

MASTEROPPGAVE
Master i jordmorfag
Oktober 2016

Bruk av pusteteknikker i fødsel – kvinners opplevelser

Gitte Højlo Christensen

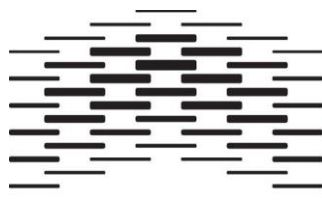
Veileder: Zada Pajalic

Biveileder: Tine S. Eri

Antall ord: 13812

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmede arbeid



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har gitt meg mer kunnskap og erfaringer enn jeg forestilte meg på forhånd. Det har åpnet seg mange dører underveis, både metodiske og jordmorfaglige som jeg vet jeg vil få stor glede av i mitt arbeid som jordmor. Arbeidet med oppgaven har vært inspirerende og engasjerende, men til tider har det vært komplisert og overveldende. Da har jeg tatt et par dype pust godt ned i magen og tenkt; en ting av gangen. Det er derfor med en viss grad av stolthet jeg nå kan levere fra meg et ferdig resultat og få lov til å takke alle som har hjulpet meg på veien.

Først vil jeg takke deltakerne; tusen takk for at dere ville dele deres opplevelser med meg. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt noe av.

Takk til mine veiledere: Zada Pajalic for imponerende energi og kontroll på kvalitativ design, Tine S. Eri for veiledning med forskningsintervjuet, Mirjam Lukasse for forløsende veiledning tidlig i prosessen og May-Line Vonheim som i praksis viste meg hva pusteteknikker kan gjøre for fødekvinne.

Takk til kursholderne som tok imot min henvendelse med entusiasme og til og med lot meg få delta på kurs. Uten dere ville arbeidet med å skaffe deltakere vært langt mer komplisert.

Takk til mine medstudenter for hyggelig samvær og faglige diskusjoner.

Takk til mine venninner, Kristine, Monica og Hilde, for korrekturlesning og språklige tilbakemeldinger.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke familien: Erik som tålmodig har støttet og motivert meg gjennom hele studiet, og barna mine, Mathilde, Simon og Julian, som har heiet på meg og lånt bort skrivebordet sitt til meg. Takk for at dere har hatt troen på meg, dere er best!

Sammendrag

Tittel:

Bruk av pusteteknikker i fødsel – kvinners opplevelser

Bakgrunn:

Observasjoner fra praksis har tydet på at kvinner som brukte pusteteknikker i fødsel taklet riene godt og bevarte kontrollen.

Hensikt:

Bidra med empirisk innsikt så jordmødre kan tilby best mulig veiledning i svangerskapsomsorgen og under fødsel.

Problemstilling:

Hvordan opplever kvinner å bruke pusteteknikker i fødsel når de har forberedt seg ved å gå på Lamazekurs eller yoga for gravide?

Metode:

Studien hadde et kvalitativt design, bestående av semistrukturerte forskningsintervjuer av 11 kvinner. Datamaterialet ble analysert ved å bruke Graneheim og Lundmans innholdsanalyse.

Resultat:

Bruk av pusteteknikker under fødsel var et viktig verktøy for å våge å stole på egen kropp. Deltakerne var motiverte til å bruke pusteteknikkene og følte seg trygge.

Konklusjon:

Pusteteknikker kan gi helsemessige gevinster, og jordmor bør støtte og oppmuntre kvinner som ønsker å benytte dette.

Nøkkelord: Pusteteknikk, yoga, mestring, kontroll, fødselsforberedende, fødselssmerte, smertelindring i fødsel.

Abstract

Title:

Breathing exercises during labour– women's experiences

Background:

Observations during the internship have shown that women who used breathing exercises during birth managed the contractions well and stayed in control.

Aim:

To provide empirical insight for midwives to use in antenatal care and during labour

Thesis question:

How do women experience the use of breathing exercises during labour when they have prepared using either Lamaze breathing patterns or pregnancy yoga breathing techniques?

Method:

The study has used a qualitative design consisting of semi-structured research interviews of 11 women. The data was analyzed using the Graneheim and Lundmans content analysis.

Findings:

The use of breathing exercises during labour was an important tool to make it possible to work with their bodies. The participants were motivated and felt supported and confident.

Conclusion:

Breathing exercises can provide positive health-related outcome, the midwives should support the women in using this.

Keywords: Breathing exercises, yoga, coping strategies, control, antenatal preparation, labour pain, labour pain relief.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Hensikten med studien	1
1.2	Begrepsavklaringer	2
1.2.1	Pusteteknikker	2
1.2.2	Lamaze.....	2
1.2.3	Yoga	3
1.3	Bakgrunn	3
2.0	METODE	7
2.1	Design	7
2.1.1	Det kvalitative forskningsintervju.....	7
2.1.2	Forforståelse	9
2.2	Kontekst.....	10
2.3	Utvalg	11
2.3.1	Deltakerne i studien	11
2.4	Datainnsamling.....	12
2.4.1	Etiske overveielser.....	13
2.5	Analyse	14
3.0	RESULTAT	17
3.1	Å føle seg motivert	18
3.1.1	Å ta initiativ til å lære pusteteknikker	18
3.1.2	Å være fokusert på pusteteknikker	19
3.2	Å føle seg trygg.....	20
3.2.1	Partner som den viktigste støttespiller	21
3.2.2	Å bli overrasket over pusteteknikkenes effekt.....	22
3.2.3	Tillit til jordmor.....	22
4.0	DISKUSJON	24
4.1	Diskusjon av studiens kvalitet	24
4.2	Diskusjon av resultatene	26
5.0	KONKLUSJON	34
6.0	LITTERATUR	35

Vedlegg 1: Første intervjuguide

Vedlegg 2: Revidert intervjuguide

Vedlegg 3: Informasjonsskjema

Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste

1.0 INNLEDNING

Dette er en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført 11 semistrukturerte forskningsintervjuer av kvinner om hvordan de opplevde å bruke pusteteknikker under fødsel. I løpet av praksis har jeg sett at noen kvinner takler riene veldig godt, og når jeg har spurt om de har forberedt seg til fødsel ved å trene yoga eller bruke pusteteknikker, har svaret svært ofte vært at de har trent yoga. Andre kvinner har hatt problemer med å mestre riene allerede i fødselens tidlige fase, og da har min veileder i praksis trent pusteteknikk med dem en halvtimes tid, noe som har ført til at kvinnene har mestret riene på en helt annen måte. Disse observasjonene har ført til at jeg har reflektert rundt pusteteknikkens betydning for kvinner i fødsel. Dersom det å beherske pusteteknikk faktisk gir en så mye bedre mestring av riene, burde det da ikke være mer fokus på dette i svangerskapsomsorgen og på fødselsforberedende kurs?

Blivende foreldre forbereder seg til fødselen på ulike måter. Felles for de fleste er at de ønsker en best mulig fødselsopplevelse, men hva det innebærer kan ifølge Bergström (2011) være påvirket av hva som blir sett på som «riktig» i en gitt kontekst. Bruk av pusteteknikker under fødsel har vært brukt i alle tider, men populariteten har gått i bølger. Innholdet og strukturen på fødselsforberedende kurs har endret seg i takt med tid og trender (Bergström, Kieler & Waldenström, 2011). Det er forsket noe på bruk av pusteteknikker og andre avslapningsteknikker, og resultater viser at kvinnene mest sannsynlig opplever mindre smerter og større grad av mestring når de behersker dette. Likevel er det lite fokus på dette i svangerskapsomsorgen, og det blir opp til den enkelte kvinne å tilegne seg denne ferdigheten. Samtidig ser vi en økende bruk av epidural; tall fra medisinsk fødselsregister viser en jevn økning på landsbasis fra 20% i 2000 til 28% i 2014 (Folkehelseinstituttet, 2015).

1.1 Hensikten med studien

Hensikten med denne kvalitative studien har vært å belyse hvordan kvinner opplever å bruke pusteteknikker under fødsel. Det har vært et mål å bidra med empirisk innsikt til et forskningsfelt som er lite utforsket. Dette er viktig for at jordmødre skal kunne tilby den gravide hensiktsmessig veiledning og kursing i forbindelse med svangerskap og fødsel. Studiens problemstilling har vært:

Hvordan opplever kvinner å bruke pusteteknikker under fødsel når de har forberedt seg ved å lære dette på Lamazekurs eller yoga for gravide?

1.2 Begrepsavklaringer

I dette kapittelet gjøres det rede for hva som betegnes som pusteteknikker i denne studien, og det blir gitt en kort innføring i hva Lamaze og yoga for gravide innebærer for kvinnene som har deltatt i denne studien.

1.2.1 Pusteteknikker

Å puste er en livsnødvendig handling som må foregå i både våken og sovende tilstand. Den kan ikke ta lange pauser, og derfor er den ubevisst og foregår hele tiden. Pusten er knyttet til vårt autonome nervesystem, og består av to deler; det sympatiske og det parasympatiske nervesystem. En forlenget utpust og en rolig pust helt ned i mellomgulvet trigger det parasympatiske nervesystemet, og utløser kroppens egen avspenningsrespons. Det reduserer hjertefrekvensen og senker blodtrykket. Overfladisk pust trigger det sympatiske nervesystemet, og utløser stresshormoner. Pusten vår er også en av de ikke-viljestyrte prosesser som vi delvis kan styre, og således kan vi være med på å kontrollere deler av pusten (Magelssen, 2008). Når fødekvinnen har kontroll på pusten sin, så er hun gjerne også roligere, mer avslappet, mer fokusert på egen kropp, og kroppen reagerer mer instinktivt (Campbell & Nolan, 2016).

Jordmoren Gudrun Abascal (Wilsby, 2005) la vekt på at man ikke skulle forstyrre livmorens sammentreknings under fødselen. Når kroppen er spent og kvinnen ikke puster ordentlig ut gjør det mer vondt fordi mellomgulvet trykker på livmoren. Pusten er en av naturens verktøy for å håndtere smerte og løse opp spenninger, men ofte krever det trening for at det skal fungere. Abascal mente at fødselsopplevelsen ville bli mer positiv om man øvde på pusteteknikker og avslapninger før fødselen (Wilsby, 2005).

1.2.2 Lamaze

Lamaze-metoden er en fødselsforberedende teknikk som kommer fra Russland, der den først ble observert av dr. Fernand Lamaze i 1951. Dr. Lamaze introduserte metoden i Frankrike og andre europeiske land, samt Kina, Australia, Cuba og Sør Amerika. I 1959 ble metoden introdusert i USA, og har siden den gang utviklet seg til det den er i dag. Metoden er ment å påvirke kvinnenens opplevelse av fødselssmerte på tre måter. Fysiologisk ved å øke oksygenopptaket og redusere muskelspenninger, kognitivt ved å fokusere på pusteteknikker og avslapning, og psykologisk ved å redusere redsel og øke opplevelsen av kontroll. Ved å få god opplæring i fødselsprosessen og pusteteknikker, møter kvinnen og hennes partner forberedt til fødsel, og de har et verktøy de kan bruke gjennom hele fødselsprosessen. Lamazekursene fra 1970-tallet var kjent for sin egenartede pusteteknikk. I dagens Lamazekurs

er denne pusteteknikken modifisert (Bing, 1994). Hovedprinsippet er at man puster inn gjennom nesene og ut gjennom munnen under riene. Hver rie blir møtt med en hilsningspust, som er dyp og hjelper kvinnen til å slappe av. Hver rie avsluttes med en hilsningspust og et smil. Smilet er viktig for motivasjonen. Etterhvert som riene blir sterkere øker man hurtigheten på respirasjonsfrekvensen. Det er viktig at man puster lett, som å blåse dogg på et speil, for å unngå hyperventilering. Den lette og raske pusten brukes også ved tidlig trykkektrang og når hodet skal fødes (Bing, 1994).

1.2.3 Yoga

Yoga er et gammelt sanskritord. Det betyr forening eller enhet – et helt menneske i overenstemmelse med seg selv, i motsetning til et splittet menneske. Gjennom yoga utvides bevisstheten på en harmonisk og naturlig måte. Når kroppen blir sterk og smidig og sinnet rolig, så kan du se livsmønsteret ditt, få overblikk, og først og fremst bli i stand til å akseptere det du ser. Du blir bevisst. I denne aksepten finnes en ro, et grunnlag for selvtillit og tilfredshet. Det er en våken og bevisst innstilling til hva du enn møter i livets motsetninger. Pusteøvelsene i yoga skal gi deg en opplevelse av kroppens og nervesystemets energi, og en evne til å beherske denne energien ved å regulere spenninger i muskler, nervesystem og hjerne. Viten om sammenhengen mellom tanker, spenninger og åndedrett er grunnleggende (Saraswati & Spjelkavik, 1986).

Yoga for gravide gir kvinnene opplæring i avslapningsteknikker og pusteøvelser beregnet på graviditeten, i tillegg til at det også undervises i pusteteknikker til bruk under fødsel. I fødselens tidlige fase anbefales det å bruke den spontane pusten, slik den er når du ikke påvirker den eller forsøker å kontrollere den. Det er dype, rolige pust som skal gi avspenning. Når riene blir mer intense anbefales det å fortsette med den dype pusten og slappe av i ansikt, munn, skuldre, armer, hender og underliv. Når riene blir veldig intense kan kvinnene velge selv om de vil puste raskere, så lenge de unngår å hyperventilere. Pusteøvelsene ble øvd inn med kroppen i bestemte tøyestillinger for å øve på å slappe av i kroppen når musklene er i spenn. Pese-pusten gjennomgås også for å forberede kvinnen på forløsningen av hodet når man ønsker å bremse farten for å unngå rifter i underlivet (Farestveit, Hansen & Yogaskolen i, 1998).

1.3 Bakgrunn

I dette kapittelet blir det vist til både offentlige dokumenter og relevant litteratur som kan gi en oversikt over den forskningen som er på feltet.

Å føde barn er en stor begivenhet for kvinnen og hennes nærmeste, og svangerskapet blir ofte brukt til å forberede seg til fødsel. Kvinnene kan ha ulike tilnærminger til hvordan de ønsker å mestre fødselen sin, og epidural har blitt stadig mer populært. Tall fra medisinsk fødselsregister viser at 28% av de fødende i Norge fikk epidural, uten keisersnitt, i 2014 (Folkehelseinstituttet, 2015). Likevel er det ikke alle som ønsker eller har anledning til å bruke smertestillende medikamenter eller invasive metoder under fødsel, noe som har resultert i en økt interesse for andre metoder for å takle fødselssmerter (Sullivan & McGuinness, 2015). Det er viktig at jordmødre og leger har god kunnskap om smertelindring under fødsel, og at de er oppdatert på nyere forskning relatert til ikke-medikamentelle metoder også. Gravide vil søke råd hos jordmor eller lege under graviditeten, og valg av smertelindring er noe som kan ha konsekvenser for både mor og barn. Sammen med spenningen og gleden ved å bringe ett barn til verden, er også engstelsen for den psykiske og fysiske utfordringen en fødsel kan være (Sullivan & McGuinness, 2015).

Fødselssmertens fysiologi er like komplisert som den er signifikant. Smerten er ikke farlig, slik vi er vant med (Mander, 2010). Fødselssmerte kan skape stressreaksjoner som igjen har uheldige virkninger på den fysiske, mentale og emosjonelle helsen. Fødselssmerte og angst under fødselen fører til økt frigjøring av stresshormonene adrenalin, noradrenalin og kortisol (Alehagen, Wijma, Lundberg & Wijma, 2005). Dersom fødekvinnen hyperventilerer slik at det oppstår respiratorisk alkalose og generell vasokonstriksjon, påvirker det oksygentilførselen til fosteret ved at blodgjennomstrømmingen i navlesnoren minskes (Jackson, Marshall & Brydon, 2014).

Kvinnens syn og erfaringer er viktig for jordmoren, sammen med forståelsen av den fysiologiske prosessen, slik at omsorgen kan være sentrert rundt kvinnen (Mander, 2010). En oversikt fra Cochrane Library viste at medikamentelle intervensjoner gir god smertelindring, men flere bieffekter som økt bruk av tang og vakuumpompe, keisersnitt, immobilitet under fødsel, feber og urinretensjon. Vann, avslapning, yoga og massasje ga noe smertelindring og bedre tilfredshet med fødselen, uten uønskede bieffekter (Jones et al., 2012). Når man vet hvilke faktorer som påvirker intensiteten av opplevd smerte, kan man benytte seg av tiltak som letter smerteopplevelse (Kulesza-Bronczyk, Dobrzycka, Glinska & Terlikowski, 2013). Det er ikke nødvendigvis slik at fravær av smerte gir den mest positive fødselsopplevelsen; mestring, kontroll og trygghet er sentralt for at fødselsopplevelsen skal være positiv for kvinnene (Mander, 2010). Studier fra Australia, USA og Polen viser til sammenhengen mellom troen på egen mestringsevne, kontroll og trygghet, og opplevelsen av fødselssmerte. Det å ha

kunnskap om fødselens dynamikk og ha redskap til å mestre fødselssmertene gir kvinnen kontroll (Fisher, Hauck, Bayes & Byrne, 2012; Jones et al., 2012; Kulesza-Bronczyk et al., 2013; McKinney, 2006).

Mestring kan defineres som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende (Lazarus & Folkman, 1984). Det å føle at man mestrer livets utfordringer og føler at man har en viss kontroll, er noe som har stor betydning for helse og velvære. Innen helse handler mestring om at den enkelte person endrer forestillinger, følelser og atferd på en måte som gjenoppretter mening og sammenheng i livet. Mestring kan forstås som et uttrykk for hvilke ressurser som finnes hos den enkelte, og relasjonen og samspillet mellom vedkommende og situasjonen hun er i (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse, 2016). For å mestre fødselssmerte kan det være nødvendig at kvinnen er motivert. Å ha et klart, definert mål har en positiv effekt på den enkeltes motivasjon. Manger & Wormnes (2015) påpeker at vår utholdenhet og energi påvirkes gjennom å sette opp delmål. Hver gang delmålene oppfylles, blir vi stimulerte og opplever at innsatsen nytter, og det øker den videre forventningen om å kunne lykkes. Det er ifølge Bandura (1997) avgjørende at de som lærer har tro på at de effektivt kan utføre handlinger med den kunnskapen og de ferdighetene de har. Jo høyere mestringsforventning, jo bedre vil ferdigheten i situasjonen være (Bandura, 1997).

I en britisk studie konkluderer forskere med at fødselshjelpere må gi kvinnene korrekt informasjon om mestringsstrategier og at de må være oppmerksomme på faktorer som kan forstyrre kvinnenes bruk av disse strategiene (Spiby, Slade, Escott, Henderson & Fraser, 2003). Kvinnene må ha realistiske forventninger til pusteteknikkenes effekt, og det kan være vanskelig å fokusere på pusteteknikker ved endringer i omgivelsene eller når riene blir veldig intense. Den mest brukte strategien var pusteteknikker, og kvinnene rapporterte at det fikk dem til å føle seg mer avslappet, de ble roligere og kunne kontrollere panikken når riene ble intense. Pusteteknikkene ga også en distraksjon fra smerten som førte til at kvinnene taklet smerten bedre og opplevde at de bevarte kontrollen (Spiby et al., 2003).

Avslapningsteknikker har vist seg å ha en positiv effekt på smertemestring og tilfredshet med fødsel, noe blant annet Smith et al. konkluderte med i sin studie (Smith, Levett, Collins & Crowther, 2011). Avslapningsteknikker baserer seg på å slippe spenninger eller bevare avslapning ved hjelp av pusteteknikker, yoga, muskelavspenning, meditasjon og visualisering. Studien viste at avslapning reduserer smerteintensiteten i latensfasen og i den aktive fasen, ga

økt tilfredshet med smertelindringen, mer positiv fødselsopplevelse, kortere fødselsforløp og mindre assisterte, vaginale forløsninger (Smith et al., 2011).

Ifølge de nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen er formålet med svangerskapskontrollen blant annet å sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte. Målet er å sikre at morens somatiske og psykiske helse, samt hennes sosiale velvære, blir best mulig. Det anbefales fødsels- og foreldreforberedende kurs eller temakvelder for å minske angst og uro, og dermed gjøre kvinner mer tilfredse med svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2005). Kvinnenes kunnskap om fødsel og svangerskap er varierende, og mange mangler elementær kunnskap om hva som skjer i forbindelse med graviditet og fødsel. Erfaringer fra tidligere generasjoner overføres ikke på samme måte lenger, og mye god informasjon går derfor tapt. Selv om informasjonstilgangen er enorm i dag, betyr ikke det at kvinnene har korrekt og relevant kunnskap om hva en fødsel innebærer (St. meld. nr. 12 (2008-2009), 2009).

De nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen anbefaler fødselsforberedende kurs for å dempe angst og uro, men det står ingen ting i retningslinjene om hva et fødselsforberedende kurs bør inneholde av veiledning og informasjon. Det blir opp til den enkelte kursholder å definere hva som skal til for å dempe angst og uro og dermed bidra til best mulig fødselsopplevelse for kvinnen. Møtet med fødselsomsorgen vil derfor være preget av helsepersonells perspektiv på fødsel, fødselssmerte og smertelindring. Forståelsen av dette perspektivet påvirker jordmoren i sin daglige praksis, og påvirker igjen fødekvinnens opplevelse av fødselsomsorgen (Bryar & Sinclair, 2011). Karlsdottir et al. (2014) utførte en studie der fokuset var kvinnenes opplevelse, vinkling, syn og strategier på fødselssmerte. Hun beskriver dette som «*the childbearing womans paradigm*». Resultatet fra studien viser blant annet at jordmoren spiller en sentral rolle for hvordan kvinnene takler fødselssmertene og at det bør være mer fokus på smertemestring i løpet av svangerskapet som en del av forberedelsen til fødsel (Karlsdottir, Halldorsdottir & Lundgren, 2014).

Pusteteknikker og avslapning var en viktig del av fødselsforberedende kurs i flere tiår. Selv om populariteten har gått i bølger brukes det som en strategi i hele verden. Ifølge Walsh (2012) er det muligens mangelen på forskning av god kvalitet som støtter fordelene som har ført til ambivalensen innen svangerskapsomsorgen. Med denne studien ønsker forfatteren å bidra til å belyse denne problemstillingen.

2.0 METODE

I dette kapittelet blir det gjort rede for vitenskapsteoretisk forankring, egen forforståelse, begrunnelse for valgt forskningsdesign, rekruttering av informantene, gjennomføring av intervjuene og etiske aspekter ved gjennomførelsen av studien.

2.1 Design

Denne studien har en kvalitativ design med en hermeneutisk tilnærming. Datamaterialet består av semistrukturerte forskningsintervjuer. Det er valgt en induktiv tilnærming, da det har vært viktig å høre på hva menneskene vil si, istedenfor å måle det forfatteren tror er viktig. Induksjon er ifølge Kvale et al. s. 224 (2015) «prosessen der man observerer et antall tilfeller for å si noe generelt om den gitte gruppen tilfeller», og er ofte brukt i kvalitative undersøkelser. Det er en godt egnet metode når man vil gå bredt ut og se hvilke spørsmål som er verdt å søke et svar på, uten å ha for mange ideer å teste (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015).

Før valget av forskningsmetode, ble studiens tema og hensikt avgjort gjennom å lese teori og tidligere forskning om temaet. Etter å ha gjort opp en kunnskapstatus som er presentert i forrige kapittel, ble det valgt å gjøre kvalitative forskningsintervjuer av 11 kvinner om deres opplevelser av å bruke pusteteknikker under fødsel. Det er gjort en del kvantitative studier som måler opplevelse av fødsel og smertelindring ved bruk av pusteteknikker eller andre avslapningsteknikker, men det er ikke gjort så mange kvalitative studier innen dette tema. Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelige erfaring og tolkning, og egner seg godt for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper hos de fenomenene som skal studeres (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). Materialet kan da bestå av tekst fra samtaler eller observasjoner. I denne studien består teksten av det transkriberte materialet fra 11 individuelle intervjuer.

2.1.1 *Det kvalitative forskningsintervju*

Det finnes flere forskjellige intervjuformer. Fokusgruppeintervju kunne blitt benyttet, men er kanskje mer egnet der man ønsker en diskusjon mellom gruppemedlemmene. Siden hensikten med studien er å få mulighet til å gå i dybden på deltakernes egne opplevelser av å bruke pusteteknikker i fødsel, ble det tatt en avgjørelse på å utføre individuelle intervjuer som er godt egnet til dette formålet (Kvale et al., 2015). Kvale et al. (2015) definerer kvalitativt forskningsintervju som en form der kunnskap produseres gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjupersonen. Underveis i et intervju skjer det en utveksling av synspunkter

mellom to personer når et intervju omhandler områder begge parter er interessert i. De hevder også at god samhandling skal fremme positivt samspill, holde samtalen i gang og stimulere deltakeren til å snakke om sine opplevelser og følelser. Kvale et al. (2015) understreker at et intervju ikke er en samtale mellom to likeverdige partnere, siden det er en forsker og en informant. Det semistrukturerte forskningsintervjuet ligger nært opp til en samtale i dagliglivet, men har som profesjonelt intervju et formål (Kvale et al., 2015). Semistrukturerte forskningsintervjuer skal styre deltakerne inn på det forfatteren ønsker å få svar på, samtidig som intervjuet må være fleksibelt nok til at kunnskap som er forankret i informantens personlige erfaringer kommer frem. Intervjuet skal ha en deskriptiv orientering for å få frem en rikest mulig beskrivelse av deltakernes opplevelse av situasjonen (Malterud, 2011). Ved å intervjuer deltakerne vil det gi muligheten til å gå i dybden av deres tanker, opplevelser og erfaringer i forhold til å bruke pusteteknikker under fødsel.

Forfatteren er et verktøy i seg selv, og vil underveis i datainnsamlingen kunne påvirke resultatet. Forfatteren må derfor hele tiden være bevisst dette, og reflektere jevnlig over sin fremgangsmåte og sine konklusjoner for å kvalitets sikre arbeidet (Polit & Beck, 2012). For å få deltakerne til å dele av sine erfaringer ble utsagn tatt i og fulgt opp for å få mer informasjon. Hensikten med studien var hele tiden i fokus, slik at det underveis i intervjuene ble gjort vurderinger av hvilke utsagn fra deltakerne som burde følges opp, og på hvilken måte.

Hermeneutikk betyr å tolke eller fortolke, og betegner en sammensatt tradisjon av teorier om fortolkning og forståelse. Ved å studere menneskelige uttrykksformer kan vi nå frem til forståelse av menneskers indre opplevde erfaringer. Forståelsen utvikler seg gjennom en stadig bevegelse frem og tilbake mellom det materialet vi søker å forstå. Den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911) hadde fokus på de tre dimensjonene *opplevelse – uttrykk – forståelse*. Når opplevelsene manifesterer seg i ytringer blir de tilgjengelige for forståelsen, og slik blir hermeneutikk som metodisk tilnærming avgjørende (Thomassen, 2006).

Med utgangspunkt i dette vil fortolkninger av intervjutekstene være en dialog mellom forfatteren og teksten, hvor meningen teksten formidler blir studert. Denne prosessen er kompleks, der nye forståelser underveis vil gi nye måter å forstå meningsinnholdet på. Analyseprosessen utvikler seg etter hvert som forforståelsen endrer seg ved å lese teori og ved å lese gjennom de transkriberte tekstene flere ganger.

2.1.2 Forforståelse

Vi møter aldri andre med blanke ark. Vi har alltid med oss en forforståelse. Forforståelsen er preget av forfatteren som person, forhistorie og forståelsesramme. Forfatteren er bevisst på at dette kan påvirke intervjuene som er gjennomført, samt funn og fortolkninger. Forfatteren har ikke selv erfaring med å benytte seg av pusteteknikker under fødsel, men har sett i praksis som jordmorstudent at pusteteknikk tilsynelatende har en meget positiv effekt på kvinnene. I forbindelse med denne studien har forfatteren deltatt på et Lamazekurs og på et yogakurs for gravide, de samme kursene som deltakerne i denne studien gikk på.

Lamazekurset er beregnet på par som venter barn i løpet av de neste to månedene og går over en helg med 2x5 timer. Kursholder er fødselspedagog, og går igjennom fødselens faser på en lettfattelig og illustrerende måte. Mulige tidsaspekt i fødselens ulike faser og hvordan deltakerne kan oppleve dette ble gjennomgått. Parene fikk praktiske tips til hva de kan foreta seg i fødselens ulike faser. Partneren til den gravide fikk mye fokus og nyttige verktøy til å ta med seg i fødselen. Underveis ble det praktisert ulike pusteteknikker, som i tillegg til å være rene pusteteknikker, også fungerer som ett mentalt fokus for å puste seg igjennom rien med god støtte fra partneren. Partnerne lærte gode massasjeøvelser, tips til motivasjon og informasjon om hvordan tilby mat og drikke underveis.

Yoga for gravide besto av 8 kurskvelder, der den 7. kurskvelden var en parkveld med fokus på fødselen. Det var denne parkvelden forfatteren deltok på. Deltakerne på yogakurset hadde øvd pusteteknikk og gjort yogaøvelser på alle kurskveldene, men denne kvelden ble fødselens faser og hvordan bruke pusteteknikkene i fødselen gjennomgått. På kurset lærte de å tørre og slippe kontrollen og kjenne på smerten. Partneren ble oppfordret til å støtte og oppmuntre kvinnen.

Tilstedeværelse på disse kursene har i stor grad preget forfatterens forståelse for hvordan deltakerne i denne studien har forberedt seg til fødsel. Sammen med erfaringer fra praksis, eksisterende forskning og teori er dette en del av forforståelsen. Forfatteren er oppmerksom på diskusjoner rundt forforståelsens betydning, og tradisjonelt har det vært en oppfatning av at den bringer forstyrrelser inn i våre fortolkninger. I motsetning til dette kan forforståelsen oppfattes som en nødvendighet, fordi den reflekterer et felles kunnskapsrepertoar som er en forutsetning for i det hele tatt å kunne nærme seg andre menneskers forståelser og opplevelser (Kvale et al., 2015).

I en hermeneutisk tilnærming er det vår forforståelse som gir opphav til spørsmålene, og bør derfor reflekteres over (Malterud, 2011). Forfatterens forforståelse for denne studien kan ha påvirket intervjuguiden i den forstand at det har vært antagelser om at pusteteknikker under fødsel har gitt deltakerne mestring og redusert smerteopplevelse. For å unngå at intervjuguiden skulle bli påvirket av dette, ble forforståelsen forsøkt lagt til side. Det ble formulert åpne og undrende spørsmål. I møtet med deltakerne ble det igjen viktig å legge forforståelsen til side slik at ny kunnskap kunne erverves. Samtidig ble forkunnskapen benyttet til å stille oppfølgende spørsmål der forfatteren allerede hadde en forestilling om hva svaret kunne bli, men spørsmålene ble stilt på en åpen måte slik at svaret ikke skulle bli farget av forventningen. Svarene kunne noen ganger være bekreftende, andre ganger overraskende. Forskningsprosessen ble derfor en toveisprosess av spørsmål, svar og fortolkninger, som førte til nye spørsmål, svar og fortolkninger (Thomassen, 2006). Forforståelsen ble også forsøkt lagt til siden i analysearbeidet, noe som har vært en utfordrende og lærerik prosess. Ifølge Malterud (2011) er forforståelsen en viktig del av motivasjonene for å utføre studien, og det er den vi tar med oss inn i studiens start. Forfatterens genuine interesse for hvordan kvinner opplever å bruke pusteteknikker under fødsel, har gjort hvert møte og intervju til en spennende reise mot en dypere forståelse av deltakernes opplevelser av fenomenet.

2.2 Kontekst

Deltakerne ble rekruttert fra østlandsområdet i tilknytning til en større by, og innbyggertallet i området er en drøy million. Det er i underkant av 20 aktører som tilbyr yoga for gravide i området. Lamazekurs er mindre utbredt, det kan se ut som om det kun er to aktører på markedet i dette området. Det finnes også noen jordmødre som tilbyr svangerskapskurs der pusteteknikk er tema, men forfatteren har ikke forsøkt å kartlegge omfanget av dette i denne studien. Et yogakurs for gravide strekker seg over 8 ganger á 75-90 minutter, og koster rundt 1500-2000 kroner. Lamazekurset har et omfang på 10 timer og koster omtrent det samme som yoga for gravide. Lamazekurset har plass til 6 par. Yogakursene kan variere i størrelse, men det er snakk om relativt små grupper med 5-10 kvinner. Yoga for gravide kan man gå på gjennom hele svangerskapet, og det finnes kurs tilpasset hvor langt i svangerskapet kvinnen har kommet. Lamazekurset anbefales det å gå på 3-6 uker før termin. Yoga for gravide har en rolig atmosfære med dempet belysning, og undervisningen foregår ved at kursholder gir rolige instruksjoner til hvordan øvelsene skal foregå. Lamazekurset har en intim atmosfære hjemme hos kursholder, men med energi og engasjement. Undervisningen inkluderer dialog og aktiv deltakelse.

2.3 Utvalg

Det ble gjort et strategisk utvalg av deltakere til denne studien. Ifølge Malterud (2011) vil det si at materialet har best mulig potensial for å belyse problemstillingen til studien. Det var derfor essensielt for denne studien å rekruttere deltakere som hadde forberedt seg til fødsel ved å lære ulike pusteteknikker. På hvilken måte deltakerne tilegnet seg pusteteknikkene og hvilke pusteteknikker de lærte var i utgangspunktet ikke vesentlig for inkludering i studien, men de skulle ha lært seg pusteteknikker spesifikt for anvendelse under fødsel.

Deltakerne i denne studien har forberedt seg til fødsel ved å lære pusteteknikker enten på Lamazekurs eller på yoga for gravide. Fokus på disse kursene er forskjellig, og det er derfor ikke uvesentlig hvilket kurs deltakerne har gått på, men begge kursene har stor vekt på pusteteknikker. Denne studien vurderer ikke de to ulike kursalternativene opp mot hverandre, men holdt fokus på deltakernes opplevelse av å bruke pusteteknikker under fødsel.

Deltakerne i studien ble rekruttert via en fødselspedagog som holder Lamazekurs og en yogainstruktør. Forfatteren deltok på kursene i løpet av våren 2016, og det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon av studien til kursdeltakerne. Det var 5 par tilstede på Lamazekurset og 6 par tilstede på yoga for gravide. De som ønsket oppga navn og telefonnummer, og ga med det tillatelse til at forfatteren kunne kontakte dem etter fødsel. Av praktiske årsaker ble derfor termin dato notert. Samtlige kvinner samtykket til å bli kontaktet etter fødsel, i tillegg tok tre kvinner som hadde gått på et tidligere kurs kontakt, da de fikk informasjon om studien via kursholderne. Totalt 11 kvinner ble intervjuet og inkludert i studien, hvorav 6 hadde deltatt på Lamazekurs og 5 hadde deltatt på yoga for gravide. Forfatteren hadde kontakt på SMS med de tre kvinnene som ikke ble inkludert i studien. To av disse fødte for sent i forhold til tidsrammen for denne studien, og en kvinne hadde blitt syk etter fødselen. Ifølge Malterud (2011) bør utvalget være passe stort til at det ferdige materialet kan belyse studiens problemstilling. Det er ingen klare retningslinjer for hvor mange deltakere som er tilstrekkelig for å få et rikt datamateriale. Ifølge Kvale et al. (2015) ligger en vanlig intervjuundersøkelse på 15 +/- 10. Man bør intervju så mange personer at man får svar på det du trenger å vite, men ikke så mange at datamaterialet blir for stort til å gjøre en god analyse.

2.3.1 Deltakerne i studien

Deltakerne var i alderen 24 til 37 år, og hadde generelt høyere, sosioøkonomisk status. Samtlige var gift eller samboere, 10 var førstegangs fødende, en var annengangs fødende. Av etnisk opprinnelse var 8 norske, en fra Sør-Afrika og to fra Mellom-Europa. Samtlige intervju personer bodde sammen med etnisk norske menn og snakket godt norsk.

2.4 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i perioden 8. juni til 17. august 2016. Lengden på intervjuene varte fra 13 minutter til 48 minutter. Intervjuene ble foretatt 2-28 uker etter at deltakerne hadde født barn. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og alle intervjuene ble transkribert ordrett.

Deltakerne ble kontaktet på SMS rundt to uker etter termin dato, og tid og sted for intervjuet ble avtalt. De tre første deltakerne ble kontaktet umiddelbart etter at samtykke ble gitt, da de hadde født for noen måneder siden. Det ble åpnet opp for ulike steder intervjuene kunne foregå. Alle intervjuene, med unntak av det første som var på en kafé, foregikk hjemme hos deltakerne. Inntrykket var at alle satte pris på at forfatteren kom hjem til dem, noe som antagelig gjorde det lettere å delta med en nyfødt baby. Dette skapte et godt utgangspunkt ved at deltakerne selv fikk velge rammen for intervjuet. Deltakerne ble også bedt om å velge et tidspunkt på dagen der det var størst sannsynlighet for å prate uforstyrret, og noen deltakere hadde også ordnet med barnevakt. Kvale et al. (2015) påpeker viktigheten av å oppnå trygghet og tillit på et tidlig tidspunkt, og hevder at de første minuttene har kritisk og avgjørende betydning for hvordan intervjuet utvikler seg. Før intervjuet startet var det satt av litt tid til småprat for å skape en best mulig stemning. Det var ønskelig at deltakerne skulle være trygge i situasjonen, da det ville være et godt utgangspunkt for en god samtale.

Innledningsvis fikk deltakerne en gjennomgang av formålet med intervjuet, forfatterens rolle og rammene rundt intervjuet. Deltakerne ble bedt om å beskrive mest mulig fritt, og de ble informert om at nesten samme spørsmål kunne bli stilt flere ganger dersom det var ønskelig med en dypere beskrivelse av temaet. Dette ga deltakerne en oppfatning av forfatteren og situasjonen, som kan gjøre det lettere å snakke fritt og legge frem sine opplevelser og følelser for en fremmed.

De tre første intervjuene ble gjennomført med tre deltakere som hadde født for 4-7 måneder siden. Ut fra tema og forskningsspørsmål ble det utformet en semistrukturert intervjuguide som i utgangspunktet hadde 7 åpne og 3 lukkede spørsmål etterfulgt av oppfølgingsspørsmål (vedlegg 1). Etter gjennomføring og transkribering av de tre første intervjuene kom det frem at intervjuene ikke gikk nok i dybden på det forfatteren ønsket å få svar på. Det var også utfordrende å få intervjuene til å flyte så fritt som ønskelig. Det ble derfor utarbeidet en ny intervjuguide, med tematiske forskningsspørsmål og intervju spørsmål, og med vekt på spørsmål som forhåpentligvis ville utløse spontane beskrivelser fra deltakerne (vedlegg 2). Dette kan gjøres ved å stille spørsmål som «hva» og «hvordan», og be om beskrivelser

(Kvale et al., 2015). De 8 neste intervjuene fulgte den nye intervjuguiden, og det ble en markant forbedring av kvaliteten på intervjuet etter denne endringen. Innholdet i spørsmålene som sådan ble ikke endret, men det ble mer fokus på hva det ble spurt om og hvorfor. Det gjorde det igjen lettere å avklare de meningene som er relevante for studien underveis i intervjuet. Ifølge Kvale et al. (2015) vil slike forsøk på å tydeliggjøre intervjupersonens utsagn gi den senere analysen et sikrere grunnlag, og bestrebelser på meningsavklaring under intervjuet kan fortelle deltakerne at forfatteren faktisk lytter og er interessert i det hun sier.

Intervjuet startet med at deltakerne ble bedt om å beskrive de pusteteknikkene de hadde lært på kurs, noe som viste seg som en nyttig start på flere måter. Deltakerne fikk hentet frem de pusteteknikkene de hadde lært fra hukommelsen, det ble etablert en felles forståelse av hva de ulike pusteteknikkene ble kalt og hva de gikk ut på, og tema for intervjuet ble satt. I tillegg var dette et lite sensitivt tema, og det egnet seg godt som innledning. Intervjuet ble også avsluttet med ett par lite sensitive spørsmål, og det ble markert at intervjuet nærmet seg slutten ved å oppfordre deltakerne til å føye til noe dersom det var noe mer de ønsket å formidle innen temaet. De fleste deltakerne hadde noe de ønsket å tilføye. Etter intervjuet ble det en debriefing av intervjusituasjonen, der forfatteren spurte hvordan de opplevde å bli intervjuet. Samtlige deltakere oppga at det hadde vært fint å få snakke gjennom og gjenoppleve fødselen.

2.4.1 Etiske overveielser

Studien ble gjennomført i overensstemmelse med Helsinkideklarasjonene om etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker (Den Norske Legeforening, 2016). Alle deltakerne i studien fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, hva som var forventet av dem, at deres deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg (vedlegg 3). Deltakerne ble informert om at alle data blir behandlet konfidensielt, at datamaterialet blir anonymisert og at lydopptaket blir slettet etter transkribering. Forfatteren sikret seg muntlig og skriftlig samtykke til deltakelse (vedlegg 4). Datainnsamlingen i en kvalitativ studie har en personlig karakter, og en fødsel er både intim og sensitiv. Det er derfor viktig at partene opplever gjensidig tillit og respekt (Malterud, 2011). Forfatteren oppfattet ikke at spørsmålene denne studien ønsket å få svar på var av en slik art at det innebar risiko og belastning for deltakerne. Dette ble understøttet av deltakerne, som uttrykte at det var fint å få prate om fødselen. Kunnskap om hvordan deltakerne opplever å bruke pusteteknikker under fødsel er nyttig for vitenskapen, og noe som igjen er en viktig forutsetning for å ha et etisk forsvarlig forskningsprosjekt (Malterud, 2011). REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig

forskningsetikk) ble kontaktet for en vurdering av prosjektet, og konkluderte med at prosjektet ikke var meldepliktig. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (vedlegg 5).

2.5 Analyse

Det transkriberte materialet ble analysert ved hjelp av Graneheim og Lundman (2004) sin manifest og latent innholdsanalyse. Formålet med analysen var å beskrive variasjoner gjennom å identifisere likheter og forskjeller i tekstinholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Hermeneutiske prinsipper baseres på at forfatteren i det transkriberte materialet skal danne en intuitiv forståelse av teksten som helhet, for så å fortolke forskjellige deler av teksten og sette den sammen igjen til nye relasjoner i forhold til helheten av materialet (Kvale et al., 2015). Analysen ble gjennomført i flere trinn.

I analysens første trinn ble det dannet et helhetsinntrykk av materialet. Allerede under intervjuet begynte analysen av materialet ved at forfatteren dannet seg et bilde av hva deltakerne ønsket å formidle. Under transkriberingen fortsatte analyseringen av meningsinnholdet i intervjuene, og forfatteren lyttet til intervjuene og leste de ferdige transkriberte intervjuene mange ganger for å se etter meningsbærende enheter og få et helhetsinntrykk. Veileder leste det transkriberte materialet. Analysen ble først gjennomført hver for oss, før den ble gjort sammen. Det var høy grad av samstemthet i analysen.

I analysens andre trinn ble de meningsbærende enhetene identifisert. En meningsbærende del av teksten kalles en meningsenhet, og kan utgjøres av ord, meninger og deler av en tekst som hører sammen i sitt innhold og sammenheng. Det er viktig at meningsenheten ikke er for stor, da den da kan ha flere betydninger, men den må heller ikke være for liten da resultatet kan bli fragmentert (Graneheim & Lundman, 2004). De meningsbærende enhetene i denne studien består for det meste av hele og oppdelte setninger, og disse ble markert i teksten.

I analysens tredje trinn ble teksten kondensert. Det gjør teksten kortere, mer letthåndterlig, men bevarer det sentrale innholdet. Deretter abstraheres den kondenserte tekstens koder, som vil si at innholdet løftes til et høyere, logisk nivå. Det var nødvendig å stadig kontrollere at kodene var gyldige mot meningsenhetene og den kondenserte teksten. Kodene er en etikett på en meningsenhet som kort beskriver dens innhold. Koder er redskap som hjelper forfatteren til å reflektere over sine data på nytt, og skapes alltid med hensyn til meningsenhetens kontekst. Kodene ble til slutt skrevet opp på en stor tavle, og sammen med veileder samlet forfatteren koder med lignende innhold i underkategorier og så i kategorier. Kategoriene relaterer til

innholdet i kodene på en beskrivende eller manifest nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Det var enkelte koder som var lette å plassere i riktig underkategori, mens andre måtte tolkes og diskuteres før de kunne plasseres. Denne prosessen pågikk i flere runder, der det stadig måtte reflekteres over nye tolkninger og måter å forstå teksten på.

I analysens fjerde trinn ble betydningen av alt analyse materialet sammenfattet, og et tema vokste frem. Temaet er den røde tråden gjennom samtlige kategorier, og temaets fremvekst kan ses som en prosess som pågår under hele analysearbeidet. Temaet er svar på «Hva handler dette om», og er det latente budskapet i et antall kategorier. Eksempler på hvordan innholdsanalysen ble utført vises i tabell under.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
Jeg hadde hørt så mye bra om det. En venninne sa det var helt fantastisk og at det hjalp henne veldig	Hørt mye bra, venninne anbefaler	Anbefaling fra andre	Å ta initiativ til å lære pusteteknikker	Å føle seg motivert
Etter kurset tenkte jeg; hvis jeg puster gjennom dette her så vil jeg klare meg, vet du hva, dette skal jeg klare	Jeg puster meg gjennom det, dette klarer jeg	Tillit til egen kropp		
Egentlig er det bare det å virkelig kunne slappe av. Jeg tenkte lettere sagt enn gjort, men det er egentlig ikke det, bare gi slipp på alt og slapp av	Det å virkelig kunne slappe av, gi slipp på alt	Avslapning	Å være fokusert på pusteteknikker	
Du har et mål, hvor du kan fokusere på noe annet enn smerte. Du vet du kommer ut av det igjen, at smerten slipper taket, i mellomtiden bare puster du	Et mål å fokusere på pust	Fokus		

Figur 1. Eksempel på hvordan innholdsanalysen ble utført med meningsenhet, kondensert meningsenhet, kode, underkategori og kategori

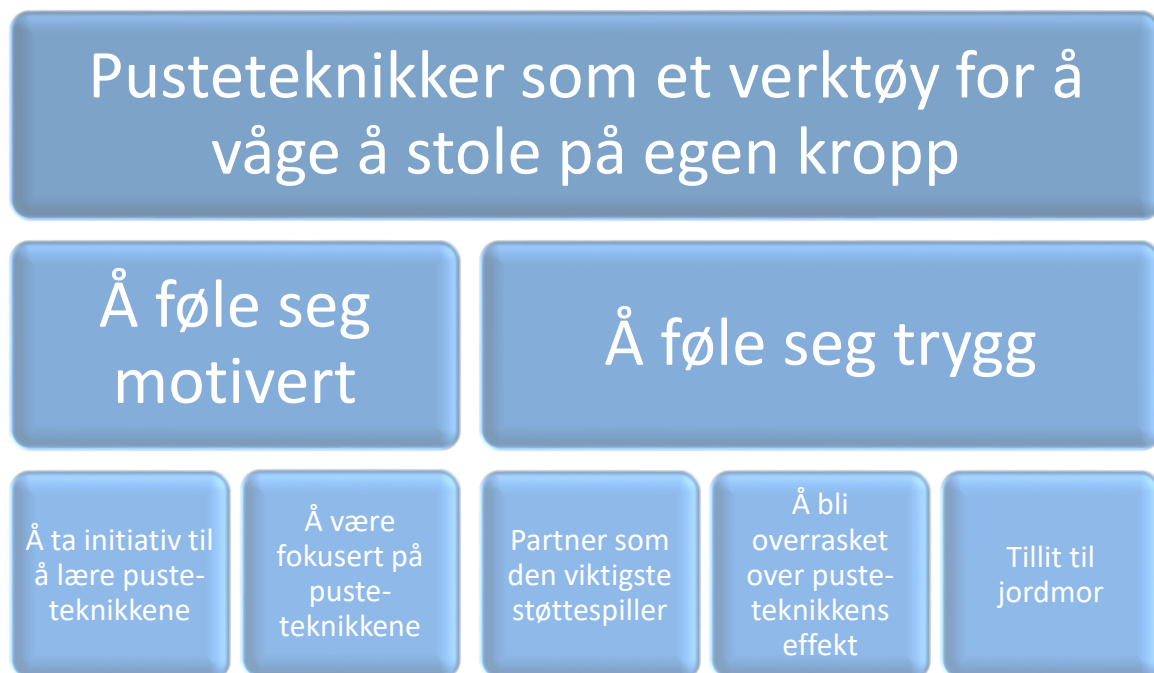
Tema	Pusteteknikk som et verktøy for å våge å stole på egen kropp				
Kategori	Å føle seg motivert		Å føle seg trygg		
Underkategori	Å ta initiativ til å lære pusteteknikk	Å være fokusert på pusteteknikk	Partner som viktigste støttespiller	Å bli overrasket over pusteteknikkens effekt	Tillit til jordmor
Koder	Motivasjon, beskrivelse av pusteteknikk, forberedelse, tillit til egen kropp, kunnskap, mental innstilling, øvelse/innlæring, anbefaling fra andre, eierskap til fødsel, fokus i svangerskapsom sorgen	Avslapning, kontroll, fokus, verktøy, tilstedeværelse i egen kropp, tidlig trykketrang, pesepust, kroppen tar kontroll, pressfaseforvirring	Tillit til partner, felles fødselsopplevelse, Trygghet for partner, anerkjennelse	Anbefale til andre, mestring, hjemme lenge, god fødselsopplevelse, miste kontroll, fødselssmerte, ønske å gi etter for smerte	Anerkjennelse fra jordmor, kommunikasjon, veiledning, jordmor tar kontroll, bli sett, forstyrrende element, annen smertelindring, trygghet

Figur 2: Koder, underkategorier, kategorier og tema fra innholdsanalysen

3.0 RESULTAT

I analysen av intervjuene vokste det frem to kategorier med et overordnet tema. Kategoriene var identifisert som *Å føle seg motivert* og *Å føle seg trygg*. Det overordnede tema ble identifisert som *Pusteteknikk som et verktøy for å våge å stole på egen kropp*. Samtlige deltakere beskriver pusteteknikkene som et verdifullt redskap de kunne bruke i fødsel. Ved å lære pusteteknikker forberedte de seg til fødselen. Det at partner også var involvert i forberedelsen ga paret en større trygghet, både i forhold til fødsel og til hverandre. Deltakerne var motiverte for å bruke pusteteknikkene, og de hadde en forventning om at det skulle hjelpe dem gjennom fødselen. Med støtte og anerkjennelse fra partner og jordmor, opplevde deltakerne at de mestret riene når de brukte pusteteknikkene, og de våget å stole på egen kropp.

I dette kapittelet vil det bli gitt en beskrivelse av innholdet i hver kategori, illustrert med sitat fra teksten. Sitatene er valgt ut fordi de gir gode beskrivelser av deltakernes opplevelse, eller er meningstette i innholdet. Sitatene fra teksten fordelte seg jevnt i de fem underkategoriene, og det er tatt med sitater fra 10 av de 11 intervjuene.



Figur 3: Oversikt over tema, kategorier og underkategorier

3.1 Å føle seg motivert

I intervjuene fremkom det at samtlige deltakere var motivert til å lære pusteteknikk og ønsket å anvende det under fødselen. Deltakerne var blitt anbefalt å gå på kurs av venner og familie, og flere hadde også lest i bøker at det var en fin måte å forberede seg til fødsel på. Noen ble også anbefalt Lamazekurs eller yoga for gravide av jordmor i svangerskapsomsorgen. Ved å forberede seg til fødsel opplevde deltakerne en følelse av kontroll, noe de fant stor hjelp i når fødselen startet. De følte seg rolige, de visste mye om fødselen, og flere kommenterte at de ikke forsto hvordan folk klarer å føde uten den tryggheten og kunnskapen et kurs gir. Flere av deltakerne ønsket å benytte graviditeten til å gjøre noe positivt for seg og sitt ufødte barn, og valgte yoga for gravide. Deltakerne på Lamazekurset fremhevet det å gjøre noe sammen som et par som viktig.

3.1.1 Å ta initiativ til å lære pusteteknikker

Deltakerne tok initiativ til å lære pusteteknikker blant annet fordi de ble motivert av sin omgangskrets til å melde seg på kurs. Mødre, søstre, kollegaer og naboer fortalte om hvor mye pusteteknikker hadde hjulpet dem i fødsel. Noen hadde også fått anbefalt det kurset de meldte seg på. Deltakeren som var 2. gangs fødende ønsket å få en bedre fødselsopplevelse denne gangen, og meldte seg på kurs for å dempe sin egen uro for fødselen. Mange deltakere trakk frem at de var svært fornøyde med kursholderne, som forklarte pusteteknikker og fødselens faser på en lettfattelig måte. Litt trening måtte til for å lære pusteteknikkene, men ingen opplevde at det var vanskelig å lære, selv om alt ikke kom naturlig i en innlærings situasjon.

«Nja, noe av det var lett, men i forhold til det vi lærte sist om å ikke presse, synes jeg var vanskelig å finne rytmen i den. Men da fikk vi også beskjed om at – igjen – det blir naturlig når du først er der» (Intervju 10)

Ingen av deltakerne opplyste at å unngå smertestillende medikamentert var motivasjon for å melde seg på kurs, men de ønsket å bruke pusteteknikker som et verktøy for å mestre fødselssmertene. Et par av deltakerne sa de ønsket en så naturlig fødsel som mulig, mens andre hadde i utgangspunktet tenkt å bruke epidural. Flere deltakere ble motivert til å klare fødselen uten bruk av epidural etter å ha gått på kurs.

*«Så etter kurset var jeg sånn; nei vet du hva, dette her klarer jeg uten epidural!»
(Intervju 4)*

Ut i fra deres beskrivelse fremkom det at å gå på kurs var en mental forberedelse på det som skal komme, og å lære å stole på egen kropp. En beskriver at noe av det viktigste hun lærte på yogaen var å være fullstendig tilstede i kroppen, å være mest mulig i kroppen der det skjer og minst mulig i hodet. Flere nevnte at det var viktig å tenke på at smertene ikke var farlige, at dette var gode smerter som det skulle komme noe godt ut av. Deltakerne hadde også forsøkt å sette seg inn i ulike fødselsfaser for å få bedre kunnskap om fødsel. For de fleste handlet det mye om mental innstilling.

«For meg var det viktig, ikke bare pusteteknikkene, men det at man delte fødselen inn i de ulike fasene, og jeg visste at i denne fasen kan jeg puste sånn. Det at jeg var mentalt forberedt, jeg tror det var veldig viktig» (Intervju 8)

Det var generelt lite fokus på fødselsforberedelse og pusteteknikk i svangerskapsomsorgen, noe mange var litt overrasket over. Noen uttrykte skuffelse over at tilbudet de fikk gjennom svangerskapskontrollene ikke dekket deres behov. Dette kunne føre til en liten diskusjon med partner om det var nødvendig å betale ekstra for et annet kurs, og løftet frem spørsmålet om det offentlige tilbudet ikke er godt nok. Samtlige deltakere har søkt etter kurs og betalt kurset selv. En deltaker lette spesifikt etter et fødselsforberedende kurs, da hun kom fra et land der det var mer vanlig enn her i Norge. Flere reiste opp mot en time for å komme til kursstedet. Nesten alle deltakere ønsket mer fokus på fødselsforberedelser i svangerskapsomsorgen, og hevdet at alle jordmødre bør kunne mye om bruk av pusteteknikker. En deltaker er helt klar på pusteteknikkens plass i svangerskapsomsorgen:

«Dette er noe som alle må lære. Det må være en del av det norske samfunn på fødselskurs!» (Intervju 4)

3.1.2 Å være fokusert på pusteteknikker

Deltakerne fortalte at pusteteknikkene hjalp dem å fokusere på å puste og ikke kjenne så mye på fødselssmertene. Mye av det de lærte på kurs fikk de bruk for, men nesten samtlige deltakere hadde problemer med å skille de ulike pusteteknikkene fra hverandre, og var litt usikre på hvilken teknikk de hadde brukt til enhver tid. Likevel konkluderte de med at det viktigste var å fokusere på pusten og finne en rytme som passet dem og rienes intensitet, noe de også ble oppmuntret til på kurs. Ved at de fokuserte på å puste var de tilstede i egen kropp og bevarte kontroll gjennom hele fødselen.

«Jeg fokuserte på pusting, og det var løsningen på alt. Når jeg glemte å puste så fikk jeg masse smerter, men når jeg fokuserte på pusten så gikk ikke smertene bort, men

det var mer som jeg kunne dykke gjennom rien. Smerten var der, men jeg hadde et tau jeg kunne holde på, og jeg visste at jeg kom ut av den igjen» (Intervju 5)

Flere beskrev at de ble overrasket over at tidlig trykketrang fikk dem ut av balanse, men at de gjenvant kontrollen når de fokuserte på pusteteknikken, og dermed klarte de å unngå å trykke, selv om kroppen ville. Deltakerne beskrev også at når smertene ble sterkere mot slutten av åpningstiden, så krevde det mye mer konsentrasjon for å klare å puste seg gjennom riene. Partner og jordmor var viktige støttespillere for å klare å være motiverte og fokusere på pusteteknikker i dette stadiet av fødselen.

«De siste timene så ble det overfladisk pusting, og da måtte jeg fokusere på jordmoren og ha hjelp av henne til å fokusere på pust, og se på munnen hennes og følge hennes rytme. Og hvis jeg ikke var forberedt på å fokusere på pusteteknikk når rien kom, så klarte jeg ikke å kontrollere det, og kroppen bare tok over» (Intervju 4)

Få deltakere lot seg distrahere, og opplevde ikke at det var problematisk å benytte pusteteknikkene i kombinasjon med andre tiltak. Massasje, bad og varme dusjer ble benyttet av flere deltakere, og en fikk akupunktur. Noen beskrev at lystgass forvirret pusting, og stillingsendring og forflytning kunne også ta fokuset vekk. Men dette var kun korte perioder, og ble ikke oppfattet som problematisk. Deltakerne var fokuserte på pusteteknikker og motiverte til bevare fokuset også når det kunne være forstyrrende elementer som for mye informasjon. En deltaker som hadde med en jordmorstudent beskriver det slik:

«Og de jordmødrene pratet jo en del både med hverandre og til meg, men jeg fikk egentlig ikke helt med meg hva de pratet om, så jeg hvisket til mannen min; er det noe jeg trenger å vite nå? For jeg måtte ha kortversjonen av han for jeg synes de brukte veldig lang tid på å si det de ville. Jeg ville ha sånne klare, korte beskjeder, sånn at de ikke skulle forstyrre meg da. For jeg måtte konsentrere meg om det jeg gjorde og den jobben jeg skulle gjennom. Så ja, jeg.....de forstyrret meg egentlig ikke, for jeg lot meg ikke forstyrre. Det fungerte veldig godt» (Intervju 7)

3.2 Å føle seg trygg

I intervjuene fremkom det at å føle seg trygg var viktig for å kunne fokusere på pusteteknikker. Deltakerne beskriver at det var en stor trygghet å ha støtte i partner. Det at de var sammen om fødselen, og at partneren visste hva hans jobb var og derfor kunne veilede underveis i fødselen var viktig for deltakerne. Det ga deltakerne trygghet å erfare at

pusteteknikkene fungerte underveis i fødselen, og ga dem motivasjon til å fortsette å bruke pusteteknikkene. Jordmor hadde en viktig rolle, blant annet ved å gi deltakerne anerkjennelse for bruk av pusteteknikker og ved å være en kvalifisert fødselshjelper deltakerne kunne ha tillit til.

3.2.1 Partner som den viktigste støttespiller

Alle deltakerne beskrev at partner var en stor støtte under fødselen. Det å få anerkjennelse og oppmuntring fra partner var motiverende og viktig. En deltaker beskriver det at partneren satt og holdt hånden hennes gjennom hele fødselen som en trygghet som i seg selv virket smertelindrende. En annen deltaker beskriver at partneren måtte være der og gi henne tiden på riene for at hun skulle bevare kontrollen og klare å puste seg gjennom dem. For andre var det motiverende å høre partnerens oppmuntrende stemme.

«Men jeg hadde veldig mye hjelp av mannen min som heiet, for da var det bare det jeg klarte å fokusere på; stemmen som kom inn – kom igjen nå! – det har utrolig mye å si!» (Intervju 3)

Deltakerne på Lamazekurset hadde gått sammen på kurs og lært om fødselens dynamikk og hvordan jobbe sammen som par. Noen deltakere hadde vært skeptiske til om partneren ville ha utbytte av kurset i forkant, men endret mening underveis, da kurset viste seg å være svært lærerikt og nyttig. De trekker frem at det var viktig for partner å vite hva han skulle gjøre under fødsel. Det å ha en oppgave og en rolle i fødselen utover det å oppmuntre gjorde at paret møtte mer forberedt til fødsel, og gjorde at partner følte seg mindre hjelpeløs. For deltakerne var dette veldig positivt, de visste hva de kunne forvente og hvordan de skulle jobbe sammen som et par. Denne forberedelsen ga paret en følelse av kontroll, noe de satte pris på begge to. Deltakerne trengte ikke bekymre seg for om partneren hadde det greit. Det at kvinnen hadde tiltro til at partneren visste hva hans oppgave var gjorde at hun slappet av og kunne konsentrere seg om å puste.

«Mannen min var helt fantastisk, han støttet meg gjennom alt, og fødselsopplevelsen var helt fantastisk med han. Han hadde sine oppgaver, hvordan han kunne ta på meg og støtte meg, Han visste hva hans oppgaver var, jeg visste hva jeg kunne forvente» (Intervju 4)

Selv om yoga for gravide ikke hadde like stort fokus på partnerens rolle, så opplevde deltakerne at parkvelden var nyttig. Noen deltakere hadde partnere som trente yoga, og som støttet kvinnene i deres valg. Andre hadde partnere som var mer skeptiske til yoga i

utgangspunktet, men som endte opp med motivere og oppmuntre til bruk av pusteteknikker under fødselen, noe deltakerne satte stor pris på.

3.2.2 *Å bli overrasket over pusteteknikkenes effekt*

Deltakerne opplevde det som lett å bruke pusteteknikkene i fødselens tidlige fase. Etter hvert som riene ble mer intense, opplevde de fleste det som vanskeligere å fokusere på pusteteknikkene. Likevel klarte de å bevare roen og gjennomføre fødselen med en følelse av kontroll, selv om de på et tidspunkt kan ha opplevd at de ikke orket mer og ba om epidural. Da har fødselen vært så langt fremme at det har vært for sent med epidural, og deltakerne uttrykker glede og stolthet over å ha klart seg så bra. Samtlige deltakere forteller om en positiv fødselsopplevelse. Flere uttrykker at de ble overrasket over at pusteteknikkene fungerte så bra som de gjorde, og mener at de både var hjemme lenger og klarte seg uten bruk av epidural nettopp på grunn av pusteteknikkene.

«Det betydde egentlig hele opplevelsen, faktisk. Jeg visste hva jobben min var i hver eneste ri. Jeg holdt på i 13-14 timer fra jeg kom inn på sykehuset. Og i hele den perioden visste jeg hva jeg skulle gjøre, selv om det var ulike faser. Og ikke en gang tenkte jeg at jeg trengte epidural, det var ikke i mine tanker» (Intervju 9)

Et par deltakere forteller om jordmødre som har blitt veldig overrasket over hvor upåvirket de tilsynelatende har vært under riene, og beskriver at jordmor ikke trodde de var så langt i fødsel som det faktisk viste seg at de var ved undersøkelse. Deltakerne trodde heller ikke de var så langt i fødsel som de var. En deltaker forteller at partneren til slutt bestemte at de skulle dra inn til sykehuset selv om jordmor på telefon hadde bedt dem om å vente til riene ble mer regelmessige. Hun hadde 7 cm. åpning da hun kom inn til sykehuset, og fødte to timer senere.

Deltakerne anbefaler bruk av pusteteknikker til venner, kollegaer og naboer, og hevder at pusteteknikken har ført til at de har vært mer avslappet, og det har gitt dem mer kontroll og eierskap til fødselen. Flere peker på at de på grunn av pusteteknikkene ikke hadde behov for smertestillende medikamenter. De fleste deltakerne sier at de ikke ville født barn uten å bruke pusteteknikker, og tror de ville hatt en helt annen fødselsopplevelse uten.

«Om jeg ikke hadde hatt pusteteknikkene, så hadde jeg ikke visst hva jeg skulle gjøre, jeg hadde ikke holdt ut» (Intervju 11)

3.2.3 *Tillit til jordmor*

Samtlige deltakere beskrev at jordmor var en god støtte som bidro til at de følte seg trygge og godt ivaretatt. Når deltakerne følte seg sett av jordmor, opplevde de trygghet. Kontroll var

også viktig for de fleste deltakerne i denne studien, og det kunne komme til uttrykk på forskjellige måter. Blant annet ønsket noen å vite hvor mye lenger fødselen vill vare, og hvor mye vondere ville det bli. Selv om jordmor ikke kunne svare på dette, så fikk deltakerne bekreftelse på at de gjorde en god jobb, og de følte seg sett og hørt. Deltakerne stolte på at jordmor visste hva som var best, og satt pris på at hun tok kontrollen når det var nødvendig.

«Jeg følte meg rolig fordi jeg stolte på jordmora, og at hun kunne ta kontrollen litt. Jeg ba om epidural da jeg kom inn, men da sa hun: la oss prøve badekar først og se hvordan det går. Kanskje så hun at jeg hadde kontroll og klarte meg bra. Jeg sa til jordmora også at jeg ville hun skulle styre fødselen litt, slik at det skulle bli best mulig når jeg ikke visste hva som ventet» (Intervju 2)

Også når deltakerne følte at det ikke ble riktig for dem, så bevarte de sin tillit til jordmoren. Tre deltakere beskriver at de ble bedt om å ligge på ryggen når de egentlig ønsket å stå på alle fire eller stå oppreist, men at de ikke klarte å kommunisere tydelig nok hva de ønsket. En beskriver at det var så ubehagelig å ligge i fødesengen at hun ikke klarte å konsentrere seg om å puste. Det var noen som beskrev at de ikke fikk bruke badekaret like mye som de ønsket. En fikk beskjed om at riene hennes ikke var sterke nok til å gå i badekaret, en annen måtte opp selv om hun ønsket å bli.

«Så når jordmor sa - nå tror jeg du skal ut av det vannet - så var det neeee, er du sikker på det? Men det var nok riktig det og» (Intervju 9)

Deltakerne fikk mye skryt av jordmor for bruk av pusteteknikker, og de fleste opplevde at jordmor ikke involverte seg i pusteteknikkene. Deltakerne opplevde at manglende involvering fra jordmor bekreftet at de hadde kontroll på pusteteknikkene. En deltaker fra yogakurset ble veiledet av jordmor til å puste litt raskere og mer overfladisk på slutten av åpningstiden, noe deltakeren opplevde som veldig positivt. En annen deltaker fra Lamazekurset opplevde å ikke få bruke den raskere og mer overfladiske pusten på slutten av åpningstiden, da jordmor ba henne om å puste dypt og rolig. Deltakeren forsøkte å kommunisere til jordmoren at det var bra for henne å puste mer overfladisk, men jordmoren holdt fast ved at pusten skulle være dyp og rolig. Tross denne uenigheten var deltakeren svært fornøyd med jordmoren, og konkluderer med at *«det gikk jo veldig fint likevel» (Intervju 10).*

4.0 DISKUSJON

I dette kapittelet blir først studiens kvalitet diskutert. Deretter diskuteres resultatene fra analysen.

4.1 Diskusjon av studiens kvalitet

Formålet med denne studien var å se på hvordan kvinner opplever å bruke pusteteknikker under fødsel. Resultatene fra studien kan evalueres ved å se på troverdighet, gyldighet og pålitelighet. Alle studier må forsøke å være så troverdige som mulig, og må evalueres i henhold til analysemetoden (Graneheim & Lundman, 2004). For å sikre troverdighet har arbeidet med denne studien blitt utført samvittighetsfullt og ærlig fra prosessens start, gjennom de ulike analysetrinnene, og til slutt ved å identifisere uttalelser fra deltakerne. Det har pågått en kontinuerlig sammenligning mellom data, koder og kategorier i analyseprosessen.

All forskning søker å finne ny kunnskap, det finnes ikke *en* sannhet, men flere alternative tolkninger (Lundman & Graneheim, 2008). Som jordmorstudent hadde forfatteren allerede en antakelse om at pusteteknikker hadde en positiv innvirkning på kvinnen, og at det var et verktøy hun kunne bruke for å mestre fødselssmerter. Samtidig ble ikke pusteteknikker brukt under fødselen av hennes egne barn. Frem til praksis som jordmorstudent var ikke pusteteknikker et tema forfatteren hadde reflektert rundt. Det var derfor lett å innta en undrende holdning, og fokus under intervjuene var å få vite mest mulig om hvordan deltakerne opplevde å bruke pusteteknikker. Forfatteren hadde møtt 8 av 11 deltakere på kurs sammen med kursholderne, noe som kan ha vært både positivt og negativt. Deltakerne hadde dannet seg et bilde av hvem forfatteren var før intervjuet, noe som gjorde at det allerede før intervjuet var oppnådd en viss relasjon og fortrolighet. Ulempen kan være at deltakerne ikke uttalte seg fritt om innlæringen og bruken av pusteteknikkene, da de var klar over at forfatteren hadde en relasjon til kursholderne. Det ble derfor klarlagt før intervjuet startet at dette ikke var en evaluering av kurs og kursholder. Av samme grunn ble det forklart at forfatteren ikke kan mye om bruk av pusteteknikker, men at det opplagt nok er av stor interesse, og at det derfor var et ønske å få vite mest mulig om deres opplevelser. Intervjuene foregikk i stua eller rundt kjøkkenbordet hjemme hos informantene. Alle hadde gjort i stand drikke og noen serverte også frukt og kjeks. Stemningen i intervjuene varierte, men var god på hver sin måte. Notater ble skrevet etter hvert intervju slik at beskrivelser og refleksjoner av konteksten for intervjuet ble ivaretatt. Ifølge Kvale et al. (2015) er transkripsjoner en

oversettelse fra talespråk til skriftspråk. Transkriberingen ble utført av forfatteren etter hvert enkelt intervju. Ved å transkribere egne intervjuer ble det reflektert undervis om de emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonene, og meningsanalysen av det som ble sagt ble påbegynt allerede på dette stadiet. Intervjuene ble transkribert ordrett og med pauser, samt med notater der det var latter, usikkerhet eller bastant uttalelse. Der den transkriberte utskriften ikke ga noen mening når man leste den, mens det i muntlig form var forståelig, ble transkriberingen omformulert slik at meningen ble forståelig i skriftlig form, og dermed bedre egnet for analyse. Ordrette intervjutranskripsjoner skaper hybrider eller kunstige konstruksjoner som ikke nødvendigvis er dekkende for den levende muntlige samtalen eller de skriftlige tekstenes formelle stil (Kvale et al., 2015). Det ble forsøkt å få frem best mulig mening av det som ble sagt under intervjuet. Personnavn og stedsnavn ble transkribert, men der sitater er tatt med i analysen er disse utelatt for å sikre konfidensialitet. Av samme grunn er dialekter utelatt i analysen.

Anvendelse av semistrukturert forskningsintervju var nytt for forfatteren, men arbeidserfaring som studie- og yrkesveileder har gitt god erfaring med å snakke med mennesker og forsøke å finne frem til hva det er de ønsker å formidle. Denne erfaringen bidro til trygghet i intervjusituasjonen, og forfatteren opplevde å få meningsrike beskrivelser fra deltakerne.

Et resultat anses gyldig om det løfter frem de karakteristika som er representative eller typiske for det som skal beskrives (Lundman & Graneheim, 2008). For å sikre studiens gyldighet har arbeidet med analysen blitt gjort i samarbeidet med veileder, og det har vært stor grad av enighet vedrørende tolkningen. Gyldigheten ble også sørget for ved å presentere sitater fra ulike deltakere, og disse ble valgt ut med den hensikt å fange ulike opplevelser. Deltakere med ulik erfaring øker muligheten til å kaste lys over forskningsspørsmålet fra ulike vinkler (Graneheim & Lundman, 2004). Deltakerne i denne studien var valgt ut fordi de hadde forberedt seg til fødsel ved å lære pusteteknikker, noe som var essensielt med tanke på formålet. Deltakerne hadde god utdanning og tilsynelatende veletablerte liv, noe som gjorde dette til en homogen gruppe på flere områder. Aldersmessig var det ingen av de helt unge eller eldste fødende. Deltakerne var alle friske, med et barn i hodeleie, født til termin. Samtlige fødsler var ukompliserte og uten annen inngripen enn en episiotomi og en induksjon på grunn av overtid. Dette var i utgangspunktet ikke et inkluderingskriterium, men noe forfatteren reflekterte over da alle intervjuene var gjennomført. Det kan være tilfeldig, da samtlige deltakere på de to kursene sa seg villige til å delta, men det kan også si noe om hvem

det er som melder seg på kurs. Dette kan ha påvirket resultatet. Det kunne vært interessant og sett på hvem det er som melder seg på denne typen fødselsforberedende kurs.

Det var planlagt å inkludere en gruppe kvinner som ikke hadde forberedt seg til fødsel ved å lære pusteteknikker, men som derimot fikk veiledning i bruk av pusteteknikker av jordmor på fødestuen. På grunn av begrenset tid og mangel på aktuelle deltakere måtte denne planen skrinlegges i denne omgang. Erfaringer fra disse kvinnene ville ha bidratt med interessante beskrivelser av deres opplevelse med bruk av pusteteknikker under fødsel.

8 av intervjuene ble foretatt 1-4 uker etter fødsel, noe som var en fordel da deltakerne hadde fødselen friskt i minne. 3 av intervjuene ble foretatt 4-7 måneder etter fødsel, og disse deltakerne hadde fått fødselen noe mer på avstand. Likevel er det ikke lenger tid siden enn at de husker fødselsopplevelsen godt, selv om tiden kan forringe minnene noe.

Gjennom refleksjoner knyttet til valg og erfaringer underveis har det blitt tydeliggjort hva som er gjort, hvorfor og hvordan. Påliteligheten er sørget for ved at det er forfatteren som har gjennomført alle intervjuene, transkriberingen og analysen. I denne studien har veileder lest samtlige intervjuer og gjennomført deler av analysen sammen med forfatteren, noe som ifølge Lundman og Graneheim (2008) øker påliteligheten i resultatet. I analysen av materialet ble det gått mange runder, både til opptakene fra intervjuene og transkripsjonene. På den måten var det mulig å forbli tekstnær gjennom hele prosessen, og sitatene gjorde det mulig å bekrefte sammenhengen med fortolkningene.

Forfatterens forforståelse ble sett på som en styrke, men det kan også føre til en forventningsskjevhet. For å minimere denne risikoen så mye som mulig, har forfatteren forsøkt å være minst mulig forutinntatt og mest mulig åpen når intervjuene ble gjennomført.

4.2 Diskusjon av resultatene

I denne studien fremkom det at deltakerne ønsket en best mulig fødselsopplevelse gjennom å forberede seg mentalt og fysisk ved å gå på Lamazekurs eller yoga for gravide. Med støtte fra familie og venner tok de initiativ til å melde seg på kurs. Dette støttes av Manger og Wormnes (2015) som sier det må være et samspill mellom det psykiske, det fysiske og de sosiale omgivelsene våre for å kunne frigjøre alle ressursene våre. En studie fra England konkluderte med at de fleste deltakere på fødselsforberedende kurs kommer fra middelklassen, er eldre og gifte. De unge, ugifte kvinnene fra arbeiderklassen deltok ikke i like stor grad på fødselsforberedende kurs, og de var også mest negative til innholdet. De opplevde at kursene var for tekniske, med for lite vekt på følelsesmessige og psykologiske spørsmål (Cliff &

Deery, 1997). En studie av Fabian et. al (2004) viser at ressursvake kvinner eller kvinner som har vurdert abort eller er bekymret for fødselen ikke deltar på fødselsforberedende kurs i like stor grad. Dette støttes også av brukerundersøkelsen «*Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge*» (TNS Gallup, 2003), der deltakelse på fødselsforberedende kurs var høyest blant de med høy utdanning og høy inntekt. Ifølge retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2005), skal kvinners behov og ønsker være utgangspunktet for svangerskapsomsorgen. Det står også at svangerskapsomsorgen skal medvirke til å redusere sosial ulikhet i helse. Svangerskapsomsorgen har en oppslutning på nær 100%, og er derfor en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2005). Nasjonalt råd for fødselsomsorg anbefaler at fødselsforberedende kurs bør være en del av svangerskapsomsorgen, da dette styrker foreldrenes kunnskaper og trygghet. Dette er i tråd med retningslinjene som sier at det er et ønske å flytte oppmerksomheten fra kontroll til informasjon, råd og veiledning. Slik blir det enklere for gravide kvinner og deres familier å ta ansvar for egen helse (Helsedirektoratet, 2005). Likevel tilbyr ikke alle kommuner i Norge fødselsforberedende kurs (St. meld. nr. 12 (2008-2009), 2009). Deltakerne i denne studien valgte å melde seg på et fødselsforberedende kurs som ikke tilbys av kommunen. Det er et tankekors at vi i dagens svangerskapsomsorg ikke kan tilby kvinnene det de selv mener er nødvendig for å være godt forberedt til fødsel. Deltakerne i denne studien kan kategoriseres som ressurssterke, med tid, penger og initiativ til å finne egnet kurs. Resultatene fra Cliff & Deery (1997) og Fabian et al. (2004) samt brukerundersøkelsen «*Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge*» (TNS Gallup, 2003), tyder på at det er denne gruppen kvinner som er mest interessert i å delta på kurs, noe det kan være flere grunner til. Det kan tolkes som at deltakerne i denne studien tilhører en gruppe kvinner med et behov for kontroll. Deltakerne i denne studien er ressurssterke, og har mulighet til å betale for å få den type kurs de føler er riktig og nødvendig for å være forberedt til fødsel. For mindre ressurssterke kvinner kan kostnaden og ressursene det kreves for å finne et tilsvarende kurs gjøre at det ikke er et reelt valg. I tillegg er det flere steder i landet som ikke har det samme tilbudet. Lav mestringsforventning til kurs som kan minne for mye om skole kan være en grunn til at yngre kvinner med lavere utdanning ikke ønsker å delta. Dette fører til et classeskille innen svangerskapsomsorgen som ikke er ønskelig. På den andre siden kan det være at det ikke er like aktuelt for alle å delta på fødselsforberedende kurs, og det bør derfor forskes på hvordan svangerskapsomsorgen kan tilrettelegges slik at flere får veiledning tilpasset sitt behov. I denne studien var det en fødselspedagog og en yogainstruktør som var kursholdere. Det kan være nyttig å reflektere over betydningen av dette i forhold til resultatene. En jordmor er ikke

nødvendigvis en god formidler selv om hun er god på fødselsomsorg, og er ikke nødvendigvis den som er best egnet til å holde fødselsforberedende kurs. Tradisjonelt har både fysioterapeuter og fødselspedagoger vært sterkt inne når det gjelder fødselsforberedende kurs, og forfattere av anerkjent litteratur innen graviditet, fødsel og barseltid speiler dette. Elisabeth Bing (Bing, 1994) og Penny Simkin (Simkin, Whalley & Keppler, 1991) er fysioterapeuter, Sheila Kitzinger (Kitzinger et al., 2000) er sosialantropolog med spesialisering innen graviditet, fødsel og barseltid og Janet Balaskas (Balaskas, 1991) er fødselspedagog. Hvordan informasjonen blir formidlet påvirker antagelig deltakernes motivasjon, og kanskje bør man se på hvem som er best egnet til denne formidleroppgaven. Det utelukker ikke at jordmor er egnet til oppgaven, men åpner for andre alternativer der jordmor enten ikke ønsker å holde kurs, eller ikke har kapasitet. Flere jordmorstillinger ute i kommunene kan gi et bedre kurstilbud til kvinnene og deres partnere. Dette vil heve kvaliteten på svangerskapsomsorgen i tråd med retningslinjene.

I intervjuene fremkom det at deltakerne brukte pusteteknikkene som et verktøy for å slappe av, bevare kontroll og holde fokus. Selv om pusteteknikkene kunne være vanskelig å gjennomføre når riene ble mer intense, så opplevde deltakerne at de bevarte kontrollen, og de var motiverte for å bruke pusteteknikkene under fødsel. Troen på at pusteteknikker har en positiv innflytelse på deres fødselsopplevelse øker deres motivasjon. Dette støttes av det Bandura (1997) kaller «outcome expectation». Forventningen om at pusteteknikkene vil være positivt for fødselsopplevelsen, sammen med troen på at man kan klare å gjennomføre det, øker sannsynligheten for at man vil lykkes. Kulesza-Bronczyk et al. (2013) viser i sin studie at kvinnene som hadde en forventning om å mestre riene gjerne valgte strategier der de selv tok kontroll, noe som førte til mindre smerteopplevelse og bedre samarbeid med fødselshjelperne. Kvinner som manglet denne indre kontrollen følte seg ofte mer hjelpeløse og hadde mindre realistiske forventninger til fødselen (Kulesza-Bronczyk et al., 2013). Ifølge Bandura (1997) er mestringsforventningen basert på at de vet hva de skal gjøre, holder fast ved oppgaven og ikke lar seg distrahere. Det kan derfor være interessant å se om opplevelsen er annerledes om man ikke selv har valgt å lære pusteteknikker på forhånd, noe Bergström undersøkte i sin doktoravhandling «*Psychoprophylaxis – antenatal preparatin and actual use during labour*» (Bergström, 2010). I denne studien ble en gruppe randomisert til å følge enten et kurs som inneholdt psykoprofylakse (en variant av Lamaze) eller standard fødselsforberedende kurs i Sverige. Hun konkluderte med at fødselsforberedende kurs med fokus på pusteteknikker og avslapningsteknikker ikke påvirket fødselsopplevelsen eller

epiduralbruken sammenlignet med vanlig fødselsforberedende kurs. Tross dette viste undersøkelsen at flere var fornøyde med den fødselsforberedende delen av kurset. I tillegg konkluderte hun med at faktisk bruk av pusteteknikker og avslapning under fødselen kunne ses i sammenheng med lavere risiko for akutt keisersnitt (Bergström, 2010). Det finnes flere ulike avslapningsteknikker, og bruk av pusteteknikker er en relativt vanlig metode som har vist seg å ha god effekt (Arendt & Tessmer-Tuck, 2013). Forskning har vist at kunnskap om fødselens dynamikk og det å ha et redskap til å mestre riene gir kvinnene en følelse av kontroll og trygghet, noe som igjen er sentralt for at fødselsopplevelsen skal være positiv. Det gir kvinnene en realistisk forventning til det å føde og mer aktiv deltagelse i fødsel (Berentson-Shaw, Scott & Jose, 2009; Fisher et al., 2012; Jones et al., 2012; Mander, 2010; McKinney, 2006; Spiby et al., 2003). Ut fra dette kan det tyde på at det er viktig å støtte og utvikle kvinnens tro på fødselsmestring. Deltakerne i denne studien har alle selv tatt initiativ til å lære pusteteknikker, og har derfor hatt stor motivasjon både for å lære dette og bruke det aktivt i fødsel. I tillegg har kursene blitt ledet av erfarne kursholdere som også er sterkt motiverte for å undervise i dette emnet. Dette kan påvirke resultatet på flere måter. Selv om deltakerne i denne studien alle selv hadde tatt initiativ til å lære pusteteknikkene, og i utgangspunktet var positive, så ble de likevel overrasket over hvor god effekt det hadde. Det kan ha sammenheng med at deltakerne ikke visste hva det ville si å være i fødsel, da 10 av 11 var førstegangsfødende. Kanskje var de forberedt på at fødselen skulle bli mer strevsom, i kombinasjon med at de ikke helt visste hvordan pusteteknikkene ville virke, og dermed ikke hadde 100% tillit til effekten. Samtidig kan det være at når man selv har valgt å bruke pusteteknikker, så har man en tendens til i ettertid å forsvare sine egne valg. De aller fleste mente at den positive fødselsopplevelsen var på grunn av bruk av pusteteknikker og kombinasjonen av alt de lærte på det fødselsforberedende kurset. Det kan derfor tyde på at denne type kurs er godt egnet for å forberede seg til fødsel for en del av befolkningen. En kartlegging av hva blivende foreldre tenker om bruk av pusteteknikker i fødsel kan være nyttig. Det kunne også vært interessant å se på hva jordmødre i svangerskapsomsorgen tenker om bruk av pusteteknikker som forberedelse for fødsel. Ved å holde fokus på pusteteknikker kan kvinnen bevare kontroll over kroppen sin, og nettopp kontroll var viktig for deltakerne i denne studien. Det er avgjørende at kvinnene har tro på at de effektivt kan bruke den kunnskapen og ferdighetene de har når de har lært å bruke pusteteknikker. Dersom kvinnene ikke er motiverte for å bruke pusteteknikker, så kan effekten også utebli. Man kan derfor argumentere for at jordmor i svangerskapsomsorgen har en viktig rolle for å motivere kvinnene til å bruke pusteteknikker, da det gir flere positive gevinster og ikke har noen

bivirkninger. Samtidig må motivasjonen komme fra kvinnene selv. Hva som skal til for å motivere den enkelte kan variere. For noen kvinner vil det ikke være aktuelt å lære pusteteknikker, det kan være andre ting i deres liv som tar deres oppmerksomhet. Det må heller ikke være slik at kvinnene føler seg presset til å lære pusteteknikker. Blir det et press kan det oppleves som en forventning til noe man må mestre, som igjen kan føre til at kvinnene føler seg mislykket dersom de ikke ønsker eller klarer å bruke pusteteknikkene. Samtidig bør kvinnene opplyses om mulige fordeler slik at de kan ta et informert valg. Det vil være nyttig å forske på hvordan svangerskapsomsorgen kan organiseres for å forberede flest mulig blivende foreldre på best mulig måte til fødsel. For å oppnå avslapning og kontroll kan kvinnen bruke mange ulike tilnæringsmåter, men puste må man uansett gjøre. Bruk av pusteteknikker utelukker ikke bruk av andre smertelindringsmetoder, det er helt gratis og kan brukes hvor som helst.

Det fremkom at partneren var en stor trygghet og hjelp for deltakerne i denne studien. Det å forberede seg til fødsel sammen, og å få støtte og anerkjennelse fra partner under fødselen var viktig for deltakerne. Deltakerne opplevde det som trygt at partneren visste hva han skulle gjøre under fødselen. Det fremkom også at alle deltakerne var hjemme til fødselen var godt i gang, noe man kan se i sammenheng med at paret var forberedt på det de hadde i vente. Vi vet fra tidligere forskning at det kan være vanskelig å vite når fødselen er i gang, og at mange er redde for å bli sendt hjem igjen fra sykehuset (Eri, Bondas, Gross, Janssen & Green, 2015; Nyman, Downe & Berg, 2011). Det kan være vanskelig både for jordmor og parene å vite når det er rett tid å reise inn til sykehuset. Å våge å være hjemme når fødselen starter avhenger av hvor trygge parene føler seg i forhold til fødselens dynamikk. Funn fra en studie utført i Norge peker på at det gjerne er partner eller kvinnens mor som ønsker å reise inn til sykehuset for å få en kontroll. Kvinnene kan være litt mer tilbakeholdne da de kan oppleve det som et nederlag å bli sendt hjem igjen (Eri, Blystad, Gjengedal & Blaaka, 2010). Å føle seg trygg handlet om at deltakerne hadde støtte i sin partner og tiltro til pusteteknikkene. Dette støttes av Nordhelle og Sakhi (2014) som sier at troen på egne evner og at man har andre som vil være en støtte gir en opplevelse av trygghet. Slik trygghet skaper beskyttelse, og denne beskyttelsen demper eller fjerner angst (Nordhelle & Sakhi, 2014). Forskning viser at partner kan gi kvinnen viktig psykologisk, følelsesmessig og moralsk støtte under graviditet og fødsel (Plantin, Olukoya & Ny, 2011). Uansett ønsker de fleste kvinner å ha partner tilstede under fødselen for å dele opplevelsen med partneren (Lavender, Walkinshaw & Walton, 1999), da det gir en følelse av å styrke forholdet deres (Bondas-Salonen, 1998). Selv om mange studier

peker på partners viktige rolle under fødselen, så er det også gjort en oversiktsstudie som ser på effekten av kontinuerlig støtte for kvinnen under fødselen (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2015). Her konkluderes det med at kontinuerlig støtte har mange fordeler, som mindre bruk av epidural, kortere fødsel og færre instrumentelle forløsninger, men at denne støtten med fordel kan gis av andre enn sykehuspersonalet eller kvinnens partner, som for eksempel en doula (profesjonell fødselsledsager). Det kan henge sammen med at sykehuspersonalet er opptatt med flere gjøremål enn kun støtte av kvinnen, og partner er ukjent med fødsel og blir bekymret når han ser at fødekvinnen har vondt eller blir urolig. En doula derimot har kun en oppgave, og det er å gi trygghet og støtte til kvinnen og hennes partner under fødsel. Flere studier viser at mange partnere føler seg stresset av kravet om å være en støttespiller under fødsel, og er usikre på om de har noe å bidra med (Plantin et al., 2011). I Bergströms doktoravhandling (2010) fremkom det at fedre med fødselsangst som deltok på fødselsforberedende kurs der psykoprofylakse ble undervist (en variant av Lamaze), opplevde fødselen mindre skremmende enn menn med fødselsangst som deltok på et «standard» fødselsforberedende kur. I Stortingsmelding nr. 8, «Om menn, mansroller og likestilling», pekes det på at fedre i for liten grad blir involverte i fødselsforberedelse og barseltiden (St. meld. nr. 8 (2009), 2009). Partneren har en viktig rolle under svangerskapet og under fødselen, og dette bør synliggjøres og støttes i svangerskapsomsorgen. Ved å tilby kurs der partneren kan forberede seg på sin rolle under fødselen kan være fordelaktig for paret. Resultatene fra denne studien peker på at deltakerne følte seg trygge når deres partner visste hva som var deres oppgave underveis i fødselen. Det kan tyde på at når kvinnen vet at partneren har det bra og er trygg, kan hun slappe av og fokusere på pusteteknikker. Det var også interessant at alle deltakerne i studien var hjemme lenge, noe som kan tyde på at bruk av pusteteknikkene gjorde at kvinnen mestret riene og bevarte kontrollen i denne fasen av fødselen. Det er gjerne lettere å slappe av hjemme i kjente omgivelser, og med en trygg partner var dette mulig. Dersom partneren blir utrygg og føler seg hjelpeløs når kvinnen begynner å få rier vil det muligens føles tryggere for begge å reise inn til sykehuset. Fra tidligere forskning (Eri et al., 2015; Nyman et al., 2011) vet vi at det kan oppleves belastende å bli sent hjem fra sykehuset, så det er en stor fordel om parene kan ha det greit hjemme i fødselens tidligste fase. Samtlige deltakere i denne studien var i et stabilt forhold, og man kan tenke at kvinner i mindre stabile forhold eller enslige vil oppleve bruk av pusteteknikker annerledes. Likevel vil det være nyttig å ta med i betraktningen at kvinnene har stor fordel av å ha med en kjent person under fødsel som kan støtte henne på best mulig måte.

Funn og fortolkninger synes å vise at det å føle seg trygg blant annet handlet om tillit til jordmor og av å føle seg anerkjent og sett. Ekspertisen jordmor har innen fødselshjelp gjorde at deltakerne hadde tillit til at hennes anbefalinger var til det beste for fødselens fremgang. Anerkjennelsen kunne være ros og oppmuntring, men også fravær av involvering. Når jordmor ikke involverte seg i pusteteknikkene, opplevde deltakerne at det var fordi jordmor så at de hadde kontroll. Leap (2010) har beskrevet dette som en tilnærming hvor jordmor viser at hun stoler på den ekspertisen fødekvinne har. Det handler om å minimere forstyrrelser, anvisninger, autoritet og intervensjoner, og isteden styrke potensialet for kvinnens instinktive handlinger og iboende fødekrefter (Leap, 2010). Det at jordmor har kompetanse og erfaring fra fødsler kan gi fødekvinne tillit til jordmor. Denne ekspertisen skal ifølge Leap (2010) brukes sammen med kunnskap om når man skal informere, foreslå tiltak og søke hjelp, og når man bør holde seg i bakgrunnen og stole på kvinnens ressurser. Som vi her kommer inn på, balanserer jordmor mellom det medisinske perspektivet og det sosiale perspektivet på fødsel. Fødsel kan ses på som en potensiell krise, der både mors og barnets liv kan være i fare. For å sikre et ønsket utfall, det vil si frisk mor og barn, overvåkes fødselen nøye slik at eventuelle trusler kan behandles. Dette er sett fra et medisinsk perspektiv, og medfører at kvinnen blir gjort til pasient, og medisinsk personell tar ansvar for fødselen (Bryar & Sinclair, 2011). Dersom man ser på fødselen som en naturlig prosess, vil slik overvåking ikke bare være unødvendig, men også skadelig. Den kan føre til restriksjoner og intervensjoner som forstyrrer fødselsforløpet, og føre til overmedikalisering av i utgangspunktet friske kvinner. Med et sosialt perspektiv vil man ta utgangspunkt i at fødselen er en fysiologisk og sosial hendelse, og at kvinnen har iboende fødekrefter i seg. Dahlen (2010) beskriver fødselen som en naturlig prosess som ikke trenger å gjøres til en medisinsk katastrofe. Fødselen skal vernes slik at den kan foregå naturlig uten intervensjoner, samtidig overvåkes på riktig nivå slik at tiltak kan iverksettes der det er behov for å unngå komplikasjoner. For en fødekvinne vil møtet med fødselsomsorgen være preget av helsepersonells perspektiv på fødsel, fødselssmerte og smertelindring. Forståelsen av dette perspektivet påvirker jordmoren i sin daglige praksis, og påvirker igjen fødekvinne opplevelse av fødselsomsorgen (Bryar & Sinclair, 2011). Berg og Lundgren (2012) har utviklet en jordmormodell for fødselsomsorgen som har kvinnen i fokus. Omsorgsmodellen har et helhetlig perspektiv på fødekvinne som skal gi kvinnen tro på seg selv som fødekvinne og ta vare på det naturlige også når det av medisinske grunner er nødvendig med overvåking og intervensjoner (Berg, Asta Ólafsdóttir & Lundgren, 2012). I denne studien var alle deltakerne friske, med forventet friskt barn. Likevel kan jordmors syn på fødsel og fødselssmerte påvirke hvordan fødekvinne blir møtt.

Noen jordmødre tilbyr epidural til kvinner som i utgangspunktet ikke har et ønske om epidural. Dette kan være fordi det fra et medisinsk ståsted er fornuftig, men det kan også være holdninger hos jordmoren som blir fremtredende. Dersom jordmor foreslår epidural, kan man tenke seg at mange kvinner vil takke ja, både fordi de er slitne og ønsker smertestillende, men også fordi de kan oppleve at jordmor har mistet tillit til at de kan føde uten epidural. På samme måte som oppmuntring fra jordmor og partner viste seg å være viktig for å klare å bevare fokus på å puste, kan man tenke seg at når denne oppmuntringen blir erstattet med tilbud om epidural, så vil mange oppleve at de mister motivasjonen til å fortsette å bruke pusteteknikker. Det hadde vært interessant å intervju jordmødre på fødeavdelingen for å finne ut av hva de tenker om bruk av pusteteknikker i fødsel. Da kan man se på hvilken kunnskap jordmødre har om pusteteknikker, og om de anser det som en støtte for parene. Videre ville det vært interessant å se på hvordan jordmødre forholder seg til de parene som bruker pusteteknikker under fødsel. Det kunne vært spennende å utføre en kvantitativ studie for å se om aktiv veiledning i pusteteknikker fra jordmor i fødsel fører til mindre bruk av epidural, eller om det reduserer behov for instrumentelle forløsninger. Kan ledelsen og kollegaer påvirke jordmorens holdninger og valg? Det kan tenkes at dersom fødsel uten epidural blir sett på som noe positivt i arbeidsmiljøet, så vil jordmoren tilstrebe dette. Er derimot holdningen at det ikke er nødvendig å føde uten epidural, kan det føre til at jordmoren tilbyr epidural unødvendig ofte. En fødsel uten epidural kan kreve mer tilstedeværelse og aktiv jobbing av jordmoren, og det er derfor viktig å reflektere over holdninger til epiduralbruk, både hos den enkelte jordmor, men også fra ledelsen og kollegaer. Funn fra denne studien kan også tyde på at kommunikasjonen kunne bli problematisk. Det gjaldt i hovedsak i de tilfellene der deltakeren ble bedt om å ligge på ryggen i fødesengen når de selv ikke ønsket dette, noe de oppfattet som en stilling som skulle gjøre det enkelt for jordmoren. På dette stadiet i fødselen var ikke deltakerne i stand til å uttrykke sine ønsker og behov. Jordmoren bør derfor være særdeles observant for kvinnens behov, spesielt når hun ikke lenger makter å uttrykke seg muntlig, samtidig som jordmoren må være tydelig og ta ledelsen der det er behov. Det er derfor viktig at jordmoren er klar over sin egen holdning, lytter til hva kvinnens ønsker er, og tilstreber en best mulig kombinasjon av kvinnens ønsker og medisinsk forsvarlighet.

5.0 KONKLUSJON

Fra perspektivet til deltakerne i denne studien handlet bruk av pusteteknikker i fødsel om å føle seg motivert og trygg. Motivasjonen viste de ved å ta initiativ til å lære pusteteknikker, og ved å være fokusert på pusteteknikkene i fødsel. Motivasjonene fikk de blant annet fra venner og familie som anbefalte kurs, sammen med ønsket om å være forberedt og tillit til egen kropp. Underveis i fødsel fikk de motivasjon til å bruke pusteteknikker som førte til at de fikk slappet av, at de hadde noe å fokusere på og opplevde at de hadde kontroll.

Tryggheten fikk de fra partner, som var den viktigste støttespilleren, og fra jordmor som de hadde stor tillit til. I tillegg opplevde deltakerne å bli overrasket over pusteteknikkenes positive effekt, noe som førte til at de ble trygge på at de hadde et verktøy de kunne bruke gjennom fødselen. Overordnet handlet det om pusteteknikker som verktøy for å våge å stole på egen kropp.

Pusteteknikker er et verktøy kvinnen kan bruke gjennom hele fødselen, uavhengig av fødested og fødselshjelpere. Det utelukker likevel ikke det faktum at en fødselshjelper som er støttende og har troen på kvinnens iboende fødekrefter har stor betydning. På bakgrunn av tidligere forskning og retningslinjer for svangerskapsomsorgen belyser også denne studien betydningen av fødselsforberedende kurs. For noen kvinner kan det tyde på at pusteteknikker fungerer godt i fødsel, og at jordmødre kanskje bør støtte og oppmuntre kvinnene til å bruke pusteteknikker for å fremme det naturlige i en stadig mer medisinsk tilnærming til fødsel. Puste skal man gjøre uansett, det gir god oksygentilførsel til fosteret, det kan gi helsemessige gevinster, og det koster ingenting å bruke. Samtidig må man se på pusteteknikker i sammenheng med fødselsforberedelse generelt, og betydningen av å ha en støttende partner med seg under fødselen.

Det er gjort få kvalitative studier innen dette feltet, og mer forskning er ønskelig. Forskning kan føre til nyttig kunnskap både for jordmødre i svangerskapsomsorgen, på fødeavdelingene og for jordmorstudentene, og kanskje bidra til å endre innholdet i fødselsforberedende kurs og hvordan svangerskapsomsorgen organiseres.

6.0 LITTERATUR

- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U. & Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2005, Vol.26(3), p.153-165, 26(3), 153-165. doi: 10.1080/01443610400023072
- Arendt, K. W. & Tessmer-Tuck, J. A. (2013). Nonpharmacologic Labor Analgesia. *Clinics in Perinatology*, 40(3), 351-371. doi: 10.1016/j.clp.2013.05.007
- Balaskas, J. (1991). *New active birth: a concise guide to natural childbirth* (Rev. utg.). London: Thorsons; Harper Collins.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Berentson-Shaw, J., Scott, K. & Jose, P. (2009). Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(4), 357-373. doi: 10.1080/02646830903190888
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(2), 79-87. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.001
- Bergström, M. (2010). *Psychoprophylaxis - antenatal preparation and actual use during labour* (Doktoravhandling, Karolinska Institutet, Stockholm, Sverige) Bergström, M., Kieler, H. & Waldenström, U. (2011). A randomised controlled multicentre trial of women's and men's satisfaction with two models of antenatal education. *Midwifery*, 27(6), e195-e200. doi:10.1016/j.midw.2010.07.005
- Bing, E. (1994). *Six practical lessons for an easier childbirth* (3. rev. utg.). New York, USA: Bantam Books.
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondas-Salonen, T. (1998). How women experience the presence of their partners at the births of their babies. *Qualitative Health Research*, 8(6), 784-800.
- Bryar, R. & Sinclair, M. (2011). Conceptualizing Midwifery. I R. Bryar & M. Sinclair (Red.), *Theory for midwifery practice* (2. utg., s. 16-52). London: Palgrave Macmillan.
- Campbell, V. R. & Nolan, M. (2016). A qualitative study exploring how the aims, language and actions of yoga for pregnancy teachers may impact upon women's self-efficacy for labour and birth. *Women and Birth*, 29(1), 3-11. doi: 10.1016/j.wombi.2015.04.007
- Cliff, D. & Deery, R. (1997). Too much like school: Social class, age, marital status and attendance/non-attendance at antenatal classes. *Midwifery*, 13(3), 139-145. doi: 10.1016/S0266-6138(97)90004-8
- Dahlen, H. (2010). Undone by fear? Deluded by trust? *Midwifery*, 26(2), 156. doi: 10.1016/j.midw.2009.11.008
- Eri, T. S., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. (2010). Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery*, 26(6), e25-e30. doi: 10.1016/j.midw.2008.11.005
- Eri, T. S., Bondas, T., Gross, M. M., Janssen, P. & Green, J. M. (2015). A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*, 31(3), e58-e67. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.007
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J. & Waldenström, U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*, 20(3), 226-235. doi: 10.1016/j.midw.2004.01.003
- Farestveit, P. K., Hansen, L. G. & Yogaskolen i, O. (1998). *Frihet i fødselen: yoga for deg og ditt ufødte barn* (2. utg.). Oslo: Yogaskolen i Oslo.

- Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S. & Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 126. doi: 10.1186/1471-2393-12-126
- Folkehelseinstituttet. (2015). Medisinsk fødselsregister og abortregister, statistikkbanker. Hentet 17. november 2015 fra www.statistikkbank.fhi.no/mfr
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. (2015). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7, CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
- Jackson, K., Marshall, J. & Brydon, S. (2014). Physiology and care during the first stage of labour. I J. Marshall & M. Raynor (Red.), *Myles Textbook for Midwives* (16. utg., s. 327-361). Great Britain: Churchill Livingstone Elsevier.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfieric, Z., Gates, S., Newburn, M., . . . Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane*. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2
- Karlsdottir, S. I., Halldorsdottir, S. & Lundgren, I. (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 315-327. doi: 10.1111/scs.12061
- Kitzinger, S., Negaard, T., Moe, N., Oftedal, D. E., Møller, L. & Bryde, S. (2000). *Den nye boken om svangerskap og fødsel: revidert klassiker for det nye århundret - for alle som venter barn* (The new pregnancy and childbirth). Oslo: Teknologisk forl.
- Kulesza-Bronczyk, B., Dobrzycka, B., Glinska, K. & Terlikowski, S. J. (2013). Strategies for coping with labour pain. *Progress in Health Sciences*, 3(2), 82.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lavender, T., Walkinshaw, S. A. & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15(1), 40-46. doi: 10.1016/S0266-6138(99)90036-0
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leap, N. (2010). The less we do the more we give. I M. Kirkham (Red.), *The midwife-mother relationship* (2. utg., s. 17-34). New York: Palgrave Macmillian.
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2008). *Kvalitativ innehållsanalys*. Lund: Studentlitteratur, c2008.
- Magelssen, M. (2008). *Pust for livet: det viktigste helsegrepet du kan ta*. Oslo: Arneberg forl.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mander, R. (2010). *Pain in Childbearing and its Control : Key Issues for Midwives and Women* (2. utg.).
- McKinney, D. (2006). A Qualitative Study of the Bradley Method of Childbirth Education. *International Journal of Childbirth Education*, 21(3), 26-29.
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innen helse. (2016). Hentet 15.05.2016 fra www.mestring.no
- Nordhelle, G. & Sakhi, U. S. (2014). *Angstens røtter: eksistensiell forståelse og mestring*. Bergen: Fagbokforl.
- Nyman, V., Downe, S. & Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour ward world: First time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(3), 129-134. doi: 10.1016/j.srhc.2011.05.004

- Plantin, L., Olukoya, A. A. & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of father's involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review *Fathering*, 9(1), 87.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Saraswati, J. & Spjelkavik, U. (1986). *Yoga og meditasjon i hverdagen* (Yoga, tantra og meditation i min hverdag). Oslo: Aschehoug.
- Simkin, P., Whalley, J. & Keppler, A. (1991). *Pregnancy, childbirth, and the newborn: the complete guide*. Minnesota, USA: Meadowbrook Press.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T. & Crowther, C. A. (2011). Relaxation techniques for pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*(12), CD009514. doi: 10.1002/14651858.CD009514
- Spiby, H., Slade, P., Escott, D., Henderson, B. & Fraser, R. B. (2003). Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 30(3), 189-194 186p.
- St. meld. nr. 8 (2009). (2009). *Om menn, mansroller og likestilling*. (2016). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-8-2008-2009-/id539104/?q=om%20menn,%20mansroller%20og%20likestilling&ch=1#match_0
- St. meld. nr. 12 (2008-2009). (2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barseomsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/?ch=1&q=>
- Sullivan, D. H. & McGuinness, C. (2015). Natural Labor Pain Management. *International Journal of Childbirth Education*, 30(2), 20-25 26p.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- TNS Gallup. (2003). *Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge: Rapport fra en brukerundersøkelse*. Hentet fra <http://slideplayer.no/slide/2056524/>
- Wilsby, A. (2005). *Innan du føder: En inspirerende guide till den nya psykoprofylaxtekniken*. Værnamo: Wahlstrøms.

Vedlegg 1

Intervjuguide

1. Kan du fortelle meg om hva pusteteknikkene betydde for deg i fødsel?
 - hvordan opplevde du det?
2. Hvordan var det å lære disse teknikkene?
 - Var det vanskelig/lett?
 - Hvordan var det å bruke dem i fødsel? Husket du teknikkene?
3. Hva synes din partner om det?
4. Når brukte du pusteteknikkene?
5. Fungerte alle teknikkene, eller var det noen som fungerte bedre enn andre?
 - På hvilken måte?
 - Kan du beskrive hvordan det føltes?
6. Hadde jordmødrene kunnskap om pusteteknikkene?
7. Hvordan var det å kombinere pusteteknikker med andre måter å takle smertene på?
8. Ville du brukt det igjen?
9. Hadde det noen bivirkninger for deg?
 - kunne det være forstyrrende elementer?
 - fikk du den smertelindringen og oppfølgingen du ønsket?

Vedlegg 2

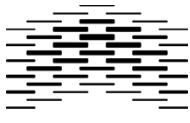
Intervjuguide masteroppgave

Intervju nr: _____ Paritet: _____ Alder: _____ Sivilstand: _____ Yrke/utdanning: _____

I denne samtalen er jeg forsker, og ikke jordmor. Jeg vet ikke så mye om dette, og vil at du forteller meg mest mulig. Det blir mer som en samtale enn det vi tenker på som intervju. Jeg har noen spørsmål her som jeg vil stille, og det kan være jeg spør flere ganger om det samme fordi jeg ønsker mer beskrivelse. Etter intervjuet kan vi prate sammen om hvordan det var å bli intervjuet, og da kan jeg svare på eventuelle spørsmål du måtte ha.

	Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål		
Fødselsforberedelse	Hvordan opplever kvinner å lære å bruke pusteteknikker.	Kan du beskrive de pusteteknikkene du har lært på kurs/hos jordmor? Var det lett å lære?	Hvorfor meldte du deg på kurs? -smertestillende? -EDA? -kontroll? Hva synes partneren din om at du forberedte deg/brukte pusteteknikker?	Snakket dere om pusteteknikk og fødselsforberedelse hos jordmor i svangerskapskontrollen? Hvordan forholdt jordmoren du hadde i fødsel seg til at du brukte pusteteknikker?
Pusteteknikk i fødsel	Hvordan opplever kvinnene å bruke pusteteknikkene i aktiv fødsel?	Kan du beskrive hvordan det var å bruke pusteteknikkene i fødsel?	Når brukte du pusteteknikkene? Hvordan var det? Var det noen pusteteknikker som fungerte bedre enn andre? Kan du beskrive det? Hvordan følte det?	Hendte det noen ganger at du ikke fikk det til? Kan du beskrive det? Hadde det noen uventet, negativ effekt på deg?
Mestring	Opplever kvinnene mestring når de bruker pusteteknikker?	Følte du at du hadde kontroll under fødselen? Panikk? Gjorde uønskede ting=	Kan du fortelle meg hva pusteteknikkene betydde for deg i fødsel?	Hvordan tror du fødselen ville vært uten bruk av pusteteknikker?
Fødselssmerte	Hvordan er opplevelsen av fødselssmerte når man bruker pusteteknikker?	Kan du beskrive hvordan riene kjentes i kroppen? Hvordan kjentes det ut når du brukte pusteteknikkene?	Brukte du andre metoder for å lindre smerter? Hvilke? Hvordan fungerte det sammen med pusteteknikkene?	Ville du brukt det igjen? Hvem ville du anbefale å bruke pusteteknikker? -noen det ikke passer for? -motivasjon?

Vedlegg 3



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

INFORMASJON OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

BRUK AV PUSTETEKNIKK SOM MESTRINGSSTRATEGI I FØDSEL

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å se på hvordan kvinnene opplever bruk av pusteteknikk som mestringsstrategi i fødsel. Du er valgt ut til å forespørres da du har deltatt på yoga for gravide, der pusteteknikk er en del av kurset. Ansvarlig for forskningsprosjektet er Professor Mirjam Lukasse ved Høgskolen i Oslo og Akershus

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltagelse i prosjektet innebærer ett intervju med deg i løpet av den første tiden etter at du har født. Intervjuet vil bli foretatt av masterstudent i jordmorfag; Gitte Højlo Christensen. I løpet av de fire første ukene etter at du har født vil du bli oppringt av studenten, og dere vil avtale tid og sted for intervju. Intervjuet vil ta ca. en time, og det vil bli tatt lydopptak. Du vil bli spurt om hvordan du opplevde fødselen og din bruk av pusteteknikk underveis.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen med intervjuet er at du kan bidra til økt fokus på bruk av pusteteknikk i fødsel. Det kan være en fint å prate om din opplevelse av fødselen, men det kan også oppleves vanskelig og intimt. Det kan også være vanskelig å sette av en time til intervju i en hektisk barselperiode, vi vil derfor så langt det lar seg gjøre tilrettelegge slik at tid og sted for intervjuet er tilpasset dine ønsker.

▲ FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, fyller du ut kontaktinformasjon på siste side. Dette gir studenten tillatelse til å kontakte deg på telefon etter fødsel. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra prosjektet.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte student Gitte Højlo Christensen, mobil: 99 43 43 16, epost: gitte.christensen@hotmail.no, eller veileder Professor Mirjam Lukasse, mobil: 95 77 18 64, epost: mirjam.lukasse@hioa.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

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

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

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

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

SAMTYKKE TIL Å GI KONTAKTINFORMASJON TIL STUDENTEN

JEG GIR TILLATELSE TIL AT FØLGENDE OPPLYSNINGER GIS TIL STUDENTEN, OG AT JEG BLIR KONTAKTET PÅ TELEFON I LØPET AV DE FIRE FØRSTE UKENE ETTER FØDSEL

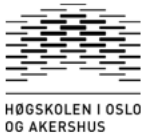
Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Deltakers telefonnummer

Vedlegg 4



SAMTYKKE TIL DELTAKELSE STUDENTPROSJEKT

BRUK AV PUSTETEKNIKK SOM MESTRINGSSTRATEGI I FØDSEL

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie for å se på hvordan kvinner opplever bruk av pusteteknikk som mestringsstrategi i fødsel. Du er valgt ut til å forespørres da du har benyttet deg av pusteteknikk i fødsel. Ansvarlig for prosjektet er Professor Mirjam Lukasse ved Høgskolen i Oslo og Akershus

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltagelse i prosjektet innebærer ett intervju med deg etter at du har født. Intervjuet vil bli foretatt av [masterstudent](#) i jordmorfag; Gitte Højlo Christensen. Studenten ringer deg når du har født og avtaler tid og sted for intervju. Intervjuet vil ta ca. en time, og det vil bli tatt lydopptak. Du vil bli spurt om hvordan du opplevde fødselen og din bruk av pusteteknikker underveis.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen med intervjuet er at du kan bidra til økt fokus på bruk av pusteteknikk i fødsel. Det kan være fint å prate om din opplevelse av fødselen, men det kan også oppleves vanskelig og intimt. Det kan også være vanskelig å sette av en time til intervju i en hektisk barselperiode, vi vil derfor så langt det lar seg gjøre tilrettelegge slik at tid og sted for intervjuet er tilpasset dine ønsker.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Dersom du har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Gitte Højlo Christensen, mobil: 99 43 43 16, epost: gitte.christensen@hotmail.no, eller Professor Mirjam Lukasse, mobil 95 77 18 64, epost: mirjam.lukasse@hioa.no

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

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

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

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

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

JEG HAR MOTATT INFORMASJON OM STUDIEN OG ER VILLIG TIL Å DELTA

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Mirjam Lukasse
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 05.04.2016

Vår ref: 47663 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.02.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 05.04.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47663	<i>Bruk av pusteteknikk som mestringsstrategi i fødsel</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Mirjam Lukasse</i>
Student	<i>Gitte Christensen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.10.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.no

Kopi: Gitte Christensen gitte.christensen@hotmail.no



Formålet med prosjektet er å få kunnskap om hvordan kvinner som lærer pusteteknikker til bruk i fødsel opplever å lære dette og hvordan de opplever å bruke denne lærdommen i fødsel.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene er godt utformet, men vi forutsetter at informasjon om lagring etter prosjektslutt tas ut av skrivene, jf. telefonsamtale med student 05.04.2016. Videre forutsettes det at følgende tekst tas ut av informasjonsskrivene "[...] med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner" ettersom det ikke skal innhentes samtykke til bruk av anonymiserte data.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 31.10.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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