivering hos NSD
<b>14. Finansiering</b>		
Hvordan finansieres prosjektet?	mastergradsprosjekt, privat finansiering.	
<b>15. Tilleggsopplysninger</b>		
Tilleggsopplysninger		
<b>16. Vedlegg</b>		
Antall vedlegg	2	

Gunn Pettersen  
Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

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

Vår dato: 10.01.2014

Vår ref: 36841 / 2 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36841	<i>Jordmors erfaringer og utfordringer i møte med kvinner som viser sterke angstuttrykk eller angstliknende symptomer i aktiv fødsel</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Gunn Pettersen</i>
Student	<i>Gunnhild Bjorvand Skoglund</i>

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, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. 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, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no

Kopi: Gunnhild Bjorvand Skoglund hogunnhild@hotmail.com



## Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 36841

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Det legges til grunn at det ikke framkommer opplysninger som kan identifisere 3. personer (f.eks kvinner i fødsel) under intervjuene.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal i henhold til prosjektmeldingen avsluttes 31.12.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



### **Vedlegg 3 - Informasjonsskriv med samtykkeerklæring - avdelingsledelse**

#### **Forespørsel til avdelingsledelsen om intervju med jordmødre ansatt i avdelingen**

Jeg holder nå på med min mastergradsoppgave i Psykisk helse ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. I den forbindelse ønsker jeg å intervju seks jordmødre, med mer enn 3 års erfaring i yrket, som arbeider i føde/barsel-avdelingen ved UNN. Intervjuundersøkelsen vil utgjøre datagrunnlaget i masteroppgaven.

Arbeidstittel på studien: Jordmors handlingsberedskap i møte med kvinner med fødselsangst i aktiv fødsel

Problemstilling: Hvilken handlingsberedskap erfarer jordmødre at det er viktig å ha med seg i møte med kvinner med fødselsangst under fødsel, og hvilke behov opplever jordmødrene at kvinnen har og uttrykker?

Bakgrunn for og hensikt med studien: Oppmerksomheten rundt fødselsangst synes å ha vokst de siste tiårene. Flere kvinner er åpne om sin fødselsangst og mange kvinner opplever at jordmors erfaringer med denne problematikken hjelper dem gjennom fødselen. Bakgrunnen for og hensikten med at jeg ønsker å snakke med nettopp jordmødre om dette temaet er, er å ta rede på noe av den kunnskapen de har om fødselsangst og hvordan de bringer dette inn i arbeidet sitt. Jeg ønsker å fokusere på samarbeidet mellom jordmødrene og fødekvinnene. Mitt håp er at dette vil være med på å øke forståelsen for hva jordmødre selv anser som viktige tema og problemstillinger i arbeid med kvinner med fødselsangst, både blant oss jordmødre, hos jordmorstudenter, nære samarbeidspartnere og ellers i samfunnet.

Hva studien innebærer: Deltakelse i studien innebærer et intervju med undertegnede på 1-2 timers varighet.

Mulige fordeler og ulemper av deltagelse: Ingen.

Hva som skjer med informasjonen jordmødrene har gitt: Jeg forholder meg til de regler om oppbevaring og makulering av datamateriale som sykehusets personvernombud og Universitetet i Tromsø foreskriver. Informasjonen som registreres skal kun brukes som beskrevet i ”Bakgrunn for og hensikt med studien”. Intervjuobjektene anonymitet vil bli

ivaretatt gjennom hele undersøkelsen og i publiseringen av arbeidet. Eksamen planlegges avlagt våren 2014. Lydfilene blir slettet og de utskrevne intervjuene blir makulert når studien er ferdigstilt.

Frivillig deltakelse: Jordmødrene deltar frivillig i undersøkelsen, og mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å være med.

Tusen takk for deres velvillighet!

## **Samtykkeerklæring**

Det godkjennes herved at .....  
foretar en planlagt intervjuundersøkelse blant utvalgte jordmødre i vår føde/barselavdeling.  
Deltakelsen er frivillig, og informantene mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å  
delta.

Underskrift leder

Sted/Dato

Jeg har gitt både skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen.

Underskrift forsker

Sted/Dato

## **Vedlegg 4 - Informasjonsskriv med samtykkeerklæring - jordmødre**

### **Forespørsel om intervju om jordmors arbeid med kvinner med fødselsangst i aktiv fødsel**

Arbeidstittel på studien: Jordmors handlingsberedskap i møte med kvinner med fødselsangst i aktiv fødsel

Problemstilling: Hvilken handlingsberedskap erfarer jordmødre at det er viktig å ha med seg i møte med kvinner med fødselsangst under fødsel, og hvilke behov opplever jordmødrene at kvinnen har og uttrykker?

Bakgrunn for og hensikt med studien: Oppmerksomheten rundt fødselsangst synes å ha vokst de siste tiårene. Flere kvinner er åpne om sin fødselsangst og mange kvinner opplever at jordmors erfaringer med denne problematikken hjelper dem gjennom fødselen. Bakgrunnen for og hensikten med at jeg ønsker å snakke nettopp med deg om dette temaet, er å ta rede på noe av den kunnskapen du som jordmor har om fødselsangst og hvordan du bringer dette inn i arbeidet ditt. Jeg ønsker å fokusere på samarbeidet mellom deg som jordmor og fødekvinnen. Mitt håp er at dette vil være med på å øke forståelsen for hva jordmødre selv anser som viktige tema og problemstillinger i arbeid med kvinner med fødselsangst, både blant oss jordmødre, hos jordmorstudenter, nære samarbeidspartnere og ellers i samfunnet.

Du er valgt til å delta i denne undersøkelsen på bakgrunn av din erfaring som jordmor gjennom mer enn 3 år. Intervjuundersøkelsen utgjør datagrunnlaget for min mastergradsoppgave i Master i Psykisk helse ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Mastergradsoppgaven vil være en analyse av opptil seks intervju av jordmødre.

Hva studien innebærer: Deltakelse i studien innebærer at jeg gjennomfører et intervju på 1-2 timers varighet med deg.

Mulige fordeler og ulemper av deltakelse: Du kan få nye refleksjoner i ettertid.

Hva som skjer med informasjonen om deg og det du har fortalt: Jeg har søkt om tillatelse hos

avdelingsledelsen til å intervju deg som ansatt ved sykehuset. Jeg forholder meg til de regler om oppbevaring og makulering av datamateriale som sykehusets personvernombud og Universitetet i Tromsø anbefaler. Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes som beskrevet i ”Bakgrunn for og hensikt med studien”.

Intervjuet blir tatt opp på lydfil, transkribert og bearbeidet. Jeg vil sikre din anonymitet gjennom hele undersøkelsen og i publiseringen av arbeidet. Opplysningene om deg blir behandlet uten navn og personnummer, og et fiktivt navn knytter deg til dine opplysninger. Det kommer bare til å være jeg som kjenner til din identitet, og som kan finne tilbake til deg. Eksamen planlegges avlagt våren 2014. Lydfilene blir slettet og de utskrevne intervjuene blir makulert når studien er ferdigstilt.

Frivillig deltakelse: Du deltar i undersøkelsen av fri vilje, og mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å være med. Før publisering kan du når som helst, og uten begrunnelse, trekke deg fra deltakelsen og be om at dine data blir slettet.

Tusen takk for din deltakelse! Jeg håper du finner prosjektet mitt interessant. Vær vennlig å fylle ut vedlagt samtykkeerklæring og returner denne til meg.

## **Samtykkeerklæring - deltakelse i mastergradsprosjektet**

Jeg (skriv navnet ditt her).....

har fått både muntlig og skriftlig informasjon om undersøkelsen og takker ja til å delta i intervjuundersøkelsen. Min deltakelse er frivillig, og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for å delta.

Underskrift informant

Sted/Dato

Jeg har gitt både skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen.

Underskrift forsker

Sted/Dato

## **Vedlegg 5 - Intervjuguide**

Presentasjon:

Min bakgrunn

Hvordan jeg tenker å gjennomføre intervjuet

Klargjøring av situasjonen: Informanten kan snakke fritt, mens jeg forholder meg løselig til intervjuguiden, kommer med noen innvendinger og tar noen notater undervegs.

Eventuelle spørsmål før intervjuet starter.

### **Problemstilling:**

Hvilken handlingsberedskap erfarer jordmødre at det er viktig å ha med seg i møte med kvinner med fødselsangst under fødsel, og hvilke behov opplever jordmødrene at kvinnen har og uttrykker?

Kan du fortelle litt om dine forventninger til kvinner med fødselsangst i fødsel?

Erfarer du noen forskjell i ivaretagelsen av kvinner som har gått til oppfølging for fødselsangst i svangerskapet kontra de som ikke har hatt oppfølging?

Bruk av ønskebrev

Hva samtaler kvinnene med deg om?

Hvordan samtaler du?

Hvilke støttende handlinger opplever du at kvinner med fødselsangst har behov for i aktiv fødsel?

Erfarer du at det er forskjell på hvordan kvinnene oppfører seg eller opplever sin fødselsangst avhengig av bakenforliggende sårbarhet?

På hvilken måte?

Setter dette ulike krav til din handlingskompetanse?

Hva innebærer det for jordmor å arbeide ressursorientert i fødsel?