



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Jordmødres opplevelse av fødselsangst i fødsel

Kappe & vitenskapelig artikkel

Cathrine Vinnes Kvarme & Henrikke Bjørseth

Masteroppgave i Jordmorfag, JMO-3008, mars 2022

Ord: 7658 kappe + 4877 artikkel

Veileder: Ingela M. Lundgren

Forord

Å skrive masteroppgave har vært både spennende, utfordrende og lærerikt. Det har vært fint å dele denne skriveprosessen med hverandre, som også har ført til et godt vennskap. I tillegg har det vært en stor motivasjon for oss begge å skrive om et tema som vi har stor interesse for. Gjennom masteroppgaven har vi hatt mange inspirerende og motiverende samtaler med både medstudenter, lærere og jordmødre. Dette har vært til stor nytte!

Vi ønsker å takke alle jordmødre som har stilt til intervju, og som har delt sin kunnskap og erfaring med oss. Det har vært veldig verdifullt for oss, og har gjort oss i bedre stand til å møte kvinner med fødselsangst som kommende jordmødre. Videre vil vi gi en stor takk til vår veileder Ingela Lundgren for hennes tilgjengelighet, tilbakemeldinger og veiledning i skriveprosessen. Til slutt vil vi takke alle våre venner og familie som har støttet oss igjennom prosessen. Nå ser vi frem til siste innspurt med praksis, før vi begge skal ut i arbeidslivet og praktisere alt vi har lært på studiet!

Sammendrag

Hensikt: Å få en bedre forståelse og fordypet kunnskap om hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel, og sette søkelys på et viktig tema innen jordmoryrket.

Metode: Kvalitativ metode med fenomenologisk tilnærming. Det ble gjennomført 10 semistrukturerte individuelle intervju med jordmødre som arbeidet på lokalsykehus og kvinneklinikk. Datamateriale ble analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud.

Resultat: Funnene er presentert i tre kategorier: «*en profesjonell jordmor som ivaretar kvinner*», «*tid har betydning for trygghet og tillit*» og «*å møte og se kvinner uten fordommer*». Å være en profesjonell jordmor handlet om å ha selvtillit, kontroll, kompetanse/erfaring, selvstendighet, fremme normal fødsel og motivere. Mangel på tid kunne gjøre det utfordrende å etablere trygghet og tillit. Kontinuitet, tilstedeværelse, relasjonsbygging og ha en rolig tilnærming var viktig. Jordmødrene opplevde individuell omsorg som vel så viktig som å behandle alle likt for å unngå diskriminering og fordommer. Selvinnsikt var viktig for å vurdere om relasjonen stemte, og et jordmorbytte var akseptert. Det var også viktig å ha kontroll på begrepet «fødselsangst», og jordmødrene etterlyste retningslinjer for dette og hvordan ivareta kvinnene.

Konklusjon: Aspekter relatert til profesjonelle jordmorfaglige ferdigheter, organisasjonsfaktorer som tid for å etablere trygghet og tillit, samt hvordan begrepet fødselsangst anvendes var alle viktig for å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. Alle aspektene trenger å forbedres i jordmoromsorgen for kvinner med fødselsangst. I tillegg var det behov for definerte retningslinjer for håndtering av fødselsangst i fødsel.

Nøkkelord: *Jordmor, fødselsangst, møte, støtte, opplevelser*

Summary

Purpose: To get a better understanding and knowledge on how midwives experience of encounter and support women with fear of childbirth (FOC) in birth and shed light on an important topic in midwifery profession.

Method: A qualitative method with a phenomenological approach. 10 individual semi-structured interviews were conducted with midwives who worked at maternity wards and birth clinics. This data was analyzed using systematic text condensation (STC) by Malterud.

Results: Findings were presented in three categories: “*a professional midwife who takes care of women*”, “*times matter for safety and trust*”, and “*to encounter and see women without prejudices*”. To be a professional midwife included self-confidence, control, competence/experience, independence, promote normal birth, and motivation. Lack of time could challenge midwives in establishing safety and trust. Continuity, presence, relation, and a calm approach was important. Individual care was just as important as equalizing all women to prevent discrimination and prejudices. Self-awareness was essential to evaluate the relation, and a change of midwife was accepted. It was important to have control of the term of FOC and they required guidelines on how to take care of the women.

Conclusion: Aspects related to professional midwifery skills, organizational factors such as time to establish safety and trust, and the use of the concept of FOC are all important when encounter and support women, and needs to be improved in midwifery care to women with FOC. Defined guidelines for handling FOC in birth is also needed.

Keywords: Midwife, fear of childbirth, experience, support, encounter

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn	1
1.1.1 Definisjon og forekomst av begrepet fødselsangst	1
1.1.2 Kvinners perspektiv på fødselsangst	3
1.1.3 Behandling og jordmødres opplevelse av fødselsangst.....	4
1.2 Problemstilling og hensikt.....	4
2.0 Teoretisk rammeverk.....	5
2.1 En jordmor modell av kvinnesentrert fødselsomsorg	5
2.2 Å utvikle en god jordmor i jordmorsorgen	6
3.0 Forskningsmetode	6
3.1 Kvalitativt design – det kvalitative forskningsintervju	6
3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv	7
3.3 Praktisk gjennomføring og datainnsamling.....	7
3.3.1 Inklusjonskriterier	8
3.3.2 Transkripsjon.....	8
3.4 Analyse av datamateriale	8
3.4.1 Å danne et helhetsinntrykk.....	8
3.4.2 Å identifisere kodegrupper og meningsbærende enheter	9
3.4.3 Å finne subgrupper som samsvarer med problemstillingen.....	9
3.4.4 Å sammenfatte og fremstille resultat	10
3.5 Forskningsetiske vurderinger	10
4.0 Oppsummering av resultatene	11
5.0 Diskusjon.....	11
5.1 Resultatdiskusjon	11
5.1.1 En profesjonell jordmor som ivaretar kvinner	11
5.1.2 Tid har betydning for trygghet og tillit.....	13

5.1.3 Å møte og se kvinner uten fordommer.....	15
5.2 Metodologisk diskusjon	17
5.2.1 Vår rolle som forskere.....	17
5.2.2 Validitet.....	18
5.2.3 Pålitelighet.....	19
5.2.4 Implikasjoner for praksis og videre forskning	19
6.0 Konklusjon	20
Referanseliste	21
Vedlegg 1: Artikkel.....	28
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	47
Vedlegg 3: Eksempel på fremgangsmåte analyse	48
Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	49
Vedlegg 5: Datahåndteringsplan fra NSD.....	53
Vedlegg 6: Godkjenning fra NSD	57
Vedlegg 7: Forfatterveiledning tidsskrift	60

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven beskriver hvordan et utvalg jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. Oppgavens består av en norsk kappe og en engelsk vitenskapelig artikkel, som er skrevet i henhold til retningslinjene til det vitenskapelige tidsskriftet *Sexual & Reproductive HealthCare* (vedlegg 7). Kappen handler fremst om temaet fra et jordmorfaglig og norsk perspektiv. Videre inneholder kappen en grundig beskrivelse av metode, diskusjon rundt funnene opp mot jordmorfaglig teori og en metodologisk diskusjon. Artikkelen gir en grundigere beskrivelse av studiens resultat og en diskusjon med fordypning opp mot internasjonal forskning. Det kan være hensiktsmessig å lese artikkelen først for et dypere innblikk og forståelse av studiens resultat. Referansestilen APA 6 er anvendt i oppgavens kappe i henhold til retningslinjer fra universitetet. Vancouver er anvendt i oppgavens artikkel i henhold til retningslinjer fra tidsskriftet.

Bakgrunnen for valg av tema og problemstilling tar utgangspunkt i opplevelser fra praksis som jordmorstudenter. I praksis har jordmødre delt frustrasjon, usikkerhet og hjelpeløshet knyttet til å møte og støtte kvinner med fødselsangst. I tillegg har vi møtt kvinner som har uttrykt en alvorlig frykt for fødsel, hvor de ser keisersnitt som eneste alternativ.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Definisjon og forekomst av begrepet fødselsangst

Det finnes ingen klar definisjon av begrepet «fødselsangst». Begrepet er derfor definert ulikt både nasjonalt og internasjonalt (Nilsson et al., 2018). Helse Norge definerer fødselsangst som en sterk uro eller frykt for å føde, hvor engstelsen kan dominere og ødelegge kvinnens hverdag (Helse Norge, 2018). Begrepet fødselsangst blir ofte nevnt og brukt i forbindelse med frykt for selve fødselen. Det er imidlertid viktig å ikke blande dette uten videre, da frykt for å føde ikke nødvendigvis innebærer angst i klinisk forstand. Frykt er en normal og viktig reaksjon i forbindelse med det som virker skremmende. Angst er derimot en mer langvarig reaksjon som ofte er vanskelig å kontrollere (Håland & Brean, 2019). Det er ikke unormalt at gravide kjenner på en form for frykt og uro før en kommende fødsel, noe som kan videreutvikle seg til fødselsangst hos enkelte kvinner. Årsakene er ofte sammensatt og er utfordrende å identifisere (Henriksen, Borgen, Risløkken & Lukasse, 2020; O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny & O'Neill, 2017).

Fødselsangst kan deles inn i primær og sekundær fødselsangst. Primær fødselsangst kan oppstå både før og under svangerskapet, og er relatert til førstegangsfødende uten erfaring med svangerskap og fødsel, hvor årsaken ofte er ukjent. Sekundær fødselsangst relaterer seg til flergangsfødende kvinner med erfaring med svangerskap og fødsel. Denne frykten kan for eksempel skyldes tidligere traumatiske fødsler eller hendelser (O'Connell et al., 2017). Videre kan fødselsangst også oppstå direkte under fødsel på grunn av smerte, manglende kontroll eller frykt for død (Nilsson & Lundgren, 2009).

Det finnes ulike alvorlighetsgrader av fødselsangst. Mild fødselsangst defineres som en indre uro, men som samtidig lar seg håndtere og bidrar til at kvinnene forbereder seg til fødsel. Moderat og alvorlig fødselsangst er derimot en økende uro som er vanskelig å håndtere og som kan medføre hverdagslige utfordringer. Tilstanden gjør at kvinnene bør få hjelp av profesjonelle til å håndtere situasjonen (Möller, 2019; Nilsson et al., 2018). Den mest intense formen for fødselsangst kalles «tokofobi». Denne formen for fødselsangst kan forårsake at kvinner vil unngå graviditet, eller vaginal fødsel, og/eller velger å ta abort (Möller, 2019). Tidligere forskning viser at kvinner med fødselsangst har et lengre fødselsforløp enn andre. Dette innebærer en høyere risiko for komplikasjoner og intervensjoner under fødsel, og krever derfor god tilrettelegging, oppfølging og hjelp under svangerskapet og fødselen (Adams, Eberhard-Gran & Eskild, 2012).

I en studie gjennomført ved fem sykehus i Norge fra Oslo, Drammen, Tromsø, Ålesund og Trondheim fremgår det at det var 12% kvinner med fødselsangst i 2020. Det fremgår imidlertid ikke hvilken grad av fødselsangst kvinnene hadde. Av kvinnene med fødselsangst var det 24,9% som fikk rådgivning og oppfølging fra sykehusene. Videre beskriver studien at alle med fødselsangst fikk veiledning under graviditeten, men at innholdet i veiledningen varierte mellom sykehusene (Henriksen et al., 2020). Det er flere studier som beskriver at fødselsangst ofte er en underliggende faktor for at kvinner skal få innvilget sitt ønske om keisersnitt uten en medisinsk indikasjon (Eide, Morken & Bærøe, 2019; Løvåsmoen, Bjørgmo, Lukasse, Schei & Henriksen, 2018). I en undersøkelse fra Akershus fremgår det at 32,8% av kvinner med fødselsangst hadde preferanser for elektivt keisersnitt, men hvor 12,7% ble gjennomført (Størksen, Garthus-Niegel, Adams, Vangen & Eberhard-Gran, 2015). Fødselsangst har derfor en sentral rolle i økningen av elektive keisersnitt i Norge (Størksen et al., 2015; Eide et al., 2019; Løvåsmoen et al., 2018).

Det er flere studier som viser at andelen av fødselsangst er høyere hos førstegangsfødende enn hos flergangsfødende (O'Connell et al., 2017; Mortazavi & Agah, 2018; Deng et al, 2021). I Norge ble fødselsangst hos førstegangsfødende registrert med 12,7%, sammenlignet med flergangsfødende med 11,2% (Lukasse, Schei & Ryding, 2014). En studie som inkluderer seks europeiske land viser en forekomst av fødselsangst hos førstegangsfødende på 11,4% og flergangsfødende 11%. Det var store variasjoner mellom landene og fødselsangst ble målt ut ifra verktøyet W-DEQ (Lukasse et al., 2014). På verdensbasis har tokofobi vist seg å variere fra 6% mellom årene 1980-89 til 10% mellom årene 1990-99, 12% mellom 2000-2009 og har økt til 17% mellom årene 2010-2016. Studien indikerer imidlertid at gjennomsnittet på prevalensen av tokofobi målt i 18 forskjellige land er 14% og er økende. Statistikken har økt betraktelig på 30 år og det finnes lite forskning og nyere statistikk om økningen av fødselsangst i dag (O'Connell et al., 2017).

1.1.2 Kvinners perspektiv på fødselsangst

For de aller fleste kvinner er fødsel en av de største hendelsene i livet. Hvordan kvinnen går gjennom en slik fase kan være avgjørende for hennes fremtidige fysiske og psykiske helse. Å bære frem et nytt liv omfatter både fysiologiske, psykologiske og sosiale endringer i livet (Jomeen, 2017). Som tidligere nevnt er det flere årsaker til fødselsangst. Flere studier peker på kvinnens personlighet, indre og ytre forhold, tidligere erfaringer, traumer og sosiale forhold (som f.eks. arbeidsledighet, økonomi og manglende sosial støtte), som mulige årsaker til fødselsangst (Dencker et al., 2019; Haapio, Kaunonen, Arffman & Åstedt-Kurki, 2017; Eide et al., 2019). Videre ser man en sammenheng mellom kvinner med høy frykt for å føde og lav sosial status, redusert økonomi, uplanlagte graviditeter og ung alder. Faktorene øker risikoen for at kvinner ønsker elektivt keisersnitt, men øker også sannsynligheten for akutt keisersnitt (Lyberg, Dahl, Haruna, Takegata & Severinsson, 2018; Elvander, Cnattingius & Kjerulff, 2013).

I flere studier uttrykker også kvinner at manglende støtte av jordmor og partner, frykt for å bli forlatt i fødselsrommet, manglende kontroll og påvirkning, operative inngrep og frykt for smerter, er utløsende faktorer for fødselsangst (Nilsson & Lundgren, 2009; Lukasse et al., 2014; Nilsson, Bondas & Lundgren, 2010). Flere gravide kvinner fremhever at det er et stort behov for støtte av jordmor under fødsel for å håndtere fødselsangsten (Wigert et al., 2020). En studie som sammenligner Norge og Israel beskriver også at det er store kulturforskjeller på hva kvinnene forventer i fødsel og hva de er redde for. Det pekes blant annet på at norske

kvinner frykter mer ensomhet, har mindre selvtillit og mangler positivitet til fødsel. Dette står i motsetning til israelske kvinner som var mest bekymret for barnet og hadde større frykt for smerter. På bakgrunn av dette fremhever studien viktigheten av å se hver kvinne som en individuell person (Preis, Benyamini, Eberhard-Gran & Garthus-Niegel, 2018).

1.1.3 Behandling og jordmødres opplevelse av fødselsangst

I veileder for fødselshjelp er det anbefalt at kvinnene primært skal behandles i form av samtalerapi og kognitiv terapi ved fødselsangst i svangerskapet. Kvinner med alvorlig fødselsangst anbefales å få ekstra tett oppfølging og å gå til samtaler med jordmor som har spesialisert kompetanse på området. Dette forutsetter at kvinner med fødselsangst blir avdekket under svangerskapet i primærhelsetjenesten (Steen, Eberhard-Gran, Nordeng, Nerum & Lyng, 2020). I Norge blir det brukt ulike måleverktøy for å kartlegge fødselsangst, deriblant verktøyet W-DEQ og Fear of Birth Scale (FOBS) (Henriksen et al., 2020; Steen et al., 2020). Det er i denne studien imidlertid ikke funnet noen studier som påpeker hvor ofte dette verktøyet blir brukt i Norge. En engelsk studie antyder at det er store variasjoner på bruken av verktøyet blant jordmødre (Slade, Balling, Sheen & Houghton, 2019).

I en svensk studie betegnet jordmødrene kvinner med fødselsangst som ressurskrevende og emosjonelt utfordrende, på grunn av krevende atferd og mer behov for tilstedeværelse. I tillegg var det vanskelig å avdekke kvinnenens behov (Salomonsson, Wijma & Alehagen, 2010). I en norsk studie fremgår det at flere jordmødre følte seg innelåst på fødestuen som kunne være utfordrende fordi kvinner med fødselsangst ikke viste motivasjon (Tobiassen & Lyberg, 2019). I en annen svensk studie påpekte jordmødrene at det var inspirerende å samarbeide med kvinner med alvorlig fødselsangst, og var positive til dette (Salomonsson, Alehagen & Wijma, 2011). Videre viser en studie at det er store forskjeller i jordmødrenes ferdigheter, helhetsforståelse og organisering rundt kvinner med fødselsangst (Larsson, Karlström, Rubertsson & Hildingsson, 2016). Noen av jordmødrene mener at fenomenet fødselsangst er økende for nåværende generasjon, mens andre mener at økningen er konstant (Salomonsson et al., 2010). En nederlandsk studie understreker viktigheten av at jordmødre har økt kunnskap og forståelse om fødselsangst for å gi best mulig behandling til kvinnene under fødsel (De Vries, Stramrood, Sligter, Sluijs & Van Pampus, 2020).

1.2 Problemstilling og hensikt

Sammenfattet forskning viser at fødselsangst kan ha en negativ innvirkning på kvinners psykiske og fysiske velvære under svangerskap og fødsel. Videre er det flere studier som

peker på at fødselsangst er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt. Studier viser at jordmødre uttrykker bekymring for hvordan de skal ivareta kvinner med fødselsangst i fødsel, og dekke deres behov for støtte og omsorg. Det har ikke blitt gjort funn av norske studier som beskriver hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel, som var bakgrunn for problemstillingen.

Basert på dette har vi utformet følgende problemstilling: «*hvordan opplever jordmødre å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel?*».

Hensikten med denne masteroppgaven var å få en bedre forståelse og fordypet kunnskap om hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel, og sette søkelys på et viktig tema innen jordmoryrket. Masteroppgaven tar for seg kvinner som har fødselsangst fra svangerskapet inn i fødselen, men også kvinner som får fødselsangst under fødsel. Oppgaven fokuserer ikke på kvinner med psykisk sykdom.

2.0 Teoretisk rammeverk

I oppgaven har vi benyttet to jordmorfaglige teorier som verktøy, som blir presentert i punktene nedenfor. Senere i oppgaven vil vi drøfte våre funn opp mot teoriene og diskutere hvordan det kan relateres til jordmorfaget.

2.1 En jordmor modell av kvinnesentrert fødselsomsorg

Denne teorien omhandler hvordan jordmor skaper en evidensbasert kvinnesentrert omsorg. Teorien er utarbeidet i en nordisk kontekst og benevnes gjerne som MiMo (Midwifery Model of women-centred care). En kvinnesentrert omsorgsteori var relevant for å kunne diskutere hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. Teorien belyser flere temaer som balanseres opp mot hverandre og som ses i en sammenheng mellom jordmor og kvinnen: *gjensidig relasjon, fødeatmosfære, og grunnleggende kunnskap*. I temaet *gjensidig relasjon* inngår begrepene: *tilstedeværelse, bekreftelse, tilgjengelighet og deltagelse*. I temaet *fødeatmosfære* inngår begrepene: *ro, tillit, trygghet, styrke og støtte normalitet*. Videre i temaet *grunnleggende kunnskap* inngår begrepene: *teoretisk, sensitiv og erfaringsbasert kunnskap, samt begrepene integrert kunnskap og kunnskap relatert til kvinnen*. Videre ser teorien på fødselsomsorg som en *kulturell* kontekst som består av *hemmende og fremmende* normer, som jordmor må *balansere*. En kontinuerlig balansegang hvor jordmor respekterer hver kvinne og hennes behov gjør at jordmor blir sett på som en

forankret ledsager i fødsel, noe som fremmer en kvinnesentrert omsorg (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012).

2.2 Å utvikle en god jordmor i jordmoromsorgen

Denne teorien beskriver betydningen av jordmødrenes profesjonelle identitet og kunnskap. Teorien kan bidra til å utvikle kjerneverdier i jordmorfaget og belyser ulike aspekter av hva som definerer en profesjonell jordmor: *profesjonell omsorg*, *profesjonell kompetanse*, *profesjonell visdom*, *mellommenneskelig kompetanse* og *profesjonell utvikling*. Teorien kan benyttes i oppgaven fordi den fokuserer på å forklare betydningen av en profesjonell jordmor og hvordan dette kan bidra til en bedre praksis. Videre vil teorien gi en fordypet teoretisk grunnlag for problemstillingen om hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. Verdien *profesjonell omsorg* handler om å møte kvinnens eksistensielle behov og ivareta kvinnens familie. Denne tilnærmingen blir ansett som kjernen i jordmorfaget. Videre er verdien *profesjonell kompetanse* viktig for å ivareta kvinnen og barnets sikkerhet på en trygg måte. Verdien *profesjonell visdom* er en kombinasjon av jordmors kunnskap og erfaring. Jordmor bruker denne tilnærmingen for å forstå hvordan profesjonelt anvende sin visdom til kvinnene. Videre styrker jordmor kommunikasjonen og samarbeidet med kvinnen og familien gjennom *mellommenneskelig kompetanse*. I den siste verdien *profesjonell utvikling* beskriver teorien hvordan refleksjon bidrar til at jordmødre utvikler ekte profesjonalitet. Til sammen vil de ulike kjerneverdiene definere en ekte profesjonalitet hos jordmødre (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

3.0 Forskningsmetode

Dette kapittelet gir en utdypende beskrivelse av oppgavens forskningsmetode og forskningsetiske vurderinger. I oppgaven anvendte vi en kvalitativ forskningsmetode, da studiens problemstilling utforsker menneskers opplevelser og hvor målet var å oppnå forståelse. Videre valgte vi å benytte metoden for semistrukturerte individuelle intervju for innsamling av materiale. I tillegg har kvalitativ metode sitt utspring i fenomenologi, som er benyttet i studien for å belyse hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. Deretter er systematisk tekstkondensering (STC) av Malterud (2017) utgangspunktet for analysen.

3.1 Kvalitativt design – det kvalitative forskningsintervju

I oppgaven benyttes kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer som metode,

fordi hensikten med masteroppgaven var å få en bedre forståelse og fordypet kunnskap om hvordan jordmødrene opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel.

Semistrukturerte individuelle intervju gir rom for at informantene kan dele opplevelser og tanker på et dypere nivå innenfor trygge rammer. Informantene skal føle seg ivaretatt til å dele sine opplevelser, noe som kan gi et rikt materiale. Ved å lytte med et åpent sinn om informantenes opplevelser, kan det bidra til å forstå fenomenet og innhente ny kunnskap (Malterud, 2017). Vi har imidlertid benyttet en intervjuguide (vedlegg 2) for å sørge for at vi holdt oss innenfor temaet i intervjuene. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk og var mer en huskeliste. Spørsmålene var åpne og ga informantene mer frihet og fleksibilitet til å dele sine opplevelser og tanker (Malterud, 2017). Dette ga også informantene muligheten til å styre samtalen.

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Da oppgaven har en kvalitativ forskningsmetode var et fenomenologisk perspektiv en aktuell og relevant tilnærming. Dette benyttes for å forstå et sosialt fenomen fra jordmødrenes subjektive perspektiver, og som blir ansett som gyldig kunnskap. Perspektivene beskriver jordmødrenes livsverden slik den oppleves i virkeligheten, som jordmødrene oppfatter når de er i fødsel med kvinner som har fødselsangst. Fenomenologisk tilnærming innebærer å sette til side egen oppfatning om hvorvidt en opplevelse er eksisterende eller ikke. For å unngå egne oppfatninger, må teorier perspektiver og andre forestillinger bli lagt til side for å nærme seg kjernen i begrepet «livsverden» (Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2021). Studiens formål står i tråd med fenomenologisk tilnærming da hensikten var å se nærmere på jordmødrenes subjektive opplevelser om fødselsangst.

3.3 Praktisk gjennomføring og datainnsamling

Før oppstart av intervju ble det sendt inn en forespørsel om godkjenning av prosjektet til Norsk senter for forskningsdata (NSD, 2020; vedlegg 6). Etter godkjenning ble det utarbeidet en datahåndteringsplan, som beskriver hvordan materialet i oppgaven blir oppbevart og som følger NSD sine retningslinjer for datahåndtering (vedlegg 5). I tillegg ble det anvendt en digital diktafon for opptak av intervjuene (Nettskjema UiO, 2021).

I valget av informanter til denne masteroppgaven ble det utført et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg består av utvalgte informanter med spesifikke kvalifikasjoner som best kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Et strategisk utvalg ble derfor benyttet for å

innhente informanter med relevant kunnskap. Totalt bestod utvalget av 10 informanter som oppfylte inklusjonskriteriene. En av informantene ble rekruttert gjennom Facebook-gruppen «Jordmødre i Norge», men på grunn av manglende respons ble resterende av informantene kontaktet personlig. Informantene representerte ulike klinikker og lokalsykehus i Norge, og arbeidserfaringen varierte fra 2-32 år. Syv av informantene arbeidet på kvinneklinikker, hvor tre av dem hadde tidligere erfaring fra svangerskapsomsorgen. Resterende informanter arbeidet på lokalsykehus. Fire av intervjuene ble gjennomført ved fysisk oppmøte, mens øvrige seks ble gjennomført digitalt over zoom på grunn av koronapandemi. Intervjulengden varierte mellom 25 til 55 minutter.

3.3.1 Inklusjonskriterier

- Jordmødre som aktivt arbeider med fødsel.
- Mer enn 2 års ansiennitet.
- Arbeidserfaring fra kvinneklinikk, lokalsykehus eller fødestue.

3.3.2 Transkripsjon

Før analyseprosessen startet ble intervjuene transkribert så raskt som mulig etter hvert intervju. Å transkribere fortløpende var nyttig da intervjuene var ferskt i minne. Språk og dialekt ble omformulert til bokmål og meningsinnholdet ble fremstilt så likt som mulig det talte språk og budskap (Malterud, 2017).

3.4 Analyse av datamateriale

Systematisk tekstkondensering (STC) ble anvendt som analysemetode i studien. Metoden ble valgt fordi den har en systematisk fremgangsmåte som er oversiktlig og detaljert, og er i tillegg egnet for nybegynnere. Analysen inneholder fire trinn som vil følgende bli presentert (Malterud, 2017).

3.4.1 Å danne et helhetsinntrykk

I det første trinnet startet vi med å skaffe en oversikt over datamateriale fra et fugleperspektiv. Malterud (2017) understreker at vår forforståelse og teoretiske referanseramme må settes til side for å danne et helhetlig inntrykk. Vi startet derfor med å lese alle 10 intervjuene nøye og flere ganger hver for oss, for å danne et helhetlig inntrykk av datamaterialet. Vi noterte begge stikkord underveis og prøvde å unngå å systematisere intervjuene. Vi delte stikkordene med hverandre og kom frem til 12 temaer som vi sammen reduserte til åtte temaer. Temaene vi

kom frem til er: *holdninger til fødselsangst, kunnskap og kompetanse, tid, fremme det normale, forberedelse, omsorg, trygghet og å bli kjent.*

3.4.2 Å identifisere kodegrupper og meningsbærende enheter

I andre trinn startet vi med å organisere materialet ved å lese intervjuene linje for linje, og legge til side det materialet som ikke var relevant for problemstillingen (Malterud, 2017). Videre sorterte vi teksten som falt innenfor et eller flere av temaene fra første trinn. Vi oppdaget at flere av temaene omhandlet flere sider av samme sak. Vi fant derfor tre nye betegnelser og gjorde dem om til kodegrupper, som representerte sorteringsgrunnlaget. Hver av disse kodegruppene representerte ulike sider av problemstillingen og vi systematiserte meningsbærende enheter som hadde noe til felles i de ulike kodegruppene. Kodearbeidet innebærer å plukke materialet fra hverandre og blir kalt dekontekstualisering (Malterud, 2017). Underveis måtte vi utvikle og justere to av kodegruppene fordi vi så at materialet ga oss flere ideer og nyanser av problemstillingen. Med utgangspunkt i problemstillingen og de meningsbærende enhetene kom vi frem til kodegruppene: *1. å være trygg i eget yrke og fremme kunnskap, 2. trygghet i en tidsklemme, 3. jordmor og arbeidsplassens holdning til fødselsangst.*

3.4.3 Å finne subgrupper som samsvarer med problemstillingen

I tredje trinn leste vi gjennom de meningsbærende enhetene i kodegruppene og noterte stikkord underveis som vi drøftet med hverandre. Underveis i analyseprosessen måtte vi gå tilbake til trinn to for å endre en kodegruppe, da vi så at omfanget ble for stort. I tillegg oppdaget vi at to av subgruppene *å danne et helhetsinntrykk* og *arbeide forutsigbart* ofte gjentok seg i andre subgrupper, og derfor slo vi sammen subgruppene. Vi endte totalt opp med åtte relevante subgrupper for å belyse problemstillingen. Under kodegruppe en plasserte vi subgruppene: *jordmor med selvtillit, fremme det «unormale» som normalt og motivasjon til å mestre fødsel.* Under kodegruppe to: *tid og kapasitet i avdelingen, tilstedeværelse og trygghet og en rolig tilnærming.* Under kodegruppe tre: *å misbruke begrepet fødselsangst og jordmor med selvinnsikt.*

Videre utarbeidet vi et kondensat, et kunstig sitat, til hver subgruppe som sammenfattet de mest innholdsrike meningsbærende enhetene. I de kunstige sitatene representerte vi informantene og skrev i jeg-form slik at vi fikk med oss ord og uttrykk som kom frem i intervjuene. Til slutt valgte vi ut «gullsitater» som best illustrerte de kunstige sitatene.

«Gullsitater» er informantenes egne ord som omtalte og oppsummerte innholdet, og blir presentert i oppgavens artikkel (Malterud, 2017).

3.4.4 Å sammenfatte og fremstille resultat

I analysens fjerde trinn ble det gjort en rekontekstualisering hvor vi sammenfattet tekst fra subgruppene under hver kodegruppe. I dette trinnet vurderte vi om resultatene fortsatt ga en gyldig beskrivelse av den opprinnelige sammenheng. Videre utarbeidet vi kondensater for hver subgruppe og kodegruppe som ble omgjort til en analytisk tekst som presenteres som resultatet av studien. Videre vurderte vi hvorvidt «gullsitatene» fra tidligere trinn fortsatt var gjeldende, i tillegg til at vi fant nye «gullsitater» som illustrerte våre hovedfunn.

Kodegruppene fikk deretter nye overskrifter som sammenfattet hva materialet handlet om.

Overskriftene representerte en ny innsikt i det aktuelle fenomenet og er vårt endelige resultat:

1. en profesjonell jordmor som ivaretar kvinner, 2. tid har betydning for trygghet og tillit, 3. å møte og se kvinner uten fordommer. Til slutt vurderte vi resultatene opp mot det empiriske materialet for å sikre at funnene stemte med det informantene forsøkte å formidle (Malterud, 2017). Fremgangsmåten i analysen er fremstilt i vedlegg 3.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Masteroppgaven baserer seg på DNJ's yrkesetiske retningslinjer (Den Norske Jordmorforening, 2016) og Helsinkikonvensjonen (World Medical Associations, 2018). De yrkesetiske retningslinjene legger vekt på å utvikle jordmorfaget gjennom forskning og opprettholde etisk forsvarlighet under forskningsprosessen (DNJ, 2016).

Helsinkikonvensjonen pålegger medisinsk forskning under etiske standard som anretter respekt for alle mennesker, og hvor helse og rettigheter skal beskyttes (World Medical Association, 2018). Dette er tatt i betraktning for å opprettholde en etisk standard gjennom forskningsprosessen. Videre er oppgaven forankret i forskningsetiske retningslinjer fra UiT Norges Arktiske Universitet (2021).

Ved å kritisk reflektere over etiske utfordringer som har oppstått underveis, tar også oppgaven hensyn til informantenes anonymitet for å unngå gjenkjennelse. Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv (vedlegg 4) med informasjon om studiens formål og oppbevaring av datamaterialet. Dette var for å sikre en trygg og etisk ivaretagelse. Før vi startet å intervju informantene, gjennomførte vi et prøve-intervju for å korrigere intervjuguiden. Informantene var villig til å delta og ga muntlig samtykke før hvert intervju. Intervjuene startet når informanten var klar og innforstått med studiens formål.

4.0 Oppsummering av resultatene

I dette kapittelet fremstilles en kort beskrivelse av studiens resultat. For en dypere og grundigere beskrivelse, se oppgavens artikkel (vedlegg 1).

I resultat kategorien «*en profesjonell jordmor som ivaretar kvinner*», handlet det om å ha selvtillit, kompetanse, erfaring, kontroll, selvstendighet, fremme normalitet og motivasjon for å profesjonelt ivareta kvinner med fødselsangst. I resultat kategorien «*tid har betydning for trygghet og tillit*», var tid en viktig faktor for å kunne gi kontinuitet, tilstedeværelse, en rolig tilnærming og etablere en tillitsfull relasjon, som bidro til trygghet og tillit. I siste resultat kategori «*å møte og se kvinner uten fordommer*», kunne definisjonen av fødselsangst skape misforståelser og føre til fordommer. Jordmødrene etterlyste retningslinjer for å kunne identifisere og håndtere fødselsangst. Selvinnsett var også viktig for å vurdere relasjonen mellom jordmor og kvinnen, og jordmødrene mente det var akseptabelt med et jordmorbytte dersom det ikke stemte. Jordmødrene ønsket å behandle kvinner med fødselsangst likt som andre i fødsel, men var også opptatt av å gi individuell omsorg tilpasset deres behov.

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet inneholder en diskusjon av resultatene, nærmere bestemt en diskusjon av funnene opp mot det teoretiske rammeverket, og i et jordmorteoretisk perspektiv. Begrepene som er anvendt står i kursiv for å tydeliggjøre det teoretiske rammeverket. Hvordan studien kan forstås av jordmødre i en norsk kontekst vil også bli diskutert i lys av tidligere forskning.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 En profesjonell jordmor som ivaretar kvinner

Et funn i studien var mangelen på retningslinjer for hvordan jordmødrene profesjonelt kan ivareta kvinner med fødselsangst. Dette fremgår ikke av retningslinjene til den Norske jordmorforeningen (DNJ, 2016) og *International Confederation Of Midwives* (ICM, 2018). I Norsk veileder i fødselshjelp (Steen et al., 2020), fremgår det imidlertid hva slags behandling kvinner med fødselsangst i svangerskap og barsel bør få. Anbefalt behandling er kognitiv terapi ved moderate tilstander, og ved alvorlige tilstander anbefales ekstra oppfølging av jordmor og samtaler med profesjonelle innen psykisk helse. Etter fødsel blir kvinner anbefalt tverrfaglig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det mangler imidlertid nærmere beskrivelser på selve behandlingen av fødselsangst i fødsel (Steen et al., 2020). I lys av at studier viser en økende prevalens på fødselsangst internasjonalt (O'Connell et al., 2017),

støtter en tysk studie behovet for teoribaserte konsepter for å ivareta kvinner med fødselsangst i fødsel (Striebich, Mattern & Ayerle, 2018). I studien ga jordmødrene uttrykk for at de ønsket retningslinjer og antydte at manglende retningslinjer kunne skape usikkerhet.

Et annet funn i vår studien var å vise kvinner med fødselsangst at jordmødrene hadde kontroll på situasjonen, og at de kunne forsikre de om at de ble ivaretatt av profesjonelle. Dette var essensielt i jordmødrenes håndtering av fødselsangst og for kvinnenes trygghet. Til tross for at kontroll var et sentralt funn, er det likevel lite forskning på hvordan jordmor sin kontroll påvirker kvinner med fødselsangst i fødsel. Ifølge MiMo (Berg et al., 2012) er kontroll viktig for at jordmor skal ivareta kvinnens *trygghet* i fødsel. Studien referer her til medisinsk teknisk sikkerhet og faglig kompetanse. Jordmødrene i vår studie mente at kontroll ble utviklet gjennom kompetanse og erfaring, og at dette var viktig for å fremstå som profesjonell hos kvinner med fødselsangst. Videre beskriver begge teoriene at kompetanse er forankret i rollen som en profesjonell jordmor, som innebærer å ha ulike former for kunnskap for å ivareta kvinnens individuelle behov i fødsel (Berg et al., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Jordmødrene i vår studie anså profesjonell kunnskap og praktiske ferdigheter som en viktig del av sin kompetanse. Dette står i tråd med Halldorsdottir og Karlsdottir (2011), som referer til kunnskap og erfaring som *profesjonell visdom*, og blir ansett som en nødvendig egenskap hos jordmødre for å ivareta kvinner. MiMo (Berg et al., 2012) beskriver også andre former for kunnskap, som *teoretisk*, *erfaringsbasert* og *sensitiv kunnskap*. Disse formene for kunnskap ble ikke direkte nevnt av jordmødrene i vår studie, men de påpekte at de hadde profesjonell kunnskap om fødselsangst, som man kan oppnå gjennom blant annet teori og erfaring. Flere studier påpeker viktigheten av å ha ulike former for kunnskap for å fremstå som en profesjonell jordmor (Brady, Lee, Gibbons & Bogossian, 2019; Aannestad, Herstad & Severinsson, 2020; Blaaka & Schauer, 2008; Hansson et al., 2021). Videre er det også etisk forankret at jordmødre ivaretar en trygg praksis ved å jobbe både kunnskapsbasert og profesjonelt (DNJ, 2016). Vår studie viser hvordan jordmors profesjonelle kunnskap kan bidra til å støtte kvinner med fødselsangst i fødsel.

For å ivareta kvinnens individuelle behov i fødsel, er det ifølge Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) viktig at jordmor har en *mellommenneskelig kompetanse* for profesjonelt å kunne ivareta kvinnene. Dette handler om å gi kvinnen tilpasset oppfølging, informasjon og at jordmor må være fleksibel. Jordmødrene i vår studie benyttet en form for *mellommenneskelig kompetanse* ved å informere kvinnene tidlig om den normale fysiologiske prosessen. Det bekreftes i flere studier at informasjon kan redusere frykt i fødsel (Nilsson et al., 2010;

Aannestad et al., 2020; Dahlberg et al., 2016; Berg et al., 2012). Videre beskrev jordmødrene i studien vår at informasjon forberedte kvinnene på fysiske og mentale forandringer som kunne oppstå i fødsel for å redusere fødselsangsten. I tillegg til å informere, var jordmødrene også opptatt av å bevare den normale fysiologiske prosessen. Dette er også støttet av teorien MiMo (Berg et al., 2012), som vektlegger *støtte av normalitet* som viktig. Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) anser også det å bevare den normale fysiologisk prosessen som en del av jordmor sin *profesjonelle kompetanse*. Viktigheten av å bevare det normale i fødsel bekreftes også i en rekke andre studier (Blaaka & Schauer, 2008; Fahy & Parrat, 2006; Hansson et al., 2021; Aune et al., 2015; Brady et al., 2019).

Likevel er det få studier som belyser hvordan det å bevare det normale kan ha betydning for kvinner med fødselsangst. Studier viser samtidig at jordmødrene står ovenfor en utfordring i å bevare det normale i et medikalisert miljø (Eri et al., 2020; Hansson et al., 2021; Blaaka & Schauer, 2008; Brady et al., 2019; Van Teijlingen, 2017). Til tross for at jordmødrene i vår studie ikke anså fødselsangst som en risikofaktor, hadde de erfaring med at det har forårsaket komplikasjoner i fødsel. Dette er også støttet av skandinaviske studier som blant annet påpeker at kvinner med fødselsangst har en betydelig større risiko for å utvikle protrahert forløp, akutt keisersnitt og dystosi (Laursen, Johansen & Hedegaard, 2009; Salomonsson et al., 2010). MiMo (Berg et al., 2012) fremhever imidlertid at en profesjonell jordmor ikke kan utelukke verken den normale fysiologiske prosessen eller det medikaliserte perspektivet for å bevare en trygg fødsel. Jordmødrene i studien ivaretok derfor kvinnene ved å unngå å sammenligne fødselsangst med komplikasjoner. Et annet funn i studien vår var at jordmødrene forsøkte å fremme deltagelse hos kvinner med fødselsangst, ved å gi dem valg og alternativer. Ifølge MiMo (Berg et al., 2012) er også *deltagelse* viktig for å inkludere kvinnen i fødselsprosessen, både ved normale og kompliserte fødsler. I tillegg er det forankret i de yrkesetiske retningslinjene at jordmor skal inkludere kvinnen til å delta aktivt i beslutninger om egen omsorg (DNJ, 2016).

5.1.2 Tid har betydning for trygghet og tillit

Et funn i studien vår var at kontinuitet var viktig for å gi kvinner med fødselsangst trygghet i situasjonen og tillit til jordmødrene. Med kontinuitet menes å ha den samme jordmoren gjennom hele fødselen. Jordmødrene i studien vår opplevde at det ofte manglet tid til å gi kontinuitet på grunn av kapasitetskonflikter i avdelingen. Det er kjent fra tidligere studier at jordmødre arbeider under et høyt press på grunn av kapasitetskonflikter, noe som påvirker

kontinuitet i omsorgen (Ménage, Bailey, Lee & Coad, 2016; Brady et al., 2019; Blaaka & Schauer, 2008; Berg et al., 2012; Hansson et al., 2021). MiMo (Berg et al., 2012) beskriver kontinuitet som en *fremmede kulturell* norm, der jordmor skal være kontinuerlig ved siden av kvinnen i fødsel for å vise sin støtte. Jordmødrene i vår studie ønsket å være kontinuerlig med kvinnene i fødsel for å skape trygghet og tillit, og mente at kvinner med fødselsangst hadde et større behov for støtte.

De var også opptatt av å hjelpe hverandre for å fremme kontinuitet, ved å sørge for at samme jordmor fullfører fødselsforløpet. Dersom én kvinne får mer støtte enn andre, kunne det imidlertid skape utfordringer og problemer for avdelingen som en helhet. Tid- og kapasitetsmangelen beskrives i MiMo (Berg et al., 2012) som et *hemmende* element, hvor jordmødrene må velge å gi et minimum av omsorg til alle, eller risikere å være fraværende hos andre ved å fokusere på én kvinne som har størst behov for kontinuitet. Basert på dette, var det tydelig et behov for retningslinjer som klargjør når kvinner med fødselsangst har behov for ekstra støtte, for at jordmødre skal kunne ivareta kvinnene på best mulig måte i en presset situasjon. I Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) fremgår det at kontinuitet er en del av jordmødrenes *profesjonelle kompetanse*, der den samme jordmoren har oversikt over behandling og omsorg.

En sammenfatning av internasjonal forskning viser at å ha én jordmor fra graviditet til fødsel gir både bedre fødselsutfall og fødselsopplevelse (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). En svensk studie viser også at kontinuitet gjennom å ha en kjent jordmor, reduserer intervensjoner hos kvinner med fødselsangst (Hildingsson, Rubertsson, Karlström & Haines, 2019). En norsk studie beskriver videre hvordan kontinuitet fra svangerskap til fødsel og barsel kan påvirke omsorgen. Resultatet viser at kontinuitet med en kjent jordmor bidrar til å kunne se kvinnen i et helhetlig perspektiv, noe som kan skape trivsel, tillit og forutsigbarhet for kvinnene (Dahlberg & Aune, 2013). Det finnes derimot ingen studier som undersøker hvordan kontinuitet med en kjent jordmor påvirker kvinner med fødselsangst i Norge.

Gjennom studien vår fant vi også at kontinuitet ga jordmødrene en følelse av å gjøre en bedre jobb. Dette støttes også av flere studier der jordmødre beskriver kontinuitet som viktig (Brady et al., 2019; Berg et al., 2012, Salomonssen et al., 2010; Hansson et al., 2021). På denne bakgrunn mener vi at kontinuitet i ulike former bør studeres videre med fokus på kvinner med fødselsangst da det anses som et større behov.

I studien vår kom det også frem at jordmødrene anså relasjonsbygging som nødvendig for kvinner med fødselsangst, men mangel på tid kunne vanskeliggjøre dette. Relasjonsbygging i fødsel er grunnleggende for å etablere trygghet og tillit (Aannestad et al., 2020; Brady et al., 2019). MiMo (Berg et al., 2012) vektlegger også at en *gjensidig relasjon* er sentralt for at jordmor skal kunne bli kjent og forstå kvinnens behov. Jordmødrene i studien vår anvendte en form for *gjensidig relasjon*, hvor de prøvde å bli kjent med kvinnen for å skape en tillitsfull relasjon. Til tross for at dette var nødvendig, kunne jordmødrene også oppleve det som mer tidkrevende. Ifølge Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) er relasjonsbygging en del av *mellommenneskelig kompetanse* som det er viktig at jordmor har. I tillegg forklarer teorien at relasjonen mellom kvinne og jordmor ofte er undervurdert, da relasjonen er selve fundamentet for at kvinner med frykt skal kunne uttrykke seg fritt. Dersom det mangler en tillitsfull relasjon, kan dette medføre et dårlig samarbeid og forårsake en negativ fødselsopplevelse (Brady et al., 2019; Aannestad et al., 2020).

Ifølge MiMo (Berg et al., 2012) er *tilstedeværelse* en forutsetning for å oppnå en gjensidig relasjon. Tilstedeværelse var også et viktig funn i vår studie og dette mente jordmødrene handlet vel så mye om å være tilgjengelig når kvinnene trengte dem. Dette støttes også av MiMo (Berg et al., 2012) som fremhever at *tilgjengelighet* også handler om at jordmor er til stede, åpen og fleksibel. Jordmødrene i studien vår anså mental tilstedeværelse som like viktig som fysisk tilstedeværelse for å skape trygghet og tillit. Dette støttes av Halldorsdottir og Karlsdottir (2011), som påpeker at en jordmor som er mentalt og fysisk til stede viser *profesjonell omsorg* ovenfor kvinnene som kan skape trygghet. Dette er også bekreftet som viktig i MiMo (Berg et al., 2012) og andre studier (Ménage et al., 2016; Dahlberg et al., 2016). Dersom jordmor mangler den mentale tilstedeværelsen påpeker Blaaka og Schauer (2008) at det kan påvirke jordmødrenes evne til å ivareta kvinnene på en trygg måte. Relasjon og tilstedeværelse var viktig ifølge studien vår, og det er behov for mer forskning som fordyper relasjonsbygging til kvinner med fødselsangst.

5.1.3 Å møte og se kvinner uten fordommer

Et sentralt funn i studien vår var at jordmødrene mente at selvinnsikt var viktig for å møte og se kvinner med fødselsangst uten fordommer. I denne forbindelse kom det også frem at jordmødrene mente at usikkerhet rundt begrepet fødselsangst kunne medføre at kvinnene ble behandlet fordomsfullt. Det mangler beskrivelser i teoriene om hvordan uklarheter omkring et fenomen som fødselsangst kan skape problemer i jordmorsomsorgen. Det kan imidlertid

knyttet til begrepet *grunnleggende kunnskap* (Berg et al., 2012), som betyr at jordmor anvender både *teoretisk og erfaringsbasert kunnskap* i relasjonen med kvinnene. Manglende kunnskap om fødselsangst og utydelige definisjoner kan være en utfordring i forsøket på å møte kvinner med fødselsangst (Larsson et al., 2016; Nilsson et al., 2018). For å unngå dette ønsket jordmødrene i studien vår tydelige retningslinjer å forholde seg til. Vi mener at det kan være relevant å diskutere dette opp mot jordmødre og deres profesjonelle rolle. Dette støttes av Hansson et al. (2021) som viser at refleksjoner rundt sin egen rolle som jordmor er viktig og bidrar til å styrke et helsefremmende arbeid i møte med kvinner i fødsel, som igjen kan styrke jordmødres profesjonalitet. Dette støttes også av Halldorsdottir og Karlsdottir (2011) som viser at *profesjonell utvikling* både personlig og faglig er viktig for å arbeide som jordmor. På denne bakgrunn kan det være behov for klare retningslinjer om begrepet fødselsangst.

Videre mente jordmødrene i studien vår at selvinnsikt ble utviklet gjennom erfaring, og at dette var viktig for å vurdere kvaliteten på kommunikasjonen mellom kvinner med fødselsangst og jordmødrene. Det bekreftes i begge teoriene at god kommunikasjon er sentralt mellom jordmor og kvinnen (Berg et al., 2012; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Det er imidlertid ikke alltid at man klarer å oppnå en god kommunikasjon. Jordmødrene i studien vår mente at det var akseptabelt å gjøre et jordmorbytte dersom de opplevde at kommunikasjonen ikke stemte med kvinnen. Salomonsson et al. (2010) støtter jordmødrene i at det er akseptabelt å gjøre et jordmorbytte, basert på både jordmødrenes og kvinnenens ønske. Vi stiller oss imidlertid kritiske til om det er etisk riktig å gjøre et jordmorbytte utelukkende basert på jordmors eget ønske? Dette er også i strid med de yrkesetiske retningslinjene (DNJ, 2016), hvor det fremgår at jordmødrene er etisk pliktig til å aktivt løse konflikter som kan forekomme, og erkjenne kvinnenens avhengighet av jordmor. Vi mener derfor at dette er et funn som med fordel kunne vært mer forsket på.

Ifølge DNJ (2016) skal jordmødre kunne tilpasse seg til hver enkelt kvinnes behov, og samtidig skal jordmødre arbeide ikke-diskriminerende uavhengig av kvinnenens bakgrunn. Jordmødrene i vår studie var opptatt av å behandle kvinner med fødselsangst likt som andre fødende for å unngå fordommer og diskriminering. Å arbeide ikke-diskriminerende er en del av den *profesjonelle omsorgen* ifølge teorien til Halldorsdottir og Karlsdottir (2011). Videre er det påpekt i teorien at jordmødre ikke skal være dømmende, og skal ta hensyn til kvinnens bakgrunn og behov. MiMo (Berg et al., 2012) påpeker også at jordmødre bruker sin *grunnleggende kunnskap* til å vurdere hver kvinnes individuelle behov.

Jordmødrene i studien vår var opptatt av å gi individuell omsorg til kvinner med fødselsangst for å unngå fordommer, men hadde også et ønske om at alle skulle behandles likt. Å ha en individuell tilnærming og samtidig behandle alle likt kan stride mot hverandre. Dette kan skyldes at en individualisert kvinnesentrert tilnærming ikke er implementert i helsevesenet. En begrensning for kvinnesentrert omsorg ifølge en litteraturstudie fra ulike land, viser at en medikalisert omsorg hindrer kvinner i å ta egne valg og beslutninger (Brady et al., 2019). En norsk studie forklarer at en medikaliserte omsorg kan dominere over andre modeller for fødselsomsorg, slik som kvinnesentrert omsorg (Skogheim & Lundgren, 2021). Det er derfor behov for mer forskning som ser nærmere på hvordan omsorg til kvinner med fødselsangst kan utvikles, slik at de får tilpasset individuell omsorg ut fra sine egne ønsker og behov, og som gir jordmødre mulighet til å arbeide kvinnesentrert.

5.2 Metodologisk diskusjon

I dette kapitlet diskuteres styrker og svakheter knyttet til forskningsprosessen. Formålet med en kritisk diskusjon rundt eget arbeid var hensiktsmessig for å vurdere oppgavens kvalitet og troverdighet. For å fremstille en god diskusjon vil begrepene *refleksivitet*, *forforståelse*, *validitet* og *pålitelighet* diskuteres opp mot oppgaven. Avslutningsvis vil implikasjoner for praksis og videre forskning diskuteres.

5.2.1 Vår rolle som forskere

Refleksivitet er et sentralt begrep i kvalitativ forskning som betyr at vi må være kritiske til vår egen forforståelse og forskningsprosess. For vår del betyr dette å oppsøke og utfordre kunnskaper og fordommer som vi eventuelt hadde med oss fra tidligere. Ifølge Malterud (2017) er forforståelse en form for bevissthet som vi bringer med oss inn i forskningsprosessen. Videre er det viktig å tydeliggjøre egen forforståelse for å kunne være åpen for andre tolkninger underveis. Det kan derfor av og til være vanskelig å stille seg helt nøytral ettersom vår forforståelse for denne oppgaven baserer seg på tidligere erfaringer fra praksis gjennom utdannelsen. På denne bakgrunn har det vært viktig å stille seg kritisk til alle våre funn og fremgangsmåten i alle faser av forskningsprosjektet. Malterud (2017) påpeker imidlertid at forforståelse kan tilføye oppgaven både styrker og svakheter. En styrke ved vår forforståelse har vært en motivasjon til å forske på et tema som vekket vår interesse og nysgjerrighet. På en annen side kan vår forforståelse skape et tunnelsyn som begrenser oppgavens horisont, og som kan overgå det empiriske materialet. Dette kan medføre redusert kvalitet og upålitelighet i forskningen. Vi diskuterte derfor både faglige og personlige

erfaringer med hverandre og veileder, og bestemte oss for å ha et åpent sinn hvor det var rom for tvil, ettertanke og uventete konklusjoner (Malterud, 2017).

5.2.2 Validitet

Validitet er et begrep som benyttes i kvalitativ forskning for å vurdere studiens gyldighet (Malterud, 2017). Gjennom forskningsprosessen har vi stilt oss kritisk til alle valgene som ble tatt, for å styrke den interne validiteten og gyldigheten i vår studie. Ved oppstart stilte vi oss selv spørsmålet om problemstillingen og hensikten var relevant for studiens formål. På bakgrunn av problemstillingen ble det valgt en kvalitativ metode, da studiens formål var å undersøke jordmødrenes opplevelse av et fenomen. En styrke ved kvalitativ metode er at den ga oss et rikt og dypt materiale i form av tekst, istedenfor tall som i kvantitativ metode. Derimot kan kvalitativ metode anses som en svakhet ved at det ga mye og ustrukturert materiale (Malterud, 2017).

Valg av semistrukturerte intervju anså vi imidlertid som en styrke fordi metoden gir informantene mulighet til å samtale på et dypere nivå, fritt uten avbrytelser og kan skape distanse fra vår forforståelse (Malterud, 2017). En svakhet var at enkelte av intervjuene ble gjennomført digitalt, noe som kan forårsake at viktig kroppslige og emosjonelle reaksjoner ikke ble fanget opp. I tillegg kan dette påvirke informantenes fortrolighet til å dele sårbar informasjon. Validiteten ble allikevel styrket ved at informantene valgte tid og sted for intervjuene. En annen svakhet ved valg av intervju som fremgangsmåte var at vi er uerfarne med rollen som intervjuer, noe som kan medføre føringer og unnvikelse av viktige oppfølgingsspørsmål (Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2021). Samtidig styrket vi studiens interne validitet ved å gjennomføre et prøveintervju for å kunne korrigere og tilpasse spørsmålene i den videre intervjuprosessen. En svakhet ved transkriberingen har vært at flere av informantene hadde ulike dialekter/språk, noe som kan svekke validiteten ved at små nyanser av språket kan forsvinne i transkripsjonsprosessen. Samtidig skrev vi ned stikkord underveis slik at vi kunne avklare at vi hadde forstått og oppfattet riktig. I tillegg brukte vi digital diktafon som kan bli ansett som en styrke. Bruk av Malterud sin STC-analyse ble også sett på som en styrke, da den gir en enkel innføring i analyse til nybegynnere og vektlegger informantenes stemme, og som skaper nærhet til materialet (Malterud, 2017).

For å vurdere studiens eksterne validitet (overførbarhet) må studiens utvalg, kontekst og funn vurderes som relevant i andre sammenhenger og situasjoner. En svakhet ved strategisk utvalg i vår studie var at informantene hadde spesiell interesse for fødselsangst, som kan gi

ensformige svar og svekke studiens overførbarhet. En annen svakhet ved studiens utvalg kan være relasjonen mellom oss og informantene, da vi hadde kjennskap til noen av de fra før i forbindelse med praksis og arbeidsplass, som kan ha påvirket materialet. Likevel kan overførbarheten anses styrket ved at informantene representerte ulike klinikker og lokalsykehus i Norge, samt at det var stor variasjon i arbeidserfaring. En annen svakhet var at utvalget bestod av få informanter, noe som kan svekke overførbarheten. Ifølge Malterud (2017) er likevel kvaliteten på materialet avgjørende for å vurdere informasjonsstyrken. Etersom vi forsøkte å gi et rikt og beskrivende materiale, kan det styrke overførbarheten i studien.

5.2.3 Pålitelighet

Pålitelighet handler om hvorvidt resultatene fra studien er troverdig. For å vurdere studiens pålitelighet er det nødvendig å se på datainnsamlingen og hvordan materialet behandles i ettertid. Basert på at vi valgte kvalitativ metode og intervju som fremgangsmåte kan det være utfordrende å forsikre at studien har høy pålitelighet. Som tidligere nevnt, kan vi påvirke informantene under intervjuet. Det er derfor ingen garanti for at andre forskere som benytter seg av samme intervjuguide vil få samme resultat. For å øke studiens pålitelighet har vi derfor arbeidet nøye med intervjuguiden for å unngå ledende spørsmål. Samtidig hadde vi en uformell prat med informantene før intervjuene, for å skape kontakt og fortrolighet. Dette anså vi som en styrke i studiens pålitelighet ved at informantene følte seg trygge til å svare ærlig, i motsetning til å svare det de tror vi ønsket å høre. Samtidig kan det styrke studiens pålitelighet at vi har vært to forskere gjennom prosessen, og fått jevnlig veiledning av en forsker som er kjent med kvalitativ metode. I tillegg har vi nøye redegjort for hvordan studien ble gjennomført og hvordan vi har gått frem i forskerprosessen (Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2021).

5.2.4 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Implementering av ny kunnskap innebærer at kunnskapen blir satt inn i en annen kontekst enn den opprinnelig var hentet ut fra (Malterud, 2017). Gjennom forskningsprosessen har vi blitt oppmerksomme på hvor lite forskning som finnes om norske jordmødres opplevelser av å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. For praksisfeltet betyr dette at jordmødre som arbeider på fødeavdelinger kan ha nytteverdi av studiens funn. Dette kan bidra til å forbedre kvaliteten på omsorgen rettet mot kvinner med fødselsangst, samt å øke bevisstheten hos jordmødre og i organisasjonen. Økt bevissthet kan bidra til refleksjoner som kan føre til

endring og forbedring i praksis. Likevel kan ikke våre funn alene forårsake implikasjoner i praksis, men studien og resultatene kan gi et godt grunnlag for videre forskning. På denne bakgrunn mener vi at det kan være behov for mer forskning på temaet for å undersøke om våre funn var tilfeldig eller om det har en nytteverdi for eventuell implementering i praksis.

6.0 Konklusjon

Resultatet fra studien viste at jordmorfaglige ferdigheter og kompetanse var viktig for å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. Det handlet om å ivareta kvinnene ved å bevare den normale prosessen, og etablere trygghet og tillit. Jordmødrene måtte ha en rolig tilnærming, og det var ekstra viktig å være oppmerksom dersom de var fysisk nære kvinnene. Faktorer som omhandlet organisasjonen påvirket også jordmødrene. På grunn av manglende tid kunne viktige forutsetninger som kontinuitet og tilstedeværelse være vanskelig å oppnå. Relasjonsbygging var mer tidskrevende, men essensielt for å skape trygghet og tillit hos kvinner med fødselsangst. Selvinnsikt over egne holdninger og definisjonen av begrepet kan påvirke omsorgen, og forårsake misforståelser og fordommer. Derfor var det ønskelig med klare retningslinjer. Å behandle kvinnene med individuell omsorg eller lik behandling var et motstridende funn, og bør forskes videre på.

Referanseliste

- Adams, S., Eberhard-Gran, M. & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(10), 1238-1246. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x>
- Aannestad, M., Herstad, M. & Severinsson, E. (2020). A meta-ethnographic synthesis of qualitative research on women's experience of midwifery care. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 171-183. Doi: <https://doi.org/10.1111/nhs.12714>
- Aune, I., Torvik, H., Selboe, S., Skogås, A., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience – Norwegian women's perspective. *Midwifery*, 31(7), 721-727. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Berg, M., Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Blaaka, G. & Schauer, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Brady, S., Lee, N., Gibbons, K. & Bogossian, F. (2019). Women-centered care: An integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 94, 107-119. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
- Dahlberg, U. & Aune, I. (2013). The woman's birth experience – The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A., Selboe, S., Torvik, H. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H. & Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in

- studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth*, 32(2), 99-111.
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Den Norske Jordmorforeningen DNJ (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. Hentet 28.11.21 fra: <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Deng, Y., Lin, Y., Yang, L., Liang, Q., Fu, B., Li, H., Zhang, H. & Liu, Y. (2021). A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(4), 380-387. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.09.003>
- De Vries, N., Stramrood, C., Slijter, L., Sluijs, A. & Van Pampus, M. (2020). Midwives' practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. *Women and Birth*, 33(1), e95-e104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.014>
- Eide, K., Morken, N. & Bærøe, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 102-102. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2250-6>
- Elvander, C., Cnattingius, S. & Kjerulff, K. (2013). Birth experience in women with low, intermediate, or high levels of fear: Findings from the First Baby Study. *Birth*, 40(4), 289-296. Doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12065>
- Eri, T., Berg, M., Dahl, B., Gottfredsdóttir, H., Sommerseth, E. & Prinds, C. (2020). Models of midwifery care: A mapping review. *European Journal of Midwifery*, 4(July), 30-30. Doi: <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Fahy, K. & Parrat, J. (2006). Birth Territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth*, 19(2), 45-50. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.05.001>
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M. & Åstedt-Kurki, P. (2017). Effects of extended childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 293-301. Doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12346>

- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
- Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., Dencker, A., Eriksson, M. & Carlsson, I. (2021). Professional courage to create a pathway within midwives' field of work: a grounded theory study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 312-312. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06311-9>
- Helse Norge (2018). *Fødselsangst*. Hentet 01.12.21 fra: <https://www.helsenorge.no/fodsel/fodselsangst/>
- Henriksen, L., Borgen, A., Risløkken, J. & Lukasse, M. (2020). Fear of birth: Prevalence, counselling and method of birth at five obstetrical units in Norway. *Women and Birth*, 33(1), 97-104. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.11.008>
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A. & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth – birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 21, 33-38. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
- Håland, K. & Brean, G. (2019). Forløsningsfrykt og fødselsangst. I M. Landsverk Hagtvedt & S. Holan (red.), *Det nye livet – svangerskap, fødsel og barsel* (3 utg., s.119-138). Bergen: Fagbokforlaget.
- International Confederation of Midwives (ICM, 2018). *ICM definitions*. Hentet 01.03.22 fra: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Jomeen, J. (2017). Psychological context of childbirth. I S. Macdonald & G. Johnson (red), *Mayers' Midwifery* (15 utg., s.186-198). Edinburgh: Elsevier.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2016). Counseling for childbirth fear – a national survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 8, 82–87. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.008>
- Laursen, M., Johansen, C. & Hedegaard, M. (2009). Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(10), 1350-1355. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02250.x>
- Lukasse, M., Schei, B., & Ryding, E. (2014). Prevalence and associate factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99–106. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
- Lyberg, A., Dahl, B., Haruna, M., Takegata, M. & Severinsson, E. (2018). Links between patient safety and fear of childbirth – A meta-study of qualitative research. *NursingOpen*, 6(1), 18-29. Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.186>
- Løvåsmoen, E., Bjørgmo, M., Lukasse, M., Schei, B. & Henriksen, L. (2018). Women's preference for caesarean section and the actual mode of delivery – Comparing five sites in Norway. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 206-212. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.009>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ménage, D., Bailey, E., Lees, S. & Coad, J. (2017). A concept analysis of compassionate midwifery. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 558-573. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13214>
- Mortazavi, F. & Agah, J. (2018). Childbirth Fear and Associated Factors in a Sample of Pregnant Iranian Women. *Oman Medical Journal*, 33(6), 497-505. Doi: <https://doi.org/10.5001/omj.2018.91>
- Möller, L. (2019). *Health, obstetric outcomes, and reproduction in women with vulvar pain or primary fear of childbirth* (doctor thesis). Sweden, Linköping University Electronic Press, 72p. Doi: <https://doi.org/10.3384/diss.diva-156622>

- Nettskjema, Universitetet i Oslo (2021). *Nettskjema – spørreskjema, påmeldinger og bestillinger*. Hentet 25.11.21 fra: <https://nettskjema.no/>
- Nilsson, C., Bondas, T. & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women with Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal nursing*, 39(3), 298-309. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
- Nilsson, C. & Lundgren, I. (2009). Women´s lived experience of fear of childbirth. *Midwifery*, 25(2), e1-e9. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.01.017>
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H. & Begley, C. (2018). Definitions, measurements, and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 28-28. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- Norsk senter for forskningsdata, NSD (2020). *Personværnerklæring*. Hentet 11.08.21 fra: <https://www.nsd.no/om-nsd-norsk-senter-for-forskningsdata/personværnerklæring/>
- O´Connell, M., Leahy-Warren, P., Khashan, A., Kenny, L. & O´Neill, S. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920. Doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
- Preis, H., Benyamini, Y., Eberhard-Gran, M. & Garthus-Niegel, S. (2018). Childbirth preferences and related fears – comparison between Norway and Israel. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 362-362. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1997-5>
- Salomonsson, B., Wijma, K. & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives´ perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327–337. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>
- Salomonsson, B., Alehagen, S. & Wijma, K. (2011). Swedish midwives´ views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(4), 153-159. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.07.002>

- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity model versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(4), CD004667-CD004667. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensialer i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 17(1). Doi: <https://doi.org/10.7557/14.5444>
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K. & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 96-96. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>
- Steen, T., Eberhard-Gran, M., Nordeng, H., Nerum, H. & Lyng, S. (2020). Mental helse i svangerskapet. *Veileder i fødselshjelp*. Hentet 22.11.21 fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/mental-helse-i-svangerskapet/>
- Striebich, S., Mattern, E. & Ayerle, G. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97-115. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
- Størksen, H., Garthus-Niegel, S., Adams, S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 221-221. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>
- Tobiasson, M. & Lyberg, A. (2019). Fear of childbirth from the perspective of midwives working in hospitals in Norway: A qualitative study. *NursingOpen*, 6(3), 1180-1188. Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.304>
- UiT, Norges Arktiske Universitet (2021). *Forskningsetikk*. Hentet 01.03.22 fra: https://uit.no/forskning/etikk/art?p_document_id=718189
- Van Teijlingen, E. (2017). The medical and social model of childbirth. *KONTAKT*, 19(2), e73-e74. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.03.001>

Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M. & Patel, H. (2020). Women´s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health And Well-being*, 15(1), 1704484-1704484). Doi:

<https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

World Health Association (2018). *Deceleration of Helsinki – Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet 28.11.21 fra: <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

Vedlegg 1: Artikkel

Norwegian midwives' experiences of encounter and support of women with fear of childbirth in birth.

Abstract

Objective: To describe Norwegian midwives' experiences of encounter and support of women with fear of childbirth (FOC) in birth.

Method: Qualitative method with a phenomenological approach, using 10 individual semi-structured interviews with midwives who had cared for women with FOC in birth. All midwives worked in birth clinics or maternity wards. The data was analyzed following Malterud's systematic text condensation (STC).

Results: The findings present in three main themes: *A professional midwife who takes care of women: times matter for safety and trust: to encounter and see women without prejudices.* Being a professional midwife included self-confidence, control, competence/experience, independence, promote normal birth, and motivation. Time played a crucial role in being able to have a calm approach, relationship built on trust, as well as creating a sense of continuity and being present. Individual care as well as equalize the women was of importance to prevent prejudices, as well as having control of the term FOC. Self-awareness was also important to evaluate the quality of relation, and the midwives' wanted clear guidelines for handling women with FOC.

Conclusion: Aspects related to professional midwifery skills, organizational factors such as time to establish safety and trust and the use of concept of FOC, are all important for midwives when encounter and support women with FOC in birth. All these aspects need to be improved in the care for women with FOC, and clearly defined guidelines for handling such cases need to be developed.

Keywords: Midwife, fear of childbirth, experience, support, encounter.

Introduction

Fear of childbirth (FOC) is a common problem affecting women's health and wellbeing (1), but the term has no clear consensus as to its meaning. A study from 1981 conducted in Sweden defined FOC as a strong anxiety which impaired women's daily functioning and well-being during pregnancy (2). Later on, a study from Finland went on to define FOC as a health issue for pregnant women, relating to an anxiety disorder or a phobic fear including physical complications, nightmares, and difficulties with concentration, as well as demands for caesarean section (3). Additionally, FOC can be classified in four different degrees. The study defines mild FOC as when the women have a mild worry for the upcoming birth. Moderate FOC occurs when the stress is too difficult to cope with and the woman requires external support. Severe FOC is defined as when the strain of the condition has a risk of causing avoidance of pregnancy, avoidance of vaginal birth or can cause more psychological vulnerabilities. Tokophobia is FOC at its most extreme, and can ultimately result in avoidance of pregnancy, vaginal childbirth, and postponement or abortion (4).

Because of its complex nature and difficulties in measurements due to surveys without consensus of definitions, research of FOC becomes highly problematic and requires extensive studies (1). A systematic review conducted in 18 countries worldwide found the prevalence of tokophobia at 14%, whereas the prevalence of tokophobia reaches 23% in Australia compared to 8% in the rest of Europe, and 12% in Scandinavia. This study also confirms an increase of tokophobia over thirty years (5). A recent study from China estimated the prevalence of moderate FOC to be 22% and severe FOC to be 6% among pregnant women (6). A study from 2014 shows a prevalence of severe FOC in Norway estimated to 12,7% for primiparous women, and 11,2% for multiparous women (7). The cause of these wildly varying results in prevalence of FOC worldwide could very well come down to cultural differences, several methods of measuring, and different definitions (1).

The cause of FOC can vary between primiparous and multiparous women. Studies describes eight potential causes for primiparous women: fear of not knowing, not being prepared for the unpredictable, fear of harm or stress to the baby, not being able to cope with the pain, getting harmed in birth and postpartum, being overwhelmed, being unable to participate in decision making, and being abandoned and alone. These causes were echoed by multiparous women, who also added two more potential causes for FOC: fear of interventions and fear of length of birth (8, 9). A meta-synthesis based on 14 qualitative studies show that women suffering from

FOC require support that can alleviate their existential issues, allowing them to express and integrate their feelings, experiences and expectations during pregnancy, childbirth, and postpartum (10).

Previous studies have shown the need for treatment options to be available for women with FOC during pregnancy and birth (11, 12), where we can see a study demanding theory-based concepts of care, and effective interventions in the health care system to enhance midwives' qualifications in supporting women with high or severe FOC (12). There are different methods to discover FOC and the most validated tool used worldwide is W-DEQ, a questionnaire to discover and evaluate the level of FOC by mild, moderate, severe, and phobic fear (1, 13). One study from Finland shows that psychoeducative group therapy has positive effects for primiparous women with severe FOC, in terms of fewer caesarean sections and more satisfactory in birth (14). According to a Swedish study, having a known midwife present during birth is another positive impact on women with FOC related to birth experiences, but not for the delivery outcome (15).

According to midwives in a Swedish study, they found it to be emotional demanding and time consuming to take care of women with FOC in antenatal care, birth and postpartum (16). Furthermore, a study from Norway shows that to provide optimal support, several factors had an influence which the midwives could not control, such as lack of continuity and individual care (17). In addition, another study shows that midwives need more education on severe FOC to identify and cope with these women in general (18).

In summary, there is some research about midwives' experiences of FOC, but we have not found any study focusing on how to encounter and support of women with FOC in birth. Therefore, the aim of this study is to describe Norwegian midwives' experiences of encounter and support of women with FOC in birth.

Method

Design

A qualitative study with a phenomenological approach. Phenomenology is useful when exploring the meaning of a specific phenomenon which is not earlier described, such as in this study where midwives' experiences of encounter and support of women with FOC in birth. Malterud's systematic text condensation (STC) grounded in phenomenology, was used to analyze the material in a thematical way (19).

Settings

This study was carried out in Norway. Midwives working with birth at hospitals and postnatal care can work at three different levels in the country: Birth clinics, maternity wards, and small midwifery-led units. In addition, midwives can work in antenatal care which is a part of the primary health care. Midwives in Norway have a professional responsibility for normal pregnancy and birth. Continuity care from pregnancy to birth is rare, as midwives work either in primary health with antenatal care, at hospitals with birth or may sometimes have a combined position. Women will therefore usually meet different midwives who take care of their antenatal care and during birth (20).

Participants and data collection

10 midwives who worked in birth clinics or maternity wards were interviewed individually. Seven of the midwives worked in birth clinics, where three of them had previous experience of working in antenatal care. The remaining three midwives worked in maternity wards, and all the midwives in the study represented several counties and cities in Norway. Inclusion criteria was midwives working actively in birth clinics, maternity wards or small midwifery led units with intrapartum care, besides having more than two years' experience. Midwives were recruited through a Facebook-group for midwives in Norway, and through personal contact with midwives from school-practice and workplace. The work experience of the midwives varied between 2-32 years.

A semi structured-interview guide with open questions was used for the interviews (table 1). During the interviews, one of the authors was responsible for audio recording and asking follow-up questions, while the other author asked the questions from the interview guide. The interviews lasted between 25-55 minutes. Four of the interviews were assembled by personal attendance, while six were conducted through digital conference due to the Covid-pandemic. The interviews were audio recorded and securely stored.

Table 1: Interview guide

- How do you define fear of childbirth?
- What is your most significant role as a midwife when you meet woman with FOC?
- What challenges do you experience as a midwife during childbirth meeting these women?
- How is the collaboration between you as a midwife, and women with FOC in birth?
- Can you describe what kind of support you give women with FOC?
- Do you have any further thoughts regarding your experience of working with women with FOC in birth?

Ethical considerations

The Norwegian Centre for Research Data (NSD) has approved the project according to ethical standards for research. Participation in the study were midwives who voluntarily participated and made an informed oral consent before each interview. The place and time for the interviews were chosen by the participants. The participants were informed about their rights to withdraw from participation at any time without consequences, and the information was confidential.

Data analysis

Audio recordings of the interviews were directly transcribed and STC was used for data analysis which involves four steps (19). The first step was to get an overview of the material by reading the transcribed material, and to identify preliminary themes. In the next step, “meaning units” and code groups were identified by reading the material sentence for sentence, where unnecessary material was excluded, while “meaning units” that shed light on the phenomenon were placed into code groups. In the third step the “meaning units” were organized into sub-themes, and thereafter condensates were developed to describe each sub-theme. The final step of the analysis consisted of a re-contextualization where the condensates were converted to an analytic text that shed light on the phenomenon, which was the findings of the study. Throughout the data analysis, the authors strived to be aware of their own

preunderstanding, being open-minded, and put aside theoretical frames of reference for allowing the data material to arise (19).

Results

The findings are presented in three main themes; *a professional midwife who takes care of women*, *times matter for safety and trust*, and *to encounter and see women without prejudice*.

A professional midwife who takes care of women

To appear as professional midwives was extra important to promote birth as being safe for women with FOC, due to their vulnerability and fear. To reduce women's FOC, the midwives thought it was important to appear as professionals by portraying self-confidence. This was developed through work experience which made the midwives more confident in themselves, to handle women suffering from FOC. Self-confidence could then increase their professionalism in order to ease the tension and anxiety women would experience, and entrust that they would be safe no matter which midwife were present. A part of having self-confidence was also to have control. Having control also gave midwives a feeling of professionalism, which was developed through their competence and experience. The midwives' thought competence was about being proficient by having professional knowledge relating to FOC, while also emphasizing the importance of independence and practical skills to handle the women in a professional manner. Independency was such an important factor that the midwives emphasized it would assist in preventing unnecessary interventions, and involvements of other professionals which could lead to a reduction in a woman's FOC. Even though the midwives were independent, they were aware that asking for help was not seen as a defeat, moreover, being able to admit when they needed extra assistance increased the midwives' professionalism. Lack of guidelines as to how to handle women suffering from FOC could occasionally lead them to be insecure, but the midwives took all these concepts in order to handle women suffering from FOC in a professional way.

“Even though I haven't worked that long as a midwife, I feel professional enough to stay focused and have control, even if FOC can complicate it a bit. Sometimes only a severe FOC can make me lose control and affect my self-confidence.” (Participant 10)

A part of being a professional midwife was also to make women with FOC understand and maintain the birth as a normal physiological process. The midwives appeared as professionals by informing and illustrate physiological and mental changes in birth, to reduce women's

FOC. Midwives thought this made women more confident and prepared for changes that seemed abnormal, which is a part of the physiological process of birth. FOC was not primary seen as a risk factor by the midwives, but could sometimes develop complications in birth, and therefore the midwives took care of the women by not relating FOC to a medical complication. Even if pain is a reason for FOC according to the midwives, they used their professional knowledge to explain how pain was necessary to expand cervix to give birth, and not dangerous, and thereby normalized the process of birth.

“I want to be the best midwife as possible, and I try to strive professional support, especially for women with FOC, and I do that by inform early about the physiological process and be clear. I think it's better safe than sorry.” (Participant 9)

Being a professional midwife also involved promoting motivation in women suffering from FOC in birth, where the midwives´ expressed that the women often had a lack of confidence in giving birth. Motivation from the midwives could strengthen women´s power to master birth and increase their confidence, and the midwives could motivate by being encouraging, passionate, and being involved in the process. In order to assist in alleviating FOC, the midwives considered participation in birth as a major priority for these women. The midwives tried to motivate women to participate by having a constant dialog which included asking questions, giving options, and listening to women´s views before making decisions, as the midwives thought this could motivate the women to feel appreciated and acknowledged. They also thought this could motivate women throughout birth and promote a normal physiological process, even though the midwives had been in varied situations where FOC had suddenly occurred in birth, and made the women uncappable to speak up for themselves. Thus, the midwives sometimes had to make decisions based on professional recommendations, which they thought was the best for the women.

“As a professional midwife, I give them a lot of choices and options. I try to meet them in a slightly different way than others ... I give them an opportunity to be more involved in their own birth and I want them to be a part of this journey with me.” (Participant 4)

Times matter for safety and trust

The midwives emphasized that time was essential to achieve continuity to create safety and trust for women with FOC in birth. Due to capacity conflicts in the ward, the midwives saw it as challenging to maintain continuity care. In many cases the midwives tried to promote

continuity by alleviating each other in order to have less responsibilities outside the birth room, so they would be able to follow up and focus on these women with FOC, which they thought required more continuity. It was a consensus among the midwives that this practice had a positive impact, and was a necessity for women with FOC in order to maintain safety and trust, which ultimately led the midwives feeling they did a better job. Women with FOC had often birth plans with certain wishes and needs, and the midwives did their best to fulfil to create safety and trust, but time restrictions sometimes made this unable. This led the midwives feel they were giving less support and could create mistrust, which they meant was unfortunate for women with FOC when they needed their support the most.

“Even though I experience women with FOC as more time-consuming, it is not arranged more time from the ward to promote more continuity in midwifery care, which can be frustrating.” (Participant 5)

Establishing safety and trust for women with FOC was varying from individual to individual, and the midwives considered themselves as an essential corner piece to establishing these conditions for the women by being present. According to the midwives, they tried to consider women's needs by being both mentally and physically present, as they thought this contributed to safety and trust. Physically presence by the midwives was - according to them - even more important when caring for women with FOC, since by being physically present they felt more secure in understanding and discovering what the women needed. When the midwives could not be present, they considered women's partner as important for providing safety. Being both mentally and physically present helped the midwives to get to know the women and her partner to create a trusting relationship, even though it was more time-consuming, it was of extra importance when encounter women with FOC. All these aspects could create safety and trust according to the midwives.

“Presence is not just about being constantly in the birth room, but be available as soon as they call for you and show them trust by showing up on time. Moreover, when I can't manage to be present, I make agreements with her. In that way negotiate me through birth.”

(Participant 1)

In demanding situations where midwives did not receive contact due to women's FOC, they thought a calm approach was important to establish safety and trust. To have a calm approach, the midwives took their time and tried to present themselves not in a hurry. They took their

time to sit quietly by the women's bed, being intimate, and having a relaxed discourse to create safety and trust. In many cases the act of being intimate would have a greater significance than words, and could assist in creating a calm mindset in women with FOC, as long as time would allow it. At the same time, the midwives had to be cautious in their approach when they were intimate, because they thought women could develop FOC through previous physical contact. Genuinity in actions and behaviors of the midwives were required, because they thought women with FOC could easily pick up on expressions from the midwives, which could create mistrust. A calm approach was also necessary for the midwives so they could use their senses to evaluate women to create a safe birthing atmosphere by lowering the lights, remove unnecessary equipment, and keeping the room tidy. This approach was even more vital for women with FOC.

“As midwives we are intimate... We must not forget that we have few boundaries and are closer to people than most. We need time to give a calm approach when we encounter women with FOC, and sometimes having two ears and one mouth could be enough.” (Participant 6)

To encounter and see women without prejudice

To encounter and see women with FOC without prejudices was important to the midwives, as FOC was a term that was unclear, and thereby could lead to misunderstandings for them. These misunderstandings could lead to comparing the term FOC with normal concerns and distress. Using the term wrong could make the midwives not take the women seriously and make them feel dismissed which they thought could increase their FOC, and affect the given care in a negative way. The midwives also lacked guidelines on how to discover, handle, and separate levels of FOC, which created uncertainty among the midwives. As a consequence of the unclear definitions and lack of guidelines, the midwives experienced different attitudes towards FOC in both themselves and from the ward. These attitudes could cause prejudices which the midwives' thought could affect co-workers, and influence on midwives' motivation when encounter women with FOC in birth.

“I have heard comments at work such as: suddenly it's extremely popular to have FOC and: FOC has become a trend... These attitudes make me sad and creates a negative work environment.” (Participant 3)

In order to avoid prejudices, the midwives encountered women with respect and acknowledge their FOC, as this was essential to encounter women in a neutral way and with an open mind.

They were therefore open to adapt women's needs and give women individual care, to encounter them without prejudice. The women with FOC were sometimes more difficult to handle and required more attention, so many midwives felt they were giving more of themselves to satisfy the needs of the women. The midwives were conscious about equalizing women in birth to avoid prejudices and discrimination, by giving the same care to all women in birth even if FOC occurred. Avoiding prejudices like this was a self-awareness that was developed through work experience, and made it important to evaluate the relationship to a woman. Sometimes when the relation towards women with FOC was not right, the midwives were open for a change of midwife if necessary, and they thought it was important to reset their minds and attitudes before encounter the women.

“Sometimes I think it's difficult to communicate with these women, and I have actually bucket out when the chemistry is not right, because communication is alpha omega.” (Participant 2)

Discussion

The findings from this study shows that a professional midwife who takes care of women, times matter for safety and trust, and to encounter and see women without prejudice is of importance to encounter and support of women with FOC in birth.

A professional midwife who takes care of women

According to this study, a professional midwife who takes care of women is central for midwives when encounter and support women with FOC. This finding is supported by International Confederation of midwives (ICM), stating that professionalism in midwifery is to work in partnerships with women and give adequate support, care and advice during pregnancy, birth and the postpartum (21). One aspect of a professional midwife according to our study, is to have self-confidence in taking care of women with FOC. Self-confidence is also described in other studies as important to professionally support women in birth (17, 22, 23, 24, 25, 26). The midwives in our study had self-confidence when they convinced women with FOC that they were safe in birth, due to their professionalism. This finding is supported by studies on women's experiences, which shows that they require midwives to take care of them in a professional way by being self-confident (24, 25).

Another aspect in our study of being a professional midwife was to be independent. The midwives tried not to involve more people or interventions than necessary, when caring for women with FOC in birth. Studies highlight interventions as one of the main reasons for

developing FOC, which often requires obstetricians and other health professionals to be involved in the birth (8, 9, 10, 16, 27). According to the midwives in our study, preventing interventions could reduce women's FOC, while keeping in mind that asking for help was not seen as a defeat, moreover this increased midwives' professionalism when taking care of women with FOC. According to a study, midwives are responsible for seeking professional assistance when the care of the women so requires (22). Studies confirm the importance of collegial support in midwifery care, at the same time lack of collaboration can affect midwives' ability to give women proper help, so creating a team around women in birth is clarified as high-quality care (17, 22, 23). Moreover, there are few studies on how an independent midwife and collegial collaboration affects women with FOC in birth, and further research is therefore needed.

Another aspect of being a professional midwife according to our study, was to promote motivation for women with FOC in birth. Motivation in birth is highlighted as important in several studies which prevents medical interventions, and has a positive impact on women's birth experiences (25, 27, 28, 29). According to our study, the midwives meant motivation gave women with FOC a power to master birth and gave them more confidence in themselves, which is confirmed by previous studies stating that midwives who strengthen women's confidence, has a positive impact for women feeling capable of giving birth (24, 26, 28, 30). At the same time, some studies indicate that women with FOC can have lack of motivation, which can challenge the midwives to achieve the right motivation towards them (16, 17, 27, 28). It is also shown in one study that less support from a midwife, can lead to a lack of motivation (28). The midwives in our study motivated women with FOC by being encouraging, passionate, and involved in the process, and there are also other studies adding knowledge on how to motivate women by affirmation, empowerment, and recognition (17, 20, 22, 24, 26, 28). These additional aspects are not described in our study.

Times matter for safety and trust

To create safety and trust in birth, midwives from our study emphasized that time was necessary to be a calm midwife and have a calm approach to women with FOC. The importance of having this approach during birth is confirmed in other studies, and is essential to provide safety (17, 24, 25, 26, 29, 30). There are few studies on how a calm approach can affect women with FOC in birth, moreover the midwives in our study mentioned several

aspects of how a calm approach can create safety and trust to the women. One aspect of a calm approach was to be intimate with the women which often had greater significance than words. Studies confirm that massage and sensitive touch by a midwife has a positive impact for women, especially due to the progress in birth (22, 25, 26, 27). Findings from our study highlights that the midwives were cautious in their approach when they were intimate, because the midwives' thought some women had developed FOC through previous physical contact, such as some studies indicating that physical abuse can be a factor for developing FOC (5, 7, 16). Some studies indicates that midwives should maintain an appropriate distance to women without being too close (22, 30). The midwives in our study tried to be genuine in their actions and behavior, and one Swedish study confirms that women with FOC are more aware of midwives being genuine when taking care of them (27).

Another aspect of a calm approach was to use their senses to evaluate the women and create a safe birth atmosphere. Using senses in midwifery is confirmed in earlier research to get a sense of what the women are feeling, and to encounter them in birth (26, 28, 30). The midwives in our study created a safe atmosphere to reduce women's FOC. Being in a room without a safe and calm atmosphere can affect the women to not follow their birth process (26). Therefore, a safe and calm atmosphere is highlighted as important to satisfy women giving birth (20, 22, 28, 29), which can be seen by the midwives in our study who attempted to maintain a safe birth atmosphere by lowering the lights, remove unnecessary equipment, and keep the room tidy. According to previous studies, a calm and safe atmosphere can be affected due to a medicalized room with lots of medical equipment (20, 26, 27, 30). Our study add knowledge about how to create a safe and calm atmosphere which is even more important for women with FOC according to the midwives.

To encounter and see women without prejudice

A finding from this study was that the term FOC was unclear which could create misunderstandings. Using the term wrong could make the midwives not take women with FOC seriously and increase their fear according to the midwives. Previous studies indicates that FOC is difficult to define, due to different culture, measurements, and definitions (1, 5, 7). The midwives in our study meant this could be unfortunate and could affect the given care in a negative way. Studies describes midwives being concerned about their ability to discover and support women with FOC (5, 16, 17). Another study emphasize that midwives should have special training to encounter and support these women (18). Furthermore, the midwives

in our study wanted clear guidelines to handle and separate women's FOC with other concerns and distress. Lack of guidelines could also affect attitudes towards FOC in both themselves and others, which could create prejudice. There are few studies on how midwives' attitudes affect women with FOC, and further research is needed.

Another central aspect of encounter women with FOC without prejudices was to show them respect and acknowledge their FOC. According to ICM, midwives are obligated to respect each individual women and their circumstances (21), and studies also highlights the importance of respecting all women in birth to promote good midwifery care (17, 22, 25, 26, 28, 30). The midwives in our study provided individual care to women with FOC and adapted their needs, to encounter them without prejudice. According to previous studies, individual care is highlighted as essential in midwifery to respect all women's wishes and needs (16, 22, 24, 25, 26, 29). Besides giving women with FOC individual care and treat them different from others, the midwives in our study also described that it was important to equalize the women to avoid prejudices and discrimination. One question is what having individualized and at the same time equalized care means? Therefore, the question about how to encounter and support women with FOC in the best way, need further research that should focus on both midwives and women with FOC.

Methodological considerations

The strength of a qualitative study is to get a deep understanding of a phenomenon that can be described (19), as for this study rich and important descriptions of midwives' experiences of FOC in birth. These descriptions highlight the challenges midwives encounter in relation to women with FOC in birth. Since qualitative findings must be related to the context, our findings must be related to the participants, their workplaces, and work experiences. The midwives who participated may be self-selected due to their interest in women with FOC, but this doesn't mean that our results are not relevant or can be transferred to other midwifery practice. The relevance of the study can be determined when the study is published or contributes to something useful in different contexts (19).

Conclusion

This study indicates that the midwives needed to be professionals by using their competence and experience to create safety and trust, when encounter and support women with FOC. Organizational factors can impact the given care from the midwives towards these women, such as lack of time. Unclearly with the concept of FOC can negatively influence the care as

well as stereotyping the women. Therefore, there is a need of guidelines of FOC. These findings can be of importance to strengthen midwives' knowledge when encounter and support of women with FOC in birth.

References

1. Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M. et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2018;18(1):28-28. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
2. Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecologic Obstetric Investigation*, 1981;12(5):262-6. Doi: <https://doi.org/10.1159/000299611>
3. Saisto, T., Halmesmäki, E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2003;82(3):201-208. Doi: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x>
4. Möller, L. Health, obstetric outcomes and reproduction in women with vulvar pain or primary fear of childbirth (doctor thesis). Sweden, Linköping University Electronic Press;2019. 72 p. Doi: <https://doi.org/10.3384/diss.diva-156622>
5. O'Connell, M., Leahy-Warren, P., Khashan, A., Kenny, L., O'Neill, S., Sinéad, M. Worldwide prevalence of tokophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2017;96(8):907-920. Doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
6. Zhou, X., Liu, H., Li, X., Zhang, S. Fear of Childbirth and Associated Risk Factors in Healthy Pregnant Women in Northwest of China: A Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management* 2021;14:731-741. Doi: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S309889>
7. Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2014;5(3):99-106. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007>
8. Slade, P., Balling, K., Sheen, K., Houghton, G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2019;19(1):96-96. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>
9. Kayleigh, S., Slade, P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 2018;27(13-14):2523-2535. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14219>

10. Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E, Sparud-Lundin, C. et al. Women´s experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative studies on health and well-being*, 2020;15(1):1704484-1704484. Doi: <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
11. Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., Hildingsson, I. The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2015;94(6):629-636. Doi: <https://doi.org/10.1111/aogs.12634>
12. Striebich, S., Mattern, E., Ayerle, G. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 2018;61:97-115. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
13. Haines, H., Pallant, J., Fenwick, J., Gamle, J., Creedy, D., Toohill, J., Hildingsson, I. Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with WDEQ – A in large Australian Cohort. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2015;6(4):204-210. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.002>
14. Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Saisto, T. Obstetric outcomes after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2012;120(1):75-84. Doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12011>
15. Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., Haines, H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth – birth outcome and women´s experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2019;21:33-38. Doi: <http://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
16. Salomonsson, B., Wijma, K., Alehagen, S. Swedish midwives´ perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 2010;26(3):327-337. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>
17. Tobiasson, M., Lyberg, A. Fear of childbirth from the perspective of midwives working in hospitals in Norway: A qualitative study. *NursingOpen*, 2019;6(3):1180-1188. Doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.304>
18. Salomonsson, B., Alehagen, S., Wijma, K. Swedish midwives´ views on severe fear of childbirth. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2011;2(4):153-159. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.07.002>

19. Malterud, K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (Qualitative research methods for medicine and health science). 4th ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
20. Aune, I., Holsether, O., Kristensen, A. Midwifery care based on a precautionary approach: Promoting normal births in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2018;16:132-137. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.005>
21. International Confederation of Midwives (ICM), ICM definitions. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html> ; 2018 (accessed 04 March 2022).
22. Halldorsdottir, S., Karlsdottir, S. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2011;25(4):806-817. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x>
23. Hansson, M., Lundgren, I., Hensing, G., Dencker, A., Eriksson, M., Carlsson, I. Professional courage to create a pathway within midwives' fields of work: a grounded theory study. *BMC Health Service Research*, 2021;21(1):312-312. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06311-9>
24. Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., Bogossian, F. Women-centred care: An integrative review of the empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2019;94:107-119. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.001>
25. Aannestad, M., Herstad, M., Severinsson, E. A meta-ethnographic synthesis of qualitative research on women's experience in midwifery care. *Nursing & Health Sciences*, 2020;22(2):171-183. Doi: <https://doi.org/10.1111/nhs.12714>
26. Berg, M., Òlafsdóttir, Ò., Lundgren, I. A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2012;3(2):79-87. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
27. Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I. Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2010;39(3):298-309. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x>
28. Ménage D., Bailey, E., Lees, S., Coad, J. A concept analysis of compassionate midwifery. *Journal of Advanced Nursing*, 2017;73(3):558-573. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13214>

29. Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A., Selboe, S., Torvik, H., Aune, I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2016;7:2-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
30. Blaaka, G., Schauer, T. Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 2008;24(3):344-352. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledning.

- Presentasjon av jordmorstudentene Henrikke Bjørseth og Cathrine Kvarme.
- Samtykke til å utføre opptak.
- Etske prinsipper.
- Informantene kan trekke seg før, under og etter intervjuet.

Vi ønsker å undersøke hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel. Fokuset er rettet mot de kvinnene som har fødselsangst fra svangerskapet inn i fødselen, men også kvinner som får fødselsangst under fødsel. Vi er ikke ute etter fødselshistorier eller intime situasjonsbeskrivelser. Det er viktig at informanten prøver å unngå personlige detaljer og all innsamlet data vil foregå gjennom anonymisering.

Spørsmål 1: Hvordan definerer du fødselsangst?

Spørsmål 2: Hva er din viktigste rolle som jordmor når du møter kvinner med fødselsangst?

Spørsmål 3: Hvilke utfordringer opplever du som jordmor under fødsel i møte med disse kvinnene?

Spørsmål 4: Hvordan er samarbeidet mellom deg som jordmor og kvinner med fødselsangst i fødsel?

Spørsmål 5: Kan du beskrive hvordan støtte du gir til kvinner med fødselsangst?

Spørsmål 6: Har du noen andre tanker rundt din erfaring av å arbeide med kvinner med fødselsangst i fødsel?

Mulige oppfølgingsspørsmål:

- Kan du fortelle litt mer om det/dette?
- Hvordan opplevde du det?
- Hvilken betydning hadde det for deg?
- Kan du gi noen eksempler?
- Forstår jeg deg riktig når ...?

Vedlegg 3: Eksempel på fremgangsmåte analyse

Meningsbærende enhet.	Kodegruppe.	Subgruppe.	Kondensat.	Kategori.
<p>Ofte opplever jeg faktisk at fysisk berøring kan ha større betydning enn ord noen ganger og at det skaper en større trygghet og ro for dem, men samtidig er det viktig å ikke være travel når du tar på dem.</p> <p>Jeg bruker ofte sansene mine til å føle hva de kan trenge fra meg hvordan jeg kan skape en form for trygg atmosfære i rommet. For eksempel tar jeg ofte og dimmer lysene og det opplever jeg ofte roer damene og gjør de mindre redd.</p> <p>Som jordmødre er vi intime..Vi må ikke glemme at vi er grenseløse og er nærmere mennesker enn de fleste. Vi trenger tid til å gi en rolig tilnærming i møte med fødselsangst, og noen ganger holder det å ha to ører og en munn.</p>	Trygghet i en tidsklemme.	En rolig tilnærming	<p>Jeg syntes det er viktig å ha en rolig tilnærming til disse kvinnene og skape trygghet og at de får tillit til meg. Det er viktig å få kontakt når fødselsangsten tar overhånd. Jeg pleier jeg å sette med ned sengen, være nær og prate med en rolig stemme. Jeg synes det er viktig å ikke fremstå som travel, men jeg tar meg tid til å være fysisk nær og til stede. Ofte synes jeg fysisk berøring kan ha større betydning enn ord, og jeg tror dette gir kvinnene mer trygghet og ro. Samtidig er jeg opptatt av at min berøring føles ekte, og at kvinnene ikke føler at jeg er stressa for det merker dem og kan skape mistillit. Jeg tror intimitet kan gi kvinnene en følelse av en indre ro og at noen vil dem vel. Samtidig synes jeg det er viktig å være forsiktig fordi jeg vet ikke om kvinnenens fødselsangst noen ganger kan ha sammenheng med tidligere overgrep. Derfor synes jeg også det er viktig å skape en trygg atmosfære. Jeg bruker også sansene mine til å vurdere hva kvinnene trenger. Det kan skape en rolig atmosfære av å dimme lysene, fjerne unødvendig utstyr og rydde rommet. Dette tror jeg faktisk er helt vesentlig for å roe ned kvinner som har fødselsangst.</p>	Tid har betydning for trygghet og tillit.

Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET
HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET

Informasjonsskriv om deltagelse i et masterprosjekt - jordmorfag

Vil du delta i forskningsprosjektet: *«hvordan opplever jordmødre å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel?»*

Vi er to jordmorstudenter ved UiT Norges Arktiske Universitet som skriver masteroppgave i forbindelse med vår utdannelse, og ønsker din deltagelse. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innen jordmorfaget.

Formålet med prosjektet

Formålet med prosjektet er å få en bedre forståelse og fordypet kunnskap om hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel, å sette søkelys på et viktig tema innen jordmoryrket. Fokuset er rettet mot de kvinnene som har fødselsangst fra svangerskapet inn i fødselen, men også kvinner som får fødselsangst under fødsel. Studien fokuserer ikke på kvinner med psykisk sykdom.

Masteroppgavens problemstilling: *«hvordan opplever jordmødre å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel?»*

Hva innebærer det for deg å delta?

Inklusjonskriteriene for å delta er mer en 2 års ansiennitet og at du jobber aktivt med fødsel enten ved kvinneklinikk, lokalsykehus eller fødestue. Ved å delta i studien må du

gjennomføre et individuelt intervju enten ved personlig oppmøte eller over digital plattform. Informasjonen blir anonymisert og det vil ikke være fare for gjenkjenning. Avsatt tid til å gjennomføre intervjuet er en time. I tillegg til masteroppgaven planlegges det at studentene skriver en forskningsartikkel som baserer seg på opplysningene fra intervjuene og det er ønskelig å publisere artikkelen i et internasjonalt tidsskrift- Sexual & Reproductive HealthCare. Når prosjektet er avsluttet skal studentene i tillegg presentere masteroppgaven for sin praksisplass.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke deg uten å oppgi en grunn. Dette vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke påvirke ditt forhold til arbeidsplassen/arbeidsgiver om du skulle ønske å trekke deg. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er UiT – Norges arktiske Universitet, Universitetsprofessor Ingela M. Lundgren, jordmorstudentene Cathrine Vinnes Kvarme og Henrikke Bjørseth.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Studentene Cathrine Vinnes Kvarme, Henrikke Bjørseth og vår veileder vil ha tilgang til datamaterialet som blir lagret i kryptert form.
- Datamateriale i form av lydfil blir lagret i kryptert form på en sikker plattform (nettskjema, diktafon). Det vil kun være studentene som har tilgang til lydfil, mens transkribert materiale vil også vår veileder ha tilgang til. Transkribert datamateriale vil anonymiseres med koder som lagres adskilt fra øvrig data, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne informantens identitet. Alle filene lagres på studentenes OneDrive område ved UiT og slettes etter fullført studie.
- Ved fullført masteroppgave vil det presenteres sammenfattet informasjon om funn fra intervjuanalysen, og noen korte sitat fra enkelte utdrag som anonymiseres.

- Notater som blir tatt underveis i intervjuet blir makulert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Avsluttet prosjekt er planlagt november 2022. Alle opptakene gjort under intervjuene blir slettet etter avsluttet prosjekt, samt alle datafiler med gjenkjennende informasjon. Dette blir gjort i samråd med veileder.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- UiT – Norges arktiske Universitet, Campus.
- Cathrine Vinnes Kvarme, ckv010@uit.no /tlf: 91545185.
- Henrikke Bjørseth, hbj066@uit.no /tlf: 90161761.
- Ingela M. Lundgren (veileder), ingela.m.lundgren@uit.no /tlf: +46768672657
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, personvernombud@uit.no /tlf: 77646322 eller 97691578

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

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

Med vennlig hilsen

Ingela Marie Lundgren.

Cathrine Vinnes Kvarme og Henrikke Bjørseth.

(Professor/veileder)

(Jordmorstudenter)

Samtykkeerklæring

Før oppstart av intervjuet vil masterstudentene innhente muntlig samtykke fra informantene. Dette er for å forsikre om at du som informant har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet. Før prosjektet må informant gi muntlig samtykke:

Jeg (ditt navn) har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet *jordmødres opplevelse av å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel*, og er villig til å delta i studien. Jeg har forstått informasjon om prosjektet og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i individuelle intervju, og at mine opplysninger kan benyttes frem til prosjektet er avsluttet.

Vedlegg 5: Datahåndteringsplan fra NSD

Jordmødres opplevelse av å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel.

Formulert problemstilling for denne masteroppgaven er «hvordan opplever jordmødre å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel?». Hensikten med denne masteroppgaven er å få en bedre forståelse og fordypet kunnskap om hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel, og sette søkelys på et viktig tema innen jordmoryrket. Masteroppgaven tar for seg kvinner som har fødselsangst fra svangerskapet og inn i fødselen, men også kvinner som får fødselsangst under fødsel. Oppgaven fokusere ikke på kvinner med psykisk sykdom.

Fagområder

Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon

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

Prosjektvarighet

09.08.2021 — 30.11.2022

Formål

Sammenfattet forskning viser at fødselsangst kan ha en negativ innvirkning på kvinners psykiske og fysiske velvære under svangerskap og fødsel. Videre er det flere studier som peker på at fødselsangst er et økende problem både nasjonalt og internasjonalt. Studier viser at jordmødre uttrykker bekymring for hvordan de skal ivareta kvinner med fødselsangst i fødsel, og dekke deres behov for støtte og omsorg. Det har ikke blitt gjort funn av norske studier som beskriver hvordan jordmødre opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel, som er bakgrunnen for vår problemstilling.

Nytteverdi

Nytteverdien for denne masteren er å få en bedre forståelse og fordypet kunnskap om et jordmorfaglig tema.

Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt
- Helseforskningsloven

Opphavs- og eiendomsrett

Studentprosjekt i samarbeid med UiT Norges arktiske universitet.

Intervju av jordmødre.

Beskrivelse

Semistrukturerte individuelle intervju

Datatype

Lyd

Språk

Norsk bokmål

Data om personer

Ja

Er det noen andre grunner til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse?

Nei

Kategorier av personopplysninger

Anonym

Utvalgets størrelse

10

Konfidensialitetsklassifisering

Intern

Kommentar

Muntlig samtykke blir gjennomført før hvert intervju og lagres anonymt på nettskjema, UiO.

Materialet inneholder ikke personlig informasjon og transkribert data anonymiseres.

Transkribert materiale blir lagret i henhold til UiT sine retningslinjer og lagres på

OneDrive/SharePoint 365 med to faktors innlogging.

Innsamlingsperiode

09.09.2021 — 09.11.2021

Innsamlingsenheter

- UiO Nettskjema

Datakvalitet

Det ble gjennomført et testopptak på nettskjema før intervjustart, og en intervjuguide ble utarbeidet for å ha struktur under intervjuene. Det ble også gjennomført et prøveintervju før intervju av informantene.

Metode

Intervju

Beskrivelse

Studien anvender en kvalitativ metode med et fenomenologisk perspektiv da hensikten er å studere jordmødrenes opplevelser av et fenomen. Videre anvendes semistrukturerte individuelle intervju for innsamling av empirisk data. Det ble rekruttert 10 informanter ut ifra inklusjonskriterier, som var mer en 2 års ansiennitet, jordmødre som aktivt arbeider med fødsel, arbeidserfaring fra kvinneklinikk, lokalsykehus eller fødestue.

Størrelse

10000 MB

Kommentar

Lydfiler og transkribert tekstfiler.

Format

doc

Programvare

OneDrive og SharePoint 365 UiT med to-faktorsinnlogging, produsert av microsoft. Diktafon fra nettskjema.no via UiO.

Kommentar

Studentene har tilgang til lydfil av intervju og muntlig samtykke. Sammen med studentene har også veileder tilgang til transkribert materiale og tekstfiler som er anonymisert.

Navnekonvensjoner

Intervjuene er transkribert og nummerert etter rekkefølge ved gjennomføring. Informantene er anonymisert og det er ikke mulig for andre å gjenkjenne materiale. Dokumentene er systematisert i mapper og filer er navngitt etter nummer på intervjuene. På denne måten blir ikke materiale blandet.

Kommentar

Vi har vært opptatt av å ikke blande datamateriale for å unngå forvekslinger som gjør det mer strukturert og oversiktlig å arbeide med materiale.

Lagring

- Skytjeneste, institusjonsavtale

Kommentar

Ingenting av materiale er lagret på minnepenn. Alt er lagret på OneDrive med to-faktor autorisering og UiT sine servere.

Arkivering

Nei

Kommentar

Det er små mengder data som er samlet inn og det er ikke behov for langtidslagring til senere forskning. Datamateriale slettes derfor etter bestått oppgave. Lydfiler på nettskjema blir slettet 6 måneder etter siste opptak. Videre slettes transkribert materiale og tekstmateriale av studentene og det blir sendt en bekreftelse på mail til veileder når datamateriale er slettet.

Vedlegg 6: Godkjenning fra NSD

Vurdering.

Referansenummer

131267

Prosjekttittel

Jordmødres opplevelse av å møte og støtte kvinner med fødselsangst i fødsel.

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

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

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Cathrine Vinnes Kvarme, ckv010@uit.no, tlf: 91545185

Prosjektperiode

09.08.2021 - 30.11.2022

Vurdering (1)

03.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 03.09.2021. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD

Vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke,

uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD

Legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD

Vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 7: Forfatterveiledning tidsskrift



SEXUAL & REPRODUCTIVE HEALTHCARE

Official Journal of the [Swedish Association of Midwives](#)

Affiliated with the [Norwegian Association of Midwives](#), the [Danish Association of Midwives](#) and the Icelandic Midwifery Association

AUTHOR INFORMATION PACK

TABLE OF CONTENTS

- **Description** p.1
- **Abstracting and Indexing** p.1
- **Editorial Board** p.2
- **Guide for Authors** p.3



ISSN: 1877-5756

DESCRIPTION

A peer-reviewed journal dedicated to the **sexual and reproductive health** of women and men. The journal aims to serve its readers as an authoritative resource of disseminating significant sexual and reproductive healthcare related scientific information.

Our key audience:•Midwives•Maternity care and neonatal nurses•Maternity service users•Obstetricians•Neonatologists•Pediatricians•Health sociologists and economists•Psychologists with an interest in maternal and infant research•Policy makers in sexual and reproductive healthcare•Researchers

The journal welcomes original papers in all aspects of sexual and reproductive healthcare including:•Family planning and contraception •Pregnancy•Labour and birth•Breast feeding•Postnatal period and early parenthood•Abortion•Sexually transmitted infections•Involuntary childlessness •Issues related to the menopausal

and post-menopausal years•Professional development and organization of sexual and reproductive healthcare

The journal publishes the following types of paper: original research articles, reviews, short communications, letters to the editor and commentaries. Please see the [Guide for Authors](#) for specific details including online submission at <https://www.editorialmanager.com/srhc/default.aspx>.

Sexual & Reproductive HealthCare aims to have a role as a contributor of new knowledge and evidence to representatives of the health care sector and to society. The journal will present studies demonstrating sexual and reproductive health matters from a multifaceted perspective where the connection between these questions and the individuals' rights will be illuminated.

ABSTRACTING AND INDEXING

Scopus

PubMed/Medline

Embase

Current Contents - Social & Behavioral Sciences

Social Sciences Citation Index

EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Margareta Larsson, Uppsala University, Uppsala, Sweden

Associate Editors

Lena Henriksen, University of Oslo, Oslo, Norway

Rikke Maimburg, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark

Ingela Wiklund, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Advisory Board

Mia Ahlberg, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Siw Alehagen, Linköping University, Linköping, Sweden

Ellen Annandale, University of Leicester, Leicester, United Kingdom

Jane Bendix, Nordsjaellands Hospital, Hillerød, Denmark

Ellen Blix, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway

Malin Bogren, University of Gothenburg Institute of Health and Care Sciences, Göteborg, Sweden
Rita Borg-Xuereb, University of Malta, Msida, Malta
Kyllike Christensson, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
Ilse Delbaere, VIVES University of Applied Sciences, Kortrijk, Belgium
Anna-Karin Dykes, Lund University, Lund, Sweden
Cecilia Ekéus, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
Mieke P C Embo, Ghent University, Gent, Belgium
Birgitte Folmann, University College South Denmark, Esbjerg, Denmark
Hanna Grundström, Linköping University Department of Health Medicine and Caring Sciences, Linköping, Sweden
Helen Haines, , Australia
Rafat Jan, The Aga Khan University, Karachi, Pakistan
Susan Ludington, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio, United States of America
Columba Mbekenga, The Aga Khan University Medical College, East Africa, Dar es Salaam, Tanzania, United Republic of
Christine McCourt, University of West London, London, United Kingdom
Theresa M Morris, Texas A&M University Department of Sociology, College Station, Texas, United States of America
Berit Mortensen, Oslo Metropolitan University, Oslo, Norway
Hannakaisa Niela-Vilen, University of Turku Department of Nursing Science, Turku, Finland
Olof asta Olafsdottir, University of Iceland, Reykjavik, Iceland
Ingela Rådestad, Sophiahemmet, Stockholm, Sweden
Erica Schytt, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
Catrin Borneskog Sinclair, Dalarna University, Falun, Sweden
Elin Skinnirsdottir Vik, University of Bergen, Bergen, Norway
Jenny Stern, Sophiahemmet University, Stockholm, Sweden
Emma M Swift, University of Iceland Faculty of Nursing, Reykjavík, Iceland
Jim Thornton, Nottingham City Hospital, Nottingham, United Kingdom
Jocelyn Toohill, Griffith University School of Nursing and Midwifery - Logan Campus, Meadowbrook, Australia
Hanna Ulfsdottir, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden
Katri Vehvilainen, University of Eastern Finland - Kuopio Campus, KUOPIO, Finland
Ashley L White, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Editorial Board

Marie Berg, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden
Ruth Deery, University of the West of Scotland School of Health and Life Sciences, Hamilton, South Lanarkshire, United Kingdom
Ingegerd Hildingsson, Mid Sweden University, Sundsvall, Sweden
Sigfridur Inga Karlsdottir, University of Akureyri Iceland, Akureyri, Iceland

GUIDE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Aim

Sexual and Reproductive Healthcare is a peer-reviewed, quarterly, multidisciplinary journal of the Swedish Association of Midwives. It is a global forum for health research and policy topics. It publishes original research, scientifically-based review

articles, study protocols and invited editorials and commentaries related to sexual and reproductive health care. Studies with various methodologies are welcome.

The journal welcomes original papers in all aspects of sexual and reproductive health including family planning and counseling, management of pregnancy, labour and birth, breastfeeding, postnatal care, parenthood, abortion, infertility and IVF, sexually transmitted diseases and HIV prevention, and issues related to the menopausal and post-menopausal years. Also welcome would be topics such as cultural, educational, historical and professional aspects of reproductive and sexual health.

The journal audience would include researchers, social scientists, health care providers as well as policy and decision makers in sexual and reproductive health.

Types of Papers

Abstracts: A structured abstract is required for all original research articles. The structured abstract, limited to 250 words, should contain all and only the following major headings: **Objective; Methods; Results and Conclusion.**

Original articles: a full-length report of original basic or clinical investigation (3000-5000 words including tables, up to 30 references). A structured abstract of no more than 250 words with the following sections (objective, methods, results, conclusions) is required. The rest of the paper should be structured as follows: Introduction, Methods, Results, Discussion, References.

Short communications must not exceed 1,000 words with no more than one table or illustration and five references. An unstructured abstract of no more than 100 words is required. The text should be structured in four parts: Introduction, Methods, Results and Discussion.

Review articles: a comprehensive review of prior publications relating to an important clinical subject (2000-3000 words and 30-50 references). An unstructured abstract of no more than 250 words is required. The Introduction should indicate why the topic is important and should state the specific objective(s) of the review. The Conclusion should include the clinical implications and observations regarding the need for additional research.

Guest editorials: must not exceed 1,000 words and five references.

Letters to the Editor: a question or challenge to an article published recently in *Sexual and Reproductive Healthcare*. Letters must be received within 6 weeks of publication of the article to which they refer and should be no longer than 250 words.

Study protocols: will only be considered for proposed or ongoing trials that have not completed patient recruitment at the time of submission. Study protocols without ethical approval will generally not be considered. The Abstract should not exceed 250 words and should include; Background, Methods, Discussion and Trial.

Please also note that we do not consider revised resubmissions of previously rejected papers.

Contact Details for Submission

Submission of manuscripts proceeds entirely online at

<https://www.editorialmanager.com/SRHC>.

Submission checklist

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

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded:

Manuscript:

- Include keywords
 - All figures (include relevant captions)
 - All tables (including titles, description, footnotes)
 - Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
 - Indicate clearly if color should be used for any figures in print
- Graphical Abstracts / Highlights files* (where applicable)

Supplemental files (where applicable)

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

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

BEFORE YOU BEGIN

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

Observational cohort, case control and cross sectional studies - STROBE -

Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology STROBE Checklist

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

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

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

Systematic Review of Observational Studies - MOOSE - Meta-analysis of Observational Studies in

Epidemiology <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/meta-analysis-of-observational-studies-in-epidemiolog>

Reporting the range of methods used to improve healthcare - SQUIRE - Standards for Quality Improvement Reporting Excellence SQUIRE Checklist

Qualitative researchers are encouraged to consult the guideline listed below:

Qualitative research - SRQR - Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations SRQR Checklist

*Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*MMAT

Ethics in publishing

Please see our information on [Ethics in publishing](#).

Policy and Ethics

All manuscripts reporting data from studies involving human participants should include a statement that the research protocol was approved by the relevant institutional review board or ethics committees. Please state in the Method section the manner in which informed consent was obtained from the participants. The work described in your article must have been carried out in accordance with The Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) for experiments involving humans <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

Informed consent and patient details

Studies on patients or volunteers require ethics committee approval and informed consent, which should be documented in the paper. Appropriate consents, permissions and releases must be obtained where an author wishes to include case details or other personal information or images of patients and any other individuals in an Elsevier publication. Written consents must be retained by the author but copies should not be provided to the journal. Only if specifically requested by the journal in exceptional circumstances (for example if a legal issue arises) the author must provide copies of the consents or evidence that such consents have been obtained. For more information, please review the [Elsevier Policy on the Use of Images or Personal Information of Patients or other Individuals](#). Unless you have written permission from the patient (or, where applicable, the next of kin), the personal details of any patient included in any part of the article and in any supplementary materials (including all illustrations and videos) must be removed before submission.

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double anonymized) or the manuscript file (if single anonymized). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright holder. To verify originality, your article may be checked by the originality detection service [Crossref Similarity Check](#).

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns ("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to personal attributes such as age, gender,

race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. When coding terminology is used, we recommend to avoid offensive or exclusionary terms such as "master", "slave", "blacklist" and "whitelist". We suggest using alternatives that are more appropriate and (self-) explanatory such as "primary", "secondary", "blocklist" and "allowlist". These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.

Contributors

Submission of multi-authored manuscripts to this journal requires the consent of each author and all have to sign the covering letter. All authors of, and all contributors must specify their individual contributions at the end of the text. The following format is suggested: "I declare that I participated in the (here list contributions made to the study) and that I have seen and approved the final version. I have the following conflicts of interest" (list here all relevant conflicts and source of funding). This should be listed in the "Comments" field in EM.

Changes to authorship

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

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

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

Elsevier supports responsible sharing

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

Role of the funding source

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

Open access

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

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform

to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

Submission

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

Referees

To expedite the review process Authors are encouraged to provide the editorial office with the names and email addresses of two potential referees that are able to competently review the article submitted for possible publication. The referees are not to be associated with or involved with the article in any way or be from the same institution as the author(s) involved with the article.

PREPARATION

Queries

For questions about the editorial process (including the status of manuscripts under review) or for technical support on submissions, please visit our [Support Center](#).

Peer review

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

Double anonymized review

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

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

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

Review Criteria

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

View the Review criteria [here](#).

Detailed Response to Reviewers

When submitting a revised manuscript, a Detailed Response to Reviewers must accompany the revision. This document must not contain any of the Author(s) details.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Materials and Methods

The Methods section should describe the research methodology in sufficient detail that others could reasonably be expected to be able to duplicate the work. However, if the methodology has been previously published, the appropriate reference should be cited, and a full description is not required. Methods of statistical analysis should be identified and, when appropriate, the basis for their selection stated. Statistical software programs used should be cited in the text. *P* values should be expressed to no more than three decimal places. For qualitative studies, please explain all steps in the process of analysis so that the reader is able to follow.

Results

The Results section should present the findings in appropriate detail. Tables and figures may be used, but duplication between text and tables or figures is to be avoided. If quotations are used, please limit the number

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was

done) below the names. Indicate all affiliations with a lowercase superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.

- ***Corresponding author.*** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**

- ***Present/permanent address.*** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Highlights

Highlights are mandatory for this journal as they help increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

Abstract

A concise and factual abstract is required. The abstract should state briefly the purpose of the research, the principal results and major conclusions. An abstract is often presented separately from the article, so it must be able to stand alone. For this reason, References should be avoided, but if essential, then cite the author(s) and year(s). Also, non-standard or uncommon abbreviations should be avoided, but if essential they must be defined at their first mention in the abstract itself.

Graphical abstract

Although a graphical abstract is optional, its use is encouraged as it draws more attention to the online article. The graphical abstract should summarize the contents of the article in a concise, pictorial form designed to capture the attention of a wide readership. Graphical abstracts should be submitted as a separate file in the online submission system. Image size: Please provide an image with a minimum of 531 × 1328 pixels (h × w) or proportionally more. The image should be readable at a size

of 5 × 13 cm using a regular screen resolution of 96 dpi. Preferred file types: TIFF, EPS, PDF or MS Office files. You can view [Example Graphical Abstracts](#) on our information site.

Authors can make use of Elsevier's [Illustration Services](#) to ensure the best presentation of their images and in accordance with all technical requirements.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords and avoid general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, "and", "of"). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, please include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Nomenclature and units

Follow internationally accepted rules and conventions: use the international system of units (SI). If other quantities are mentioned, give their equivalent in SI. You are urged to consult [IUPAC: Nomenclature of Organic Chemistry](#) for further information.

Footnotes

Footnotes should be used sparingly. Number them consecutively throughout the article. Many word processors can build footnotes into the text, and this feature may be used. Otherwise, please indicate the position of footnotes in the text and list the footnotes themselves separately at the end of the article. Do not include footnotes in the Reference list.

Artwork

Electronic artwork General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.
- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here. *Formats*

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi. TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Authors are responsible for the accuracy of references. The 'Vancouver' style is used. References appearing for the first time in a table or figure should be cited in the text where the table or figure is mentioned.

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full.

Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please

note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

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

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software.](#)

Reference formatting

There are no strict requirements on reference formatting at submission. References can be in any style or format as long as the style is consistent. Where applicable, author(s) name(s), journal title/ book title, chapter title/article title, year of publication, volume number/book chapter and the article number or pagination must

be present. Use of DOI is highly encouraged. The reference style used by the journal will be applied to the accepted article by Elsevier at the proof stage. Note that missing data will be highlighted at proof stage for the author to correct. If you do wish to format the references yourself they should be arranged according to the following examples:

Reference style

Text: Indicate references by number(s) in square brackets in line with the text. The actual authors can be referred to, but the reference number(s) must always be given.

List: Number the references (numbers in square brackets) in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Reference to a journal publication:

[1] Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun*2010;163:51–9. <https://doi.org/10.1016/j.Sc.2010.00372>.

Reference to a journal publication with an article number:

[2] Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *Heliyon*.2018;19:e00205. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e00205>

Reference to a book:

[3] Strunk Jr W, White EB. *The elements of style*. 4th ed. New York: Longman; 2000.

Reference to a chapter in an edited book:

[4] Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, SmithRZ, editors. *Introduction to the electronic age*, New York: E-Publishing Inc; 2009, p. 281–304.

Reference to a website:

[5] Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK, <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 [accessed 13 March 2003].

Reference to a dataset:

[dataset] [6] Oguro M, Imahiro S, Saito S, Nakashizuka T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Note shortened form for last page number. e.g., 51–9, and that for more than 6 authors the first 6 should be listed followed by 'et al.' For further details you are referred to 'Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical

Journals' (J Am Med Assoc 1997;277:927–34) (see also [Samples of Formatted References](#)).

Journal abbreviations source

Journal names should be abbreviated according to the [List of Title Word Abbreviations](#).

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise,

descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

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

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

Data linking

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

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

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

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

Mendeley Data

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

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

Data statement

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

Additional information

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

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

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

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

Offprints

The corresponding author will, at no cost, receive a customized [Share Link](#) providing 50 days free access to the final published version of the article on [ScienceDirect](#). The Share Link can be used for sharing the article via any communication channel, including email and social media. For an extra charge, paper offprints can be ordered via the offprint order form which is sent once the article is accepted for publication. Both corresponding and co-authors may order offprints at any time via Elsevier's [Author Services](#). Corresponding authors who have published their article gold open access do not receive a Share Link as their final published version of the article is available open access on ScienceDirect and can be shared through the article DOI link.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

© Copyright 2018 Elsevier | <https://www.elsevier.com>

