



Det helsevitenskapelige fakultet

Jordmødres opplevelse av fødselsangst i svangerskapet

En kvalitativ studie om jordmødres opplevelser av å møte og støtte kvinner med fødselsangst i svangerskapet

Vibeke Hansen og Henriette Pettersen

Veileder: Professor Ingela M. Lundgren

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2024

Antall ord: 16 036

Forord

Det er med stor glede vi presenterer denne masteroppgaven som markerer at to år med jordmorstudiet snart er over. Tiden som jordmorstudenter har vært intens, men veldig lærerik og spennende. Og slik har vi også opplevd tiden med masterarbeidet. I prosessen har vi virkelig opplevd både personlig og faglig vekst, og er takknemlige for å ha fått et beriket perspektiv på kvinnehelse og jordmors omsorg for kvinner med fødselsangst.

Vi ønsker å sende en hjertelig takk til alle jordmødrene som har deltatt i vår studie. Deres åpenhet har vært inspirerende for oss. Gjennom deres kunnskap, erfaringer og refleksjoner har vi fått dypere forståelse av og engasjement for dette viktige temaet.

Videre vil vi takke vår fantastiske veileder Ingela Lundgren. Takk for den kunnskap du har delt med oss, og alle gode innspill og tilbakemeldinger gjennom prosessen. Tusen takk for all den gode støtten og motivasjonen.

Vi vil også takke lærere og medstudenter for godt samarbeid, støtte og inspirasjon. I tillegg ønsker vi å takke våre språkvaskere for all god hjelp.

Tusen takk til våre familier for støtten gjennom hele denne tiden. En spesiell takk går til våre barn og kjære menn. Deres tålmodighet og forståelse har vært fantastisk.

Til slutt vil vi gi hverandre en stor takk for et fantastisk samarbeid. Det har vært inspirerende å skrive om et tema vi begge har stor interesse av. Vi har motivert og støttet hverandre daglig gjennom hele prosessen, og utviklet et godt vennskap.

Vi ser nå frem til siste innspurt av jordmorutdanningen!

Tromsø, mars 2024

Vibeke Hansen og Henriette Pettersen

Sammendrag

Tittel: Jordmødres opplevelser av fødselsangst i svangerskapet

Hensikt: Å få dypere kunnskap og større forståelse for hvordan jordmødre opplever å møte og støtte gravide med fødselsangst gjennom svangerskapet.

Problemstilling: Hvordan opplever jordmor å møte og støtte kvinner med fødselsangst i svangerskapet?

Metode: Kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle intervjuer, med 10 jordmødre som arbeidet med gravide med fødselsangst i svangerskapet. I analysen ble Malteruds metode med systematisk tekstkondensering (STC) anvendt.

Resultat: Studien presenteres med tre resultat kategorier: Trygghet er en forutsetning for å skape relasjon, som betyr: å skape tillit, lytte til kvinnen, anerkjenne kvinnens opplevelse samt involvere partneren. Veien mot en positiv fødsel, som betyr: kartlegging av årsaker og individuelle behov, anvende ulike verktøy, motivere til vaginal fødsel, planlegge forløsningsmetode med mål om en positiv fødsel der keisersnitt kan være et alternativ i noen tilfeller. Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen, som betyr: at jordmor tilstreber mot å bli bevisst seg selv og selvutvikling for å kunne gi god omsorg til kvinner med fødselsangst.

Konklusjon: For å oppnå en positiv fødsel for kvinnen kreves det, ifølge jordmødrene, en individuell tilnærming, anvendelse av ulike verktøy, samarbeid med andre omsorgsgivere og å skape en tillitsfull relasjon med en sårbar gruppe. I rollen kreves også selvbevissthet og selvutvikling. Det er behov for mer forskning for å kunne utvikle jordmors møte med disse kvinnene og sin egen rolle.

Nøkkelord: Jordmor, Fødselsangst, Møte, Støtte, Svangerskap, Erfaringer, Opplevelser.

Summary

Title: Midwives' experiences of birth anxiety during pregnancy

Aim: The study aims to explore midwives' experience of encountering and supporting pregnant women with birth anxiety.

Research question: How do midwives experience and support women with birth anxiety during pregnancy?

Method: The qualitative study employed semi-structured individual interviews with 10 midwives who worked with pregnant women experiencing anxiety. Malterud's method of systematic text condensation (STC) was utilized for the analysis.

Result: The study is presented with three categories: Safety as a prerequisite for creating a relationship, involving trust-building, acknowledging the woman's experiences, and involving the partner. The path to a positive birth includes mapping individual needs, using tools, advocating for vaginal birth, and planning the delivery method, considering cesarean section when necessary. Self-awareness to care means midwives strive for self-development to provide quality care to women with childbirth anxiety.

Conclusion: To achieve a positive birth experience for the woman, midwives emphasize the need for an individualized approach, the use of various tools, collaboration with other healthcare providers, and the creation of a trusting relationship with this vulnerable group. Additionally, the role of a midwife necessitates self-awareness and self-development. There is a call for more research to enhance the midwives' engagement with these women and their professional development.

Keyword: Midwife, Experience, Support, Encounter, Fear of Childbirth, Birth Anxiety, Pregnancy.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.1.1	Forekomst og definisjoner.....	1
1.1.2	Årsaker og konsekvenser	2
1.1.3	Behandling	3
1.1.4	Kvinneres opplevelser.....	5
1.1.5	Jordmødres opplevelser.....	5
1.2	Hensikt og problemstilling	6
2	Teoretisk referanseramme	6
2.1	En kvinne-sentrert modell av jordmødrenes arbeid (MiMo).....	7
2.2	En teori for profesjonalisme i jordmorfaget	8
3	Metode.....	9
3.1	Forskningsmetode- og design.....	9
3.2	Vitenskapsteoretisk perspektiv	9
3.3	Forforståelse	10
3.4	Utvalg og rekruttering	10
3.5	Gjennomføring av intervju	11
3.6	Transkribering	12
3.7	Analyse	12
3.7.1	Helhetsinntrykk	13
3.7.2	Meningsbærende enheter.....	14
3.7.3	Kondensering	14
3.7.4	Syntese	15
4	Etiske overveielser	16
5	Metodediskusjon	17

5.1	Refleksivitet.....	17
5.2	Relevans.....	18
5.3	Validitet	19
6	Resultat.....	21
6.1	Trygghet er en forutsetning for å skape en relasjon	21
6.2	Veien mot en positiv fødsel	23
6.3	Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen	29
7	Resultatdiskusjon	32
7.1	Trygghet er en forutsetning for å skape en relasjon	32
7.2	Veien mot en positiv fødsel	36
7.3	Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen	41
8	Konklusjon	45
9	Implikasjon for praksis og videre forskning	46
	Referanseliste	47
	Vedlegg 1 – Intervjuguide.....	50
	Vedlegg 2 – Informasjonskriv og samtykkeskjema	51
	Vedlegg 3 – Datahåndteringsplan	56
	Vedlegg 4 – Godkjenning fra SIKT	62
	Vedlegg 5 – Risiko og sårbarhetsanalysen.....	65

1 Innledning

Temaet for masteroppgaven er jordmødres opplevelser av møtet og støtten de gir gravide med fødselsangst gjennom svangerskapet. Valget av tema ble basert på praksisopplevelser i løpet av studietiden på jordmorstudiet. Gjennom praksis i svangerskapsomsorgen og på fødeklinikk har vi møtt kvinner med fødselsangst, og fått en innsikt, gjennom disse kvinnene, av hvordan fødselsangsten har påvirket svangerskapet og hverdagen deres. Noen av kvinnene har ansett keisersnitt som den eneste løsningen, mens andre har født vaginalt. Jordmødrene i praksis har delt sine erfaringer med å møte og støtte gravide med fødselsangst, noe som har bidratt til en økt interesse for temaet.

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Forekomst og definisjoner

Begrepet fødselsangst defineres ulikt i et internasjonalt perspektiv og i ulike studier, det finnes heller ingen klar definisjon, noe en oversiktsstudie av Nilsson et al. (2018) viser. Dette understøttes av en annen oversiktsstudie som fremhever at mangel på en tydelig definisjon av begrepet og entydige måleverktøy kan vanskeliggjøre forskningen. Studien konkluderer med at når gravide søker støtte for fødselsangst, bør dette i seg selv betraktes som en definisjon av tilstanden (O'Connell et al., 2017). Fødselsangst kan betegnes som primær eller sekundær. Primær fødselsangst sees hos førstegangsfødende uten erfaring med svangerskap og fødsel. Sekundær fødselsangst skyldes derimot ofte tidligere traumatiske fødsler eller symptom på prenatal depresjon, og oppstår hos flergangsfødende (Möller, 2019; O'Connell et al., 2017). Som publisert i *Helsenorge* betegner Oslo universitetssykehus HF. (u.å.) fødselsangst som en sterk uro eller frykt knyttet til fødsel, som kan påvirke den gravides fungering og livskvalitet negativt (Oslo universitetssykehus, u.å.). Fødselsangst kan inndeles i fire alvorlighetsgrader, der den mildeste graden er litt bekymring som den gravide klarer å håndtere selv, mens den moderate graden innebærer at den gravide ofte trenger ekstra støtte. Alvorlig fødselsangst kan medføre psykisk uhelse hos den gravide, hvor frykten for graviditet og vaginal fødsel er fremtredende. Den mest ekstreme graden av fødselsangst, kjent som tokofobi, er en ekstrem

frykt som kan føre til at kvinner unngår graviditet og fødsel, og for noen blir løsningen abort (Möller, 2019).

En global oversiktsstudie avdekket at prevalensen på fødselsangst varierte mellom 3,7 og 43 %, med en gjennomsnittlig forekomst på 14 %. Variasjonen i prevalens i ulike deler av verden, som Australia med 23 % og Skandinavia med 12 %, sammenlignet med resten av Europa på 8 %, har ukjente årsaker, men kan delvis forklares av ulike definisjoner og målemetoder. Mer forskning på dette er derfor nødvendig. Den økende prevalensen av fødselsangst over de siste tretti årene understreker viktigheten av at helsepersonell er oppmerksomme og identifiserer fødselsangst i svangerskapet tidlig, for å kunne støtte disse kvinnene bedre (O'Connell et al., 2017).

1.1.2 Årsaker og konsekvenser

Risikofaktorer for å utvikle fødselsangst er ifølge en dansk studie unge gravide, lav utdanning, arbeidsledighet, lav selvrapportert helse, røyking og lite sosialt nettverk (Laursen et al., 2008). Videre viser en oversiktsstudie at fødselsangst er assosiert med mangel på sosialt nettverk, stress, angst og depresjon (Dencker et al., 2019). Ifølge studien av Schroll et al. (2011) har kvinner som har vært utsatt for fysisk og seksuell vold en høyere risiko for å utvikle alvorlig fødselsangst (Schroll et al., 2011). Første- og flergangsfødende opplever like mye fødselsangst, selv om årsakene til angsten kan variere. En tidligere negativ fødselsopplevelse blir beskrevet som hovedårsaken blant flergangsfødende (Dencker et al., 2019). Likeså kan andres sine negative fødselshistorier, kommunisert direkte eller via sosiale medier, også føre til fødselsangst hos gravide (Sheen & Slade, 2018).

Konsekvensene av fødselsangst kan være frykt for fødselens uforutsigbarhet og for det ukjente. Mange med fødselsangst frykter at de ikke evner å føde, tap av kontroll under fødsel, smerter, komplikasjoner, medisinske inngrep og frykt for å skade seg selv eller barnet under fødselen. I tillegg er mange redde for å bli forlatt alene under fødselen, og for manglende støtte og omsorg fra helsepersonell. Noen frykter at helsepersonellet ikke har tilstrekkelig kompetanse eller vil gi tilstrekkelig behandling under fødselen (Sheen & Slade, 2018). En annen konsekvens av fødselsangst kan være ønsket om keisersnitt. Studier indikerer at det er

økt forespørsel om elektivt keisersnitt hos gravide med fødselsangst, både første- og flergangsfødende (Dencker et al., 2019). Forskning viser også en høyere risiko for komplikasjoner og intervensjoner under fødsel, inkludert instrumentelle vaginale forløsninger og akutt keisersnitt hos kvinner med fødselsangst (Dencker et al., 2019). Oversiktsstudien av Dencker et al. (2019) viser at kvinner med fødselsangst har større risiko for lengre og mer langsom fremgang i fødsel, flere obstetriske komplikasjoner og bruk av mer epidural. Kvinnene kan også ha behov for psykiatrisk behandling i ettertid, og kvinner med alvorlig fødselsangst har høyere risiko for symptomer på posttraumatisk stresslidelse (Dencker et al., 2019). Alvorlige og langsiktige konsekvenser for mor og barn kan sees i sammenheng med psykiske helseproblemer i svangerskap og økte kortisolnivåer ved en fødselsangst (O'Connell et al., 2017). Kulturelle praksiser kan også påvirke gravidens fødselsangst, som organisering og hvilke yrkesgrupper som inkluderes i svangerskaps- og fødselsomsorgen, kvinners rettigheter og kostnadene ved keisersnitt (Nilsson et al., 2018).

1.1.3 Behandling

Ifølge kapittelet «Mental helse i svangerskapet» i *Veileder i fødselshjelp* (Steen et al., 2020) anbefales støttesamtaler og kognitiv adferdsterapi som behandlingsmetoder for gravide med fødselsangst. Det er fremhevet at gravide med alvorlige former for fødselsangst ofte kan oppfatte keisersnitt som eneste løsning for dem. En anbefaling er at disse kvinnene mottar tett oppfølging av helsepersonell som har kunnskap om fødselsangst, herunder jordmødre og fødselsleger (Steen et al., 2020). Videre understreker *Veileder i fødselshjelp* (2020), i kapittelet «keisersnitt», viktigheten av at fødeenhetene prioriterer støtte til gravide med fødselsangst, gjennom veiledning og støttesamtaler, samt utarbeidelse av fødeplaner (MacSali et al., 2020).

Forskning vektlegger nødvendigheten av jordmødrenes kompetanse til å møte gravide kvinners fødselsangst, samt betydningen av jordmødrenes kliniske skjønn i vurderingen av kvinners fødselsangst, og behovet for eventuell henvisning til ytterligere veiledning (Larsson et al., 2019; Striebich et al., 2018). Betydningen av tilstedeværelse og individualitet i svangerskapsomsorgen, spesielt for kvinner med moderat til alvorlig fødselsangst, understrekes. Etersom det ikke finnes klare retningslinjer, viser en norsk studie at det er opp

til jordmødrene å utvikle egne tilnærmingen når de støtter kvinner med fødselsangst (Tobiasson & Lyberg, 2019). Sentralt for jordmødrene er å identifisere årsakene til fødselsangsten og tilpasse omsorgen deretter (Salomonsson et al., 2011).

Ifølge *Veileder i fødselshjelp* (2020) i kapittelet «keisersnitt» bør kvinner som tidligere har født via keisersnitt motiveres til vaginal fødsel. Pasienten har medbestemmelsesrett, ikke bestemmelsesrett (MacSali et al., 2020). En studie fra Tromsø viser at 86 % av kvinnene som ønsket keisersnitt endret ønsket til vaginal fødsel etter de hadde mottatt kriseorientert oppfølging. Kvinnene som derimot ikke endret sitt ønske hadde ofte en historie med tidligere belastende erfaringer og ubehandlede psykiske lidelser, som angst, depresjon og posttraumatisk stress syndrom (Halvorsen & Nerum, 2013). En annen norsk studie fra Trondheim viser derimot at kun 38,5 % av de gravide med fødselsangst etter veiledning fra jordmor, endret sitt opprinnelige ønske om keisersnitt til å ville føde vaginalt (Larsen et al., 2017). En svensk studie fant at gravide som mottok rådgivning gjennom graviditet oftere hadde en dårligere fødselsopplevelse, oftere ble forløst med elektivt keisersnitt og hadde mer fødselsangst ett år etter fødsel, enn gravide som ikke mottok rådgivning. Derimot legger studien fram at 80 % av de gravide var fornøyde med rådgivningen de hadde mottatt (Larsson et al., 2015). Ifølge en oversiktsstudie er både psykoedukasjonssesjoner med avspenning og kognitive terapeutiske samtaler individuelt eller i grupper effektive tiltak, som kan bidra til å styrke kvinners selvtillit og redusere antall keisersnitt (Striebich et al., 2018).

En norsk studie viser at 24,9 % av gravide med fødselsangst oppga at de mottok hjelp for fødselsangsten i spesialisthelsetjenesten (Henriksen et al., 2020). En tilsvarende svensk studie fant at selv om alle sykehus tilbyr støtte til kvinner med fødselsangst, varierer støtten fra jordmor og organiseringen av omsorgen (Larsson et al., 2016). Disse studiene viser variasjoner i tilbudet om veiledning, tilgjengelige ressurser, og anvendte metoder (Henriksen et al., 2020; Larsson et al., 2016). Videre viser den norske studien at 69 % av kvinnene med fødselsangst fødte vaginalt, og det ble observert en dobbel så høy risiko for elektivt keisersnitt blant både første - og flergangsfødende som rapporterte om fødselsangst (Henriksen et al., 2020).

1.1.4 Kvinners opplevelser

En metasyntese basert på 14 kvantitative studier om kvinners opplevelser av fødselsangst viser at fødselsangst kan oppleves som å være på et punkt uten mulighet for retur. Dette innebar at kvinnene følte at det ikke fantes noen vei tilbake fra situasjon de befant seg i. Dette ble videre utdypet med tre tema: lidelse som følge av traumatiske fødsler, mangel på garantier og forståelse, samt møtet med frykten. Kvinnene opplevde en manglende følelse av garanti, forståelse og kontroll, og var redde for både smerten og skader. For å håndtere smerten søkte de støtte og vurderte keisersnitt som en løsning på problemet. Studien viser at kvinner med fødselsangst har behov for støtte som kan møte disse utfordringene (Wigert et al., 2020). Kontinuitet gjennom å ha en kjent jordmor under fødselen kan forbedre kvinners opplevelser (Hildingsson et al., 2019). En annen studie viser at jordmorledet rådgivning for fødselsangst ga kvinnene sikkerhet, forbedret selvtillit og positive følelser før fødselen. Videre understrekes viktigheten av jordmors rolle og at relasjonen med jordmor under svangerskapet påvirker kvinnens opplevelser av sikkerhet og mestring (Larsson et al., 2019).

1.1.5 Jordmødres opplevelser

En norsk kvalitativ studie belyser at jordmødre på sykehus manglet retningslinjer og praktiske ordninger for å ivareta kvinner med fødselsangst, og måtte derfor utvikle egne strategier for å imøtekomme behovene til disse kvinnene. Jordmødrene tilstrebet å sikre en best mulig fødselsopplevelse, men kunne samtidig oppleve skyldfølelse og ensomhet i møte med denne utfordringen. Det å støtte disse kvinnene i fødsel kunne oppleves som krevende (Tobiasson & Lyberg, 2019). En svensk studie om jordmødres opplevelser i svangerskap og fødsel viser at gravide med fødselsangst trengte individualisert omsorg for å kunne forberede seg til fødselen. Imidlertid kunne det være ressurskrevende og emosjonelt utfordrende for jordmødrene å jobbe med kvinner som har fødselsangst (Salomonsson et al., 2010). Jordmødre som ivaretar kvinner i fødsel understreket betydningen av å innta en profesjonell rolle i møte med kvinner som har fødselsangst. Jordmødrene understreket også at tid, og å møte de gravide uten fordommer, var avgjørende for å skape trygghet i denne situasjonen (Bjørseth et al., 2023). Mange av jordmødrene i en annen svensk studie fant det inspirerende å jobbe med kvinner med fødselsangst. Jordmødrene i svangerskapsomsorgen mente at

spesialopplæring i temaet var nødvendig, og følte et større ansvar for å identifisere fødselsangst kontra f dselsjordm drene (Salomonsson et al., 2011).

1.2 Hensikt og problemstilling

Sammendrag av forskning viser at fødselsangst kan påvirke den gravides fysiske og psykiske helse negativt gjennom svangerskapet, fødselen og i tiden etterpå. Videre viser tidligere forskning en økning i frekvensen av fødselsangst, og at en konsekvens kan være ønsket om keisersnitt. Det foreligger noe forskning omkring jordmødres erfaringer med fødselsangst under fødsel, men vi har kun funnet en svensk kvalitativ studie om fødselsangst under svangerskapet som viser jordmødrenes ansvar for å identifisere kvinner med fødselsangst. Det er dog ikke funnet studier fra Norge som har undersøkt hvordan jordmor opplever å møte og støtte kvinner med fødselsangst i svangerskapet. Det er derfor ønskelig å undersøke dette.

Hensikten med denne masteroppgaven er å få dypere kunnskap og større forståelse for hvordan jordmødre opplever å møte og støtte gravide kvinner som har fødselsangst i svangerskapet. Studien utforsker jordmødres perspektiver og egne erfaringer knyttet til dette temaet.

Problemstillingen for denne masteroppgaven er derfor:

Hvordan opplever jordmor   møte og støtte kvinner med fødselsangst i svangerskapet?

2 Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet presenteres det teoretiske rammeverket som danner grunnlaget for studien. To jordmorfaglige teorier tas i bruk, og begge vil bli presentert i de følgende punktene under. Senere i oppgaven vil de empiriske funnene drøftes opp mot disse teoriene.

2.1 En kvinne-sentrert modell av jordmødrenes arbeid (MiMo)

Den første jordmorfaglige teorien som er inkludert i studien er MiMo. Denne teorien vektlegger hvordan jordmor fremmer en helhetlig og kvinnesentrert tilnærming til omsorg. Den er utarbeidet i en nordisk kontekst, hvor kvinners opplevelser og behov er i fokus. Teorien er relevant for å utforske hvordan jordmødre opplever møtet med gravide kvinner med fødselsangst i svangerskapet. Denne modellen omfatter tre sentrale temaer, alle med flere inngående begreper, som kan ses i sammenheng med forholdet mellom jordmor og kvinnen (Òlafsdóttir et al., 2022). Et sentralt tema er et gjensidig forhold som omfatter *tilstedeværelse, bekreftelse, tilgjengelighet og deltakelse*. Jordmødre gir kvinnesentrert omsorg ved å være engasjert sammen med kvinnen fra det første møtet, konsentrert om å motta og dele informasjon. Det legges vekt på å anerkjenne kvinnens ønsker, engasjere seg i prosessen rundt svangerskap og fødsel, og være tilgjengelig i tråd med kvinnenes behov, med respekt for partner eller støtteperson. Neste tema er fødeatmosfæren, som inkluderer elementer av *tillit, ro, trygghet, styrke og støtte til normalitet*. En styrkende fødselsatmosfære under fødselen forutsetter at kvinnen føler seg både fysisk og følelsesmessig trygg, og har kontroll over sitt eget fødemiljø. Jordmødre arbeider for å fremme denne atmosfæren og støtter en normal fysiologisk fødselsprosess ved å oppmuntre kvinnen til å tro på sin egen fødeevne. Det siste temaet, grunnleggende kunnskap, dekker en bredde av kunnskap som inkluderer *teoretisk, praktisk og intuitiv kunnskap* som brukes i omsorgen for kvinner. Jordmødre må inneha kunnskap om hver kvinne basert på kvinnens egen innsikt om seg selv, og samtidig tilby fysisk og emosjonell trygghet (Òlafsdóttir et al., 2022). All omsorg gis i en kulturell kontekst med både fremmende og hindrende normer, som balanseres av jordmor for bruk i en jordmor modell for kvinnesentret omsorg. I institusjonssammenheng står jordmødrene ofte overfor ulike kulturer for omsorg: *en med-kvinnekultur* versus *en medisinsk-teknisk kultur*. Jordmødrene kan ikke argumentere mot den ene og være enige med den andre, men må velge det beste fra begge. I denne sammenhengen av ulike normer må jordmor utføre en balansegang for å praktisere kvinnesentrert omsorg, ved å bruke sin kunnskap og etablere et gjensidig forhold (Òlafsdóttir et al., 2022). MiMo-modellen tilpasser omsorgen for kvinner med fødselsangst og hvordan de kan bidra til å fremme en positiv fødselsopplevelse. Denne modellen kan være relevant for å kunne forstå og diskutere hvordan jordmødrene møter kvinner med fødselsangst i svangerskapet.

2.2 En teori for profesjonalisme i jordmorfaget

En annen jordmorfaglig teori for denne oppgaven, er teorien om profesjonalitet i jordmorfaget, utviklet og basert på forskning utført av Karlsdóttir og Halldórsdóttir (2022) gjennom deres forskningsarbeid. Denne teorien er relevant for vår studie da den beskriver jordmødrenes profesjonelle identitet og kunnskap om håndtering av ulike aspekter innen jordmorfaget, slik som fødselsangst i svangerskapet og hvordan dette kan bidra til en bedre praksis. Teorien legger vekt på kvinnesentret omsorg, jordmor-kvinne relasjonen, samt de nødvendige egenskapene og kompetansen en jordmor bør ha for å sikre at kvinnen føler seg trygg og ivaretatt. Dette kan også overføres til svangerskapet, som er fokuset i vår studie (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Teorien beskriver jordmors nødvendige egenskaper og kompetanse, og illustrerer hvordan jordmor kan utvise profesjonalitet for å imøtekomme behovene til de gravide kvinnene og deres partnere. Teorien vektlegger betydningen av jordmors attributter for å styrke kvinner, der jordmor arbeider for å skape en følelse av trygghet hos kvinnene. Videre beskriver teorien begrepet *empowerment* i svangerskap og fødsel, der jordmor gir den gravide kvinnen muligheten til å ta kontroll over faktorer som påvirker hennes helse, med mål om å gi den gravide kvinnen en positiv fødselsopplevelse. De fem hovedaspektene som utgjør en profesjonell jordmor, som presenteres i teorien, inkluderer: *profesjonell kompetanse*, jordmoren viser kompetanse innen sitt fagområde og tar beslutninger som prioriterer mor og barns sikkerhet. *Profesjonell omsorg*, jordmor viser stor omsorg for og oppmerksomhet mot kvinnens og partnerens behov, som er kjernen i jordmorfaget. *Mellommenneskelig kompetanse* innebærer at jordmor fremmer samarbeid og kompetanse gjennom profesjonell nærhet og tillit, med vekt på å styrke kvinnen og hennes familie. *Profesjonell visdom*, hvor jordmor utviser visdom i sitt arbeid, balansert mellom profesjonalitet og behovet for økt kompetanse og erfaringer, samtidig som jordmor er bevisst på seg selv. *Personlig og faglig utvikling*, som vil si at jordmor reflekterer for å evaluere og forbedre sin egen utvikling i arbeidet (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

3 Metode

I dette kapittelet utforskes studiens metode, forskningsdesign og vitenskapsteoretiske perspektiv grundig. Videre belyses forforståelse, utvalg og rekruttering, samt detaljer rundt den praktiske gjennomføringen av studien. Det gis en detaljert beskrivelse av transkriberingsprosessen og analysen av de innsamlede dataene.

3.1 Forskningsmetode- og design

I denne studien ble det valgt et kvalitativ forskningsdesign som er egnet for å utforske menneskers opplevelser og erfaringer, med ønske om å oppnå en dypere forståelse og beskrivelse av det fenomenet som blir undersøkt. Forskningsprosessen i kvalitativ forskning involverer tolkning av empiriske data fra intervjuene, etter en systematisk innsamling og organisering av tekstene (Malterud, 2017). For å belyse studiens problemstilling ble det gjennomført individuelle semistrukturerte intervjuer. Før intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 1) med åpne spørsmål. Denne tilnærmingen gir informantene mulighet til å dele sine erfaringer fritt, samtidig som den sikrer innhenting av nødvendig informasjon for å besvare studiens problemstilling (Malterud, 2017).

3.2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Malterud (2017) metoden systematisk tekstkondensering (STC), som er anvendt i denne studien, er inspirert av fenomenologien. Denne tilnærmingen vektlegger forståelsen av subjektive opplevelser og livsverden. STC-metoden integrerer også elementer som heller mot sosialkonstruksjonisme, og utvider fenomenologiens tradisjonelle fokus bortenfor den enkelte virkeligheten. I motsetning til en ren fenomenologisk tilnærming, som primært retter seg mot den objektive verden, legger STC vekt på grundig utforsking av fenomenet, med særlig vekt på dets sammenheng med andre fenomener. STC og fenomenologien deler et fellestrekk i deres grunnleggende prinsipper, som begge retter seg mot å forstå individets subjektive erfaringer og perspektiver på verden. Denne metoden ivaretar fenomenologiens kjerne ved å prioritere de subjektive erfaringene, samtidig som den muliggjør en mer omfattende forståelse ved å integrere sosialkonstruksjonistiske elementer. Sosialkonstruksjonismen understreker at

menneskers oppfatning av virkeligheten kontinuerlig formes av personlige erfaringer og oppfattelsen av andres meninger, som til sammen muliggjør en flerdimensjonal utforskning av fenomenet. Dette legger til rette for en betraktning av fenomenet fra flere perspektiver, med mål om å oppnå en så presis forståelse som mulig. Dermed kombinerer STC de dyptgående innsiktene fra fenomenologien med en bredere kontekstuell forståelse fra sosialkonstruksjonismen, for å tilnærme seg en omfattende forståelse av det undersøkte fenomenet (Malterud, 2017).

3.3 Forforståelse

Forforståelse blir formet av de individuelle forutsetningene som forskerne bringer med seg inn i forskningsprosjektet, enten det er bevisst eller ubevisst. Hvordan og hvilke data som blir samlet inn, lest og tolket, påvirkes av forskernes erfaringer, hypoteser og det faglige perspektivet de har (Malterud, 2017). Det er viktig å være oppmerksomme på ens egen forforståelse, enten den stammer fra tidligere arbeid eller praksiserfaringer som studenter. Vår egen forforståelse var motivasjonen bak forskningen, og denne forståelsen deles åpent med leseren. For å være tro mot deltakernes meninger og erfaringer, er det nødvendig å beskrive datamaterialet så presist som mulig. Det forventes at resultatene springer ut fra det empiriske materialet, og at det er gjort en aktiv innsats for å være bevisst og nøytral, der forskernes forforståelse er satt til side gjennom hele prosessen. Målet er å presentere deltakernes beskrivelser på en så lojal og objektiv måte som mulig, uten påvirkning fra teori eller forskernes forforståelse, slik at det empiriske materialet kan bidra til ny kunnskap gjennom forskningsprosessen. I dette arbeidet er det forsøkt å reflektere og diskutere vår egen forforståelse med vår veileder, i samsvar med Malteruds beskrivelse (Malterud, 2017).

3.4 Utvalg og rekruttering

Enhver forskningsprosess krever valg av utvalgsstrategier for å sikre at de innsamlede dataene omhandler det fenomenet som undersøkes, samt for å vurdere gyldigheten og omfanget av kunnskapen (Malterud, 2017). Ifølge Malterud (2017) anbefales det å ikke forhåndsbestemme antallet informanter, men heller kontinuerlig evaluere styrken i informasjonen gjennom gradvis rekruttering og analyse. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse ble definert

fra studiens start for å sikre informanter med relevant erfaring og kunnskap, slik at flere nyanser og sider av problemstillingen kunne belyses. Inklusjonskriteriene for studien er at informantene måtte være jordmødre som arbeider enten innenfor svangerskapsomsorgen eller gynekologisk poliklinikk. Videre måtte jordmødrene ha erfaring med oppfølging av gravide kvinner med fødselsangst gjennom svangerskapet, og minimum to års yrkeserfaring som jordmor for å delta i studien. Jordmødre som jobbet innen andre områder av fødselsomsorgen ble ekskludert fra studien.

For å rekruttere informanter ble først ledere ved ni fødeenheter i Nord-Norge kontaktet via epost med informasjonsskriv og samtykkeskjema om studien (vedlegg 2). Informasjon om frivillig deltakelse og retten til å trekke seg helt frem til levering ble også formidlet. Lederne ble oppfordret til å videreformidle denne informasjonen videre til aktuelle jordmødre som hadde samtaler med gravide med fødselsangst. Noen ledere delte jordmødrenes kontaktinformasjon med oss for direkte kommunikasjonen, mens andre jordmødre tok kontakt direkte via SMS eller e-post. Det lyktes å rekruttere seks jordmødre fra fem forskjellige fødeenheter. Samtidig ble fire helsestasjoner og jordmødre i fire distriktskommuner i Nord-Norge kontaktet, og fire av disse ønsket å delta i studien. Totalt ble ti informanter inkludert i studien. De hadde mellom tre og førti års yrkeserfaring som jordmødre, og alle arbeidet med gravide kvinner med fødselsangst i svangerskapet.

3.5 Gjennomføring av intervju

Gjennomføring av intervjuene ble nøye planlagt for å sikre både praktisk gjennomførbarhet og trygghet for informantene. For å sikre kvaliteten på intervjuguiden før oppstart, ble det gjennomført en pilotstudie for å identifisere eventuelle nødvendige justeringer. Det ble også sett et behov for å revidere intervjuguiden underveis i prosessen noe som samsvarer med Malterud (2017). Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av en tre ukers periode. Fem av intervjuene ble gjennomført digitalt via plattformen Teams, etter føringer ved UIT Norges arktiske universitet (UiT, u.å.-c), for å imøtekomme geografiske avstander mellom informantene og forskerne. De resterende fem intervjuene ble gjennomført ved fysisk tilstedeværelse. Lokaliseringen av intervjuene ble avtalt i samråd med informantene for å sikre deres komfort og bekvemmelighet. Intervjuene ble holdt i private, avskjermede rom uten

forstyrrelser for å legge til rette for et åpent og konfidensielt intervju. Før opptaket startet, ble det innledet med en uformell samtale mellom informantene og forskerne for å skape et avslappet miljø (Malterud, 2017). I samtalene ble det bevisst unngått å lede inn på synspunkter som kunne påvirke informantenes svar under selve intervjuet. Lydopptakene ble gjort med private mobiler ved hjelp av Nettskjema-diktafon app, som sikret øyeblikkelig kryptering og passordbeskyttelse av opptakene (UiT, u.å). For å sikre forståelse og samtykke ble det gitt en kort oppsummering av informasjonen som de hadde mottatt på forhånd, med mulighet for avklaring av eventuelle spørsmål, før opptaket startet. Informantene ble informert før vi startet selve opptaket. Varigheten av intervjuene varierte mellom 45-60 minutter for å sikre en grundig utforskning av temaene.

3.6 Transkribering

Umiddelbart etter hvert intervju ble lydopptakene transkribert til tekst mens informantenes uttalelser fortsatt var friskt i minnet. Transkripsjonene ble utført av begge forskerne som dermed fikk en tidlig innsikt i datamaterialet. Denne tilnærmingen tillot oppdagelser av nye aspekter ved datamaterialet som kanskje ble oversett under intervjuet, samt identifisering av eventuelle svakheter som kunne kreve justeringer i intervjumetoden for å sikre bedre innsamling (Malterud, 2017). Gjennom transkripsjonen ble informantenes verbale uttrykk av erfaringer og meninger omgjort til skriftlig datamateriale. Transkripsjonen ble gjort på bokmål for å beskytte informantenes anonymitet (Malterud, 2017).

3.7 Analyse

Datamaterialet ble analysert i tråd med Malteruds (2017) STC-metode, som er spesielt egnet for å utforske fenomener og utvikle nye beskrivelser. Denne tilnærmingen er også tilgjengelig for nybegynnere innen forskning, og metoden vektlegger en strukturert tilnærming til analysen av kvalitative data for å oppnå en dypere forståelse av studiens problemstilling. Ifølge Malterud (2017) er STC et nyttig verktøy for analyse av materiale som har en fenomenologisk tilnærming, og kan bidra til en større forståelse av temaet. Analyseprosessen i STC-metoden består av fire trinn, som utføres i en bestemt rekkefølge, dette kan sikre mulighetene for en mer grundig og strukturert avgrensning i analysen av materialet. Første

trinn er helhetsinntrykket, som innebærer å skaffe seg en overordnet forståelse av materialet og sette eventuell forforståelse til side. Arbeidet utføres fra et fugleperspektiv, og det generaliseres for å identifisere fire til åtte foreløpige temaer. Andre trinn er identifisering av meningsbærende enheter, der problemstillingen belyses og deretter systematiseres fra de foreløpige temaene til ulike kodegrupper. Fokus rettes mot materialet som det er ønskelig å undersøke nærmere, mens annet materiale legges til side. Forskerne kommer fram til nye detaljer. Det er en fleksibel prosess og fargemarkeringer kan bli brukt for å merke aktuelt materiale. Tredje trinn er kondensering, som innebærer å hente ut meningen fra de kodete enhetene. To til tre subgrupper opprettes for hver kodegruppe, og det lages kunstige sitater, kondensater, basert på de meningsbærende enhetene, der subgrupper med ord og uttrykk fra deltakerne inkluderes. Fjerde trinn er syntesen, som innebærer oppsummering og rekontekstualisering ved å trekke ut meningen fra kodete meningsbærende enheter. En analytisk tekst blir utarbeidet der forskernes rolle er å gjengi informantens historier i tredjeperson, og det er viktig å forstå hva de ulike subgruppene bidrar med i fremstilling av resultatkategoriene (Malterud, 2017). Den analytiske teksten konsentrerer seg om utvalgte nøkkelfunn, som illustreres ved hjelp av sitater eller utdrag av hver enkelt historie. For å berike teksten inkluderes illustrerende gullsitater. Etter å ha landet den analytiske teksten, utarbeides tre kodekategorier for å sammenfatte resultatkategoriene i teksten. Til slutt gjennomføres en validitetskontroll der resultatene sammenlignes med det empiriske materialet, og det reflekteres over hvordan funnene samsvarer med eksisterende teori og annen relevant forskning for å vurdere om analysen har tilført ny innsikt (Malterud, 2017).

3.7.1 Helhetsinntrykk

For å danne et helhetsinntrykk i analysens første trinn, ble datamateriale fra alle intervjuene nøye gjennomlest. For å unngå påvirkning fra hverandre, ble transkripsjonene lest individuelt, og stikkord ble notert uten å systematisere dem. Dette ble gjort umiddelbart etter at intervjuene var transkribert. Deretter ble innholdet fra intervjuene diskutert sammen, med vekt på gjentatte og felles temaer som ble identifisert i intervjuene. Dette skrittet ble gjennomført for å fullføre analysen av ett intervju om gangen (Malterud, 2017). I første del av analyseprosessen ble følgende temaer fra vårt helhetsinntrykk til: *motivere til fødsel,*

kartlegge årsaker, samtalestrategi, forebygging ny fødselsangst, korrekt faglig kunnskap, forberedelse til fødsel, refleksjon over egen praksis og samarbeid.

3.7.2 Meningsbærende enheter

I analysens andre trinn ble datamaterialet gjennomgått på nytt for å oppnå en dypere forståelse av innholdet i hvert enkelt intervju. Det ble søkt etter meningsbærende enheter som kunne bidra til å kaste lys over oppgavens problemstilling, og deretter ble enhetene systematisert under temaene fra analysens første trinn. De foreløpige temaene med de meningsbærende enhetene ble gjennomgått og utviklet videre for å belyse oppgavens problemstilling. Noen av temaene fra første trinn ble beholdt, mens noen ble justert eller forkastet. Ulike farger ble tildelt de forskjellige kodegruppene, og datamaterialet ble gjennomgått på nytt med særlig vekt på de meningsbærende enhetene. Disse enhetene ble deretter sortert under relevante kodegrupper og kodet med tilsvarende farger. Under denne gjennomgangen ble repetisjoner eliminert, irrelevante utsagn ble fjernet, og plasseringen av utsagn ble justert for å sikre at enhetene passet best under relevante kodegrupper (Malterud, 2017). Dette resulterte i følgende kodegrupper: *trygghet, årsak til fødselsangst, forberedelse til fødsel, motivere til vaginal fødsel og jordmors holdninger.*

3.7.3 Kondensering

I tredje trinn av analysen ble den sorterte informasjonen abstrahert. Meningen ble systematisk hentet ut fra de sammenkodede meningsbærende enhetene. Datamateriale uten meningsbærende enheter ble midlertidig lagt til side, og fokuset ble rettet mot det som var relevant for oppgavens problemstilling (Malterud, 2017). Datamateriale fra de ulike kodegruppene ble deretter delt inn i to-tre subgrupper, tretten subgrupper totalt: Trygghet, har tre subgrupper; *tillitsfull og trygg relasjon, fremme tillit og mestring, og involvere partner.* Årsak til fødselsangst, har tre subgrupper; *kartlegge årsak, individuelle behov og oppfølging, og keisersnitt i noen tilfeller.* Forberedelse til fødsel, har tre subgrupper; *jordmors verktøy, fødeplan og informasjon og kunnskap.* Motivere til fødsel, har to subgrupper; *fremme vaginal fødsel og positiv fødselsopplevelse.* Jordmors holdninger, har to subgrupper; *jordmors holdning til forløsning og jordmors holdning til fødselsangst og sin egen rolle.* Det ble

utarbeidet kunstige sitater, kondensater, for hver av subgruppene for å formidle de meningsbærende enhetens betydninger. Disse kondensatene ble konstruert for å reflektere deltakernes stemmer, ved bruk av jeg-form og inkludering av våre egne ord og uttrykk. Avslutningsvis ble gullsitater valgt ut for å illustrere hovedinnholdet og deltakernes meninger (Malterud, 2017).

3.7.4 Syntese

Steg fire i analysen innebærer å rekontekstualisere, hvor de enkelte delene settes sammen igjen. Funn fra tidligere trinn ble gjennomgått for å identifisere gjentakende og sentrale innsikter for studien. På dette grunnlaget ble det skapt en analytisk sammenhengende tekst, beriket med nye beskrivelser og begreper. Teksten ble utformet med omtanke for deltakernes perspektiver, ivaretatt ved å holde seg tro til deres erfaringer og synspunkter. Samtidig sikter teksten mot å tilby leseren en forsterket forståelse og styrke tilliten til studien ved å klargjøre vår tolkning som forskere. Videre ble resultatene vurdert for å forsikre at innholdet fortsatt representerte en nøyaktig gjengivelse av de opprinnelige funnene og den konteksten de ble samlet inn i. Det ble også kontrollert at tekstenes formuleringer er i tråd med deltakernes beskrivelser (Malterud, 2017).

Kondensatene var avgjørende for å formulere en analytisk tekst som representerer subgruppene og kodegruppene. I denne prosessen ble nye relevante gullsitater identifisert, som bidro til en dypere og mer forklarende forståelse av funnene. Disse gullsitatene tilhører en levende og konkret innsikt gjennom inkludering av deltakernes egne ord, noe som forsterker studiens troverdighet og understøtter våre funn til, og potensielt øker leserens interesse. Justeringer ble gjort ved å vende tilbake til råmaterialet for å sikre at gullsitatene passet inn som ønsket, noe som bidrar til å opprettholde deltakernes troverdighet, berike analysen og klargjøre resultatene for leseren (Malterud, 2017). Basert på dette fikk kategoriene passende navn i den nye analytiske teksten: «*Trygghet er en forutsetning for å skape en relasjon*», «*Veien mot en positiv fødsel*» og «*Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen*».

4 Etiske overveielser

Denne studien er gjennomført i samsvar med de etiske standarder beskrevet i Helsinkideklarasjonen, som legger vekt på gjensidig tillit og respekt mellom forsker og deltaker, samtidig som deltakernes helse og rettigheter ivaretas i tråd med norske lover og forskrifter. Forskere har et ansvar for å sikre validitet i kunnskapsinnhenting gjennom innsamling av kvalitativ data. Informantenes beskrivelser skal gjengis pålitelig i datamaterialet, og resultatene skal presenteres på en etisk forsvarlig måte, med ivaretagelse av deltakernes rettigheter og personvern gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017). Informantenes beskrivelser skal gjengis pålitelig i datamaterialet, og resultatene skal presenteres på en etisk forsvarlig måte, med ivaretagelse av deltakernes rettigheter og personvern gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017). Dette er tatt hensyn til for å sikre at etiske standarder opprettholdes gjennom hele forskningsprosessen. Derfor følger oppgaven forskningsetiske retningslinjer fra UiT Norges Arktiske Universitet (UiT, u.å.-a).

Refleksjon over egen rolle i prosjektet utgjør en grunnleggende forskningsetisk betingelse. Dette omfatter en vedvarende refleksjon rundt forskernes posisjon i prosjektet, både i forhold til seg selv og i møte med deltakerne. Det er foretatt en evaluering av hvordan datainnsamlingen har blitt utført, og innsiktene som ble oppnådd underveis i innsamlingsprosessen førte til forbedringer i hvordan intervjuene ble gjennomført (Malterud, 2017). Det var avgjørende at deltakerne mottok skriftlig informasjon for å kunne ta en informert beslutning om deltakelse i studien. Deltakelsen ble fremhevet som frivillig, der deltakerne ble bedt om å gi muntlige samtykke før de deltok i studien. Deltakerne ble forsikret om at all informasjon ville behandles konfidensielt, og at anonymitet ville bli opprettholdt gjennom hele prosessen. Det ble også tydeliggjort at deltakerne kunne trekke seg når som helst i løpet av forskningsprosessen, og at all innsamlet data ville bli slettet i slike tilfeller (Malterud, 2017). I henhold til Malterud (2017) er det en risiko for at deltakere i kvalitative studier kan identifiseres, derfor er alle sitater skrevet i bokmålsform samtidig som integriteten til materialet opprettholdes for hver enkelt deltaker.

For sikker tilgang, behandling og lagring av skriftlig datamateriale ble SharePoint i Office 365 ved UiT benyttet, med brukernavn og passord. Datamaterialet ble da utilgjengelig for

andre etter retningslinjer for sikker lagring (UiT, u.å.-b). Transkripsjonstekstene ble anonymisert med koder for å ivareta personvernet, og kun to forskere og veileder hadde tilgang til datamaterialet. Datahåndteringsplanen ble fulgt gjennom hele studien (vedlegg 3). Gjennom analyser, kondensering og sammenfatning av dataene, har begge forskere formidlet pålitelig og gyldig datamaterialet som ikke kan gjenkjennes i resultatene (Malterud, 2017). For å sikre at regelverket for personvern ble fulgt, ble kunnskapssektorens tjenesteleverandør - SIKT benyttet (SIKT, u.å). Det ble sendt et digitalt meldeskjema med beskrivelse av studien, der det forelå en digital godkjenning fra SIKT med referansenummer 410708 før oppstart av studien (vedlegg 4). En risiko- og sårbarhetsanalyse ble gjennomført før oppstart for å sikre forskningsetiske overveielser (vedlegg 5).

5 Metodediskusjon

Dette kapittelet utforsker studiens fremgangsmåte og kvalitet med utgangspunkt i begrepene refleksivitet, relevans og validitet, som ifølge Malterud (2017) er sentralt innenfor vitenskapelig forskning.

5.1 Refleksivitet

Refleksivitet er en nøkkelfaktor i forskningsprosessen, og ifølge Malterud (2017) innebærer det en aktiv tilnærming som forsker. Dette innebærer å være bevisst på ens egne historier, posisjoner og eventuelle forutinntatte meninger som kan påvirke studien. Det er viktig å være åpen for å utforske ens egen forforståelse og sikre at den ikke påvirker tolkningene og resultatene i studien, men heller bidrar til ny innsikt (Malterud, 2017). Det er avgjørende å ha en åpen holdning som tillater tvil, ettertanke og muligheten til å revidere ens egne konklusjoner om nødvendig, slik at den presenterte kunnskapen faktisk reflekterer ny innsikt. Tidligere forforståelse er redegjort for og delt med leseren som en del av forskningsprosessen, se eget kapittel. Egne tilnærminger og tolkninger av dataene har blitt kontinuerlig utfordret, noe som er en integrert del av den refleksive forskerrollen. Dette inkluderer diskusjoner med

veileder for å være bevisstgjort om ens egen forforståelse og være åpne for alternative perspektiver. Manglende refleksivitet kan hindre oppdagelsen av ny kunnskap fra det empiriske materialet (Malterud, 2017). Motivasjonen bak denne studien stammer fra praksiserfaringer der ulike utfordringer knyttet til jordmødres møte med gravide kvinner med fødselsangst ble identifisert. Resultatene har avdekket flere nye og interessante funn, noe som kan indikere at forforståelsen har blitt satt til side. Kritisk refleksjon har vært rettet mot tilnærmingen, resultatene og diskusjonen for å belyse materialet fra ulike perspektiver. Å demonstrere refleksivitet betyr å erkjenne ens eget bidrag til forskningsprosessen og vurdere betydningen det har hatt. Tolkingsvalg og beslutninger som er tatt underveis har vært avgjørende for å sikre funnenes validitet og pålitelighet (Malterud, 2017).

Malteruds STC-metode ble benyttet for å analysere datamaterialet grundig og systematisk. Begge forskerne samarbeidet aktivt i analyseprosessen for å fange opp mest mulig relevant data (Malterud, 2017). Materialet ble umiddelbart bearbeidet etter hvert intervju for å sikre en grundig forståelse, og for å unngå å blande intervjuene sammen eller å miste relevant informasjon. Veilederen bidro til å veilede gjennom prosessen, styrke vår forståelse og sikre at subjektivitet ikke påvirket tolkningen av datamaterialet (Malterud, 2017).

5.2 Relevans

Det er relevant å undersøke om funnene fra vår studie bidrar til vitenskapelig kunnskap. Selv om forskningsprosessen er korrekt utført, er det ikke sikkert at det avdekkes ny kunnskap som er relevant eller som kan lære andre noe nytt. Relevansen av studien vår blir tydelig først når forskningen er fullført (Malterud, 2017). Det er vesentlig å være oppmerksom på at relevansen kan involvere studiens problemstilling, resultater og metode. Ny kunnskap kan fremme forståelsen av eksisterende temaer, spesielt innen medisinsk og helsefaglig forskning. For å vurdere studiens mulige relevans, må forskeren være godt kjent med litteraturen på feltet. Dette er den eneste måten å avgjøre om resultatene fyller kunnskapshull i forhold til den tidligere litteraturen som finnes om emnet (Malterud, 2017). Våre resultater skildrer jordmødrenes opplevelser av å møte og støtte gravide kvinner med fødselsangst gjennom svangerskapet, preget av en trygg relasjon, på veien mot en positiv fødsel og jordmødrenes bevissthet om seg selv og sin rolle. Det er kun identifisert én studie om dette teamet, men

ingen fra Norge, noe som indikerer at vår forskning kan tilføre ny kunnskap. Dermed opprettholdes studiens relevans (Malterud, 2017).

5.3 Validitet

Validitet er avgjørende for å bedømme gyldigheten av den kunnskapen som er frembrakt gjennom forskningsprosessen. Dette omfatter vurderinger av om resultatene faktisk speiler virkeligheten og om forskningsmetoden har ledet til de forventede resultatene for å besvare problemstillingen pålitelig. Det er avgjørende at forskningsmetoden er tilpasset problemstillingen og at kontinuerlige validitetsvurderinger gjennomføres gjennom hele forskningsprosessen, med vekt på transparens. Dette kan fremme læring og tilpasninger basert på forskernes erfaringer (Malterud, 2017). Forskerens evne til å kommunisere forskningen sin er sentralt for å sikre transparens; dette innebærer en tydelig presentasjon av forskningsprosessen og de oppnådde resultatene. Dette sikrer at leseren kan forstå og evaluere studien. Avslutningsvis er det sammenkoblingen av empiriske resultater og forskernes tolkninger, samt konsistensen som vedlikeholdes gjennom hele forskningsprosessen, som er avgjørende for å vurdere validiteten. Transparensen sikrer at forskningen når sine mål og er relevant både i akademiske og praktiske sammenhenger (Malterud, 2017).

Intern relevans konsentrerer seg om vurderingen av om verktøyene anvendt i forskningsprosessen er egnet for å innhente den tiltenkte kunnskapen og for å forebygge systematiske feil. Ekstern validitet undersøker hvordan funnene kan generaliseres og vurderer utvalgets varians for å bedømme funnenes overførbarhet, noe som involverer en gjennomgang av det valgte utvalget og deres relasjoner. En slik tilnærming sikrer at studien får den nødvendige bredden i forhold til variasjon som ønskes. Utvalgets betydning i kvalitative studier er ofte sentral for funnenes overførbarhet. For å sikre kvaliteten på intern validitet, ble et pilotintervju gjennomført før de reelle intervjuene startet, i tråd med Malterud (2017). Intervjuguiden ble revidert før intervjuene startet. Ved å benytte semistrukturerte individuelle intervjuer, ble studiens interne validitet styrket ved å tillate jordmødrene å dele sine erfaringer uforstyrret, samtidig som det ble opprettholdt en distanse til forskernes forforståelser. Informantene bidro med innsikt i konkrete hendelser og situasjoner, noe som ifølge Malterud (2017) styrker informasjonens verdi. Halvparten av intervjuene ble gjennomført digitalt, og den andre halvparten med fysisk oppmøte. Begge tilnærminger fungerte godt etter noen

justeringer i oppstarten. Til tross for begrenset erfaring, ble ferdighetene, inkludert validering, forbedret gjennom intervjuprosessen. Ved at begge forskerne var til stede under intervjuene, ble prosessen mer komfortabel, og begge fikk et bedre kjennskap til råmaterialet, noe som kan ha styrket den interne validiteten (Malterud, 2017).

I kvalitative studier er utvalgsstrategien avgjørende for overførbarheten. Deltakere med geografisk spredning ble valgt for å styrke studiens eksterne validitet, da praksis kan variere fra sted til sted. Dette gjelder prosedyrer, opplæring og eventuelt kulturelle forhold. Studien vurderes som overførbar til jordmødre som jobber med gravide kvinner i svangerskapet. Det ble ikke satt et bestemt antall deltakere da studien startet, noe som var i tråd med anbefalinger fra Malterud (2017). Derfor ble empirisk data kontinuerlig vurdert i prosessen. Etter ti intervjuer, ble det konkludert med at det samlede datamaterialet var tilstrekkelig rikt og hadde nådd et metningspunkt med hensyn til hvordan jordmødrene opplevde møter med gravide kvinner med fødselsangst. Varierte funn kan styrke studiens eksterne validitet og øke resultatenes pålitelighet (Malterud, 2017).

Repeterbarhet er ifølge Malterud (2017) også viktig, da den indikerer påliteligheten og etterprøvbareheten til resultatene blant flere deltakere i studien. Dette påvirker forskningsprosessen både ved datainnsamling, analyse, tolkning, men også forskerens syns på seg selv. Samlet sett er det avgjørende at forskningsmetoden samsvarer med problemstillingen og at gyldighetsvurderinger utføres gjennom hele forskningsprosessen. Dette sikrer at forskerne lærer av erfaringene sine, og justerer resultatene deretter (Malterud, 2017).

Til slutt er det viktig at forskerne tydelig formidler hva som ble gjort i forskningsprosessen og hvilke resultater som ble oppnådd fra datamaterialet. Dette er avgjørende for at leseren skal kunne forstå og vurdere studien, da det binder sammen de empiriske resultatene og forskernes tolkninger, fra start til slutt. Dette er nødvendig for å vurdere validiteten og sikrer at forskningen oppnår de ønskede resultatene og er relevant for både akademiske og praktiske formål (Malterud, 2017).

6 Resultat

I dette kapittelet presenterer de tre resultatkategoriene fra analyseprosessen, og illustrerende sitater fra informantene. Resultatkategoriene er: «*Trygghet er en forutsetning for å skape en relasjon*», «*Veien mot en positiv fødsel*» og «*Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen*».

6.1 Trygghet er en forutsetning for å skape en relasjon

For å hjelpe gravide med fødselsangst, så jordmødrene på trygghet som en forutsetning for å skape en relasjon. Det betyr, ifølge informantene, at det er viktig at den gravide har tillit til jordmor og føler seg trygg under samtaler. Det ble understreket at gravide med fødselsangst befinner seg i en sårbar situasjon, hvor det å opparbeide seg trygghet fram mot fødselen er essensielt. Videre beskrev jordmødrene at noen kvinner kan uttrykke grunnleggende mistillit, som kan gjøre det vanskelig for dem å stole på helsepersonell. For å etablere tillit er tilstedeværelse og lytting et gjentagende tema. Informantene legger til rette for at de gravide kan dele sine historier med egne ord, og understreker viktigheten av at kvinnene får uttrykke seg fritt, uten at jordmoren tolker eller fordømmer noe av det som bli sagt. Når jordmor viser evne til å motta og tåle det kvinnen deler skapes det trygghet ifølge informantene.

Det viktigste for meg er at de skal ha tillit til meg, og at de skal føle seg trygge under samtalen og kunne opparbeide seg trygghet fram mot fødselen. Og at vi får en god kjemi. Måten jeg støtter dem på er å nullstille meg selv når de snakker. Jeg fordømmer eller tolker ikke. Bare lar det de har å si få komme. For det er det som skaper trygghet, at de kan tørre å si hva som helst.

En annen måte jordmødrene skaper trygghet på er ved å anerkjenne det kvinnene med fødselsangst sier, tenker og føler. Informantene mente at dette kan bidra til at de gravide føler seg mer forstått og dermed åpner seg mer.

Jeg bruker å anerkjenne dem ved å bekrefte at det de har opplevd ikke var greit. Mange sier da at det er så deilig at det ikke bare er i deres hode, men at det faktisk egentlig ikke skal være akkurat sånn. De får noen knagger å henge det på, og de kan

kjenne at det var noe som stemte. Jeg opplever at de får tillit da, og åpner opp for samarbeid.

For å skape trygghet tilstreber jordmødrene å forstå de gravide med fødselsangst, og ta dem på alvor. Informantene beskrev at de opplever at mange gravide har fødselsangst på grunn av egne negative fødselsopplevelser, eller fordi de har hørt eller lest om andres vanskelige opplevelser. Jordmødrene imøtekommer derfor de gravidens bekymringer, blant annet ved å samarbeide nært med fødeavdelingen og gynekolog, ha lav terskel for ultralyd eller utarbeide en fødeplan. Disse tiltakene kan, ifølge jordmødrene, bidra til å redusere angst blant gravide med fødselsangst og gi dem muligheten til å glede seg over svangerskapet. Jordmødrene tilpasser seg kvinnenens ønsker og behov, og understreket viktigheten av en god relasjon for å skape trygghet.

Også gjelder det å ha stor åpenhet for ultralyd. For det kan også være litt trygghet at de ser at denne ungen ikke blir så stor. Det kan være nok i seg selv til at de tørr å gå i fødsel.

Informantene fremhevet at å møte kvinnen i en trygg relasjon, krever en samtale der det er tid for spørsmål og kunnskapsdeling, hvor jordmor deler sin kunnskap og lytter til kvinnen. Jordmødrene sa at de opplever at gravide uttrykker takknemlighet for muligheten til å samtale med en jordmor. Den kunnskap og erfaring jordmor besitter om svangerskap, fødsel og barsel, kan ifølge informantene, bidra til trygghet før den forestående fødselen. Informantene beskrev at kvinner verdsetter å dele sine bekymringer med noen som ikke står dem for nær, og som er nøytral. God tid i samtaler med gravide som har fødselsangst kan fremme en følelse av trygghet, og jordmødrene observerer at kvinner blir mer avslappet og åpne under slike forhold. Jordmødrene understreker at denne tryggheten kan styrkes ytterligere ved å tilby den gravide flere samtaler.

Og spesielt denne tidsfaktoren, at man bruker god tid. Kanskje etter en time tror du at hun er ferdig, så begynner hun å snakke. Hun må ofte komme i modus der hun føler seg trygg og har tillit til meg. Også repeterende samtaler kan være nyttig, at hun får tatt opp temaet flere ganger, eller gå videre til nye tema.

Involvering av partneren til den gravide med fødselsangst ble av jordmødrene fremhevet som en viktig del av å skape trygghet i svangerskapet. Jordmødrene belyste at noen gravide uttrykker at mangel på støtte fra partneren kan være en del av fødselsangsten. Ifølge jordmødrene spiller partneren en viktig støtterolle for den gravide, og graviditeten kan anses som et felles prosjekt hvor gjensidig forståelse er en styrke. Partnere deler ofte til jordmødrene at det kan være følelsesmessig utfordrende å være den som står på sidelinjen, og noen har også bekymringer knyttet til fødselen. Derfor tilbyr jordmødrene samtaler for å informere, støtte og ivareta partneren. Informantene understreket også betydningen av at partneren får kunnskap om fødsel og mener at svangerskapskurs arrangert av kommunehelsetjenesten kan tilby parene en mulighet til å oppnå bedre forståelse og reflektere sammen:

Jeg synes det er viktig å involvere partneren, og prøver derfor alltid å få til minst en samtale hvor fokuset er på partners tanker og hva som skjedde sist. Så forklarer jeg hva som egentlig skjedde. Også snakker vi om partnerens viktige rolle i å støtte kvinnen.

6.2 Veien mot en positiv fødsel

På veien mot en positiv fødsel foretar alle informantene en kartlegging av den gravide med fødselsangst, for å tilpasse oppfølgingen etter den gravides individuelle behov. Jordmødrene beskrev at de kartlegger om det er en normal redsel eller om det er en lammende angst som kan påvirke graviditeten og den gravides livskvalitet. Informantene fremhevet videre viktigheten med å finne bakenforliggende årsak til angsten, og beskrev at hos noen kvinner er den lett å identifisere, mens hos andre kan den være fortrent og ligge på et ubevisst plan.

Noen ganger er det nok for dem å se en sammenheng tilbake til noe som kanskje var årsaken til at angsten startet, det er godt å ha noe å henge det på. Hvert fall foreløpig, og kanskje senere blir det et nytt lag og et nytt lag i denne løken man skreller i sin egen psyke. Men det å få en bevissthet om sammenhengene som man ikke har tenkt på før, kan være veldig bra.

Jordmødrene erfarte at årsaken til gravides fødselsangst ofte er ulikt hos første- og flergangsfødende, der årsaken hos flergangsfødende ofte er en tidligere dårlig fødselsopplevelse. Mens hos førstegangsfødende har kvinnene opplevd traumatisk hendelser tidligere i livet, at de har noen psykiske utfordringer og/eller psykiske diagnoser. Jordmødrene nevnte også at gravide med fødselsangst ofte uttrykker angst for det ukjente, smerter, redsel for tap av kontroll eller at noe skal skje med dem selv eller barnet under fødselen. Eksterne faktorer som mangel på jordmødre, sommerstenging av helsetjenester og lang reisevei til fødeavdeling kan forsterke fødselsangsten ifølge informantene.

For flergangsfødende kan det være at fødselsangsten startet ved forrige fødsel, mens for førstegangsfødende kan det være barndomstraumer, eller noe de har vært utsatt for. Det trenger ikke være så alvorlig heller. Det er ikke sikkert at angsten egentlig bunner ut i at de er redde for å føde. Mange plasserer en generell angst inn på det å skulle føde.

Graviditet og fødsel kan, ifølge informantene, trigge et ubearbeidet traume. Jordmødrene undersøker dermed gravides bakgrunn for å få en forståelse over situasjonen. Dette inkluderer spørsmål om den gravides psykiske og fysiske helse, eller om de har opplevd noe traumatisk tidligere. Enkelte informanter fremhever viktigheten med å våge å stille de vanskelige spørsmålene, som for eksempel partnervold. I tillegg erfarer de at direkte spørsmål, gir ærlige svar tilbake. Jordmødrene har observert at gjentatte spørsmål over flere av konsultasjonene, kan avdekke ny informasjon. Dette setter de i sammenheng med at den gravide over tid har fått opparbeidet seg trygghet og får anledning til å tenke gjennom og reflektere over spørsmålene. Noen av jordmødrene mente derimot at å grave dypt i bakenforliggende årsaker må håndteres med forsiktighet for å unngå at fortrenkte minner blir retraumatiserende for den gravide.

Det kan være en grunn til at de har stengt av, og kanskje er det greit. Kanskje skal vi holde fingrene av fatet. Vi skal ikke presse oss på. Vi har et forsvarsverk i oss for en grunn. Det kan hende at hvis vi begynner å låse opp, og finner saker og ting, så skulle det bli for mye. Den balansegangen er veldig viktig å være bevisst.

Bearbeiding av tidligere traumatiske hendelser ble beskrevet av jordmødrene som en sentral del av forberedelsen til en positiv fødsel. Videre opplever de at gravide er åpne, og fremhever at svangerskapet er en fase i livet hvor kvinner er mer åpne og erfaringer fra fortiden er mer tilgjengelige. Jordmødrene fremhevet at slik bearbeiding under svangerskapet kan bidra til økt mestring og styrket selvfølelse hos den gravide.

Jeg legger til rette for at hun skal få bearbeide tidligere hendelser, med å gå helt tilbake til hva som egentlig skjedde, hvorfor det skjedde, og hva det gjør med henne som person? For deretter å vurdere, hva kan vi gjøre med det nå?

På veien mot en positiv fødsel vektlegger jordmødrene å gi kvinnene svar på aktuelle spørsmål, fjerne usikkerhet og økt følelse av kontroll. Jordmødrene la fram viktigheten av at kvinnene er godt informert og forberedt på fødselsforløp og fødselsmekanismer. Jordmødrene ga uttrykk for at kunnskap og realistiske forventninger til fødselen gir trygghet. En informant illustrerte det slik:

Jeg bruker alltid å formidle til de som føder at vi alle har visse forventninger, men en ting er helt sikkert, det blir aldri sånn som vi forventet oss. Det kan utvikle seg til å bli verre, men det kan også bli bedre.

For jordmødrene betyr, på veien mot en positiv fødsel, at fødsel og forløsningsmetode skal diskuteres. Jordmødrene ytrer at en vaginal fødsel er det beste utgangspunktet for gravide kvinner, forutsatt at det leder til en positiv fødselsopplevelse. Jordmødrene erfarte at mange kvinner med fødselsangst ofte foretrekker keisersnitt, og betrakter keisersnitt som en enkel løsning uten å forstå konsekvensene. De mener derfor at det er et behov for informasjon om både vaginal fødsel og keisersnitt, for at gravide med fødselsangst oppnår en helhetlig forståelse av begge forløsningsmetodene. Jordmødrene deler sin faglige kunnskap om hva et keisersnitt innebærer, inkludert de risikoene og komplikasjonene dette kan medføre. Men de trekker også frem fordelene en vaginal fødsel har for mor og barn, da dette kan motivere noen gravide til å vurdere en vaginal fødsel. Imidlertid understreket jordmødrene at lovnad om keisersnitt kan være nødvendig for noen gravide av hensyn til trivsel under svangerskapet og en positiv fødselsopplevelse. Det ble videre fremhevet at tidligere traumatiske opplevelser kan

gjøre en vaginal fødsel retraumatiserende for noen. Tidspunktet for når jordmødrene diskuterer disse spørsmålene med kvinnene varierer. Noen mente at det er best å vente til kvinnen er hormonelt og mentalt klar, som for noen gravide inntreffer mot slutten av svangerskapet. Andre jordmødre mente det kan være essensielt å få kvinner med fødselsangst inn til samtale så tidlig som mulig.

Kvinner kan tenke at keisersnitt er en «quick fix», og ofte er det kunnskapsløst. Jeg snakker med damene om forløsning, keisersnitt og vaginalfødsel, så de skal skjønne prosessen. Et keisersnitt er en stor bukoperasjon, og når de skjønner hva en normal vaginal fødsel innebærer, er det få som velger keisersnitt.

Samvalg og medbestemmelse er sentrale prinsipper som sikrer at gravide får muligheten til å bli hørt og delta i beslutninger angående egen fødsel, og ifølge jordmødrene utgjør dette en essensiell del av veien mot en positiv fødsel. Jordmødrene poengterte at dersom den gravide er fast bestemt på keisersnitt, og har et kunnskapsbasert og informert valg, bør det bli respektert. Noen av informantene fremhevet derimot et mulig behov for mer opplæring om samvalg og medbestemmelse blant jordmødrene. Den endelige avgjørelsen om keisersnitt ligger hos gynekologen. Noen av jordmødrene tilbyr ofte ekstra samtaler til de gravide som får innvilget keisersnitt.

Som jordmor tenker jeg hovedsakelig at det er alltid best å føde vaginalt, dette støttes også av forskning. Fysiologisk sett er dette bedre både for kvinnen og barnet. Likevel er det dette med samvalg og medbestemmelsesrett, kvinnen må ha en stemme. Det er akkurat som med abort, kvinnen må ha rett til å ta egne beslutninger.

En fødeplan utgjør en viktig del på veien mot en positiv fødsel, ifølge jordmødrene, hvor det i samarbeid med den gravide utformes en detaljert plan for fødselen, tilpasset de individuelle behovene til den gravide med fødselsangst. Det kan være behov for ekstra tilrettelegging, som for eksempel å begrense antall vaginalundersøkelser eller regulere tilstedeværelse av studenter under fødselen. Jordmødrene understreket også viktigheten av å inkludere planer for uforutsette hendelser og situasjoner som ikke lar seg planlegge, i fødeplanene for gravide med fødselsangst.

Å lage en plan med en lav terskel for keisersnitt er vidunderlige ord for de gravide. Da vet de at det blir tatt hensyn, og at fødselen ikke trekkes ut i tid. Har en kvinne tidligere opplevd en traumatisk fødsel som endte med bruk av vakuumpump og akutt keisersnitt, da kan en slik lovnad gjøre dem villige til å forsøke en vaginal fødsel igjen, og ofte går det faktisk bra.

Jordmødrene oppmuntrer gravide med fødselsangst til å skrive et personlig fødebrev på veien mot en positiv fødsel, som inneholder viktige detaljer og preferanser for fødselen.

Jordmødrene anbefaler at de gravide selv skriver brevet for å sikre eierskap til innholdet, noe som også kan være en effektiv måte å uttrykke frykt og bekymringer på. Ifølge jordmødrene kan fødebrevet være et nyttig hjelpemiddel for helsepersonell under fødsel. Videre understreker de viktigheten av være bevisst på at ikke alle ønsker i fødebrevet nødvendigvis kan oppfylles, ettersom fødselsforløpet kan være uforutsigbart.

Jeg understreker at fødebrev er viktig. Det fungerer som et viktig bindeledd. Jeg hadde en gang en fødende kvinne som sa at fødebrevet var en «livesafer». Gjennom fødebrevet hadde hun formidlet det som var viktig for henne under fødselen, dette gav henne en følelse av trygghet. Hun visste da at alle involverte hadde den samme informasjonen.

Det tas i bruk ulike teknikker på veien mot en positiv fødsel, hvorav jordmødrene inkluderer eksponering. Dette innebærer en omvisning på fødeavdelingen, der kvinnene får anledning til å møte personalet, se på utstyret som benyttes under fødsel, og gjøre seg kjent med omgivelsene. Jordmødrene fremhever at eksponeringen kan bidra til at gravide med fødselsangst håndterer angsten bedre og føler seg tryggere. I tillegg belyser de at gravide med tidligere traumatiske opplevelser kan bli trigget i møtet med fødestuen, men at eksponering under trygge forhold kan ha en positiv effekt.

Det må inn noen erfaringer som gjør at de ikke går på automatikk mot angst i disse situasjonene, og der er eksponeringspsykologi veldig bra. Men det er ikke for alle. Du skal være ganske klar og ganske sterk og ganske godt kjent med deg selv for du setter i gang med det. Men det handler om å tåle angsten, ikke flykte fra den, men bare la den

få brenne ut. Også danne seg positive tanker rundt et tema. Sånn at man har et håp om å bryte den sirkelen.

Videre veileder jordmødrene gravide som er åpne for det i pusteteknikker, noe som kan være til hjelp for å håndtere angsten. De gravide blir instruert i å puste med magen, ta dype åndedrag og puste langsomt for å redusere angsten. Samtidig som jordmødrene belyste sammenhengen mellom pust, hormoner og nervesystemet. Noen jordmødre fremhevet også at avslapningsøvelser og kroppsanalyse kan hjelpe gravide til å dempe angst og fødselsmerter.

Angst kommer av seg selv og er smertefullt. Å rette oppmerksomheten mot pusten kan ha beroligende effekt på angsten. Det handler om å bruke pusten, å lære de gravide å puste med magen, der de læres til å puste dypt og sakte.

Jordmødrene beskrev at angst er smertefullt og ukontrollerbar, og fremhever viktigheten av tiltak som hjelper de gravide med fødselsangst. Mange gravide har, ifølge informantene, erfaring med terapi fra tidligere, og fokuset rettes derfor mot å bygge videre på de tidligere hjelpsomme tiltakene fremfor å introdusere nye.

En dimensjon på veien mot en positiv fødsel er motivasjon. Jordmødrene legger stor vekt på å motivere gravide med fødselsangst til å sikte mot å gjennomføre en vaginal fødsel. Informantene rapporterte at gravide som opplever fødselsangst, opplever mestring når de klarer å gjennomføre en vaginal fødsel, at det har en positiv innvirkning på dem. En av informantene beskrev det slik:

Jeg har erfart at den beste terapien som finnes for kvinner som har opplevd en traumatisk fødsel, er at de får oppleve en normal fødsel. Dette er med på å gi dem muligheten til å reparere det de sitter igjen med.

Ved å normalisere fødselsprosessen motiverer jordmødrene kvinnene mot en vaginal fødsel. De belyste at det er normalt å være redd og usikker på det ukjente, men at kroppen vet hva den skal gjøre for å føde. Jordmødrene ønsket å styrke kvinnens tillit til egen kropp og fødekraft, og prøver å styrke kvinnens selvtillit til å føde vaginalt. Jordmødrene beskrev at når

gravide føler seg ivaretatt, håndterer de angsten bedre og stoler på kroppens evner, hvilket kan lede til en positiv fødselsopplevelse selv i møte med uforutsette hendelser. Ifølge jordmødrene blir mange gravide med fødselsangst klare for å føde vaginalt etter støttesamtaler med jordmor.

Jeg tenker det er viktig å «booste» damene. De må stole på kroppen sin. Vi kan jo føde, nesten alle får det til. Og for de som ikke får det til, går det også fint med keisersnitt. Å trygge dem på at det går bra, det tenker jeg er det aller viktigste. Fødselen trenger ikke å gå knirkefritt, men de kan likevel få en god fødselsopplevelse med at de føler seg trygge og ivaretatt.

På veien mot en positiv fødsel fremhevet jordmødrene betydningen av at de gravide kommer inn til oppfølging hos jordmødrene i spesialisthelsetjenesten. Enkelte jordmødre erfarte at noen gravide likevel foretrekker oppfølging hos lokal jordmor i kommunen. Det kan være ulike grunner til det, som lang reisevei, dårlig kapasitet ved fødeavdeling eller etter kvinnens ønske.

Når jeg har forsøkt å henvise damene til samtalepoliklinikk, har jeg fått tilbakemelding om at de dessverre ikke har kapasitet til å ta imot dem. Andre ganger har kvinnene kanskje ikke hatt lyst til å dra på sykehuset for å snakke om fødselsangsten sin. Derfor har jeg fulgt dem opp her, og de har vært tilfredse med det.

6.3 Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen

Informantene beskrev at de bør være bevisst seg selv for å bedre ivareta gravide med fødselsangst. Jordmødrene erkjente at innsikten de oppnår gjennom kvinnenes fortellinger ga dem en unik forståelse av gravide med fødselsangst sine opplevelser, og hva som kan bidra til en positiv fødselsopplevelse. Dette innblikket har styrket jordmødrenes evne til selvrefleksjon og til å møte kvinnene på en støttende og trygg måte. Informantene fremhevet viktigheten av å være bevisst seg selv for å ivareta kvinner med fødselsangst. Jordmødrene relaterte det til livserfaring, og hva de har gjort med eget materiale i livet, inkludert bearbeiding av personlige

traumer og utfordringer. Dette mente de hadde betydning, for hvordan de var i rollen som jordmor i møte med kvinnen.

Jeg tror det er utrolig viktig at vi jordmødre jobber med oss selv, egne traumer og utfordringer, for å kunne møte mennesker som har opplevd vanskelige ting. For ellers blir vi trigget på et ubevisst plan. Da kan vi ikke gi så god omsorg. Hva overfører vi ubevisst hvis vi selv blir trigget?

Jordmødrene understreket viktigheten av å være bevisst egne følelsesmessige reaksjoner, for å kunne stå stødigere i seg selv og dermed tilby bedre støtte til kvinner med fødselsangst gjennom svangerskapet. Det ble beskrevet at samtalene med gravide med fødselsangst kan avdekke historier, som kan være utfordrende for jordmødrene å håndtere dersom de ikke er trygge nok i seg selv. Dette kan utløse følelser som sinne og oppgitthet hos jordmødrene. Et viktig aspekt av selvbevissthet, ifølge jordmødrene, er å engasjere seg i de gravides situasjoner uten å bli overveldet av egne følelser. Dette bidrar til at jordmødrene kan skille sine egne følelser fra kvinnen. Noen informanter fremhevet spesielt at det er viktig at jordmødrene ikke projiserer egne problemer eller smerter i møtet med den gravides lidelse.

Man kan bli berørt når kvinner forteller at de har vært utsatt for seksuelle overgrep fra tidlig alder. Forskjellige følelser kan dukke opp, som sinne og oppgitthet. Jeg lærte forskjellen mellom medlidelse og medfølelse. Å bli trist når kvinnen forteller, fordi man blir trigget av noe eget man har opplevd er det viktig å være bevisst på.

Det å være bevisst seg selv innebærer for jordmødrene å arbeide med hvordan de mottar og håndterer det de gravide med fødselsangst deler. Dette krever evne til å nullstille seg selv, være bevisst egne fordommer og unngå å dømme den gravide. Selv om noen historier kan virke mindre alvorlige, er det essensielt å opprettholde en nøytral holdning og vise omsorg uten å la egne forutinntatte meninger skinne gjennom. En informant beskrev bruk av meditasjon før samtaler med de gravide som en forberedelse mentalt. Arbeidet med fødselsangst kan være mentalt belastende, og selvbevissthet anses som nødvendig for egenomsorg i møtet med de gravide. Informantene vektla betydningen av å ha noen å diskutere utfordrende saker med, og fant samarbeid med andre jordmødre nyttig. Imidlertid var det noen av jordmødrene som uttrykte at de manglet noen å diskutere saker med.

Jeg søker veiledning og drøfter vanskelige saker når jeg har behov for det. Det er viktig med debriefing, men også veldig fint å utveksle erfaring med andre jordmødre, og få litt andre synspunkter. Jeg hadde mer behov for det tidligere enn jeg har nå etter å ha jobbet så mange år.

Bevissthet rundt egen maktposisjon, som innebærer autoritet og innflytelse i rollen som jordmor, er ifølge jordmødrene sentralt. Samtidig reflekterte de over hvordan denne posisjonen påvirker forholdet til de gravide med fødselsangst. Uniformens symbolikk og jordmødrenes posisjon kan skape en følelse av avstand:

Jeg synes det er viktig å være bevisst maktposisjonen man har som jordmor. Jeg føler at bare å ha den hvite uniformen på er en hindring. Derfor vil jeg egentlig ikke ha den på i samtaler med sårbare kvinner som har fødselsangst.

Utdanning er en måte å bli bevisst seg selv på. Noen av jordmødrene fremhevet at de, etter å ha tatt terapeutiske eller andre utdanninger innen psykisk helse, har blitt mer selvbevisst og føler seg bedre rustet til å møte og støtte gravide med fødselsangst. Videre belyste de et behov for mer kunnskap blant jordmødre om dette temaet, også å få det inkludert i jordmorutdanningen. Det ble samtidig understreket at det har blitt mer fokus på fødselsangst de siste årene, og at omsorgen for gravide med fødselsangst har blitt bedre.

Jeg opplevde i hvert fall at jeg klarte å romme den gravide mye mer etter å ha tatt en terapeutisk videreutdanning. Jeg lærte ikke noen metoder for hvordan jeg skulle møte den gravide, men jeg har lært å stå mer trygt og stødig i meg selv.

Kjennskap til egne grenser anses av jordmødrene som et viktig aspekt i å være bevisst seg selv. Jordmødrene understreket viktigheten av å vite når det er nødvendig å henvise eller involvere andre fagpersoner, spesielt ved alvorlige psykiske lidelser, ettersom de er jordmødre og ikke psykologer.

Hvis det er mer enn bare fødselsangst henviser jeg dem videre. Vi må anerkjenne at vi har begrenset kompetanse. Jeg er jordmor som kan gi hjelp med svangerskap, fødsel og barsel. Jeg er ikke psykolog. Ved alvorlige tilfeller av rus eller psykiske lidelser henter jeg inn forsterkede team, og henviser videre.

Jordmødrene fremhevet viktigheten av å være bevisst sin egen rolle i helse- og sykehussystemet, og ta ansvar for å bidra til en mer helhetlig og trygg fødselsomsorg. Noen jordmødre hevdet at dagens fragmenterte fødselsomsorgssystem bidrar til at noen kvinner utvikler fødselsangst. Denne fragmenteringen kan føre til manglende tilknytning og økt usikkerhet blant kvinner. Informantene understreket at jordmødre bør være bevisst seg selv og sin egen rolle, som inkluderer å støtte og fremme kvinnehelse. Jordmoryrket ble beskrevet som viktig og betydningsfullt:

Vi må stå ved siden av kvinner, og vi må fremme alt som har med kvinnehelse å gjøre. Hvis vi jordmødre ikke gjør det, hvem gjør det da? Jordmor er et utrolig viktig yrke. Det handler ikke bare om å forløse barn. Det er så mye mer!

7 Resultatdiskusjon

Dette kapittelet tar utgangspunkt i problemstillingen om hvordan jordmødre opplever å møte og støtte gravide kvinner med fødselsangst i svangerskapet. Videre drøftes resultatene opp mot relevant forskning og oppgavens teoretiske rammeverk.

7.1 Trygghet er en forutsetning for å skape en relasjon

Trygghet og forståelse identifiseres i vår studie som grunnleggende forutsetninger for å skape en relasjon, og jordmødrene anså det som sitt ansvar å bidra til at de gravide føler seg trygge og har tillit til dem under samtaler. Jordmødrene opplevde de gravide med fødselsangst som sårbare, og vektla behovet for at de skal opparbeide seg trygghet fram mot fødselen. En tidligere studie om jordmødres opplevelse av omsorg under svangerskapet viser også

relasjonens betydning i form av individualisert omsorg (Salomonsson et al., 2010), men tydeliggjør ikke aspekter av relasjonen slik vår studie gjør. I studier som undersøker kvinner med fødselsangst sine erfaringer, understøttes vårt funn om viktigheten av en trygg og tillitsfull relasjon med jordmor som sentralt (Hildingsson et al., 2019; Larsson et al., 2019; Wigert et al., 2020). Studier om jordmødres opplevelser i sammenheng med fødsel og fødselsangst viser også at en trygg relasjon er viktig for kvinner med fødselsangst under fødselen (Bjørseth et al., 2023; Tobiasson & Lyberg, 2019). Det som er unikt med vår studie er å undersøke jordmødres opplevelser utelukkende under svangerskapet, dette for å få en dypere forståelse av relasjonens betydning og dens innhold i forhold til svangerskap og fødselsangst. Betydningen av å skape en trygg relasjon støttes av teorien til Karlsdóttir og Halldórsdóttir (2022), som legger vekt på den mellommenneskelige kompetansen jordmor bør ha for at den gravide skal føle seg trygg og ivaretatt gjennom svangerskapet (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

I kvinnesentrert omsorg er også relasjonsskapende tiltak og tilstedeværelse sentralt (Ólafsdóttir et al., 2022). Dette sammenfaller med våre funn som viser betydningen av jordmødrenes tilstedeværelse og lytting for å bygge tillit hos gravide med fødselsangst gjennom svangerskapet. Studien av Tobiasson og Lyberg (2019) fant lignende resultater om jordmor i møte med kvinner med fødselsangst i fødsel, men også at kontinuitet er viktig for kvinner med fødselsangst (Tobiasson & Lyberg, 2019). Dette støttes av teorien til Karlsdóttir og Halldórsdóttir (2022) om profesjonell omsorg der jordmors tilstedeværelse skaper trygghet og sikkerhet slik at kvinnen kan stole på seg selv i forbindelse med fødsel (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Resultatet viser at et aspekt av en trygg relasjon er at jordmødrene nullstiller seg selv under samtaler med de gravide, noe som innebærer å ikke tolke eller fordømme det som blir fortalt. Denne tilnærmingen legger til rette for et trygt rom der de gravide kan uttrykke seg fritt og oppleve seg lyttet til og akseptert. Lignende resultat om å møte kvinner med fødselsangst under fødsel viser Bjørseth et al. (2023). I deres studie kobles fordommer til mangel på retningslinjer og til å behandle alle kvinnene likt (Bjørseth et al., 2023), noe som dog ikke ble funnet i vår studie. Å møte kvinner uten fordommer og skape et trygt rom støttes av

Karlsdóttir og Halldórsdóttir (2022), som fremhever betydningen av at jordmor skaper trygge og tillitsfulle relasjoner med den gravide (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Våre funn viser videre at jordmødrene skaper en trygg relasjon med den gravide ved å anerkjenne, forstå og ta den gravide på alvor. Dette gjør de i samtalen ved å direkte anerkjenne det den gravide forteller, men også ved å ta kvinnenes bekymringer på alvor ved å ha lav terskel for ultralyd dersom den gravide har bekymringer knyttet til barnet.

Jordmorteorien MiMo vektlegger jordmors bekreftelse av kvinnens deltakelse i prosessen rundt svangerskap og fødsel, som inkluderer både bekreftelse på kvinnens ønsker og behov (Ólafsdóttir et al., 2022). Resultatene fra en svensk studie indikerer at gravide kvinner med fødselsangst fant jordmors rådgivning positiv når de opplevde seg anerkjent. Disse kvinnene opplevde at deres bekymringer ble tatt på alvor, og at jordmoren lyttet og betraktet dem som individuelle personer (Larsson et al., 2019). Disse funnene støtter våre resultater. Studier basert på jordmødres perspektiver i forhold til fødsel bekrefter våre resultater, som viser at gravide opplever det som positivt å bli hørt, anerkjent og tatt på alvor av jordmoren. Dette kan være avgjørende for at den gravide med fødselsangst skal oppleve tillit (Bjørseth et al., 2023; Tobiasson & Lyberg, 2019). Dette gjenspeiler også resultatet fra Wigerts (2020) metasyntes om kvinners opplevelser av fødselsangst, som viser at en god relasjon mellom jordmor og den gravide kan bidra til økt selvfølelse hos de gravide, og at fødselsangsten til gravide kan avta når de blir hørt, bekreftet og respektert av jordmødrene sine. Derimot kunne de gravide som ikke opplevde å bli hørt og forstått, føle skam og skyld for sin fødselsangst (Wigert et al., 2020).

Videre viser resultatet vårt viktigheten av en samtale der jordmor lytter til den gravide med fødselsangst og deler sin kunnskap. Ifølge jordmødrene kan den kunnskap og erfaring jordmor har om svangerskap, fødsel og barsel bidra til å skape trygghet før en forestående fødsel for kvinnen. Dette bekreftes også av en studie som viser at jordmors kunnskap og erfaring ga tillit og gjorde jordmoren pålitelig for kvinnen (Larsson et al., 2019). I MiMo er betydningen av kunnskap et sentralt tema, der jordmor bruker ulik kunnskap i sin omsorg til gravide. I tillegg til den teoretiske, praktiske og intuitive kunnskap jordmor har, er kunnskapen om kvinnene, basert på kvinnenes egen kunnskap om seg selv, viktig for å skape trygghet i situasjonen (Ólafsdóttir et al., 2022). Jordmødrene i vår studie beskrev at gravide

med fødselsangst uttrykte takknemlighet for muligheten til å ha samtaler med jordmor. Til tross for verdien av å dele med venner og familie, så jordmødrene viktigheten med at de gravide fikk ha samtaler med en nøytral og profesjonell person. Lignende resultat kan sees i studien om fødselsangst i sammenheng med fødsel der resultatet viser at jordmødrene tilnærmet seg kvinnene på en nøytral og åpen måte (Bjørseth et al., 2023).

Å ha god tid i samtaler med gravide som har fødselsangst kan, ifølge våre resultater, fremme avslapning og åpenhet blant de gravide. Denne tilliten kan ytterligere forsterkes gjennom tilbud om flere samtaler, noe som bidrar til å styrke relasjonen. Ekstra tid og besøk er også noe som vises i studien av Salomonsson et al. (2010). Dette kan også sees i sammenheng med resultatene fra andre studier som viser at tid og kontinuitet med samme jordmor under fødsel har betydning for kvinner, med fødselsangst for å skape trygghet og tillit (Bjørseth et al., 2023; Hildingsson et al., 2019; Tobiasson & Lyberg, 2019). En annen norsk studie viser at en helhetlig svangerskaps- og fødeomsorg kan fremme den gravides trygghet og trivsel (Dahlberg & Aune, 2013). Dette understreker viktigheten av tid, kontinuitet og etablering av tillitsfulle relasjoner mellom jordmødre og gravide med fødselsangst.

Våre resultater viser at jordmødrene også involverer gravides partnere gjennom samtaler i svangerskapet. Jordmødrene formidler i samtalen den viktige støtterollen partneren har overfor den gravide, og viktigheten med forståelsen av at graviditet er et felles prosjekt. Partnerens viktige rolle bekreftes i studier som viser at mangel på støtte fra partneren kan forsterke fødselsangsten hos kvinnen (Slade et al., 2019; Størksen et al., 2015). Våre funn viste dog at noen partnere kan ha bekymringer knyttet til fødselen og at det kan oppleves følelsesmessig utfordrende å stå på sidelinjen. Derfor tilbyr jordmødrene samtaler for å informere, støtte og ivareta den gravides partner i svangerskapet. Dette er i tråd med funnene til Bjørseth et al. (2023) som viser at partner er viktig i møte med kvinner med fødselsangst under fødsel, og en metasyntese som viser positive effekter på fødselsangsten av en støttende jordmor sammen med en forståelsesfull partner (Wigert et al., 2020). Begge jordmorteoriene som er inkludert belyser viktigheten av å anerkjenne både den gravide og partnerens behov, og vektlegger å skape et gjensidig forhold preget av tilstedeværelse, respekt og deltakelse gjennom hele svangerskaps- og fødselsprosessen (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022; Ólafsdóttir et al., 2022)

7.2 Veien mot en positiv fødsel

Veien mot en positiv fødsel betyr at jordmødrene aktivt kartlegger årsaker til fødselsangst med den hensikt å hjelpe den individuelle kvinnen ut fra hennes situasjon. Dette understrekes av Striebich et al. (2018) og Larsson et al. (2019), som basert på kvinnes erfaringer, fremhever betydningen av at jordmor identifiserer fødselsangst i svangerskapet. En individuell tilnærming kan relateres til prinsippene for helhetlig og kvinnesentrert omsorg presentert i MiMo-modellen der kvinnes kunnskap og en gjensidig relasjon inngår (Ølafsdóttir et al., 2022). Gjennom grundig kartlegging får jordmor innsikt i kvinnens individuelle situasjon, noe som bygger på en gjensidig relasjon. Ifølge studien av Dencker et al. (2019) om kvinner og fødselsangst, er stress, angst og mangel på sosial støtte assosiert med fødselsangst gjennom graviditet. Dette understreker viktigheten av å identifisere og håndtere de underliggende årsakene til fødselsangst, da de kan ha betydelige konsekvenser for den gravides mentale og fysiske helse (Dencker et al., 2019).

Basert på observasjonene i vår studie ser vi at det for noen kvinner med fødselsangst er enklere å kartlegge årsaken til angsten enn hos andre. Dette bekreftes av Salomonsson et al. (2010), som viser at årsaken til fødselsangst i noen tilfeller kan være vanskelig å identifisere (Salomonsson et al., 2010). I sammenheng med kartleggingen av individuelle årsaker er det ifølge jordmødrene avgjørende at jordmor tilpasser oppfølgingen. Dette gjenspeiler jordmors kompetanse, forankret i sin rolle som profesjonell, hvor jordmor bruker ulike former for kunnskap for å ivareta kvinner med fødselsangst sine individuelle behov. Dette understrekes også i jordmor teoriene (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022; Ølafsdóttir et al., 2022). I tråd med prinsippene i teorien om den profesjonelle jordmor uttrykte jordmødrene i vår studie at graviditet og fødsel kan utløse ubearbejdede traumer hos kvinner.

I lys av vår forskning fremkommer det at det er viktig for jordmødrene å ta opp de vanskelige spørsmålene med kvinner som opplever fødselsangst, som for eksempel vanskelige spørsmål som partnervold. Dette er i tråd med prinsippene i den profesjonelle jordmor-teorien (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022), som vektlegger betydningen av profesjonalitet og omsorg i jordmor-kvinne-relasjonen. Jordmødrene viser profesjonalitet ved å adressere sensitive emner og samtidig respektere kvinnens integritet og følelsesmessige grenser, noe som kan tolkes i lys av den kvinnesentrerte omsorgsteorien (Ølafsdóttir et al., 2022). Samtidig er det

viktig å merke seg at noen jordmødre i vår studie fremhever behovet for å håndtere bakenforliggende årsaker til fødselsangst med forsiktighet, da fortrenge minner kan være retraumatiserende for den gravide. Dette reflekterer prinsippene om profesjonell visdom og respekt for kvinnens autonomi, som er sentrale i både den profesjonelle jordmor-teorien og den kvinnesentrerte omsorgsteorien (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022; Ólafsdóttir et al., 2022).

På veien mot en positiv fødsel viser våre funn at å identifisere denne angsten tidlig i svangerskapet er sentralt, der jordmødrene mente dette var viktig for å kunne gi nødvendig støtte og omsorg for å redusere bekymringene gjennom svangerskapet. Dette understrekes av forskning utført av Slade et al. (2019), som identifiserte ti sentrale elementer ved kvinners frykt for fødselen. Noen av disse elementene kan være frykt for det ukjente, tidlig identifisering, manglende evne til å planlegge for uforutsigbare hendelser under fødselen og frykt for manglende kontroll over beslutningsprosesser. Disse elementene ble samlet inn fra intervjuer med kvinner og støttet av erfaringer fra jordmødre som jobber med kvinner med slik angst, og belyser utfordringer knyttet til håndtering av fødselsangst, tidlig identifisering av fødselsangsten og utvikling av relevante tiltak som gir innsikt i hvordan helsepersonell bedre kan forstå og støtte kvinner i den sårbare situasjonen (Slade et al., 2019). Tidlig identifisering og individuell omsorg i svangerskapet støttes også av Salomonsson et al. (2010). Dette aspektet er i tråd med MiMo-teorien om kvinnesentrert omsorg, som understreker viktigheten av å være til stede for kvinnen og å tilpasse omsorgen etter kvinnens individuelle behov og forutsetninger (Ólafsdóttir et al., 2022). Ved å identifisere og møte kvinnen med fødselsangst tidlig i svangerskapet kan jordmor bidra til å etablere et godt forhold med kvinnen og gi henne støtte gjennom hele fødselsprosessen. I tråd med den profesjonelle jordmorteorien, som vektlegger jordmors rolle som omsorgsperson med fokus på å sikre at gravide kvinner føler seg ivaretatt gjennom hele fødselsprosessen (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022), viser dette behovet for tidlig identifisering og støtte av kvinner med fødselsangst for å oppfylle omsorgsidealene.

Videre viser vår forskning at det på veien til en positiv fødsel er avgjørende å bearbeide årsakene til fødselsangst hos kvinnene, med den hensikt å legge til rette for individuelle behov og forberede dem til fødsel. Dette resultatet bekreftes av Slade et al. (2019), Salomonsson et

al. (2010) og Striebich et al. (2018). Striebich et al. (2018) understreker også at passende verktøy bør brukes rutinemessig i svangerskapsomsorgen, der de kvinnene som ikke ønsker å fylle ut et spørreskjema, bør tilbys én-til-én samtale med jordmor (Striebich et al., 2018). Studien av Larsson et al. (2019) viser imidlertid at slike verktøy var mindre vanlig fra kvinnenes perspektiv, da jordmødrene vanligvis benytter sitt kliniske skjønn for å vurdere kvinnens fødselsangst, og deretter henviste kvinnene med behov på grunn av deres angst videre for veiledning (Larsson et al., 2019). Det er derimot ikke kjent om slike måleverktøy blir brukt av jordmødrene i vår studie for å identifisere angst hos kvinner i svangerskapet, noe som kan være aktuelt for videre forskning. Emosjonelle støtteprogrammer for gravide, som inkluderer forebygging av negative fødsels erfaringer gjennom en kombinasjon av vellykkede strategier; som kontinuerlig støtte, avspenning og smertelindring, fødselsomsorg med minimale intervensjoner og fødselsforberedelse, samt veiledning fra jordmødre, har vist seg å være effektive for å redusere fødselsangst i forbindelse med fødsel (Larsson et al., 2019; Taheri et al., 2018). Striebich et al. (2018) viser at psykoedukative én-til-én telefonsamtaler kunne redusere fødselsangst betydelig og øke mestringstroen hos førstegangsfødende så vel som hos flergangsfødende Disse funnene støttes av forskningen til Downe et al. (2018), som understreker betydningen av at kvinnene gjennom svangerskapet har et ønske om en trygg og positiv fødselsopplevelse, støttet av kompetent og omsorgsfullt personale. Samlet viser studiene at den emosjonelle støtten kunne gi økt selvtillit gjennom tilstrekkelig informasjon og støtte for å sikre en positiv fødselsopplevelse for gravide kvinner som opplever fødselsangst (Downe et al., 2018; Larsson et al., 2019; Slade et al., 2019; Striebich et al., 2018; Taheri et al., 2018). MiMo-modellen understreker betydningen av en helhetlig og kvinnesentrert tilnærming til omsorg, noe som kan gi gravide kvinner økt selvtillit og påvirke fødselsangsten positivt (Ølafsdóttir et al., 2022).

På veien mot en positiv fødselsopplevelse er valg av forløsningsmetode sentralt. Målet for jordmødrene er å tilstrebe en positiv fødsel ut fra den enkeltes situasjon, uavhengig av hvilken forløsningsmetode som blir resultatet. Jordmødrene uttrykte at det beste alternativet for gravide kvinner med fødselsangst er en vaginal fødsel. Samtidig la jordmødrene vekt på å tilby gravide kvinner en god fødselsopplevelse, noe som innebærer at keisersnitt kan være det beste alternativet for noen kvinner. Dette perspektivet understreker behovet for at jordmødrene gir grundig informasjon om både fordeler og risikoer ved keisersnitt, og nødvendig oppfølging

i svangerskapet. Studier av Wigert et al. (2020), Striebich et al, (2018), og Larsson et al. (2019) støtter også denne tilnærmingen og betydningen av kontinuerlig støtte fra jordmødrene for å påvirke positivt på veien mot fødsel. *Veilederen i fødselshjelp* (2020) understreker viktigheten av å vurdere individuelle behov og ønsker ved valg av forløsningsmetode, spesielt hos kvinner med fødselsangst. Veilederen anbefaler å tilby samtaler og informasjon, men også gi veiledning og støttesamtaler. Den sier også at kvinner med tidligere keisersnitt bør motiveres til vaginal fødsel, med en plan for fødselen. Dersom det skulle oppstå uenighet om forløsningsmetode, bør det tilbys en «second opinion» hos annet kvalifisert helsepersonell (MacSali et al., 2020). Et keisersnitt kan være livreddende for både mor og barn, samtidig er dette en stor operasjon som kan ha uheldige konsekvenser. Men det er bred faglig enighet om at andelen keisersnitt uten god medisinsk indikasjon skal være så lav som mulig (Helsedirektoratet, 2018). I forbindelse med valg av forløsningsmetode er informert valg noe som jordmødrene i vår studie tok opp. Videre viser våre resultater at det kan finnes et behov for mer opplæring blant jordmødre om hva samvalg og medbestemmelse innebærer. At informert valg kan være et utydelig begrep, bekreftes av en norsk studie som viser at kvinner brukte andre ord som å være involvert i stedet for informert valg (Bringedal & Aune, 2019). Betydningen av samvalg og medbestemmelse er i tråd med retningslinjene for yrkesetikk for jordmødre, som understreker betydningen av respekt for kvinners rett til informert valg, samarbeid og støtte til kvinnens autonomi i beslutningsprosessen om egen omsorg (Den norske jordmorforening, 2016). MiMo-modellen understreker viktigheten av å involvere kvinnene i beslutningsprosesser knyttet til fødselen og legger vekt på et gjensidig forhold mellom jordmor og kvinne, som er grunnleggende for samvalg og medbestemmelse (Òlafsdóttir et al., 2022). Teorien om den profesjonelle jordmor understreker jordmors rolle i å legge til rette for dette gjennom sin profesjonelle kompetanse og omsorg (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Våre funn indikerer også at fødselsplaner spiller en integrert og essensiell rolle i forberedelsene på veien mot en positiv fødsel. Dette bekreftes av Bjørseth et al. (2023) som viser at jordmødrene tilstrebet å oppfylle kravene i fødselsplanen i forbindelse med fødsel for å skape trygghet og tillit (Bjørseth et al., 2023). En oversiktstudie av Bell et al. (2022) viser at effekten av fødselsplaner generelt ga positive resultater, spesielt når samarbeid og god kommunikasjon var involvert. En fødselsplan kunne også forbedre tilfredstilelsen og øke

følelsen av kontroll hos kvinnen (Bell et al., 2022). Disse resultatene bekreftes i vår studie, der jordmødrene anså fødselsplaner som et verktøy for å sikre en positiv fødselsopplevelse, og er et verktøy i kommunikasjon og samarbeid med fødeavdelingen. Betydningen av kommunikasjon og samarbeid støttes også av Larsson et al. (2019) og Wigert et al. (2020). Videre viser studien vår at fødebrev, ifølge jordmødrene, er en effektiv måte for gravide å formidle frykt og bekymringer på, til personalet de møter i fødsel. Dette resultatet støttes av Taheri et al. (2018) som viser viktigheten av kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell og gravide for å tilpasse kvinnes ønsker og behov. Jordmødrene i vår studie understreket behovet for å informere kvinner med fødselsangst om at fødsler ikke alltid går som planlagt, og at ønskene i fødeplanen og/eller fødebrevet ikke alltid kan oppfylles. Dette er i tråd med Bell et al. (2022) som viser at fødselsplaner kunne hjelpe til med realistiske forventninger. Dette kan også relateres til jordmorteorien, hvor den profesjonelle jordmoren tar hensyn til den komplekse og uforutsigbare veien til fødsler og veileder den gravide kvinnen på vei mot en positiv fødselsopplevelse (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Innsiktene fra vår studie viser at jordmødrene anvender ulike teknikker for å støtte kvinner på veien mot fødselen. En av disse teknikkene er eksponering, der kvinnene får en omvisning på fødeavdelingen i løpet av svangerskapet for å møte personalet og bli kjent med omgivelsene før fødselen. Bruk av mestringsstrategier, som beskrevet av Wigert et al. (2020) og Larsson et al. (2019), bekrefter betydningen av å gi kvinner verktøy og støtte for å håndtere fødselsrelatert frykt. For å hjelpe de gravide med fødselsangst med å håndtere angsten, fremhever jordmødrene i vår studie at pusteteknikker, avslapningsøvelser og kroppsanalyse kan være verktøy for å dempe angsten og forberede på fødselssmerter. Disse teknikkene, inkludert pusteteknikker og avspenningsteknikker for å lindre frykten, og metoder for å håndtere negative tanker og bekymringer, er også nevnt av Wigert et al. (2020) og Larsson et al. (2019). Wigert et al., (2020) beskriver at jordmødrene kan lære de gravide å jobbe med kroppen i stedet for imot den, mens Larsson et al., (2019) vektlegger betydningen av at jordmødrene lærte kvinnene å håndtere frykten ved å visualisere positive scenarier. Gjennom veiledning fra jordmødre og bruk av disse verktøyene kan kvinnene føle seg mer forberedt og trygge når fødselen nærmer seg (Larsson et al., 2019; Wigert et al., 2020). Kroppsanalyse som ble beskrevet av jordmødrene i vår studie som et verktøy, er det dog ikke funnet studier om.

Motivasjon er en viktig dimensjon på veien mot en positiv fødsel, der jordmødrene la vekt på å motivere gravide med fødselsangst til å velge en vaginal fødsel. *Veileder i fødselshjelp* (2020) beskriver at kvinner med tidligere keisersnitt bør motiveres til vaginal fødsel (Macsali et al., 2020). Resultatene våre indikerer at jordmødrene har erfart at gravide kvinner med fødselsangst, til tross for angsten, har valgt å føde vaginalt. Jordmødrene jobber for å styrke kvinnens tillit til egen kropp og fødekraft, og prøver å styrke kvinnens selvtillit til å føde vaginalt. For når kvinnene med fødselsangst føler seg ivaretatt, er de ifølge jordmødrene bedre rustet til å håndtere angsten og stole på kroppens evner, noe som er viktig under fødselen. Dette reflekterer MiMo-modellens prinsipp om å etablere et gjensidig forhold mellom jordmor og kvinnen, der jordmor bekrefter kvinnens følelser og tilbyr informasjon og støtte som styrker kvinnens tillit til sin egen kropp og fødekraft (Ølafsdóttir et al., 2022). Dette støtter også av den profesjonelle jordmorteorien, der jordmor gir omsorg preget av respekt, bekreftelse og tilgjengelighet, der jordmor er tilgjengelig for å møte kvinnes behov og støtte henne gjennom svangerskapet og fødselsprosessen (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Bjørseth et al. (2023) ser også dette slik ved å fremheve jordmødrenes rolle i å styrke kvinners evne til å mestre fødselen og øke deres selvtillit, samt normalisere fødselsprosessen (Bjørseth et al., 2023).

7.3 Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen

Et sentralt funn i studien vår understreker betydningen av jordmors selvbevissthet for å ivareta kvinner med fødselsangst. Dette innebærer å reflektere over egne livserfaringer, traumer og utfordringer, og hvordan dette kunne påvirke tilnærmingen og jordmors omsorg. Å være bevisst seg selv kan relateres til jordmorteorien av Karlsdóttir og Halldórsdóttir (2022) der jordmors visdom i sitt arbeid, balansert mellom profesjonalitet og behovet for økt kompetanse og erfaringer, betyr at jordmor samtidig er bevisst seg selv (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Derimot er ikke bevisst seg selv i MiMo-modellen (Ølafsdóttir et al., 2022). Våre funn i de andre kategoriene i denne studien, angående etablering av trygg relasjon og støtte til kvinner i veien mot en positiv fødsel, kan begge knyttes til sentrale aspekter av teoretiske jordmorteorier som kvinnesentrering og relasjonen mellom jordmor og kvinnen (Eri et al., 2020). Derimot er ikke jordmors rolle og posisjon like tydelige i disse teoriene. Derfor er det behov for ytterligere forskning om å bli bevisst seg selv som jordmor.

Videre viser våre funn at jordmødrene opplevde at de oppnådde større trygghet i seg selv, ved å være bevisst seg selv, og fremhevet at det bidro til at de følte seg bedre rustet til å gi støtte og veiledning til kvinner med fødselsangst. Sist et al. (2022) har funnet lignende resultater i en oversiktsstudie om egenomsorg for helsepersonell. Det å ta vare på seg selv og være bevisst egne reaksjoner ble identifisert som avgjørende faktorer for å gi optimal omsorg (Sist et al., 2022). Dette støttes av teorien om den profesjonelle jordmors utvikling, som fremhever betydningen av at jordmødre tar vare på seg selv for å fremme både personlig og faglig utvikling. Denne teorien understreker at omsorg for eget velvære er essensielt for å oppnå en best mulig balanse mellom yrkeslivet og personlige behov, og at dette igjen bidrar til å styrke jordmødrenes profesjonelle kompetanse og evne til å gi optimal omsorg (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Jordmødrene i vår studie knyttet selvbevissthet til evnen å møte og romme det den gravide med fødselsangst uttrykker. De forklarte at samtalene noen ganger avdekker vanskelige historier, mens det derimot andre ganger kan virke som bagateller. Resultatene viser viktigheten av at jordmor er bevisst sine egne holdninger og fordommer, samt evnen til å nullstille seg selv i møte med gravide med fødselsangst. Dette bekreftes av en norsk studie om å møte kvinner med fødselsangst under fødsel, som viser at selvinnsikt utviklet gjennom arbeidserfaring var viktig for at jordmødrene skulle kunne møte kvinner med fødselsangst uten fordommer (Bjørseth et al., 2023). Dette samsvarer med teorien til Karlsdóttir og Halldórsdóttir (2022), der jordmors omsorg skal være preget av respekt og empati og fordomsfrihet. Teorien understreker også viktigheten av at jordmor er bevisst og benytter ulike strategier for å håndtere stress og belastninger for å forebygge utbrenthet og for å dra nytte av tilgjengelig støtte (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Dette kan relateres våre funn, der jordmor bruker meditasjon for å forberede seg selv til å ta imot og romme det den gravide forteller. En oversiktsstudie av egenomsorg viser at mindfulness kunne være et redskap for å styrke selvbevisstheten og egenomsorg hos jordmødre (Sist et al., 2022). Videre bekrefter våre funn at jordmødrene ivaretar seg selv i møte med gravide med fødselsangst, da det kan være mentalt krevende å jobbe med fødselsangst. Dette støttes av Salomonsson et al (2010) som beskriver arbeidet med fødselsangst som følelsesmessig utmattende. En annen studie viser også at å arbeide tett med mennesker som har opplevd traumer og å møte deres lidelse kan være mentalt utmattende for jordmødre (Sist et al., 2022). Compassion fatigue

(omsorgstretthet) er en tilstand som reduserer evnen til medfølelse, noe som kan oppstå som en kombinasjon av sekundær traumatisk stress og utbrenthet på grunn av kravene knyttet til omsorg for traumatiserte mennesker (Sist et al., 2022). Våre resultater viser at jordmødrene ivaretok seg selv ved å ikke bli for sterkt følelsesmessig involvert i de gravide med fødselsangst, og at jordmødrene beskrev at de skal skille sine egne følelser fra kvinnens. Dette understøttes av teorien om den profesjonelle jordmoren hvor mellommenneskelig kompetanse i omsorgen til den gravide blir viktig, samtidig som jordmoren må bruke sin profesjonelle visdom og utvikling på å være selvbevissthet og ivareta seg selv for å kunne gi god og individuell omsorg til kvinnen (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). For at jordmødre skal ivareta seg selv, fremhever våre funn betydningen av samarbeid med andre jordmødre som nyttig. Dette samarbeidet gir jordmødrene mulighet til å dele tanker og drøfte utfordrende saker med andre fagpersoner. Til tross for dette var det noen av jordmødrene som uttrykte at de savnet noen å drøfte saker med.

Det å være bevisst sin egen maktposisjon som jordmor er et funn i vår studie. Gjennom forskningen ble det avdekket at bevissthet rundt egen autoritet og innflytelse som jordmor er essensielt, samt å være oppmerksom på hvordan denne posisjonen kan påvirke kommunikasjonen og samspillet med gravide kvinner med fødselsangst. En finsk studie om makt og jordmødre understreker at det er viktig for jordmødre å forstå begrepet makt og hvordan den påvirker deres omsorgspraksis. Det kan være utfordrende for jordmor å vite hvor mye informasjon kvinner trenger for å kunne ta informerte valg, spesielt når det gjelder områder med personlige preferanser og ulike faglige synspunkter (Sinivaara et al., 2004). Ifølge teorien av Karlsdóttir og Halldórsdóttir (2022) er empowerment et sentralt mål for omsorg, noe som også knyttes til en positiv forløsningsopplevelse. Å utøve makt over en annen person er dog motsatsen til empowerment.

Funnene i studien til Sist et al. (2022) understreker viktigheten av å forbedre kunnskapen om egenomsorg og selvbevissthet blant helsepersonell, og at integrering av dette i utdanningene er ideelt (Sist et al., 2022). Dette samsvarer med våre funn der jordmødrene understreket betydningen av utdanning som en måte å øke sin egen selvbevissthet på. Jordmødrene fremhevet at de har blitt mer oppmerksomme på seg selv etter å ha gjennomført terapeutiske eller andre utdanninger innen psykisk helse, og de knyttet dette til sin evne til å gi bedre støtte

til gravide kvinner med fødselsangst. En annen studie antyder at jordmødrenes kvalifikasjoner, i å støtte kvinner med fødselsangst, kunne forbedres (Striebich et al., 2018). Dette stemmer overens med funnene fra en studie der erfarne jordmødre fra et spesialisert team for fødselsangst mente at spesialiserte jordmødre burde håndtere kvinner med fødselsangst. Videre i studien ble det fremhevet at integrering av psykologiske aspekter i jordmorutdanningen og videreutdanninger kunne være en måte å øke kompetansen til jordmødrene på (Salomonsson et al., 2011). Ifølge teorien om den profesjonelle jordmor, søker jordmor kontinuerlig å forbedre både sin personlige og faglige utvikling i arbeidet sitt. Dette innebærer at jordmor er oppmerksom på å lære gjennom hele sin karriere og bruker refleksjon for å vurdere og forbedre sin omsorg for gravide kvinner (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022).

Karlsdóttir og Halldórsdóttirs (2022) teori vektlegger betydningen av at jordmor er bevisst sin egen profesjonsideologi, samtidig som ideologien til andre yrkesgrupper verdsettes. Det er også viktig at jordmor kan dra nytte av kompetansen og kunnskapen til disse gruppene. Ifølge teorien betraktes jordmors evne til å søke hjelp når det er nødvendig som profesjonelt (Karlsdóttir & Halldórsdóttir, 2022). Dette kan sees i sammenheng med våre funn der jordmødrene understreket betydningen av å kjenne sine egne grenser. Dersom det oppstår temaer eller situasjoner hvor de mangler kompetanse, påpekte informantene viktigheten av å involvere eller henvise videre til annet kvalifisert helsepersonell. Å erkjenne behovet for hjelp er en profesjonell tilnærming, og støttes av studien til Bjørseth et al. (2023).

Resultatene i vår studie fremhever betydningen av at jordmødrene er bevisste sin rolle innen helse- og sykehussystemet, og må ta ansvar for en mer helhetlig fødselsomsorg. Informantene understreket viktigheten av å være bevisst sin rolle i å fremme kvinnehelse og helhetlig omsorg, og jordmorrollen ble beskrevet som betydningsfull og at den handler om så mye mer enn å forløse barn. I tilknytning til dette understreker MiMo-teorien en helhetlig og kvinnesentret tilnærming til omsorg. Dette betyr at jordmødre er til stede for kvinnene gjennom hele svangerskapet, og gir emosjonell støtte med fokus på kvinnenes opplevelser og behov. Dette er avgjørende for å sikre en omsorgsfull tilnærming som tar hensyn til kvinnenes individuelle behov og opplevelser gjennom hele graviditeten (Ølafsdóttir et al., 2022).

8 Konklusjon

Hensikten med denne masteroppgaven var å få dypere kunnskap og større forståelse for hvordan jordmødre opplever å møte og støtte gravide med fødselsangst gjennom svangerskapet. Studien utforsker jordmødrenes perspektiver og egne erfaringer knyttet til dette temaet og presenterer resultatene gjennom tre hovedkategorier: «*Trygghet er en forutsetning for å skape relasjon*», «*Veien mot en positiv fødsel*» og «*Bevisst seg selv for å ivareta kvinnen*».

Vår studie viser at trygghet er en forutsetning for en relasjon mellom jordmødrene og gravide kvinner med fødselsangst gjennom svangerskapet. Dette oppnås gjennom jordmødrenes tilstedeværelse, lytting og anerkjennelse av kvinnenes opplevelser. At jordmødrene viser forståelse og tar kvinnenes bekymringer på alvor er, ifølge studien, essensielt for å skape en trygg relasjon. Videre blir jordmødrenes kunnskap og erfaring, samt inkludering av partner, beskrevet som viktige aspekter for å oppnå mest mulig trygghet for den gravide med fødselsangst gjennom svangerskapet.

På veien mot en positiv fødsel vektlegger jordmødrene kartlegging av årsaker, bearbeiding av traumatiske hendelser og individuelle behov. I forberedelsene til fødsel utarbeides fødeplaner og kvinnene blir oppfordret til å skrive fødebrev. Jordmødrene bruker ulike verktøy som eksponering, pusteteknikker og avspenning for å hjelpe kvinnene å håndtere angsten. Informasjon om fødselsalternativer, medbestemmelse og samvalg er nødvendig, samt samarbeid med andre omsorgsgivere. Vaginal fødsel blir sett på som det beste alternativet for de fleste, og jordmødrene motiverer derfor kvinnene til vaginal fødsel med å normalisere fødselsprosessene, styrke kvinnenes selvtillit og tillit til egen fødekraft. For å få en positiv fødselsopplevelse er keisersnitt det beste alternativet i noen situasjoner.

Videre viser våre funn betydningen av jordmødrenes selvbevissthet for å ivareta kvinnene. Dette innebærer at jordmødrene tilstreber mot å bli bevisst seg selv og utøve selvutvikling for å kunne gi god omsorg til kvinner med fødselsangst i svangerskapet. Studien fremhever behovet for økt kunnskap og fokus på dette temaet blant jordmødre og i jordmorutdanningen.

9 Implikasjon for praksis og videre forskning

Denne studien bidrar til dypere forståelse av trygghet som en forutsetning for å skape en relasjon, slik at jordmødrene kan møte og støtte kvinner med fødselsangst i svangerskapet. Jordmødrene erfarte at deres oppfølging av kvinner med fødselsangst gjennom svangerskapet kunne bidra til en positiv fødselsopplevelse, noe som kan forebygge fødselsangst ved neste svangerskap. Vaginal fødsel blir sett på som beste forløsningsmetode, der jordmødrene motiverer kvinnene gjennom å styrke deres selvtillit og tillit til egen fødekraft. Keisersnitt kan imidlertid være det beste alternativet i noen tilfeller. Studien bidrar videre til en omfattende innsikt i betydningen av jordmødrenes selvbevissthet og indre arbeid i møte med kvinner med fødselsangst. Jordmødre i praksis kan dra nytte av informantenes erfaringer, ved å reflektere over deres egen praksis med å møte og støtte gravide med fødselsangst i svangerskapet, samtidig som de vurderer hvordan deres egen selvbevissthet påvirker omsorgen de gir. Studien finner behov for mer forskning for å kunne utvikle jordmors møte med disse kvinnene og sin egen rolle. Studien sier ikke noe om hva kvinnene med fødselsangst opplever i møte med jordmor under svangerskapet, noe som også er viktig for å kunne utvikle praksisen. I denne studien er det heller ikke kjent om det blir brukt måleverktøy for å identifisere angst hos gravide kvinner med fødselsangst i svangerskapet, dette kan derfor være aktuelt for videre forskning.

Referanseliste

- Bell, C. H., Muggleton, S., & Davis, D. L. (2022). Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery*, *111*, 103388-103388. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388>
- Bjørseth, H., Vinnes Kvarme, C., & Lundgren, I. (2023). Norwegian midwives' experiences of encounter and support women with fear of childbirth during birth. *Sex Reprod Healthc*, *37*, 100881-100881. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100881>
- Bringedal, H., & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, *77*, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Dahlberg, U., & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, *29*(4), 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Den norske jordmorforening. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre*. <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- 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 Birth*, *32*(2), 99-111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.004>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*, *13*(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Eri, T. S., Berg, M., Dahl, B., Gottfreðsdóttir, H., Sommerseth, E., & Prinds, C. (2020). Models for midwifery care: A mapping review. *Eur J Midwifery*, *4*(July), 30-30. <https://doi.org/10.18332/ejm/124110>
- Halvorsen, L., & Nerum, H. (2013). *Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel - med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep* [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Tromsø].
- Helsedirektoratet. (2018, 15.02.2024). *Fødsel-keisersnitt (nettdokument)*. Helsedirektoratet. Retrieved 03.03.2024 from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/fodsel-og-abort/keisersnitt>
- 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 Birth*, *33*(1), 97-104. <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. *Sex Reprod Healthc*, *21*, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
- Karlsdóttir, S. I., & Halldórsdóttir, S. (2022). A theory of professionalism in midwifery for the empowerment of childbearing women. In I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfreðsdóttir, A. Wikberg, & E. A. E. Nøhr (Eds.), *Theories and perspectives for midwifery- a nordic view* (pp. 233-242). Studentlitteratur.
- Larsen, M., Dahlø, R., Syse, J., & Løvvik, T. S. (2017). Årsaker til selvvalgt keisersnitt. *Sykepleien*(Pub: 05.05.2017). <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/03/arsaker-til-selvvalgt-keisersnitt>

- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women Birth*, 32(1), e88-e94. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 94(6), 629-636. <https://doi.org/10.1111/aogs.12634>
- Larsson, B. P.-s., Karlström, A. S. L., Rubertsson, C. A. P., & Hildingsson, I. P. (2016). Counseling for childbirth fear – a national survey. *Sex Reprod Healthc*, 8, 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.02.008>
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG*, 115(3), 354-360. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x>
- MacSali, F., Laine, K., Suguelle, M., Strøm-Roum, E., & Fagerli, H. (2020, 04. 2023). *Keisersnitt*. Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp. Retrieved 17.02.2020 from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/keisersnitt/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlag.
- Möller, L. (2019). *Health, Obstetric Outcomes and Reproduction in Women with Vulvar Pain or Primary Fear of Childbirth* [Doktorgradsavhandling, Linköpings Universitet]. Sverige.
- 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 Childbirth*, 18(1), 28-28. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1659-7>
- O'Connell, M. A., Leahy - Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta - analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96(8), 907-920. <https://doi.org/10.1111/aogs.13138>
- Òlafsdóttir, Ò. À., Berg, M., & Lundgren, I. (2022). A midwifery model of woman-centred care (MiMo) developed in a nordic context. In I. Lundgren, E. Blix, H. Gottfredsdóttir, A. Wikberg, & E. A. E. Nøhr (Eds.), *Theories and perspectives for midwifery-a nordic view* (pp. 219-231). Studentlitteratur.
- Oslo universitetssykehus, HF. (u.å., 21.09.2022). *Fødselsangst (Internett)*. Oslo: Helsedirektoratet,. Retrieved 02.02.2024 from <https://www.helsenorge.no/nn/fodsel/fodselsangst/>
- Salomonsson, B., Alehagen, S., & Wijma, K. (2011). Swedish midwives' views on severe fear of childbirth. *Sex Reprod Healthc*, 2(4), 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.07.002>
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, 26(3), 327-337. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.07.003>
- Schroll, A.-M., Tabor, A., & Kjaergaard, H. (2011). Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 32(1), 19-26. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.547965>

- Sheen, K., & Slade, P. (2018). Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta - synthesis. *J Clin Nurs*, 27(13-14), 2523-2535.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14219>
- SIKT. (u.å). *Meldeskjema for personopplysning i forskning*. SIKT Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Retrieved 03.03. from
<https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger>
- Sinivaara, M., Suominen, T., Routasalo, P., & Hupli, M. (2004). How delivery ward staff exercise power over women in communication. *J Adv Nurs*, 46(1), 33-41.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02963.x>
- Sist, L., Savadori, S., Grandi, A., Martoni, M., Baiocchi, E., Lombardo, C., & Colombo, L. (2022). Self-Care for Nurses and Midwives: Findings from a Scoping Review. *Healthcare (Basel)*, 10(12), 2473. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122473>
- 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 Childbirth*, 19(1), 96-96. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>
- Steen, T., Eberhard-Gran, M., Nordeng, H., & Lyng, S. (2020, 17.02.2020). *Mental helse i svangerskapet*. Norsk gynekologisk forening Veileder i fødselshjelp. Retrieved 17.02.2020 from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/mental-helse-i-svangerskapet/>
- Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, 61, 97-115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>
- Størksen, H. T., Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S., & Eberhard-Gran, M. (2015). Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study.
<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4>
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N., & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health*, 15(1), 73-73.
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>
- Tobiasson, M., & Lyberg, A. (2019). Fear of childbirth from the perspective of midwives working in hospitals in Norway: A qualitative study. *Nurs Open*, 6(3), 1180-1188.
<https://doi.org/10.1002/nop2.304>
- UiT. (u.å). *Nettskjema**. UiT Norges arktiske univeristet. Retrieved 03.03. from
https://uit.no/om/orakelet/frag?p_document_id=516231
- UiT. (u.å.-a). *Forskningsetikk*. UiT Norges arktiske universitet. Retrieved 09.03.2024 from
<https://uit.no/forskning/etikk>
- UiT. (u.å.-b, 14.12.2023). *Sikker lagring, innsamling og bearbeiding*. UiT Norges arktiske universitet.
- UiT. (u.å.-c). *Sikkerhet, beredskap og personvern ved UiT*. UiT Norges arktiske universitet.
- 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. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1), 1704484-1704484.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Hva er viktig for deg som jordmor når du møter kvinner med fødselsangst i svangerskapet?

Kan du fortelle litt om samtalene du har med gravide med fødselsangst? Hvordan støtter du kvinner med fødselsangst?

Hvordan opplever du samarbeidet med kvinner med fødselsangst i svangerskapet?

Har det vært noen utfordringer knyttet til arbeidet med kvinner med fødselsangst? Har du noen eksempler?

Hva tenker du omkring fødselsangst og forløsningsmetode?

Hvordan samarbeider du med andre helsepersonell for å gi en helhetlig tilnærming til omsorg for kvinner med fødselsangst?

Har du noen andre erfaringer eller tanker rundt fødselsangst i svangerskapet du vil dele med oss?

Vedlegg 2 – Informasjonskriv og samtykkeskjema



UiT Norges arktiske universitet

Jordmødres opplevelser av fødselsangst i svangerskapet

Kunne du tenke deg å delta i vårt forskningsprosjekt?

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for dette forskningsprosjektet og hva prosjektet innebærer for deg.

Formål og problemstilling

Vi er to jordmorstudenter ved UiT Norges arktiske universitet, og i forbindelse med vår utdanning arbeider vi med å skrive en masteroppgave innenfor jordmorfaget. Dette prosjektet er selvstendig veiledet og har forskning- og fagutvikling som hovedfokus.

Hensikten med prosjektet er å oppnå en dypere forståelse av hvordan jordmødre innenfor svangerskapsomsorgen kan gi støtte til gravide kvinner som opplever fødselsangst.

Vi ønsker å utforske dette temaet gjennom jordmødrenes egne beskrivelser og erfaringer, med det mål å få innsikt i hvordan jordmødrene opplever sitt arbeid med denne gruppen gravide. Målet med studien er å bidra til økt kunnskap innen dette viktige området, med det formål å forbedre den støtten og omsorgen som jordmødrene kan tilby gravide kvinner som opplever fødselsangst.

Vår problemstilling: Hvordan opplever jordmor å møte og støtte kvinner med fødselsangst i svangerskapet?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

I dette forskningsprosjektet er de ansvarlige for prosjektet; UiT Norges arktiske universitet, med professor Ingela Lundgren som veileder, og jordmorstudentene Henriette Pettersen og Vibeke Hansen som skal utføre studien.

Hvorfor er du inkludert i studien?

Vi setter stor pris på muligheten til å invitere deg som jordmor til å delta i vår studie. Vi har til hensikt å gjennomføre et intervju med deg, der vi vil stille relevante spørsmål knyttet til din arbeidserfaring. For å kunne delta, har vi satt opp noen inklusjonskriterier: Du må ha minst to års erfaring i svangerskapsomsorgen eller gynekologisk poliklinikk, og du må ha arbeidet med gravide kvinner som opplever frykt for fødselen. Din avdelingsleder har godkjent at vi kunne kontakte deg for å høre om du kunne tenke deg å delta i studien.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Intervjuet vil bli gjennomført ansikt til ansikt, med mindre det er mer hensiktsmessig å gjennomføre det via en digital plattform. Dette kan vi bli enige om.

For å sikre at intervjuet gir mest mulig verdifull informasjon, har vi utarbeidet en intervjuguide med åpne spørsmål. Vi oppfordrer deg til å besvare disse spørsmålene så utfyllende som mulig med dine egne tanker og erfaringer. Spørsmålene vil dreie seg om din daglige arbeidshverdag når du møter kvinner som opplever frykt for fødselen.

Under selve intervjuet vil en av oss utføre intervjuet, mens den andre vil være mer tilbaketrasket og ta ansvar for lydopptaket, observere forløpet av intervjuet og ta nødvendige notater. Intervjuet vil vare i ca. 45- 60 minutter.

Din deltakelse er frivillig

Du kan når som helst velge å trekke din deltakelse i dette forskningsprosjektet, og du trenger ikke å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å trekke deg.

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.

Vi benytter diktafon-app der alt av innsamlet datamateriale har sikker lagring på Nettskjema.no. Vi har utarbeidet en datahåndteringsplan der vi sikrer riktig behandling og oppbevaring av lydopptakene og datamaterialet. Det vil kun være vi to studentene som skal behandle all informasjon konfidensielt med gjennomgang av opptak, som også skal transkriberes om til en anonymisert tekst med fiktive koder. Veileder fra UIT kommer til å ha nødvendig tilgang til det transkriberte materialet for å kunne følge oss opp i prosessen.

Hva skjer med personopplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Personopplysningene vil lettes når prosjektet avsluttes, våren 2024.

Teksten skal skrives på bokmål uten bruk av dialektuttrykk for å sikre at din identitet ikke kan gjenkjenne i etterkant, og dermed beskytte ditt personvern. Navn og kontaktopplysninger vil bli erstattet med et unikt nummer som vil bli lagret på en egen separat liste, adskilt fra en annen tekst i materialet. Resultatene av studien vil bli analysert, tolket og presentert gjennom vår masteroppgave, som vi vil presentere i forbindelse med vår praksisplass. Og som deltaker i studien vil også du få tilgang til studiens resultater dersom du ønsker dette.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse, men du har anledning til å trekke deg dersom du ikke ønsker å bli inkludert i prosjektet. På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandørs personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Professor Ingela Lundgren, ved UiT Norges arktiske universitet telefon: +46768672657, E-post: ingela.m.lundgren@uit.no
- Jordmorstudent Henriette Pettersen, telefon: +47 46807857, E-post: hpe072@uit.no
- Jordmorstudent Vibeke Hansen, telefon: +47 95852803, E-post: vha015@uit.no

Personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet; Annikken Steinbakk. E-post: personvernombud@uit.no Telefon: 77 64 69 52.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen av prosjektet som er gjort av Sikts personverntjenester, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no eller på telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Ingela Lundgren

Henriette Pettersen og Vibeke Hansen

(Forsker/veileder)

(Jordmorstudenter)

Samtykkeerklæring

Ditt samtykke skal gis skriftlig og muntlig ved lydopptak i Nettskjemas diktafon-app med:

Jeg, ditt navn, har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet: Hvordan opplever jordmor å møte og støtte kvinner med fødselsangst i svangerskapet?

Jeg har mottatt og forstått informasjon og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju

Jeg samtykker til at det gjøres lydopptak under intervjuene, og at mine opplysninger behandles og lagres frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 – Datahåndteringsplan

Norske jordmødres erfaringer med å møte og støtte gravide kvinner med frykt for fødsel i svangerskapet?

Målet med vår studie er å oppnå en dypere forståelse av hvordan jordmødrene møter og støtter gravide kvinner som opplever frykt for fødsel i svangerskapet. Gjennom å utforske jordmødrenes egne beskrivelser og erfaringer kan vi få bedre innsikt i hvordan jordmødre opplever å møte gravide med frykt for fødsel i svangerskapet, og hvordan de støtter kvinner i å håndtere denne frykten for å oppnå tilstrekkelig styrke til å føde vaginalt. Vår problemstilling blir derfor: «Hvordan jordmor møter og støtter gravide kvinner med frykt for fødsel i svangerskapet?»

Fagfelt

Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon

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

Prosjektvarighet

11.09.2023 - 12.03.2024

Formell

Vår problemstilling er: "Hvordan jordmor møter og støtter gravide kvinner med frykt for fødsel i svangerskapet?" For å besvare problemstillingen har vi tre forskningsspørsmål: 1. Hva tenker jordmor om frykt for fødsel i svangerskapet? 2. Hvordan ser jordmor på hennes rolle i møte med gravide kvinner som har frykt for fødsel? 3. Hvordan støtter jordmor gravide kvinner som har frykt for fødsel? Studien skal bruke kvalitativ metode.

Datainnsamlingsmetode vil bli semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer av jordmødre. Vi har utarbeidet en intervjuguide som skal sikre at vi holder oss innenfor de rammer vi har satt

for intervjuene, samtidig som den skal gi rom for fleksibilitet og dybde i utforskningen av jordmødrenes opplevelse og praksis. I dette prosjektet har vi estimert et utvalgt på 8-10 informanter for å få frem variasjon og ulike perspektiver for å besvare problemstillingen vår. Informantene velges ut fra inklusjonskriterier.

Nytteverdi

Jordmorstudenter og jordmødre (eller andre yrkesgrupper; sykepleiere, leger, psykologer) som jobber med gravide kvinner med frykt for fødsel

Finansiering

Egen institusjon Søke om økonomisk støtte på kr. 4000 til reise og opphold for å foreta datainnsamling

Etiske retningslinjer

- Generelle forskningsetiske retningslinjer
- Helsinkideklarasjonen
- Vancouveranbefalingene
- Helseforskningsloven

Intervjuer av jordmødre i Nord-Norge

Beskrivelse

Datainnsamling for gjennomføring er semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer av jordmødre. Intervjuene lagres sikkert som lydfil, og transkriberes til tekst.

Data-type

Lyd, Tekst

Språk

Norsk bokmål

Nøkkelord

Frykt for fødsel, Fødselsangst, svangerskap, jordmor/jordmødre

Data om personer

Ja

Er det noen andre grunner til at du trenger ekstra beskyttelse?

Nei

Kategorier av personopplysninger

Anonym

Utvalgets størrelse

10

Konfidensialitetsklassifisering

Intern/Turnuskandidat

Kommentar

Studien anvender en kvalitativ metode. Datainnsamling for gjennomføring er semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer av jordmødre. Vi utarbeider en intervjuguide som veiledning intervjuene, men også for å sikre at vi holder oss innenfor de rammer vi har satt for intervjuene, samtidig som den skal gi rom for fleksibilitet og dybde i utforskningen av jordmødrenes opplevelse og praksis. Vi har ikke på forhånd bestemt hvor mange informanter vi skal ha, da det er informasjonsstyrken i hvert intervju som bestemmer når nye informanter ikke tilfører betydelig ny informasjon, at vi når et møtepunkt. Men vi har i dette prosjektet estimert et utvalgt på 8-10 informanter for å få frem variasjon og ulike perspektiver for å besvare problemstillingen. Informantene velges ut fra følgende inklusjonskriter: Jordmødre i svangerskapsomsorgen eller gynekologisk poliklinikk som har jobbet med gravide i minst år. De må ha erfaring med å møte gravide kvinner som opplever frykt for fødsel. Intervjuguiden blir testet i en pilotstudie der vi intervjuer to aktuelle kandidater. Lydopptakene som blir gjort

under intervjuene vil være selve datamaterialet. Og datainnsamlingen vil utføres ved å benytte Nettskjemas diktafon-app etter UiT sin anbefaling, hvor lydopptakene krypteres og lagres sikkert i Nettskjema.no. Vi gjennomfører testopptak i appen før oppstart av hvert intervju. Hvert intervju blir transkribert, fra talespråk til skriftspråk, ord for ord. Transkribert materiale og annet tekstmateriale skal lagres i henhold til UiT sine retningslinjer. Lagres på skytjenesten «Office365» med OneDrive/SharePoint med tofaktor-autentisering som er institusjonsavtale. Det er kun vi to studenter som har tilgang til datamaterialet; lydfil av intervjuene og muntlig samtykke. I tillegg kommer veileder til å ha tilgang til transkribert materiale og anonymiserte tekstfiler sammen med oss. Anonymisering blir ivaretatt der teksten vil bli oversatt til bokmål, men også navn eller andre gjenkjennbare faktorer erstattes med koder. Vi sikrer samtykke til deltakelse, samt samtykke til lydopptak og behandling av personopplysninger før hvert intervju som lagres via diktafon-app på Nettskjema.no.

Innsamlingsperiode

20.11.2023– 20.12.2023

Innsamlingsenheter

UiO Nettskjema

Datakvalitet

Lydopptakene etter intervjuene kommer vi til å spille direkte av fra diktafon-appen hos Nettskjema.no. Vi transkriberer over i tekstformat i Word. Anonymiseringen ivaretas. Etter transkriberingen kontrollerer teksten mot opptakene.

Metode

Intervju, lydopptak og transkripsjon

Beskrivelse

Muntlig samtykke må gis av deltakerne før hvert intervju og lagres i lydopptaket på Nettskjema, UiO. Materialet skal ikke inneholde personlig informasjon, og transkribert data skal anonymiseres. Transkribert materiale og annet tekstmateriale skal lagres i henhold til UiT

sine retningslinjer og lagre på OneDrive/SharePoint med tofaktorautentisering. Studentene vil ha tilgang til lydfil av intervjuopptak og samtykke. I tillegg har veiledertilgang til transkribert materiale og anonymiserte tekstfiler sammen med studenter. Dette er en masteroppgave med små mengder data som samles inn over noen måneder. Datamaterialet, som lydfiler, på Nettskjema.no slettes ved endt prosjekt, maks 6 måneder, etter etiske retningslinjer. Det transkriberte data- og tekstmaterialet slettes av studentene med bekreftelse til veileder,

Størrelse

1000 MB

Format

Tekst

Programvare

Microsoft Word gjennom UiTs «Microsoft Office 365» OneDrive og Sharepoint med tofaktor-autentisering for innlogging. Diktafon-app fra Nettskjema utviklet av UiO.

Kommentar

I etterkant av intervjuene skal lydopptak spilles av direkte fra Nettskjema diktafon-app og transkriberes over i tekstformat i en Word-fil. Etter transkribering skal teksten kontrolleres mot opptaket.

Navnekonvensjoner

Intervjuene skal transkriberes og nummereres etter rekkefølge ved gjennomføring. Informantene vil anonymiseres og det vil ikke bli mulig for andre å gjenkjenne materialet. Vi vil være opptatt av å holde oversikt og strukturere datamaterialet slik at materialet ikke forveksles. Dokumentene er systematisert i kartlegging og filer er navngitt etter nummer på intervjuene. På slik måte vil ikke materialet bli blandet.

Lagring

Skytjeneste, institusjonsavtale

Overføring

E-post, institusjon

Kommentar

Ingenting av det transkriberte materialet eller øvrige tekstmateriale skal lagres på minnepenn eller egen datamaskin. Alt vil lagres via OneDrive/Sharepoint med tofaktor-autentisering via UiT sine servere. Ved eventuell sending av masteroppgave til veileder eller medstudenter skal intern e-post benyttes

Arkivering

Nei

Kommentar

Skal slettes etter at prosjektet er ferdig, senest etter 6 måneder.

Vedlegg 4 – Godkjenning fra SIKT

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

410708

Vurderingstype

Automatisk

Dato

11.10.2023

Tittel

Norske jordmødres erfaringer med å møte og støtte gravide kvinner med frykt for fødsel i svangerskapet

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Ingela Lundgren

Student

Vibeke Hansen / Henriette Pettersen

Prosjektperiode

23.10.2023 - 01.05.2024

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.05.2024.

Meldeskjema

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)

- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

ba35bbb30

Vedlegg 5 – Risiko og sårbarhetsanalysen

Skjemaet i risiko- og sårbarhetsanalysen (ROS-analysen) identifiserer risikonivåer basert på både sannsynlighet og konsekvens. Dette gir en helhetlig vurdering av risikonivået for vår forskning, som deretter kategoriseres i tre forskjellige farger. Alle elementene på skjemaet viser «Grønn risiko», noe som indikerer at ingen tiltak er nødvendige. Vår veileder, Ingela Lundgren, deltok i utarbeidelsen av ROS-analysen.

Prosjektinformasjon:

Masteroppgave: Norske jordmødres erfaringer med å møte og støtte gravide kvinner med frykt for fødsel i svangerskapet
 Studieretning og institutt: Master i jordmorfag, Det helsevitenskapelige fakultet, Norges arktiske universitet UIT
 Studenter: Vibeke Hansen og Henriette Pettersen
 Veileder: Ingela Lundgren

Nr.	Hvem er dette aktuelt for?	Hva kan skje (risikoelement)?	Hvorfor kan dette skje (årsak)?	Hvordan kan denne hendelsen oppdages (eksisterende kontrolltiltak)?	Risikonivå		
					Sannsynlighet (1-4)	Konsekvens (1-4)	Risiko
Beskrivelse		<i>Hva kan skje? Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår?</i>	<i>Hvordan kan hendelsen skje? Hvem eller hva interer hendelsen? For overlagte hendelser: Hvilken kapasitet og motiv har trusselaktøren? Hvilken svakhet/feil kan utnyttes her?</i>	<i>Hvordan kan man oppdage denne hendelsen? Hvilke muligheter har dere per i dag for å kontrollere eller finne ut av om den uønskede hendelsen skjer?</i>			
Eksempel	Alle	Forskningsdata blir tilgjengelig for uvedkommende. Dette kan medføre økonomiske tap, tap av tillit, brudd på personvern eller at forskningsprosjektet forsinkes eller må avsluttes.	Prosjektdeltakere bruker privat utstyr for å lese/redigere data fra prosjektet. Prosjektdata blir ikke kategorisert korrekt som røde eller sorte data ved lagring (Azure Protect-kategorisering) i godkjente områder. Sikkerhetsrutiner blir ikke fulgt, eller er ikke godt nok opplyst om.	Bruke "Spor endringer"-funksjonen i Office for å se om noen har endret på dokumenter.	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	1 = Lav 2 = Moderat 3 = Høy 4 = Svært høy	
1	Alle	Rekruttering av informanter og innsamling av data starter før prosjektet er meldt inn til NSD og eventuelt godkjent av REK.	Studenten har ikke fått tilstrekkelig opplæring i rutiner for forskningsprosjekt. Studenten har ikke satt seg tilstrekkelig inn i UITs retningslinjer for databehandling, forskningsetikk og personvern.	Retningslinjer for masterskriving sier at vi ikke får starte datainnsamling og rekruttering uten godkjenning fra veileder	1	1	2
2	Alle	Studenten innhenter ikke informert samtykke før intervjuet gjøres	Studenten glemmer å samle inn skriftlig samtykkeskjema før intervjuet. Studenten glemmer å spørre etter muntlig samtykke på bånd/video-opptak før intervjuet	Retningslinjer sier at skriftlig og muntlig samtykke skal innhentes før intervjuet starter	1	1	2
3	Alle	Lyd/video-opptaker med intervju kan komme på avveie/mistes	Opptaker blir borte før data er overført og slettet	Anvender ikke egne opptakere, men diktafon-app der opptakene lagres sikkert via nettskjema.no. Opptak	1	1	2
4	Alle	Studenten bruker privat opptaksutstyr (egen mobil, nettbrett, datamaskin)	Studenten er ikke gjort kjent med at det ikke er lov til å bruke privat utstyr. Studenten har ikke fått opplæring/er ikke kjent med godkjente løsninger for opptak. Det oppstår tekniske utfordringer i opptakssituasjonen, som gjør at studenten må bruket privat utstyr for å få gjennomført intervjuet.	Må anvende nettskjema-diktafon app koblet til sikker lagring	1	1	2
5	Alle	Personopplysninger kommer på avveie	Samtykkeklæring oppbevares ikke forskriftsmessig. Forskningsdata skrives ut i papirform og kommer på avveie. Kontaktopplysninger oppbevares ikke forskriftsmessig. Personopplysninger anonymiseres ikke tilstrekkelig. Studenten bruker ikke godkjente prosedyrer når data flyttes mellom enheter. Prosedyrene for å sikre personopplysninger er for dårlig. Opplæringen om prosedyrene er for dårlig. Studenten lagrer data på ikke godkjente områder.	Det er utarbeidet en datahåndteringsplan for ivareta personvernopplysninger. Sikker lagring på Nettskjema.no med tofaktorautentisering (brukertilgangskontroll) og via sikker skylagring i SharePoint i "Office365".	1	1	2
6	Alle	Data er ikke tilgjengelig	Data er ikke tilgjengelig på grunn av manglende nettilgang, eller på grunn av teknisk svikt. Manglende lokal backup av data ved eksamen/viktige datoer/datoer der man ikke kan risikere nedetid.	Lagres på nettskjema.no og via UIT's Sharepoint/OneDrive på "Office365".	1	1	2
7	Alle	Data er slettet eller endret	Data har blitt endret/slettet ved en feil av student/prosjektleder. Student har ikke kjennskap til lagring av data, noe som fører til at eldre data blir brukt videre. Datainnbrudd der data har blitt slettet av uvedkommende.	Passord til nettskjema.no, med tofaktorautentisering. Veileder får tilsendt en egen versjon, og vi endrer evt originalen ved evt tilbakemeldinger	1	1	2
8	Studenter som lagrer data i Office 365	Lydopptak/data lagres ukryptert ved overføring til Office	Studenten laster ned data fra Nettskjema til et Office-område som ikke er kryptert eller godkjent.	Som studenter benytter vi "Office365" med tofaktorautentisering ved evt henting av data fra Nettskjema.no	1	1	2

9	Studenter som lagrer data i Office 365	Data krypteres ikke med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) (AIP), og lagres derfor ikke på godkjent måte	Studenten bruker privat PC som ikke støtter Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten glemmer å klassifisere data med Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt). Studenten får ikke åpnet filen i analyseprogrammet og dekrypterer filen av bekvemmelighetshensyn.	Som studenter ved UIT benyttes kun PC som støtter AIP, dette skal være gjort ved studiestart. Det kontrolleres at dette er gjort og fungerer før start av intervjuer.	1	1	2
10	Studenter som lagrer data i Office 365	Data slettes ikke fra Office etter at databehandlingen er ferdig	Veileder har ikke tilgang til å slette data. Veileder vet ikke hvor data er lagret. Studenten glemmer å slette data.	Legge inn en påminnelse etter sensur/endt prosjekt for å sikre sletting. Dette gjelder både studenter og veileder.	1	1	2
11	Studenter som lagrer data i Office 365	Eksterne eller andre ansatte ved UIT kan få tilgang til forskningsdata	Forskningsdata lagres på feil sted i Office. Azure Information Protection (Klassifiser og beskytt) brukes ikke	Bare studenter og veileder har tilgang	1	1	2
6	Studenter som skal lagre data i TSD	Lyddopptak/data tas opp med diktafon e.l. (og ikke via TSD Media Capture-appen), og lagres ukryptert før eller ved overføring til TSD	Studenten bruker ikke TSD Media Capture-appen for opptak av intervju. Data krypteres ikke direkte på diktafon/kamera/minnekort før overføring. Diktafon/kamera med ukryptert materiale sikres ikke tilstrekkelig, evt. materialet slettes ikke på sikker måte. Data mellomlagres på privat datamaskin eller ikke godkjent minnepenn. Data krypteres ikke med 7zip før overføring, og er derfor sårbar ved overføring eller ved deling i TSD.	Anvendelse av mobil diktafon-app via nettskjema.no, her krypteres opptakene og lagres sikkert.	1	1	2
7	Studenter som skal lagre data i TSD	Studenten lagrer persondata på feil område på TSD	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Studentmappene er ikke merket tydelig med navn. Studenten importerer data til feil mappe. Data er ikke kryptert før overføring til TSD. Veileder dekrypterer data før de er flyttet til studentens eget område i TSD. Student eller veileder flytter data til feil mappe når de skal dele data med hverandre. Administrator (veileder) av området kan gi feil tilgang når TSD-område bestilles/administratort.	Data klassifiseres ikke til lagring i TSD. Som studenter anvender vi sikker lagring via mobil diktafon-app.	1	1	2
8	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjemadata (TSD) kommer på avveie	Mappestruktur og tilgang i TSD settes opp feil av veileder. Alle brukerne av området har tilgang til mappe for nettskjema-innsendinger. Krypteringsnøkkel er tilgjengelig for studentene.	Sikker lagring via nettskjema.no. Data klassifiseres ikke til lagring i TSD.	1	1	2
9	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/TSD Media Capture fungerer ikke, og dette medfører tap av forskningsdata	Teknisk svikt hos TSD. Studenten har ikke gjort seg kjent med app eller utstyr før opptak. Studenten har ikke gjort prøveopptak før intervju.	Vi må selv kontrollere at teknikken og sikker lagring fungerer før oppstart av intervju. Data klassifiseres ikke til lagring i TSD.	1	1	2
10	Studenter som skal lagre data i TSD	Nettskjema/TSD Media Capture er ikke tilgjengelig	Teknisk svikt/nettid hos TSD.	Vi må selv kontrollere at teknikken fungerer før oppstart av intervju, intervjuene blir utført i testopptak i diktafon-app før intervju.	1	1	2
11	Alle	Resultat i oppgaven er ikke anonymisert	Studenten presenterer nok informasjon om informantene til at de kan gjenkjennes.	All data anonymiseres etter gjeldende retningslinjer. Siteres skal siteres på bokmål.	1	1	2
12	Alle	Masteroppgavens kvalitet kan skape integritetsproblemer for institusjonen.	Studenten får ikke rekruttert et hensiktsmessig utvalg. Studiens design er ikke hensiktsmessig for å frembringe resultater som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke generert data som kan svare på problemstillingen. Studenten får ikke analysert data på adekvat måte som er tilstrekkelig for å kunne svare på problemstillingen. Fremstillingen av resultater bidrar ikke til å frembringe ny eller relevant kunnskap.	Design, seminar og kontinuerlig veiledning skal forhindre at dette oppstår.	1	1	2

