

Mastergradsoppgave i jordmorfag

Fødselsangst og støttesamtale

– et felles oppdrag og utfordring

Kull 2016

MAJO5900

Kandidatnr:102

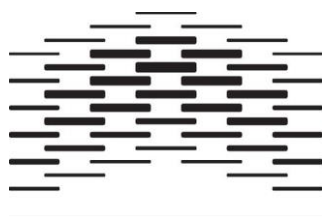
Antall ord:14611

26.10.2017

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Avdeling Kjeller



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Sammendrag

Tittel: Fødselsangst og støttesamtale - et felles oppdrag og utfordring.

Formål: Formålet var å få innsikt i hvordan jordmødrene opplevde at støttesamtale var til hjelp for kvinnen og jordmor i fødsel.

Problemstilling: Å øke kunnskap om jordmødrenes erfaringer av fødselsomsorg til kvinner som har mottatt støttesamtale grunnet fødselsangst.

Metode: Kvalitativ forskningsmetode med empirisk forskningsdesign.

Rekrutteringen var strategisk utvalg. Data ble innsamlet gjennom 8 semistrukturerte individuelle intervjuer (n=8). Materialet ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater: Analysen resulterte i 3 temakategorier: Å møte fødselsangst på fødestuen; Utfordringer i fødselsopplegg; Å håndtere forventninger, og 6 sub-temakategorier: Første møtet med kvinnen; Ønskemål til støttesamtalen; Fødselsopplegg og utfordringer; Viten av fødselsangst; Tro versus ikke tro på samtalen; Syn på forventninger.

Konklusjon: Gjennomført støttesamtale kan bidra til en bedre fødselsopplevelse for kvinnen og en bedre fødselsomsorg.

Nøkkelord: Støttesamtale, jordmors erfaringer, fødselsomsorg, redsel, fødselsangst

Abstract

Title: Birth anxiety and supportive counselling - a common mission and challenge.

Purpose: The aim of this study was to gain an insight into the way in which midwives experienced supportive counselling to help the woman and midwife in childbirth.

Topic question: To raise knowledge about the midwives' experience of maternity care to women who have had a support counselling due to birth anxiety.

Method: A qualitative research method with empirical research design.

Recruitment was a strategic selection. Data was collected through 8 semi- structured individual interviews (n = 8). The material was analyzed by qualitative content analysis.

Results: The analysis findings resulted in 3 thematic categories: To meet birth anxiety in the delivery room; Challenges in birth planning; To handle expectations, and 6 sub-theme categories: The first meeting with the woman; Desires for the support counselling; Birth planning and challenges; Knowledge of birth anxiety; Belief versus not believing in the support counselling; A view of expectations.

Conclusion: Implemented support counselling can contribute to a better birth experience for the woman and a better birthcare.

Key words: Support counselling, midwife's experience, maternity care, birth care, birth anxiety

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
1. Innledning.....	6
1.1 Formål og problemstilling	7
1.2 Begrepsavklaring og avgrensing	7
2. Bakgrunn	9
2.1 Fødselsangst	10
2.2 Støttesamtale	11
2.3 Fødselsomsorg.....	13
3. Metode.....	14
3.1. Forforståelse	14
3.2. Forskningsdesign - kvalitativ	14
3.3. Vitenskapelig rammeverk - hermeneutikk	15
3.4. Utvalg og rekruttering	16
3.5. Datainnsamling.....	17
3.6. Analyse.....	17
3.6.1 Trinn 1	19
3.6.2 Trinn 2	19
3.6.3 Trinn 3	19
3.6.4 Trinn 4.....	20
3.6.5 Trinn 5.....	21
4. Forskningsetiske overveielser	22
4.1 Makt, etikk og jus.....	23
5. Resultater.....	25
5.1 Fødselsangst, et felles oppdrag og utfordring.....	25
5.2 Å møte fødselsangst på fødestua	25
5.2.1 Første møte med kvinnen	26
5.2.2 Ønskemål til innhold i støttesamtalen	27
5.3 utfordringer i fødselsopplegg.....	28
5.3.1 Fødselsopplegg og utfordringer.....	28
5.3.2 Viten av fødselsangst.....	29
5.4 Å håndtere forventninger.....	30
5.4.1 Tro versus ikke tro på samtalen.....	30
5.4.2 Syn på forventninger	31

6. Diskusjon.....	33
6.1 Metodediskusjon	33
6.1.1. Intervjukontekst.....	33
6.1.2. Sannhet	35
6.2 Diskusjon av resultater	40
7. Konklusjon	48
Etterord.....	49
Referanseliste	50
Vedlegg 1.....	53
Vedlegg 2.	55
Vedlegg 3.....	57

1. Innledning

En stor del av jordmors arbeid er å forholde seg til og håndtere en fødekvinnes følelser (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Forskning viser at det er en betydelig andel kvinner i Norge og sammenlignbare land som har fødselsangst (Lukasse, Schei & Ryding, 2014). En konsekvens av dette kan tolkes gjennom stor etterspørsel av elektivt keisersnitt ved enkelte sykehus i Norge (Folkehelseinstituttet., 2015; Kolås et al., 2003). Et prosjekt fant at det er flest flergangsfødende kvinner som mottar støttesamtale grunnet fødselsangst sammenlignet med førstegangsfødende (Urvik, 2016). Annen forskning kan vise til en betydelig andel førstegangsfødende som også har fødselsangst (Lukasse et al., 2014). Mye tyder på at media kan være medvirkende faktor til kvinners fødselsangst (Stoll & Hall, 2013). Støttesamtale er et tilbud til gruppen kvinner som opplever ulik grad av fødselsangst (Akershus_universitetssykehus, 2014; Pettersson, 2016; Urvik, 2016). Denne oppgaven ønsker å synliggjøre jordmødrenes erfaringer med disse kvinnene som har mottatt støttesamtale grunnet fødselsangst i fødselsomsorgen.

Gjennom min kliniske praksis som jordmorstudent har jeg møtt mange kvinner med fødselsangst. Mange har en klar formening om hvordan fødselen skal foregå, mens andre oppleves mer avslappet og tar det som det kommer. Noen kvinner med fødselsangst har gruet seg hele svangerskapet, noen gruer seg på slutten, og noen gruer seg til tiden etter. Jeg har møtt kvinner som er spente og engstelige for fødsel og den nye rollen de skal inn i, kvinner som nesten ikke turte å bli gravide grunnet frykt for fødsel, kvinner som har tidligere dårlig eller traumatisk fødselsopplevelse, kvinner jeg har tenkt var vesentlig fikk ekstra oppfølging, og kvinner jeg har tenkt burde fått tettere oppfølging i form av tilbudet om støttesamtale. Jeg har opplevd at fødselsplanene som kvinnene har er fulgt, og andre som ikke ble rukket lest. Noen forløp går etter planen, mens andre blir akkurat slik som kvinnen hadde fryktet. Jeg har opplevd at jordmors økte tilstedeværelse og fokus på kvinnen har vært til hjelp, andre ganger har jordmor gjerne ønsket å være mer tilstede men ikke kunnet. Jeg har opplevd kvinner som responderer på veiledning i fødsel, og kvinner som er så redde at de ikke klarer. Noen kvinner gleder seg til keisersnittet, andre gruer seg. For noen er avgjørelsen om keisersnitt en premiss for å bli gravid, andre uttrykker det som en personlig katastrofe. Noen kan velge keisersnitt, mens andre har ikke muligheten til valg. Noen trodde de kunne velge men fikk det ikke, andre trodde keisersnitt var foretrukket og ble overrasket over at de kunne slippe. Mange av kvinnene jeg har møtt har hatt fødselsangst i mer eller mindre grad. Noen få har hatt det som diagnose, de fleste ikke. Av de kvinnene som har hatt fødselsangst og som har gått til

støttesamtale har jeg hovedsakelig opplevd positive tilbakemeldinger fra kvinnene, selv om fødselsforløpet ikke alltid ble som forventet. Kvinnene jeg har møtt i avdeling har ofte sagt at det var et bra tilbud for dem, og for noen var det viktigere enn andre. Jeg ble nysgjerrig på hvordan jordmødrene så på støttesamtaler knyttet opp mot fødselsangst med bakgrunn i sin erfaring av møtet med disse kvinnene på fødestua. Besvarelsen av oppgavens problemstilling kan bidra til økt innsikt og forståelse av temaet. Videre kan oppgaven belyse omsorgspraksis som kan videreutvikles for å møte kvinnene og jordmødrenes behov på en best mulig måte i fremtiden. Jordmødrene er valgt som informanter fordi jeg har stor tro på at deres erfaringer med kvinner i fødsel som har mottatt støttesamtale grunnet fødselsangst er relevant kunnskap i evalueringen, vurderingen og utviklingen av tilbudet om støttesamtale. Så langt jeg kjenner til er det ingen publiserte studier som har undersøkt jordmødres erfaringer med kvinner i fødsel som har mottatt støttesamtaler for sin fødselsangst. Dette inspirerte og motiverte meg til å gjøre denne oppgaven.

1.1 Formål og problemstilling

Formålet med denne masterstudien er å finne ut om jordmødrenes erfaringer med fødselsomsorg til kvinner som har mottatt støttesamtale i svangerskapet på grunn av fødselsangst. Med dette perspektivet vil denne kunnskapen kunne bidra til videre utvikling og vurdering av eksisterende tilbud, samt være et erfarings basert aspekt inn i den videre utviklingen av jordmorfaget.

Problemstillingen er å **øke kunnskap om jordmødrenes erfaringer av fødselsomsorg til kvinner som har mottatt støttesamtale grunnet fødselsangst.**

1.2 Begrepsavklaring og avgrensning

Fødselsomsorg er den omsorgen basert på respekt, kunnskap og ferdigheter som jordmor gir kvinner og familier som skal ha eller har nettopp fått barn (Fylkesnes, 2014). I denne oppgaven begrenses fødselsomsorg til tiden på fødestuen.

Jordmors rolle i fødselsomsorg er å ta ansvar for de normale prosessene i forbindelse med en fødsel, samt samarbeide med kollegaer og lege der det er nødvendig. Jordmor skal oppmuntre kvinnen til å ha en realistisk forventning om fødsel. Hun har ansvar for helsehjelpen som ytes

innenfor jordmors fagområde (Fylkesnes, 2014). I denne oppgaven begrenses jordmors rolle seg til tiden hun er hos kvinnen på fødestuen.

Fødselsangst er en opplevelse av sterk uro eller frykt for å føde. Frykten kan bli så stor og forstyrrende at hverdagen kan bli ødelagt (Brudal, 2000; Laache, 2010). I denne oppgaven er det ikke lagt begrensninger for omfanget av fødselsangst.

Støttesamtale er et samtaletilbud som gis i regi av spesialisthelsetjenesten (Akershus_universitetssykehus, 2014; Pettersson, 2016; Urvik, 2016). I denne oppgaven er det begrenset til å være støttesamtaler gitt til kvinner grunnet deres fødselsangst.

Kvinnen er mottaker for støttesamtale og omtales i denne studien som fødekvinnen, kvinnen, og den første-/ eller flergangsfødende. I denne oppgaven vies ikke partner plass selv om mye av det som tilskrives kvinnen kan også gjelde for partner og for paret sammen. Brudal (2000) nevner at en betydelig andel partnere også har fødselsangst. Dette gir grunn til å likevel ikke glemme partner i totalbildet selv om det ikke fremgår i denne masteroppgaven.

2. Bakgrunn

Fødselsangst synes som et betydelig fenomen i vårt nordiske samfunn (Haapio, Kaunonen, Arffman & Åstedt-Kurki, 2016). Norge går for å være et av de tryggeste landene å føde i samtidig har en vesentlig andel norske kvinner fødselsangst (Larsen, Dahlø, Syse & Shetelig Løvvik, 2017). I en studie fremgår det at opp mot 20% av kvinner i Norge har fødselsangst, tallene synes tilsvarende i de nordiske landene (Haapio et al., 2016; Pettersson, 2016; Storksén, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel & Eskild, 2012). På et større norsk sykehus med rundt 3700 fødsler i året var nesten 46% førstegangsfødende (Larsen et al., 2017), samme forskning sier at det er flest flergangsfødende som mottar støttesamtaler. En annen studie viser at det er førstegangsfødende som har sterkest fødselsangst (Rouhe, Salmela-Aro, Halmesmäki & Saisto, 2009), den samme studien fant også at gjennomgått operativ forløsning disponerte til høyere forekomst av angst. 71.5% hadde ønske om keisersnitt etter tidligere traumatisk fødselsopplevelse (Larsen et al., 2017). I en finsk studie anslås det at opp mot 60% av kvinner med fødselsangst er ubehandlet (Haapio et al., 2016). Hos kvinner med negativ tidligere fødselsopplevelse handler angsten om den dårlige erfaringen, mens for førstegangsfødende handler angsten om frykt for å miste kontroll, smerte, og frykt for det ukjente (Larsen et al., 2017; Rouhe et al., 2009). Fødsler som tar lang tid disponerer for instrumentelle forløsninger og dernest en øker risikoen for en dårlig fødselsopplevelse (Hildingsson, Karlström & Nystedt, 2013). I en norsk studie fremgår det at smerte og tap av kontroll er hovedårsaker til at fødsler oppleves traumatiske (Larsen et al., 2017). Redsel og andre psykologiske-, fysiologiske-, sosiale-, kulturelle-, og eksistensielle faktorer kan påvirke kvinnens opplevelse av smerte (Ulvund, 2010). I en studie fant man høyere forekomst av haste- og katastrofesnitt hos kvinner med fødselsangst (Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh & Josefsson, 2012).

Den fødende har rett på nødvendig helsehjelp og jordmor plikter å yte dette. Jordmor og lege i kommunen plikter å henvise til spesialisthelsetjenesten som plikter å hjelpe dersom det er behov for tjenester på et høyere omsorgsnivå (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Jordmødre er profesjonelt kompetente, opptatt av å vise kvinnen respekt og gi god fødselsomsorg (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Det finnes sammenlignbare tilbud om støttesamtaler på ulike sykehus i Norge og i Norden, men ofte med ulike navn som for eksempel: Embla-, Gaia-, Felicia-, og Aurorasamtale eller bare støttesamtale (Akershus_universitetssykehus, 2014; Pettersson, 2016). Det foreligger ingen nasjonale føringer for hvordan støttesamtalen med kvinnene skal

utføres eller hvilken psykologisk samtalemotodikk som bør benyttes (Larsen et al., 2017). Faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2005) viser til at kvinner som har behov for tettere oppfølging under svangerskapet bør få dette. Videre viser retningslinjen til viktigheten av å bygge opp kvinners tillit til egen føde- og omsorgsevne. Det er sterkt anbefalt at jordmor er tilstede i fødselens aktive fase (Helsedirektoratet, 2010). Brukermedvirkning bør ha en stor rolle i utviklingen av fremtidig jordmortjeneste (Heiberg, 2014), og spesielt derfor er det interessant å undersøke jordmors erfaringer rundt problemstillingen synes jeg. Så vidt meg bekjent finnes imidlertid ingen spesifikke krav til spesialisthelsetjenesten som definerer et tilbud om støttesamtale.

2.1 Fødselsangst

Fødselsangst avdekkes gjerne i samtale med jordmor i primærhelsetjenesten (Laache, 2010). Det fremgår at fødselsangst omfatter en sosial så vel som en personlig dimensjon (Fisher, Hauck & Fenwick, 2006). Fødselsangst kan deles inn i primær- og sekundær fødselsangst hvor førstnevnte er relatert til førstegangsfødende uten tidligere fødselserfaring. En *irrasjonell fødselsangst* er betegnelsen på en grunnleggende frykt for å føde selv før kvinnen har blitt gravid. Denne frykten kan ha startet på ulike tidspunkt i livet enten på grunn av seksuell krenkelse, lavt selvbilde, og/eller lite sosialt nettverk. Fødselsangst deles inn i mild-, moderat-, kraftig-, eller fobisk (Pettersson, 2016). En mild fødselsangst vil kvinnen i stor grad håndtere selv mens gradene fra moderat og oppover vil trolig påvirke hverdagen til kvinnen i så stor grad at hun bør få hjelp (Laache, 2010). Fødselsangst vil kunne påvirke fødselsforløpet, derfor er det viktig å tilby kvinnen hjelp og tilrettelegge for en så god svangerskap- og fødselsopplevelse som mulig. Kvinnens fødselserfaringer vil kunne påvirke hennes psykiske velbefinnende i etterkant (Pettersson, 2016). Fødselsangst kan vise seg ved at kvinnen tar lett til tårene, er rastløs og eller nervøs (Haapio et al., 2016). En studie viser at fødselsangst gir økt risiko for hastekeisersnitt, selv om støttesamtale er gitt. Det kan også synes som at angst kan medføre at fødselen stopper opp eller trekker ut (Sydsjö et al., 2012). Fødselssmertene beskrives mer intense hos kvinner med fødselsangst enn hos de som ikke har det (Haines, Rubertsson, Pallant & Hildingsson, 2012). Det synes som lettere for kvinnen å uttrykke frykt for fødselssmerte enn å oppgi at hun har fødselsangst (Alehagen, Wijma & Wijma, 2006). Det synes også som kvinner med fødselsangst har større sannsynlighet for å ende opp med elektivt keisersnitt, eller epidural ved vaginal fødsel (Haines et al., 2012). En studie viser at kvinner med høyere utdanning har større behov for kontroll og har høyere forventninger knyttet til

sikkerhet og tiltak i fødsel. Samme studie finner også høyere forekomst av fødselsangst i denne gruppen sammenlignet med de med middels eller lavere utdanning (Haines et al., 2012). Perinatalperioden er en tid som oppfattes som en normal krisesituasjon hvor kvinnen gjennomgår en modningskrise (Brudal, 2000). Separasjonsfasen er fasen i tredje trimester hvor mor forbereder seg på fødsel og forestiller seg at barnet vil overleve når det blir født. I denne fasen veksler hun mellom en naturlig lengsel etter å se barnet og en uro. Den fysiske tunge perioden gjør at hun gleder seg til å få fødselen overstått, samtidig som hun er bekymret for om og hvordan hun skal klare den. I denne fasen aktiveres angsten for at noe skal gå galt (Brodén, 2007). I en studie viser fødselsangst seg som frykt for om det kommer til å gå bra med seg og barnet under fødsel, og frykt for keisersnitt (Haapio et al., 2016).

Perinatalperioden er preget av psykisk forandring og forskjellige psykiske prosesser. Videre sier Brudal (2000) at disse forandringene kan føre til fikseringer, stagnasjon, men også modning og vekst for kvinnen. Førstegangsfødende kvinner er spesielt redde for å få panikk under fødsel, ikke reise tidsnok til sykehuset, ikke klare å puste og trykke riktig, fødselssmertene, og det å bli klippet og revne nedentil. Frykt er ofte også knyttet til at barnet er dødfødt, at barnet får fødselsskade, å få dårlig nyhet om at noe er galt med barnet under svangerskapet, og til keisersnitt (Haapio et al., 2016). Kvinner kan også være redde for fødselen ved at det kan oppleves som potensielt ydmykende (Raphael-Leff, 2010).

Selvoppfyllende profeti er en kjent mekanisme hvor teorien baseres seg på *hvordan* en situasjon blir oppfattet av individet også vil påvirke hvordan individet agerer. Denne handlingen vil igjen medføre en situasjon som påvirker slik at den første situasjonen blir en sannhet, men som i utgangspunktet ikke var en sannhet (Johannessen, Christoffersen & Tuft, 2010). Med bakgrunn i det vil fødselsangst ifølge Haines (2012) med økt sannsynlighet kunne medføre mer fødselssmerter. Videre sier Sydsjö (2012) at fødsel kan stopper opp, at tiltak som ikke var ønsket iverksettes, og fødselen har større risiko for å medføre en dårlig opplevelse for kvinnen når fødselsangst foreligger.

2.2 Støttesamtale

Støttesamtale er et spesialisert samtaletilbud kvinner med for eksempel fødselsangst kan bli henvist til, oftest på sykehuset, for å hjelpe henne i forberedelsen til fødsel dersom hun har følelser eller opplevelser som er vanskelige (Akershus_universitetssykehus, 2014; Brudal, 2006; Pettersson, 2016). Kvinnen kan få hjelp til å bearbeide tidligere vanskelige opplevelser gjennom samtale og refleksjon (Larsen et al., 2017). Det bør settes av god tid, særlig i første

møtet slik at kvinnen føler seg fri til å fortelle om sin frykt og hva den innebærer (Urvik, 2016). Samtale egner seg godt til bearbeiding og økt følelsesbevissthet for kvinnen gjennom åpne spørsmål, refleksjon og forståelse (Brudal, 2000). Støttesamtale kan være av vesentlig betydning for kvinnen før fødsel for å avhjelpe og kurere fødselsangst (Haapio et al., 2016; Pettersson, 2016). I følge Larsen et al. (2017) kommer mange til støttesamtale med et initialt ønske om keisersnitt. I studien deres, som inkluderte både første- og flergangsfødende, ombestemte 38,5 % seg etter støttesamtale. Imidlertid var få av de som ombestemte seg førstegangsfødende. Et viktig poeng er at samfunnskostnadene ved støttesamtale er betydelig lavere enn kostandene ved et keisersnitt (Sjögren & Thomassen, 1997). Under støttesamtalen kan en fødeplan utarbeides med hjelp av jordmor. I denne individuelle fødeplanen kan kvinnen få nedtegnet hvilke ønsker og behov hun har for fødselen, jordmoren, smertestillende, og om det er noe kvinnen vil unngå under fødsel (Pettersson, 2016; Salmela-Aro et al., 2012). Målet er en positiv fødselsopplevelse for kvinnen (Heiberg, 2014). Kvinnene oppmuntres også til selv å skrive et eget fødebrev til jordmor for fødselen. I dette brevet vil kan hun med egne ord skrive det hun ønsker at jordmor bør vite, hvordan hun vil bli møtt og støttet, samt andre ting som kan være fint å vite om kvinnen når hun kommer og skal føde (Urvik, 2016). En studie fant at førstegangsfødende fikk økt forståelse av informasjonen som ble gitt når de var tilstede på fødestuen sammenlignet med de som ikke var det og måtte memorere informasjonen de mottok (Haapio et al., 2016). Gjennom empatisk kommunikasjon møter jordmor kvinnen med respekt og forståelse. Empatisk kommunikasjon er en kommunikasjonsmetode hvor jordmor inntar rollen som aktiv lytter (Brudal, 2006). Kvinnen oppfordres til å fortelle historien sin, hvilke følelser hun har hatt og hvilke følelser som kommer når hun forteller. Videre oppfordres hun til å si noe hva dette betyr for henne, og om det har ført til endringer i livet. Til sist kan jordmor bekrefte og støtte det som er korrekt, normalisere og korrigere dersom det er feil i de praktiske antagelsene (Brudal, 2006; Foyn & Tobiassen, 2014; Larsen et al., 2017; Salmela-Aro et al., 2012). Når kvinnene blir bedt om å si noe om følelsene sine, bidrar dette til økt følelsesbevissthet (Foyn & Tobiassen, 2014). Jordmors rolle er å lytte aktivt, stille spørsmål og å få i gang kvinnens egenrefleksjon og forståelse av egen opplevelse (Brudal, 2006; Foyn & Tobiassen, 2014) samt gi henne tilstrekkelig kunnskap til å kunne vurdere og ta et informert valg (Larsen et al., 2017; Salmela-Aro et al., 2012). Etter en evaluering av et støttesamtaleprosjekt i Norge svarte samtlige kvinner som mottok støttesamtale at de hadde positive opplevelser med tilbudet (Urvik, 2016). Brudal (2000) beskriver forebyggende arbeid i tre steg. Primærforebyggende tiltak er for eksempel fødselsforberedende kurs, sekundært forebyggendetiltak er arbeid som

retter seg mer mot en gruppe som viser tegn på problemer eller sykdom, og tertiærforebygging handler om store tiltak som grenser mot behandling. Med bakgrunn i denne forståelsen velger jeg å forstå støttesamtale som et sekundærforebyggende tiltak i svangerskapsomsorgen.

2.3 Fødselsomsorg

Svangerskap og fødsel er en betydningsfull hendelse i livet som kan oppleves ekstra utfordrende hos kvinnen med fødselsangst (Urvik, 2016). Jordmors rolle er ivaretagelse og helsehjelp til kvinner, barn og familier som venter barn, ved hjelp av kunnskap og ferdigheter som er av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2010). Jordmor skal gi nødvendig støtte, omsorg samt rådgiving i løpet av svangerskap, fødsel og barseltid. Hun har også ansvar for å tilby samfunnet helseundervisning og en kvalitetsmessig god helsetjeneste ifølge ICM sine presiseringer om krav til jordmor og hennes kompetanseområde (Fylkesnes, 2014; ICM, 2014). Kvinnens behov for informasjon er stort og det er vesentlig at hun blir gitt dette underveis i fødsel og i etterkant for å best opprettholde kontroll og forstå situasjonen (Hildingsson et al., 2013). I følge Laache (2010) kan fødselsangst forebygges ved at kvinnen blir lyttet til og tatt på alvor. Hun trenger realistisk informasjon, og denne bør gis fortløpende i løpet av svangerskapet og fødsel. Laache presiserer at i samtalen med jordmor bør det etterstrebes å få tak i kvinnens tanker om smerte, trygghet og kontroll. Jordmors oppgave er å støtte kvinnen, hjelpe henne å lytte til egen kropp og stole på seg selv (ICM, 2014). Jordmor har en viktig oppgave i å hjelpe kvinnen med å finne mestringsfølelse og krefter både gjennom svangerskapet og i fødsel. Laache (2010) sier videre at den beste måte å forebygge fødselsangst på er å hjelpe den førstegangsfødende kvinnen til en god fødselsopplevelse hvor hun har opplevd seg forberedt og ivaretatt. En fødsel kan oppleves vond uten at den oppleves traumatisk (Urvik, 2016), motsatt kan den også oppleves traumatisk for kvinnen selv om det ikke fremgår fra den medisinske journalen hendelser som opplagt skulle tilsi det (Brudal, 2000).

3. Metode

Metode er en beskrivelse av hvordan gå frem for å velge sitt utvalg og innhente informasjon om det man vil vite mer om. I metoden inngår datainnsamling, analyse og tolkning av datamaterialet (Johannessen et al., 2010).

3.1. Forforståelse

Forforståelse er nødvendig for å forstå virkeligheten da det innebærer kunnskap og oppfatninger som bevisst eller ubevisst benyttes for å forstå (Johannessen et al., 2010). Å identifisere ens forforståelse er en synliggjøring av rolle, utgangspunkt og forutforståelse som kan forklare valg av perspektiv, tema, utvalg, begrep, og design som er verdi- og tolkningsbasert (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014). Forforståelsen er ifølge Johannesen et al. (2010) forutsetninger som er med når man skal forstå. Med bakgrunn i dette vil enkelte funn i denne oppgaven kunne tolkes på en bestemt måte ut fra min faglige og personlige bakgrunn og erfaring. Derfor har jeg fortløpende forsøkt å forstå mitt eget fortolkningsmønster. I følge Johannesen (2010) er dette essensielt for å kunne forstå. Ett funn kan ha flere konkurrerende tolkninger som bør belyses og begrunnes hvorfor det vurderes som sterkest (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013). I denne studien deltok veileder i analyseprosessen da det var lett å gå seg blind i stor datamengde som følger av transkripsjon av intervjuer. Uten dette ville det være vanskelig å gjennomføre en forsvarlig analyse. Det å være flere involvert i en analyseprosess er en styrke ifølge Bjørndal (2013). En studie krever at forfatteren setter seg inn i det feltet hun involveres i og samtidig opprettholder et bevisst forhold til seg selv, informantene og datamaterialet (Ruyter et al., 2014). Min forforståelse baserer seg i stor grad på min personlige erfaring gjennom teoretisk og praktiske møter og erfaringer gjennom roller, samtaler og inntrykk jeg har fått som mor, datter, venninne, sykepleier og som jordmorstudent. Johannesen (2010) beskriver at forståelseshorizonten består av tidligere erfaringer, og er avgjørende for hva som legges merke til, vektlegges og tolkes. Gjennom studietiden er jeg også blitt introdusert for et faglig univers, nye refleksjoner og diskusjoner om i nytt felt som i denne studien har vært vesentlig for valg underveis.

3.2. Forskningsdesign - kvalitativ

Med utgangspunkt i metodeteoretiske anbefalinger støttet jeg meg blant annet til Johannesen (2010) som bakgrunn for valgt metode. Kvalitativ metode egner seg best for å finne frem til kunnskap om informanters erfaringer (Johannessen et al., 2010). Dalland (2000) støtter dette,

han sier at kvalitativ metoder benyttes for å oppdage erfaringer, meninger og opplevelser som ikke lar seg måle på annen måte. Bjørndal et al. (2013) supplerer med at kvalitativ metode egner seg for å få frem kunnskap om informanternes opplevelser. Målet med å velge en egnet metode er å komme frem til kunnskap ved forståelse av innhold og meningen i det empiriske datamaterialet (Malterud, 2011). Ved å benytte et kvalitativt forskningsdesign i denne oppgaven kan kunnskapen om jordmødrenes erfaringer og opplevelser av å ha kvinner i fødsel som har gjennomgått støttesamtale, bidra til økt forståelse og bedre fødselsomsorgen slik jeg forstår det. Malterud (2011) viser at kvalitativ forskningsdesign egner seg godt der kunnskapsgrunnlaget er noe tynt, der hvor problemstillingen er sammensatt og kompleks, og hvor forfatteren/intervjuer stiller seg åpen for alle de svar som måtte komme. For å nå denne kunnskapen kan semistrukturert intervju av enkeltindivider gjøres (Dalland, 2000; Johannessen et al., 2010). Visse temaer som ønskes gjennomgå bør spørres om spesielt, men det bør åpnes for andre temaer eller innspill som kan fremkomme underveis (Bjørndal et al., 2013). Slik jeg ser det er datamateriale i denne oppgaven intervjuer som er innsamlet og systematisert med det formål å finne kunnskap og besvare oppgavens problemstilling. Dette støtter jeg på Malterud (2011) som sier at det empiriske datamaterialet er kilden til svar på oppgavens problemstilling. Videre analyseres og tolkes datamaterialet til en ny vitenskapelig kunnskap, eller en bekreftelse på kunnskap som allerede foreligger (Dalland, 2000; Malterud, 2011).

3.3. Vitenskapelig rammeverk - hermeneutikk

Den hermeneutiske sirkel er et bilde på hvordan fortolkning er gjentagende bevegelser mellom det man skal tolke og den konteksten det tolkes i, mellom det man skal tolke og egen forforståelse (Johannessen et al., 2010). For å gjøre det mulig å beskrive jordmødres erfaringer er det mulig å benytte hermeneutikk som tilnærming og metode for å forstå tekst, slik jeg tolker Christensen (1994). Videre viser hun til at hermeneutikk er en retning og ett syn på hvordan vitenskapelig kunnskap kan bli til. Med bakgrunn i dette forsøker jeg ved å benytte et hermeneutisk rammeverk å tolke jordmødrenes erfaringer i denne oppgaven. I følge Dalland (2000) kan man ved å beskrive vilkårene for fortolkning forstå funnene som vitenskapelig kunnskap. Polit og Beck (2017) skriver at den hermeneutiske tradisjonen har sitt utspring fra den psykologiske disiplinen. Videre sier de at hermeneutikk er en kvalitativ forskningstradisjon som benyttes som et verktøy for å fortolke og forstå menneskers opplevde erfaringer relatert til sosiale, kulturelle, politiske og historisk kontekster hvor nettopp disse

erfaringene oppstod eller ble opplevd. I følge Christensen (1994) har hermeneutikk i sin opprinnelse fra bibelske teksttolkninger dreid seg mer fra kun fortolkning av tekst til å også dreie seg om forståelse. I denne oppgaven blir et hermeneutisk vitenskapelig rammeverk benyttet da målet er forståelse og fortolkning av det empiriske datamaterialet. Dette datamaterialet er ut fra det Malterud (2011) beskriver, i denne oppgaven, fundamentert på erfaringer og beskrivelser. Hermeneutikk er å forstå, å fortolke og å tyde menneskelige meninger (Christensen, 1994; Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Gjennom en systematisk fortolkning vil man ende med ny vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2011).

3.4. Utvalg og rekruttering

Et strategisk utvalg er sammensatt med tanke på å ha et best mulig potensiale til å belyse den aktuelle problemstillingen (Malterud, 2011). I denne oppgaven er det foretatt en strategisk utvelgelse av informantene da hensikten er å innhente mest mulig kunnskap om problemstillingen gjennom fylldige beskrivelser. Informantene er rekruttert fra to store sykehus med ca 5000 fødsler årlig. Jordmødre er et eksempel på en homogen gruppe slik jeg tolker Bjørndal (2013), og er derfor denne studiens målgruppe. Et hensiktsmessig antall informanter er den mengden som trengs for å gi et rikt materiale (Johannessen et al., 2010). Malterud (2011) påpeker at det er viktigere å ha et adekvat utvalg enn på forhånd bestemme antall informanter. I denne studien ble 8 jordmødre rekruttert da jeg merket en informasjonsmetting nært dette antallet ved at mye likt og mindre nytt materiale fremkom. I følge Bjørndal et al.(2013) er informasjonsmetting er for eksempel når det ikke tilkommer ny kunnskap. Jordmødrene ble rekruttert ved personlig utvelgelse etter hvem som var tilgjengelige på intervjuetidspunktet. Det var ønskelig å intervju informant med ulike alder for å oppnå variasjon, hvilket støttes i teorien (Bjørndal et al., 2013; Malterud, 2011).

Informantene mottok informasjon og direkte forespørsel muntlig og i form av et informasjonsskriv. De samtykket der og da. Intervjuene ble utført umiddelbart eller etter avtale om ny tid og sted. Teorien støtter denne måten å rekruttere på (Johannessen et al., 2010). Det er rekruttert fra to ulike sykehus i østlandsområdet for å søke variasjon i materialet. Der hvor intervjuene er utfør i arbeidstiden har avdelingsledelsen og personvernavdelingen godkjent dette muntlig og skriftlig.

3.5. Datainnsamling

En del av utvalget handler om hvordan data skal innhentes. Det må tas stilling til hvilken form som er mest relevant for å besvare problemstillingen på en optimal, relevant og valid måte (Malterud, 2011). I denne studien ble semistrukturert intervju valgt som metode, hvilket ifølge Johannesen (2010) og Kvale (2009) er en egnet metode for å samle inn data om erfaringer på en måte som ivaretar fyldige og detaljerte beskrivelser. Intervjuguiden (vedlegg1) i oppgaven bestod av cirka 24 åpne spørsmål fordelt i tre tematiske bolker med det formål å invitere til deling av jordmødrenes erfaringer hvor de fritt kunne fortelle. De mottok ikke intervjuguiden på noe tidspunkt. I følge Johannesen (2010) er guiden er ment som en hjelp til intervjuer for å holde tråden i intervjuet og sikre en at samme spørsmål blir stilt. Guiden kan imidlertid fravikes noe ved behov for utfyllende opplysninger eller der hvor den narrative fortellingen er rik sier han. Intervjuene i denne studien varte mellom 17 - 45 minutter. Intervjuguiden ble pilottestet før oppstart. Intervjuguiden ble diskutert med veileder i starten. Endringer i guiden ble gjort etter de to første intervjuene. Endringene omhandlet tydeligere spørsmålsformuleringer og to spørsmål ble slått sammen. De individuelle intervjuene foregikk i egnet i rom avdelingen eller annet passende sted. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, deretter transkribert ordrett. Etter hvert intervju ble det vurdert om det var behov for å gjøre endringer på intervjuguiden for å best mulig innhente relevant data. Etter intervjuene fikk jordmødrene tilbud om å lese igjennom det transkriberte materialet før analysen. Under intervjuene ble det etter beste evne forsøkt lyttet med et åpent sinn til det som ble sagt. Malterud (2011) anbefaler sistnevnte slik at ikke antagelser og intervjuers egne tanker kommer i veien for det som faktisk ble sagt.

3.6. Analyse

Teksten bør gjennomleses flere ganger for å sikre et helhetlig inntrykk før videre analysering i tråd med metodikk for kvalitativ innholdsanalyse, for å best kunne forstå variasjonen i innholdet (Graneheim & Lundman, 2004; Johannesen et al., 2010). Målet for innholdsanalyse av en tekst er å utvikle ny kunnskap i form av beskrivelser som gir oss bedre forståelse (Malterud, 2011). For å kunne dele funn gjennom en vitenskapelig tilnærming bør datamaterialet som er innsamlet analyseres på en organisert måte for å komme frem til et pålitelig resultat (Bjørndal et al., 2013; Graneheim & Lundman, 2004). Analysen kan sees på som en bro mellom rådata og resultatene (Malterud, 2011). Rådata er selve intervjuet, akkurat den faktiske hendelsen, og materialet er sammenfattet til en tekst gjennom transkripsjonen

som gjør at det er håndterbart. Malterud (2011) sier videre at teksten ikke må forveksles med virkeligheten i seg selv. Hun påpeker at det som dannes gjennom det transkriberte materialet er en konstruert avgrenset versjon av virkeligheten. I denne oppgaven ble det empirisk materiale innhentet i tråd med gjeldende anbefalinger. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil og skrevet ut i sin helhet gjennom transkripsjon slik Johannesen (2010) anbefaler. Det er en fordel at intervjuer transkriberer selv da det er nyanser i samtalen som ikke blir fanget opp på tape, men som er utfyllende for meningen i teksten ifølge Malterud (2011). Videre minner hun om at lydopptak som blir overført til tekst alltid er en fordreining av hendelsen. For å styrke studiens bekræftbarhet, kvalitetssikre pålitelighet og gyldighet fikk alle informantene tilbud om å gjennomgå intervjuet etter det var transkribert hvilket øker troverdigheten ifølge (Johannesen et al., 2010). Bjørndal (2013) beskriver at transkriptet bør gjennomgås flere ganger sammen med lydopptaket for å sikre meningen i teksten under analysen. Malterud (2011) påpeker at ordrett transkripsjon kan gi teksten en annen mening enn ment. Det kan derfor være lurt å redigerer teksten ytterligere en gang for å gjøre den presis og sammenhengende slik den var tenkt og sagt (Malterud, 2011). Gjennom transkripsjon fra lydopptak skjerpes oppmerksomheten på utfordringen med å overføre levende materiale til tekst på en måte at meningen fremkommer (Kvale et al., 2009). Transkripsjonen i denne oppgaven ble utført innen 48 timer etter intervjuene fant sted av intervjuer. Teksten ble ordrett nedtegnet. Deretter ble teksten redigert nok en gang hvor setningene ble mer fullstendige og tilpasset skriftlig tekst i tråd med meningen i samtalen uten at meningsinnholdet ble endret.

Analysen i denne oppgaven ble utført i fem ledd i henhold til Graneheim og Lundsmans prosedyre for kvalitativ innholdsanalyse som representerer en tolkningsprosess som tar for seg likheter og ulikheter av de ulike delene av teksten (Graneheim & Lundman, 2004). For å redusere tekstmaterialet til en form som er analytisk håndterbart er det nødvendig med en prosedyre som sikrer det meningsfulle i teksten ifølge Johannesen (2010). Valgte innholdsanalyse har som mål å beskrive det manifeste og det latente innholdet i en tekst. Manifest analyse innebærer å beskrive det som er synlig og åpent, mens latent handler om å analysere tekstens dypere mening og hva den handler om (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen slik den ble utført vil i det følgende bli presentert i tråd med Graneheim og Lundmans (2004) teori.

Analysen i denne oppgaven bestod i å danne et helhetsinntrykk av det transkriberte tekstmaterialet og finne de meningsbærende enhetene. Transkriptet ble lest av forfatter og veileder før vi diskuterte hvilke meningsbærende enheter, kategorier og koder teksten skulle

plasseres i. Disse meningsbærende enhetene ble i neste steg redusert til en enda mer presis og konkret meningsbærende enhet. I steg tre ble tekstes underliggende mening identifisert, før den ble kategoriseres i en sub-temakategori, og til slutt i en endelig temakategori. Teorien viser til at det i analyseprosessen er naturlig å bevege seg frem og tilbake mellom helheten og delene i teksten for å identifisere og sikre en korrekt fremstilling (Graneheim & Lundman, 2004). I det følgende vil de fem trinnene i analysen slik den er utført i denne oppgaven beskrives grundigere.

3.6.1 Trinn 1

Intervjuene ble gjennomlest mange ganger for å få en helhetlig forståelse av innholdet. I dette arbeidet forsøker jeg å legge bort oppfattelsen jeg allerede har av innholdet for å klare å oppdage nye temaer og dimensjoner.


3.6.2 Trinn 2

Identifisering av meningsbærende enheter som sier noe om oppgavens problemstilling, ved grundig gjennomgang av teksten, linje for linje.

3.6.3 Trinn 3

De meningsbærende enhetene er funnene i teksten som blir identifisert. Videre blir de kondensert eller konsentrert ned til mindre tekst men med det samme budskapet. Deretter ble meningen i kondensatet kodet. Etter kondenseringen er ferdig sitter man igjen med koder som er essensen av innholdet i teksten. Figur 1 er et eksempel på prosessen.

Figur 1. Eksempel.

Meningsbærende enheter	Kondensert meningsbærende enhet	Koder
		
Møter kvinner med fødselsangst i avdelingen nesten daglig, ofte, inntrykk av at det er økende forekomst	Daglig møte med kvinner med fødselsangst Økende	Daglig møte med kvinnene
Har jo ikke erfaring fra fødsel heller	Ikke fødselserfaring	Vanskelig å forstå førstegangsfødende sin fødselsangst

Opplever nok at en del har urealistiske forventninger til hva vi kan tilby i fødsel	Urealistiske forventninger til jordmor i fødsel	Urealistiske forventninger
---	---	----------------------------

3.6.4 Trinn 4

Trinn fire handler om å sortere kodene i sub-tema kategorier og temakategorier. Eksempel fremgår av figur 2. Tabellen skal leses på samme måte som prosessen foregår nedenfra og opp. Nederste rad er eksempler på koder, videre følger sub-tema kategorier og tema kategorier. Kategoriseringen er kjernen i innholdsanalysen. Kategoriene er en systematisk måte å gruppere tekstinnholdet fra kodene i.

Grupperingen foregår ved at koder som handler om det samme plasseres under passende sub-tema kategorier og i neste omgang danner et overordnet tema kategori. Alle kodene blir plassert under en passende sub-tema kategori og dernest tema kategori. Tema kategorien beskriver et overordnet og presist innhold av det manifeste innholdet i teksten. Sub-tema kategoriene er den første sorteringen av kodene før det sorteres videre til tema kategorier. Til sist dannes et overordnet tema i form av en overskrift som favner helheten i analysen. Temaet skal kunne besvare spørsmålet *hvordan* til tekstens innhold.

Figur 2. Eksempel.

Fødselsangst – et felles oppdrag og utfordring						
	Å møte fødselsangst på fødestuen		Utfordringer i fødselsopplegg		Å håndtere forventninger	
↑	Første møte med kvinnen	Ønskemål til innhold i støttesamtalen	Fødselsopplegg og utfordringer	Viten av fødselsangst	Tro versus ikke tro på samtalen	Syn på forventninger
	Daglig møte med kvinner	Stor forskjell på innhold i samtale	Forberedthet til fødsel	Tidlig oppstart av samtale gir	Variert tro på støttesamtale	Urealistiske forventninger

	med fødselsangst			bedre resultat		
--	---------------------	--	--	-------------------	--	--

3.6.5 Trinn 5

Alle trinnene i analysen diskuteres sammen med veileder for å unngå subjektivitet. Det reflekteres rundt sub-temaene som i denne siste fasen knyttes opp mot eksisterende relevant litteratur for å kunne vurdere, drøfte og konkludere. Hovedfokuset i dette siste trinnet er å identifisere funnet, hva fremstår som sentralt, og begrepet fenomen kan benyttes her. Siste trinn har en kontrollfunksjon for å gjennomgå trinnene og funnene for å se at alt samsvarer, kategoriene stemmer med sub-tema kategoriene.

4. Forskningsetiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med saksnummer 54404 (vedlegg 2) og personvernombudet ved sykehus der hvor intervju fant sted i arbeidstiden. Studien ble etter første søknad endret fra å skulle intervju pasienter til å intervju jordmødre. Begrunnelsen for denne endringen var at ved de aktuelle sykehusene var det et såpass redusert tilbud om støttesamtaler i intervjuperioden at det ble vurdert som umulig å få rekruttert tilstrekkelig med informanter. Av denne grunn ble det ettersendt en endringsmelding til første søknad som ble godkjent. Studien var ikke søknadspliktig for Regionaletisk komité (REK). Høgskolen i Oslo og Akershus sine retningslinjer for utøvelse og oppbevaring av data ble fulgt. I klinikken ble en skriftlig godkjennelse for gjennomføring av intervjuer i arbeidstiden av avdelingsledelsen og personvernombudet utført. Informantene samtykket skriftlig på en blankett hvor informasjon om studien samt deres rettigheter fremgikk. Signert materiale ble oppbevart forskriftsmessig i låst skap. Alt transkribert materiale var i analyseperioden kun tilgjengelig for forfatter og veileder, og ble forskriftsmessig slettet etter analysearbeidet var gjennomført. Det forelå ingen koder av personalia som kunne identifisere alias i oppgaven. Transkribert tekst med dialekt eller personidentifiserbare kjennetegn ble dempet uten at meningen i innholdet er endret, og deler hvor dette ikke var tilstrekkelig ble utelatt. Alle informantene ble tildelt et alias som ikke hadde tilknytning til deres opprinnelige navn. Ved kvalitativ forskning er det en fare for at informanter kan gjenkjennes i teksten gjennom kjente måter å uttrykke seg på, arbeidssted ble identifisert eller lignende dersom leser har kjennskap til feltet (Ruyter et al., 2014). Ett av målene under intervjuene var at jordmødrene ikke skulle belastes unødige. Fem av intervjuene ble utført i arbeidstiden, de andre ble utført før eller etter arbeidstid. Dette målet var grunnet stor pågang i avdelingen i intervjuperioden, samt at det generelt ikke skulle ta mye av deres private tid.

Informantene fikk muntlig og skriftlig info i forkant av intervjuet. Det ble vektlagt at deltakelse var frivillig, materialet ble anonymisert og aidentifisert ved transkripsjon. Muligheten for å trekke seg fra studien ble opplyst om skriftlig.

Alle forespurte informantene takket ja. To ytterligere informanter takket ja til deltagelse, men forhold i avdelingen gjorde det vanskelig, disse intervjuene ble ikke gjennomført. Ingen av informantene trakk seg fra studien.

Ett av sykehusene jordmødrene ble rekruttert fra er sykehuset hvor jeg som student hadde min praksis og sommerjobb i nær tid til intervjuene ble gjennomført. Når man gjør en studie på

egen arbeidsplass kan det være vanskelig for kollegaer, eller kjente jordmødre å si nei på forespørsel om deltagelse. Jeg kan gjøre utvelgelsen ut i fra hvilke jordmødre jeg kjenner til og ikke, hvilket kan gi et skjevt resultat. På den andre siden kan det å vite noe om enkelte av jordmødrene bidra til en bred og tilsiktet variasjon i materialet. Under intervjuene ble det kun innhentet opplysninger som var relevante for studien.

4.1 Makt, etikk og jus

Slik jeg opplever det har kvinnene i møte med jordmor stor grad av autonomi. Ruyter (2014) refererer til at pasienters primære behov er å få nok informasjon, og ikke alltid ønsket å ta de endelige valgene selv. De trenger et godt kunnskapsgrunnlag både til å forstå sin egen frykt, men også for å ta eller endre valg om for eksempel keisersnitt. Eilertsen (2015) skriver at informasjon er en nødvendig forutsetning få å kunne ta egne valg om helsehjelpen som gis, og at måten denne gis på skal være en nøktern og nøytral.

I fødsel opplevde en jordmor i studien at fødekvinne hadde nedtegnet i fødebrevet at hun ikke ønsket epidural, de overtalte henne imidlertid til det på bakgrunn av jordmors vurdering og kunnskap om at det var til det beste i situasjonen. For mange pasienter er medvirkning viktigere enn selve beslutningsansvaret (Ruyter et al., 2014). Jordmoren forklarte at kvinnen hadde helt urealistiske forventninger til fødselsforløpet, og ved at jordmor tok en avgjørelse for henne og siden forklarte gjorde at fødselen skred frem på den best mulige måten for denne kvinnen. Flere jordmødre har beskrevet at kvinnene vil vite hva som skjer og hvorfor. Min erfaring fra praksis støtter dette samt at de gjerne vil ha presentert valgmuligheter, men ønsker ofte at jordmor tar det endelige valget for dem.

Omfanget av psykiske plager er økende i Norge, og forebygging og oppfølging i svangerskapsomsorgen er en stor utfordring (Ruyter et al., 2014). Noen får problemer i kortere eller lengre perioder av livet og har behov for spesialisert kontakt med helsevesenet. I alle terapeutiske relasjoner inngår en asymmetrisk maktfordeling mellom terapeut og pasient. I situasjoner der kvinnen og jordmor møtes er spørsmål knyttet til kvinnens medbestemmelse og frihet til å velge underveis i et forløp viktig og noen ganger vanskelig, særlig når kvinnen har fødselsangst. Pasienten har rett på relevant informasjon om egen og barnets helsetilstand, samt positive- og negative virkninger av behandling som vurderes gitt eller som gis (Eilertsen, 2015).

5. Resultater

Presentasjon av resultater er forskningsprosessens siste del hvor prosess og funnene blir sammenfattet og fremlagt (Malterud, 2011). Etter å ha analysert intervjuene kom jeg frem til ett tema, tre temakategorier og seks sub-temakategorier som alle favner meningsinnholdet i funnene. Resultatene som presenteres er utelukkende erfaringer og synspunkter som jordmødrene har meddelt under intervju. I dette kapittelet benyttes benevnelsen *jordmødrene* (flertall) for meninger som fremkom under datainnsamlingen.

5.1 Fødselsangst, et felles oppdrag og utfordring

Temaet *Fødselsangst, et felles oppdrag og utfordring* er valgt da det gjennom analysen fremsto som en overordnet erfaring jordmødrene satt med. Gjennom intervjuene var det tydelig at jordmødrene har yrkesstolthet. De er en profesjonsgruppe som er opptatt av det mellommenneskelige og kunnskap på flere nivåer. De viser i ord og handling at de etterstreber å gjøre yte best mulig fødselsomsorg til alle kvinner, og de setter store krav til egen yrkesutførelse. Dette viser seg i de utsagnene hvor jordmor syns det er vanskelig å erkjenne at hun ikke kan tilby kvinnen det optimale av omsorg og støtte, men hun likevel strekker seg så langt ressursene kan tillate. Det er tydelig at jordmødre har mye krav og forventninger rettet mot seg, både formelle og uformelle. De arbeider i et konstant spenningsfelt hvor det kan være kort mellom glede og sorg, opplevelse av mestring og opplevelse av ikke å mestre. Jordmødre er ulike, har ulikt interessefelt innenfor faget, og gjennom egne erfaringer har de mange betraktninger på det å møte kvinner med fødselsangst som har mottatt støttesamtale. Jordmødrene er opptatt av det kollegiale og godt samarbeid. I intervjuene fremgår de hvor viktig samarbeid med kommunejordmor, fastlege, jordmor som har støttesamtale, avdelingsledelse, anestesien er for å optimalisere svangerskap- og fødselsomsorgen til kvinnene. Innenfor oppgavens tematikk, fødselsangst, fremmer jordmødrene nettopp viktigheten av kommunikasjon og samarbeid på tvers. Fødselsangst er utfordrende og omsorgen til kvinnene ser de på som et felles oppdrag mellom kollegaer i primær- og spesialisthelsetjenesten for å sørge for best mulige og adekvate hjelp til kvinnen.

5.2 Å møte fødselsangst på fødestua

Dette er den første temakategorien i oppgaven. Jordmødrene skisserer de typiske forskjellene på førstegangs- og flergangsfødende. Flergangsfødende har ofte en traumatisk fødselsopplevelse bak seg, mens førstegangsfødende kan ha andre opplevelser eller blitt

skremt av andres historier som gjør dem redde og angstfylte. Det er ulikt hvem jordmødrene foretrekker å følge i fødsel. Jordmødrene kjenner hverandre og vet hvem som trives å jobbe med kvinner som har fødselsangst. Flere jordmødre nevner at så langt det lar seg gjøre tildeles kvinnene jordmor ut fra dette. De jordmødrene som trives bedre med denne pasientgruppen møter dem også oftere. Samtlige jordmødre nevner at de streber etter å gi disse kvinnene så god omsorg som mulig. Ofte strekker de seg litt lengre da de vet at kvinnene har opplevelser eller problemer som kan gjøre fødselen ekstra belastende psykisk og fysisk. Jordmødrene spesifiserer det å være mye tilstede som et godt tiltak for å imøtekomme og trygge kvinnen såfremt kapasiteten i avdelingen tillater det.

5.2.1 Første møte med kvinnen

Første møte med kvinnen handler om hvor ofte jordmor møter disse kvinnene og deres erfaringer med dette første møtet hvor hun skal følge kvinnen i fødsel. Jordmødrene sier de møter kvinner med fødselsangst i avdelingen ofte, ukentlig eller nesten daglig. Mange av kvinnene med fødselsangst har vært til støttesamtale for sin fødselsangst, og dette skjer oftere nå enn tidligere. Jordmødrene opplever kvinnene som forskjellige både i fremtoning og personlighet, hvordan de uttrykker sine behov og ønsker. Noen ganger er kvinnens redsel påfallende, mens andre ganger er støttesamtalenotatet avgjørende for at jordmor får vite om problemene hennes. Jordmødrene er positive at kvinnene har fått snakket gjennom angsten sin på forhånd, noe som trolig gjør dem mindre redde når de kommer til fødsel. Støttesamtalen oppfattes som et viktig ledd i bearbeidelsen av forrige fødsel eller tidligere traumatisk hendelse.

Det er jo veldig forskjell på førstegangs og flergangs ikke sant. Erfaringen er at de har forskjellige angster (...) også er det kvinner i en annen kategori, kvinner som kanskje er veldig redd for å miste kontroll. Det er en stor gruppe, og den er nok økende ... «Helle».

Flere av jordmødrene sier de forbereder seg ved å lese journalnotatet fra støttesamtalen før de møter kvinnen så sant de har tid. Noen leser dette sammen med kvinnen og bruker det som en *icebreaker* til å bli kjent og skape relasjon.

Så både for henne og for meg så kan det være lettere å gå inn på det som er problematisk fordi det står på det arket, eller det har vært et tema før. «Tuva».

Andre ganger inneholder støttesamtalenotatet vesentlig informasjon som kvinnen ikke rekker eller ønsker snakke om i fødsel. Det kan være traumatiske hendelser tidligere i livet som overgrep eller annen form for vold eller tap av nærstående.

(...) for noen kvinner så letter det kommunikasjonen med at ting er skrevet ned, og vi vet. Det er ikke alt de har lyst å snakke om i fødsel, så det er fordeler også. «Guri».

Kvinnene medbringer ofte et fødebrev hvor de med egne ord har skrevet ned hva de selv har av ønsker og behov for fødselen. Jordmødrene er enige om at dette brevet trolig er svært viktig for kvinnen å få skrevet ned som et ledd i forberedelse til fødsel. Imidlertid fremstår innholdet i brevet som alt fra lite nyttig til informativt for jordmor. Det som går igjen i fødebrevet er at det ofte er selvfølgeligheter de ber om. Kvinnene vil ha kontinuerlig informasjon, omsorg, hjelp og støtte til å mestre fødselen. Noen skriver om hva de er redde for som for eksempel nåleskrek eller rifter. Selvfølgeligheter kan være alt fra å få en hyggelig jordmor, sen avnavling, at far får klippe navlesnor og til få lagt barnet til brystet. Flere jordmødre påpeker at kvinnene kanskje ikke helt vet hva som er standard og hva de må be om.

5.2.2 Ønskemål til innhold i støttesamtalen

Strukturen og innholdet i støttesamtalenotatet varierer med hvilken jordmor som avholder samtalen bemerker jordmødrene. Det kan synes som det benyttes ulike metoder eller fokus når samtalen gjennomføres da dette synes på hvordan notatene er utformet. Jordmødrene synes noen notater er mer informative, der det er skrevet mer om hva som er omsnakket utover bare en punktvis liste. Oftest er innholdet i notatet hos kvinner med fødselsangst relativt likt. Ofte inngår et ønske om epidural, og ofte har et ønske om keisersnitt vært tema. Jordmødrene beskriver verdien av notatet til egen bruk i møtet med kvinnen noe ulikt. Noen opplever støttesamtalenotatet som svært nyttig, de leser mellom linjene og blir slik litt bedre kjent med hvordan kvinnen er forberedt, hvem hun er og hvordan hun tenker. Andre opplever det som mer utfordrende å forholde seg til en fødselsplan da ønsker ikke alltid lar seg innfri og kvinnene kan bli skuffet. Jordmødrene er noe ambivalente til om fødeplanen i støttesamtalenotatet er til hjelp.

Ja, selvfølgelig er det til hjelp, men det er også til bry. ... til hjelp fordi en jordmor eller lege i støttesamtalen har snakket gjennom planene, så man slipper å legge en ny plan, den er litt satt. Utfordringen er selvfølgelig å få det til da, få det til å klaffe, og om det er tid til det da. «Berit».

Jordmødrene synes det er utfordrende dersom planen som foreligger fremstår som spikret. Det at et fødselsforløpet er uforutsigbart gjør det ekstra vanskelig med lovnader dersom ikke det er snakket om nøye på forhånd og dokumentert at ting kan endre seg underveis. Jordmødrene

syns også det er fint å ha noe konkret å forholde seg til, og bruker notatet aktivt i samtale med kvinnen underveis i fødsel og kan oppklarer ting der og da. Noen ganger oppleves støttesamtalenotatene som lite nyttige, mens andre ganger er det gode referater som gir et godt innblikk i hva som er tatt opp og hva som er kvinnens anliggende. Jordmødrene er enige om at støttesamtalen og tilhørende notat er et viktig ledd i bearbeidelsen og forberedelsen for kvinnen, men er mer til hjelp for kvinnen enn for jordmor. Flere har erfaringer med at det er viktig for kvinnen at jordmor har lest og vet. Samtidig sier de det er nyttig å vite hva som er kvinnens problem, særlig når det foreligger spesielle opplysninger, og at man aldri vet hvem som har et «nyttig» og «unyttig» notat med seg. Jordmødrene leser alltid notatene. De er enige om at støttesamtalenotatet og fødebrevet oftest samsvarer, men også utfyller hverandre. Noen ganger kan opplysninger fremkomme i fødebrevet som ikke fremkom i notatet. Jordmødrene kunne ønske seg av støttesamtalenotatet, at det fremgår hva kvinnens eget ansvar er, hva skal hun selv jobbe med. Jordmødrene har kjent på at kvinnen kan klandre jordmor dersom fødselen ikke ble som ønsket, og at det savnes informasjon om at jordmor bistår, men kan i begrenset grad påvirke fødselen.

... jeg syns vi skulle snudd det mer, og finne ressursene til damene. «Rita».

5.3 utfordringer i fødselsopplegg

Denne temakategorien handler om et utvalg utfordringer jordmødrene opplever i møte med kvinner med fødselsangst og tilknyttet fødselsopplegget. Med fødselsopplegg menes fødeplan som fremgår av støttesamtalenotatet sammen med det som planlegges på fødestuen.

Utfordringer handler også om hva fødselsangst innebærer og kan bety relatert til jordmødrenes erfaringer.

5.3.1 Fødselsopplegg og utfordringer

Jordmødrene opplever at kvinnene i varierende grad er forberedt til fødsel, og at forberedthet ikke nødvendigvis korrelerer med antall gjennomførte støttesamtaler. Noen får tett oppfølging både på helsestasjon og støttesamtaler gjennom hele svangerskapet, andre trenger kanskje bare én støttesamtaletime. De som er redde i utgangspunktet bruker mye energi på å forberede seg. Jordmødrene tror dette kan øke stressnivået hos kvinnen, fører til overforberedthet, men hvor det samtidig ikke nødvendigvis blir som planlagt. Det fremkommer at mange kvinner har urealistiske forventninger til hva jordmor kan gjøre for dem i fødsel. Jordmødrene er sikre på

at kvinner som har fått støttesamtale grunnet fødselsangst er bedre forberedt enn om de ikke hadde fått det, da ting er omsnakket på forhånd.

Det er lettere å møte de som har vært på en sånn samtale enn de som ikke har det. «Tuva».

Jordmødrene forteller om balansen mellom å realitetsorientere og gi tilstrekkelig informasjon slik at de best kan forberede kvinnen uten å skremme til keisersnitt, eller belaste dersom utfallet likevel skulle bli keisersnitt som utfordrende. Jordmødrene beskriver mange fødekvinnens behov for kontroll som utfordrende fordi de krever mye av jordmor underveis tid- og informasjonsmessig. At kvinner ønsker å være delaktig og være engasjert i egen fødsel, at de har et sterkt ønske og behov for å være forberedt synes jordmødrene er bra. Likevel kan det være utfordrende da det kan vise seg i overdrevent kontrollbehov som bidrar til økt fødselsangst. Selvbestemmelse og en fødeplan hvor de er forespeilet keisersnitt dersom de ikke likevel vil gjennomføre vaginal fødsel beskrives av jordmødrene som veldig utfordrende å forholde seg til. Noen ganger må valg tas på tvers av kvinnens ønsker. Når fødselen skrider frem er det ofte vanskelig å gi mye informasjon da kvinnen oppleves som mindre mottakelig. Da er det en fordel at kvinnene er forberedt med god informasjon i forkant.

5.3.2 Viten av fødselsangst

Jordmødrene er godt kjent med begrepet fødselsangst og pasientgruppen, samtidig uttrykker de at det er et sekkebegrep som rommer veldig mye og nyanser er vanskelig å skille. Jordmødrene opplever delvis fødselsangst som et begrep som benyttes over en lav sko, og angst om «alt» man er redd for. Jordmødrene opplever begrepet hyppigere i bruk enn tidligere. Jordmødrene opplever at kvinner oftere har fødselsangst nå enn tidligere, at det trolig er lik forekomst men man snakker mer om det nå. Jordmødrene reflekterer rundt fødselsangst, og at denne frykten for at noe skal gå galt er en naturlig og viktig del av prosessen å skulle bli mor. Skillene mellom hva som er angst og hva som er redsel og frykt, men ikke angst oppleves diffuse. Jordmødrene sier de forstår lettere en annengangs fødendes angst enn en førstegangs fødendes. Jordmødrene beskriver media som medvirkende årsak til kvinners fødselsangst. De nevner sommersesongen som en tid hvor de merker at det generelle angstnivået hos enkelte kvinner øker. Det kan være jordmødre som ikke er kjent i avdelingen, økt belegg, redusert bemanning og gjentatte medieoppslag om stor pågang ved fødeavdelingen, og at kvinnene kan bli omdirigert til andre sykehus.

Spesielt på sommerstid hvor det står i svære headlines om at jordmødrene gruer seg til jobbinga på sommeren ikke sant. (...) jeg tror de er redde for ikke å få jordmor. «Sara».

Jordmødrene sier at kvinnenes psyke spiller en stor rolle for fødselsforløpet. Det beskrives erfaringer med at det oftere oppstår komplikasjoner i fødselsforløpet hos disse kvinnene. Det uheldige er at det kvinnene er redde for skjer. Jordmødrene sier at angst kan medføre en økt risiko for komplikasjoner, komplikasjoner som for kvinnen kanskje i utgangspunktet er årsaken til angsten. Fødselen stopper opp, blødninger, vakuumpump er noe av det som beskrives som relativt vanlig i fødsler hvor kvinner er svært angstpreget.

5.4 Å håndtere forventninger

Å håndtere forventninger er den siste av tre temakategorier. Denne favner jordmødrenes erfaringer og syn på støttesamtalen som konsept og tilbud, og deres syn på forventninger og egen rolle.

5.4.1 Tro versus ikke tro på samtalen

Jordmødrene har tro på at støttesamtale kan være viktig for de fleste kvinnene som får det, på en eller annen måte. De er usikre på om det bidrar til en bedre fødsel av det, men de mener at prosessen kvinnen gjennomgår i samtale er viktig for å styrke og forberede henne. De opplever at gjennomgått samtale kan gi kvinnene økt trygghet, men at dette kan avhenge av fødeplanen og om ønskene kan etterkommes. Jordmødrene er litt uenige om viktigheten av hvor samtalen bør avholdes. På den ene siden er sykehuset er best egnet da det hjelper kvinnen til å bli kjent i avdeling og se jordmødrene, på den andre siden mener jordmødrene samtale like gjerne kunne vært avholdt et annet sted utenfor avdeling og sykehuset. Det er konsensus om at jordmor som avholder samtale har særlig god kjennskap til fødeavdelingen. Støttesamtaler hvor ting ikke blir garantert er viktig for jordmødrene. Forståelse og kommunikasjon mellom støttesamtalejordmor og jordmor, og jordmor og kvinnen er essensielt for en god opplevelse. Kvinnen kan oppfattes informasjon feil, dokumentasjon i støttesamtalenotatet er viktig, slik at det kan oppklares. Tilbudet om støttesamtale tror jordmødrene er nyttig for kvinnen spesielt. At tilbudet reduseres på enkelte sykehus, særlig i høysesongen, opplever flere som uforståelig. Jordmødrene sier at dersom tilbudet reduseres på sommeren krever det mer av primærhelsetjenesten. Dersom tilbudet om støttesamtale ikke eksisterte ville de gjøre det samme for fødekvinnene som de ellers gjør, men de bemerker at det også trolig ville kreve mer av dem. De ser for seg møter med

uforbereidte angstpregede kvinner som potensielt vanskeligere enn det de møter hos de som har gått til samtale. Jordmødrene sier at man uansett får ikke gjort så mye annerledes enn å løse utfordringer etter hvert som det kommer. Dersom kvinnen ikke er forberedt klarer ikke jordmor å gjøre annet enn å ta seg ekstra god tid og forklare og støtte underveis. Vanligvis tilpasser de omsorgen til den kvinnen de har uansett.

Det ville jo vært mye tyngre, da møter man mer den råde angsten som er helt ubearbeidet. (...) Ekstremt mye mer ressurskrevende hvis man er opptatt av å gjøre en god jobb, men hvis man ikke er det så er det jo ikke så farlig. «Helle».

Jordmødrene sier at fødselsforberedende kurs er viktig, og at mye forberedelse bør inngå der. Dersom støttesamtale ikke eksisterte eller kapasiteten ikke er tilstrekkelig er det desto viktigere at innholdet i kursene kan imøtekomme også kvinner med stor redsel. Jevnt over er jordmødrene enige om at effekten av støttesamtale på fødselsarbeidet er sekundært, men de fremmer også at kvinnens angst og sterke redsel kan påvirke slik at fødselen stopper opp. Jordmødrene mener de også får fordel av at vanskelige problemer relatert til kvinnens angst er gjennomgått på forhånd. Støttesamtale kan bidra til økt selvtillit, troen på seg selv og en mental vekst hos kvinnen sier de, og det påvirker kvinnen i fødsel.

5.4.2 Syn på forventninger

Syn på forventninger handler mye om kunnskap, tidligere opplevelser og forberedthet, både fra fødekvinnens perspektiv og jordmors. De å finne en balanse mellom å gi nok informasjon til akkurat den fødekvinne, å sanse hvor hun er og hva hun trenger krever en jordmor som er årvåken og interessert. Jordmødrene yter fødselsomsorg, men noen ganger kan *det lille ekstra* være helt avgjørende for fødekvinnes opplevelse. Noen ganger opplever jordmødrene at de har veldig god kjemi med kvinnen, andre ganger ikke. Uansett tilstreber de å være profesjonelle og yte god fødselsomsorg, men det er ekstra gøy når man får ordentlig god kontakt med fødeparet. Det er godt for jordmor at omsorgen som gis blir satt pris på, ofte vises det i takknemmelighet fra kvinnen verbalt eller kroppsspråk. Mange kvinner har behov for at partner er tilstede så mye som mulig etter fødsel. Jordmødrene syns forventninger om dette er vanskelig da det er begrenset med muligheter for dette på grunn av avdelingsorganiseringen. Jordmødrene uttrykker forståelse for at det kan være svært utfordrende for jordmor som har støttesamtaler å skulle gi et realistisk bilde av hvor travel avdeling kvinnen kan møte, og samtidig berolige og trygge kvinnen på at hun vil bli godt ivaretatt.

... samtidig vet de at virkeligheten er at vi springer fra stue til stue. Jeg tror det er kjempe utfordrende. Så de kvinnene, når de blir liggende alene, så tror jeg de opplever det som et svik fra vår side, og det ... oppleves som veldig vondt for oss også. «Oda».

Og så syns jeg ofte at det er forventningene som skaper problem, det man blir skuffa av. Det blei ikke som forventa. Men jeg syns de er godt forberedt. «Berit».

... rammene rundt arbeidssituasjonen er så krevende at jeg ikke får oppfylt deres ønske om tilstedeværelse for eksempel, da er det jo frustrerende. «Rita».

Jordmødrene forteller at de opplever det som vondt og vanskelig når de ikke rekker å innfri kvinnens forventninger til fødsel, eller tilrettelegge for dette. Det kan også være hendelser hvor man blir ventende lenge på anestesen for å få lagt epiduralen de er forespeilet. Noen ganger er det grunnleggende kunnskapsdiskrepans mellom jordmor og kvinnen som gjør at forventninger ikke innfris, andre ganger er det de fortløpende vurderingene og avgjørelser som må tas som er årsak. Jordmødrene påpeker viktigheten at kvinnen kan få en gjennomgang av fødsel en tid etter slik at hun får svar og kan oppklare hendelser i fødselsforløpet.

Jordmødrene påpeker at dette er viktig for å forhindre traumer. Partogrammet kan se fint ut, men kvinnens opplevelse er skrekkelig.

Underveis i fødsel erfarer jordmødrene at å være i forkant med informasjon underveis i fødselsforløpet er alfa omega. Kvinnene ønsker å vite hva som skjer snart, og det å være litt i forkant bidrar til å skape trygghet og ro. Jordmor kan videre påpeke at nå skjedde det vi snakket om i ste, hvilket også bygger tillit i relasjonen. Nettopp det å kjenne til fødselsforløpet godt fra innsiden av fødeavdelingen påpekes som vesentlig for den som har oppfølging av kvinnen i svangerskapet. Flere jordmødre påpeker misnøye med at enkelte kvinner velger å kun gå til sin fastlege i svangerskapet da de opplever disse kvinnene som vesentlig mindre forberedt og informert. Det samme gjelder for kommunejordmor som ikke kjenner til sykehuset så godt, eller det er lenge hun har vært på fødestua. Dette viser seg i at kvinner som trenger samtale ikke blir søkt inn, eller informasjon som gis er feilaktig.

6. Diskusjon

Funnene som diskuteres her fremkom gjennom tekstanalyse med en hermeneutisk referanseramme. Funnene baseres på 8 jordmødre sine erfaringer av møter med kvinner som har mottatt støttesamtale grunnet fødselsangst hvor de har gitt fødselsomsorg.

6.1 Metodediskusjon

En forutsetning for forståelse er organisering og systematisering. Hensikten med dataanalysen er å redusere, systematisere og slik organisere datamaterialet slik at det blir lettere å analysere uten å miste viktig informasjon (Johannessen et al., 2010). utfordringer som Johannesen (2010) viser til kan være å sortere og kategorisere data fra hver informant under hovedtemaer, da det kan være lett å få mange brede kategorier eller kategorier som man har forhåndsdefinert. Den fortløpende kodingen kan gi vansker med å fange opp den ikke tekstbaserte dataen. På den andre siden viser han til at koding med flere kategorier som en tekstkondensering er, hvor man konsentrerer teksten i flere runder kan fungere godt. I denne masteroppgaven har jeg vært opptatt av tekstmaterialets innhold, mindre ord for ord, og mer meningen i helheten av jordmødrenes erfaringer gjennom tekstmaterialet. Dette støttes av en hermeneutisk tilnærming. Ved en hermeneutisk tilnærming til materialet forsøkes det å forstå informantenes erfaring (Christensen, 1994; Johannessen et al., 2010). I dette arbeidet er det forsøkt å forstå og synliggjøre informantenes egne erfaringer ved å tolke det audiativ og tekstmaterialet. Det foreligger imidlertid en mulighet for at opptak på lydbånd kan påvirke hvordan informanten svarer da enkelte lar seg påvirke mer av dette enn andre. Materialet er analysert og tolket gjennom min fortolkning og perspektiver til å bli den informasjonen som tekstmaterialet viser. Analysen og tolkningen er identifisert gjennom temaer og mønstre (Johannessen et al., 2010).

6.1.1. Intervjukontekst

Det er naturlig å rette et kritisk blikk for intervjukonteksten da enkelte intervjuer ble utført i arbeidstiden, klokke ringte og det ble flere avbrudd underveis. Dette kan naturligvis påvirke svarene som ble gitt, samt påvirke antall oppfølgings spørsmål som ble stilt. Spørsmålene ble ikke delt ut på forhånd eller under intervju. Det kunne være en fordel å gjøre dette slik at informantene kunne tenke igjennom svarene på forhånd, men på den andre siden tenker jeg det er en verdi i de spontane svarene som kommer der og da som man kunne mistet dersom svarene var godt gjennomtenkt og formulert før intervjuet. Alle informantene hadde møtt meg minst en gang tidligere enn ved rekruttering, enten ved informasjon om studien eller ved at

jeg har vært innom avdelingen hvor vi har hilst. At jeg var kjent for informantene kan være bra for å skape en atmosfære hvor man slappet av og intervjuet flyter som en samtale, på den andre siden kan det påvirke hva som ble svart ved at informantene forteller mer eller mindre grunnet dette. Min rolle som jordmorstudent kan påvirke balansen i intervjuet ved at jeg ikke har lang erfaring innen feltet, jeg er på jordmors domene og er interessert i hennes erfaringer. Dette kan være positivt ved at jordmødrene snakker ganske fritt, de sitter med en kunnskap jeg ikke har, og jeg er interessert i dem og deres erfaring. Dette kan utjevne en maktfordeling i intervjukonteksten. Det kan være utfordrende å intervju noen i samme fagfelt da jeg kan tro at jeg skjønner og bekrefter med nikk, men kan misforstå, og jordmor kan forklare ting halvveis fordi hun tror hun er forstått. Nikk og bekreftelse på at jeg forstår hva jordmor sier kan både avgrense hva som faktisk blir sagt, og gjøre at mer fortelles fordi man får et klima av gjensidig forståelse og tillit. Min forforståelse er avgjørende for spørsmål og tolkning, noe jeg har forsøkt å være bevisst på. Siden jeg kjenner helsesystemet godt vil jeg kunne unnlate å spørre spørsmål som for meg og jordmor er selvsagt, men som en utenforstående ville spurt om. Motsatt vil det å ha god kjennskap til fagfeltet og organiseringen gjøre at jeg lettere kan spisse spørsmålene. Ved å søke jordmors dybdeerfaring vil jeg kunne besvare problemstillingen, men dersom jeg hadde åpnet mer opp ville jeg kunne fått en bredere tilfang på materiellet og kunne oppdage noe uventet. Jordmødrene er vant til å arbeide under tidspress hvilket var tydelig gjennom intervjuene. De lot seg sjelden bli vesentlig påvirket av forstyrrelser rundt. Jeg valgte å gjøre individuelle intervjuer da dette ble vurdert som lettest å gjennomføre i arbeidstiden. Det er usikkert om materialet ville hatt et vesentlig annerledes innhold dersom det ble innsamlet gjennom to gruppeintervjuer. Kanskje ville de vært rikere, men det kunne også blitt slik at synspunkt og episoder jordmødre fortalte ikke ville kommet frem i plenum. En kritikk er min manglende erfaring med å gjøre intervjuer. Imidlertid kan det at jeg er novise gjøre at den som intervjues slapper mer av, settingen er litt mindre stiv og preget av at dette er første gang jeg gjør dette. Det er også et faktum at ved de første intervjuene hadde jeg ikke dannet meg en formening om hva som kunne komme, mens ved de siste intervjuene hadde jeg erfaring med foregående intervjuer og var mer på om noe nytt fremkom. Dette er en forforståelse jeg var bevisst, men som vanskelig lar seg legge bort. Denne forforståelsen anser jeg som bra da det kan bidra til mer variasjon ved oppfølgingsspørsmål, jeg var ekstra fokusert, lydhør og interessert i nye aspekter. Risikoen er utålmodighet som merkes av jordmor slik at hun ikke får reflektert ferdig svaret sitt. Jeg forsøkte bevisst å nullstille meg om det materialet som allerede er innhentet. Det unike intervjuet er det som finner sted der og da, ingen intervjuer er identiske selv om de er

tilsvarende og man tilstreber likhet. Under intervjuene ble det benyttet en intervjuguide (vedlegg) som veiledende slik at de samme temaene og spørsmålene ble gjennomgått og stilt til alle informantene. Enkelte informanter snakket fritt og kom til å besvare flere spørsmål gjennom egne frie resonnering, det ble da stilt enkelte utfyllende oppfølgingsspørsmål, slik ble ikke intervjuguiden fulgt slavisk. Enkelte spørsmål kunne bli stilt på litt ulike måter alt ettersom hvordan samtalen løp. Intervjuguiden ble justert etter de to første intervjuene. Spørsmålene til intervjuguiden ble gjennomgått først med veileder, deretter med en jordmor som ikke deltok i intervjuene og til sist benyttet i pilotintervju med en sykepleier med begrenset kjennskap til det jordmorfaglige feltet. Begrunnelsen for sistnevnte var å få et annet kritisk blikk på spørsmålene av noen med en annen forforståelse. Dette var nyttig da dette bidro til å konkretisere og tydeliggjøre spørsmålene ytterligere.

6.1.2. Sannhet

For å beskrive troverdighet i kvalitativ forskning kan begrep som fremgår av Graneheim og Lundmans (2004) teori benyttes, i det følgende vil disse redegjøres for. Credibility (troverdig), dependability (pålitelighet) og transferability (overførbarhet) beskriver ulike aspekter som er avgjørende for resultatets troverdighet. Kredibilitet handler om når man bestemmer seg for hvilket fokus studien skal ha. Hvordan man gjør utvalg, datainnsamlingen og analyse av materialet. Utvalg utføres på en slik måte at man får variasjon og en riktig tilnærming som styrker oppgaven. Troverdighet handler om de valg som forsker gjør underveis for som resultatet kan avhenge av. Data endres gjennom prosessens analysetrinn, hvilket kan medføre endringer i mening dersom forsker ikke er oppmerksom og tro mot kilden. Man kan innhente ulike opplysninger, og intervjuet kan bli rikere hos noen informanter selv om man i utgangspunktet følger intervjuguiden. Oppfølgingsspørsmål kan smale fokuset på det som skal observeres. Overførbarhet handler om det man finner er overførbart til en annen gruppe, om man ville kunne kommet frem til det samme resultatet da. Får at overførbarheten skal kunne vurderes av leser som bra eller dårlig må analyseprosessen være transparent slik at det fremgår i alle ledd hvilke valg som er foretatt og hvorfor (Graneheim & Lundman, 2004). Refleksivitet handler om hvordan forskerens rolle påvirker datainnsamlingen og forskningsprosessen, det kan sammenlignes med forforståelse (Johannessen et al., 2010). Videre sier Johannessen at bekreftbarhet handler om at de presenterte funnene er et resultat som selve studien representerer og ikke forfatteren sin subjektive holdning (Johannessen et al., 2010). Som samlebegrep for dette har jeg valgt

sannhet. Jeg har tatt meg den frihet til å illustrere dette ved hjelp av en tabell (Figur 3.) hvor jeg forsøker å identifisere en rekke styrker og svakheter ved de ulike sidene ved denne studien.

Figur 3. Styrker og svakheter ved studien.

Styrker		Svakhet
<p>Utvalget omfattet jordmødre på sykehus med mer enn ett års erfaring fra fødeavdeling, og som har hatt kvinner med fødselsangst i fødsel som i svangerskapet mottok støttesamtale.</p> <p>Generalisering. Funnene representerer erfaringene fra 8 jordmødre, og kan med denne studien kan være gjenstand for refleksjon og videre utvikling av støttesamtaletilbudet.</p> <p>Variasjon i alder og erfaring på jordmødrene slik at de ikke er preget av å være utdannet i samme tidsrom og ha ervervet samme erfaring.</p>	<p>Overførbarhet</p>	<p>Utvalg. Et spørreskjema til alle jordmødre i avdelingene ville kunne styrket overførbarheten. Utvalget kunne være skjevt og presentere overvekt av ett bestemt syn dersom det var store ulikheter i avdelingen.</p> <p>Funnene kan ikke generaliseres til å gjelde for alle jordmødre.</p> <p>Variasjon i alder og fartstid i yrket kan medføre et syn som er midlertidig eller satt.</p>
<p>Rekruttering foregikk delvis i en avdeling jeg var kjent som student. Tidsbesparende og informantene var positive. Forfatters fremtoning, om hun var likt i avdeling ville kunne påvirke positivt.</p>	<p>Refleksivitet</p>	<p>Rekruttering i et kjent miljø kan medføre at informanter ikke tør avstå. Å avslå overfor en kollega kan være vanskeligere. Forfatter kunne ha bedre kjennskap til systemet ved ett av sykehusene som kunne gi en skjevhet i kunnskapsgrunnlaget.</p> <p>Bakgrunnskunnskap hos forfatter kan ubevisst påvirke i positiv eller</p>

<p>Intervjukonteksten. Å være kjent før intervjuet kan påvirke intervjuet på en positiv måte ved at informanten følte seg raskt trygg og turte å snakke åpent og positive og negative sider.</p> <p>Tolkning. Forfatters kjennskap til avdeling og foretaket kan utfylle en forståelse av hva informant mener når hun avbryter setninger eller forklarer det som er vanlig og hverdagslig.</p> <p>Utvalg av spørsmål til guide ble valgt av forfatter i samarbeid med veileder for å sikre helhet og innhold.</p>		<p>negativ grad farget av forfatters synspunkt.</p> <p>Informanter kan foretrekke å ikke være kjent, ha en større avstand til intervjuer. At forfatter var kjent i avdeling kunne medføre usikkerhet eller motstand hvis hun ikke var likt.</p> <p>Forfatter kan <i>tro</i> hun forstår og tolker dithen fordi man har samme referanseramme, men trekke feil slutninger. Hun kan også miste det som ville vært ny info for en utenforstående men som tolkes som forventet.</p> <p>Det kan mangle spørsmål som i etterkant synes opplagt inkludert.</p>
<p>Data er innsamlet på båndopptak som ble oppbevart i henhold til gitte krav for oppbevaring, aidentifisering, anonymisert og korrekt slettet prosessen.</p> <p>Innholdet er lettest å forstå fullstendig dersom samme intervjuer og transkriberer.</p> <p>Intervjuene ble gjort og transkribert av intervjuer. De ble gjennomlest to ganger for å sikre innhold før lydbåndet ble slettet.</p>	<p>Gyldighet</p>	<p>Tekniske feil ved data innsamlet på bånd kan forekomme. Back-up på andre enheter skjedde ikke, derfor kun en kilde.</p> <p>Innholdet på opptaket kan ha mye uferdige setninger i det muntlige språket, hvor meningen kan mistolkes i transkripsjonsprosessen. Transkripsjon og oversettelse til skriftspråk kan eliminere nonverbal info. Gjorde intervjuene alene.</p> <p>Det kunne vært et roligere sted, utenom arbeidstid.</p>

<p>Konteksten for intervjuene var enten i avdeling eller utenfor avdeling. Rekruttering var strategisk utvalg av jordmødre, og antall informanter var 8, fra to sykehus.</p>		<p>Jordmødre ble rekruttert der og da eller avtalt sted. At dette var ulikt kan ha implikasjoner for hvor rikt materialet ble grunnet tidspress. Antallet var ikke likt mellom de to sykehusene.</p>
<p>Gjennomlesing. Alle fikk mulighet til å lese igjennom sitt intervju når det var transkribert.</p> <p>Intervjuguide. Benyttet samme intervjuguide med kjernesporsmål til alle informantene for å oppnå lik kilde for innhenting av datamaterialet.</p> <p>Spørsmålene var stilt på en nøytral måte.</p> <p>Intervjuene ble gjennomført på tilnærmet lik måte med samme tidsramme, ca 55 minutter.</p> <p>Intervjuer ble trygg på spørsmålene i guiden, og kunne løsrive seg fra guiden og intervjuer i en løsere samtale-form.</p>	<p>Pålitelighet</p>	<p>Ingen benyttet dette tilbudet.</p> <p>Enkelte intervjuer var kortere enn andre, noen intervjuer var det flere oppfølgings spørsmål enn andre, dette for å komme inn på de samme temaene som oppgaven favner, men kan også sees på som en inngripen og føring av samtalen.</p> <p>Det kan hende det kunne skinne igjennom eller informant følte hva intervjuer sin mening om tema var basert på tonefall eller andre nonverbale tegn selv om det ble tilstrebet at dette ikke skulle forekomme.</p> <p>Intervjuene varierte fra 17 – 45 minutter, hvilket kunne gjøre at enkelte spørsmål ble besvarte kortere enn nødvendig.</p> <p>Etter mange intervjuer kunne det bli lett å foregripe svaret da det ofte var det tilsvarende svar som kom. Kunne også glemme av mindre spørsmål.</p>

<p>Metode. Benyttet prosedyre og fulgte prosessen steg for steg. Benyttet veileder i prosessen for å øke troverdigheten i analyseprosessen.</p> <p>Utvalget var relevant, jordmødre som har erfaring fra mer enn ett år som forløsningsjordmor. Noen hadde mer enn 20 års erfaring. Å ha en stor variasjon i erfarenhet kan være en styrke for å få et nyansert og bredspektret bilde av jordmødrenes virkelighet.</p>	<p>Troverdighet</p>	<p>Var alene om store deler av oppgaven utenom de kritiske fasene i analysen. Tolkninger og valg underveis kunne være annerledes dersom man var to eller flere som håndterte det samme materialet og valgene.</p> <p>Variasjonen kan ha medført en erfaringsbasert skjev vurdering spesielt hos de yngre hvor de har erfaring med langt færre kvinner og kan derfor har gjort seg opp en generell formening basert på et lite antall. Jordmødre kan med sin lange fartstid komme til å idealisere hvordan det var tidligere, eller de kan ha et så bredt erfaringsgrunnlag at de husker mest de ekstreme tilfellene da de har så, slik at de som befinner seg i midtsonen ikke stikker seg fram som spesielt huskbare.</p>
<p>Andre studier støtter enkelte funn/erfaringer som jordmødrene beskriver.</p> <p>Forskningsprosessen er nøye beskrevet i oppgaven. Det har vært ulike seminarer der forfatter har lært om tilsvarende løsning og prosesser hos medstudenter.</p>	<p>Bekreftbarhet</p>	<p>Det foreligger ingen andre totalt sammenlignbare studier.</p> <p>Mesteparten av forskningsprosessen er utført alene. Det kan medføre oppgaven i stor del er preget av kun forfatters valg.</p>

Første gang forfatter har gjennomført en slik studie.		Trolig mange nybegynnerfeil som kan unngås ved en ny studie hvor forfatter er mer erfaren.
---	--	--

6.2 Diskusjon av resultater

Jordmødrene forstår godt kvinner med fødselsangst grunnet traumatiske tidligere opplevelser enten de er første- eller flergangsfødende, men synes det mer utfordrende å forstå og hjelpe førstegangsfødende med fødselsangst uten en kjent årsak. Frykten for det ukjente og frykten for å miste kontroll støttes av forskning som vanlige årsaker til fødselsangst hos førstegangsfødende (Stoll & Hall, 2013). Fisher (2006) nevner at kvinnens fødselsangst ofte delvis er personlig relatert og delvis samfunnsbegrunnet. Dette støttes av jordmødrenes erfaringene i denne masterstudien som opplever at media spiller en stor rolle i kvinners fødselsangst. En Canadisk studie fant en vesentlig høyere forekomst av fødselsangst hos førstegangsgravide som tilegnet seg informasjon om graviditet og fødsel kun gjennom media sammenlignet med de som fikk informasjon fra en annen kilde i tillegg (Stoll & Hall, 2013). Samme studie viser til at de med høyest grad av fødselsangst har sammenheng med ønske om keisersnitt. Mine refleksjoner er at media er et tveegget sverd. Media kan bidra til åpenhet rundt hendelser som for eksempel fødselsangst, traumatiske fødsler, fødselsrifter, urinlekkasje eller fistler som er eksempel på noen temaer som kan være tabubelagte og vanskelig å snakke om. Dette intime, flau som tidligere ikke var nevnt kan man nå finne i historier og informasjon om i magasiner, aviser og ulike sosiale medier. Slik tenker jeg at media kan være med på å fjerne tabuer og rette søkelys på vanskelige temaer. Kvinnene som opplever dette er i hvert fall ikke alene om det, noe som kan være en trøst og støtte. Kvinner som leser om andres historier kan på den andre siden frykter det og bli redde. Slik sett kan åpenhet og kunnskap gjennom media bidrar til frykt, særlig når kvinnene ikke vet hva som er riktig, sannsynlighet for og ikke. Frykt for noe hun ikke vil skal skje henne kan bidra til at kvinnen forsøker å forebygge og forberede det hun kan, slik kan media på ett vis også bidratt til kunnskap. Selv om vi har kunnskap kan ikke alt forebygges eller forhindres i en fødsel, ei forutses eller kontrolleres. Jordmødrene i studien bemerker de negative sidene ved media, de mener dette gjør kvinner unødig engstelige og redde.

Jordmødrene møter ofte kvinner med fødselsangst i en eller annen form. Forskning finner at en av fem kvinner har fødselsangst (Haapio et al., 2016; Hildingsson, Nilson, Karlström & Lundgren, 2012; Pettersson, 2016; Storksen et al., 2012). Mye tyder på at omfanget er større

da jordmødrene møter kvinner som ikke er fanget opp i primærhelsetjenesten og tilbudt samtale. En utfordring kan selvfølgelig være å identifisere de som er i behov av støttesamtale, og de som går igjennom denne naturlige frykt- og livskrisen som svangerskapet medfører ifølge Brudal (2000), og som ikke trenger samtale. Jordmødre bemerker at mye som blir identifisert og omtalt som fødselsangst opplever de som en normal reaksjon, og stiller seg undrende til diagnosen. Jeg tenker at begrepet fødselsangst er et vidt begrep med ulike grader og omfang, og kanskje er det ikke så rart om det er vanskelig å forstå hva en kvinne legger i det når hun sier hun har fødselsangst. Er det egentlig bare et annet ord for normal frykt og engstelse, er det den milde varianten fødselsangst, eller den som hindrer henne i å fungere normalt i svangerskapet. Man definerer fødselsangst i 4 grader ifølge Petterson (2016). Jordmødrene møter kvinner med fødselsangst cirka ukentlig i avdeling. I en studie gjort i fem europeiske land rangerer Norge som nummer tre på forekomst av alvorlig fødselsangst både for førstegangs og flergangsfødende med henholdsvis 12,7% og 11,2 % (Lukasse et al., 2014). Jeg tenker at åpenhet og aksept i et samfunn kan ha mye å si for forekomsten man identifiserer og klarer å kartlegge.

Jordmødre i masterstudien opplever at kvinner med fødselsangst både er godt og mindre godt forberedt til fødsel etter å ha gjennomgått støttesamtale. Enkelte ganger er de overforberedte, hvor de stresser med å skulle være forberedt, mens de sliter med å tilegne seg reelle forventninger om hva som venter. Det kan være for eksempel at de tror de kan ombestemme seg og få keisersnitt når de selv vil i løpet av fødselen, eller at far får være tilstede hele tiden under induksjon eller barseloppholdet. Jordmødrene erfarer at de tror mange har hatt stor nytte av samtalen, de kan oppfattes som rolige og mentalt klare når fødsel starter. Andre kvinner kan fremstå stresset og uforberedt men lar seg lettere veilede og hentes inn, andre igjen er virkelig vanskelige å trygge og krever at jordmor er tett på. Jordmødrene påpeker at man ikke kan vite akkurat hvordan denne kvinnen hadde forholdt seg i fødsel dersom støttesamtale ikke var gjennomført, men med kjennskap til deres bakgrunn og møtet med kvinnen får jordmødrene likevel et inntrykk. Slik jeg ser det er forebyggende arbeid til dels vanskelig å identifisere, og i denne konteksten særlig vanskelig når kvinnene selv ikke er spurt om opplevelse av effekt av støttesamtalen. Forskning viser at det er lettere å hjelpe de med en traumatisk tidligere opplevelse ved å bearbeide denne enn å hjelpe noen som ikke klarer å forstå hva de selv er redde for (Haapio et al., 2016). Min erfaring er at kvinner kan forberede seg teoretisk og mentalt på hvordan en fødsel kan forløpe, men de gangene hvor kvinnen har en innstilling hvor hun tydelig stoler på jordmor og raskt føler seg trygg synes

som et bedre utgangspunkt for en god fødselsopplevelse selv om utfallet kan bli keisersnitt. Det å få kontakt med kvinnen slik at man kan skape en relasjon har også fungert som en trygghet i en utrygg situasjon. Eide og Eide (2004) henviser til at relasjonen mellom den som hjelper og den som søker hjelp kan være avgjørende for resultatet. Erfaringen min er at det å ta opp det vanskelige, hva hun er redd for skaper en interesse og en dialog rundt hvordan man kan forsøke å tilrettelegge kommende fødsel. Kommunikasjon er viktig synes jordmødrene, og nevner at en fin tilnærming kan være å starte med å anerkjenne at kvinnen har vært til støttesamtale. Jordmødrene nevner at de gjerne snakker om støttesamtalenotatet, og forteller kvinnen at det er lest. Dette er en fin invitasjon til videre samtale om dette dersom kvinnen ønsker eller noe må oppklares.

Jordmødrene i studien ser generelt på støttesamtaler som et nyttig tilbud for kvinnen, men også at det kan også hjelpe jordmor indirekte i å veilede i fødsel da vanskelige ting er blitt omsnakket tidligere. En annen erfaring jordmødrene har handler om at kvinnens angst påvirker fødselsforløpet og kan utløse en kaskade av tiltak videre i fødsel. Studien til Urvik (2016) finner i sitt prosjekt en tendens til nedgang i komplikasjoner i forbindelse med fødsel etter støttesamtaler. En annen studie viser til at kvinnene som er svært redde har lettere for å rapportere om negative hendelser både i forbindelse med fødsel og tiden etterpå. Samme studie viste også til at kvinner med fødselsangst har en høyere risiko for intervensjoner og keisersnitt (Haines et al., 2012), og det faktum at fødselsangst kan føre til at fødsel stopper opp eller trekker ut (Sydsjö et al., 2012), som videre kan føre til en rekke tiltak og inngripen i en naturlig fødselsprosess. Dette gjenspeiles hos jordmødrene da de erfarer at det oftere er komplikasjoner i fødslene hos kvinner med fødselsangst. Dersom de er negativt innstilt eller veldig redde kan det være vanskelig å endre en fastlåst tankegang inne på fødestua. De erfarer at positive forventninger til fødsel ofte gir et bedre utgangspunkt for godt utfall og god fødselsopplevelse. Funn viser at støtte, tilstedeværelse, informasjon og måten jordmor møter kvinnen på kan hjelpe kvinnen å konsentrere seg om seg selv i fødselsarbeidet (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Jordmødrene forteller at tidspresset på fødeavdelingen kan medføre lite tid til kvinnen, hvilket de opplever som vanskelig. Jordmødrene er redde for å svikte kvinnen og hennes forventninger samt å påføre en ny, dårlig erfaring. Jordmødrene dras imellom når det er lite ressurser i avdeling, og dette oppfattes som en risiko for dårlig opplevelse for kvinnene som oppfattes som ekstra sårbare for å ikke bli sett eller føle kontroll. Jeg ser for meg at forekomsten komplikasjoner relatert til fødselsangst er lavere enn hva som er reelt fordi mange jordmødre sier de er mer årvåkne og føre var med disse kvinnene da de vet om

risikoen. Derfor tenker jeg at det er vesentlig for kvinnen at jordmor bruker sin spesialiserte faglige- og emosjonelle kompetanse til å minske risiko og håndtere situasjoner tidlig. En studie viser til at det kan oppfattes mer sosialt akseptert å uttrykke redsel for selve fødselssmertene enn for det å skulle føde (Alehagen et al., 2006). Jordmødrene opplever at angstbegrepet rommer svært mye og benyttes bredt. De lurer på om det slik at det er lettere å si at man har angst enn å si at man er redd. Jordmødrene melder at begrepet angst er et ord de opplever mye i bruk i dagligtalen og i media. Kvinner er mer redde for å miste kontroll, mer nå enn før.

Støttesamtaletilbudet for kvinner med fødselsangst eksisterer ved flere sykehus, men kan ha litt ulikt innhold og ulikt navn. Urvik (2016) viser til tilbud hvor kvinnene selv kan ta direkte kontakt, mens andre steder kreves henvisning fra primærhelsetjenesten (Akershus_universitetssykehus, 2014). Jordmødrene i studien nevner i liten grad hvordan tilbudet burde vært organisert eller hva som burde være inklusjon eller eksklusjonskriterier, men de uttrykker tilfredshet med at det eksisterer. De har ulike syn på om samtalen bør foregå på fødeavdelingen, sykehuset eller et annet sted. Meg bekjent finnes det ingen føringer for hvor et slikt tilbud bør være. Jordmødrene opplyser at det er lokalisert i forbindelse med fødeavdelingen, som bekreftes ved enkelte sykehus (Akershus_universitetssykehus, 2014; Urvik, 2016). De tror det er et poeng for kvinnene å bli kjent, se og kjenne pulsen i avdelingen. For andre kan det virke skremmende og virke mot sin hensikt, særlig dersom det er hektisk i avdelingen. Det fremkommer at enkelte støttesamtaletilbud var ment å favne de kvinnene som helsestasjon og fastlege ikke klarer å hjelpe tilstrekkelig. Andre steder er det et ytterligere lavterskeltilbud for alle kvinner med frykt og angst. Noen jordmødre peker på at samtaletilbud burde tilbys alle kvinner da mange kan ha behov for en slik støtte i forbindelse med familieførøkelse. Mine tanker rundt tilbudet om støttesamtale kretser rundt at det fremstår som litt tilfeldig hvordan et slikt tilbud blir til. Det foreligger kun anbefalinger om å gi kvinnene det de trenger, noe som hun har krav på. Hva denne hjelpen består i, hvem skal definere hva hun trenger, og hvordan skal hjelpen gis er opp til initiativtaker. Det kan synes som at tilbudet om støttesamtale er et tilbud som har vokst frem etter at ildsjeler i jordmoryrket har sett et behov hos kvinner som ikke ble dekket andre steder i svangerskapsomsorgen. Etter muntlige samtaler med flere støttesamtaletilbud har jeg forstått at det enkelte steder benyttes spesifikke metodikker for samtale som kan grense opp mot samtaleterapi, mens andre steder er støttesamtalene mer å regne som rådgiving, en informativ og åpen samtale, uten noen metodisk tilnærming. Enkelte steder er det ingen spesielle krav til

kurs eller ekstra kvalifikasjoner for å avholde samtalene, men det holder å ha tro på og interesse for tilbudet. Mitt inntrykk er at det er varierende hvor mange jordmødre som er tilknyttet tilbudet, og at det er svært knapt med tildelte ressurser til tilbudet slik at det reduseres eller stenges, spesielt om sommeren. Slik jeg forstår det tilbys noe til kvinnene som ligner på samtaleterapi, men som ikke anerkjenner seg selv for å være det eller vurderes til det. Det er meg bekjent lite kontroll og evaluering av tilbudene, og det finnes ikke samlende føringer eller krav for innhold eller gjennomføring. Likevel kjemper mange steder for å opprettholde samtaletilbudet fordi kvinner gir tilbakemelding om at det var noe de trengte, og en opplevelse om økt etterspørsel. Jordmødrene erfarer at selv om de opplever at støttesamtalene kan medføre økte krav fra kvinnen om hvordan fødsel ønskes gjennomført, er tilbudet noe de opplever som viktig for kvinnens modning og forberedelse til fødsel og livet som mamma. Flere jordmødre etterlyser fødselsforberedende kurs som tar for seg andre ting enn det praktiske. En Finsk RCT studie viser til at det som gjennom fødselsforberedende kurs kan snakkes om på forhånd av praktiske forhold reduserer angst hos en del, mens det angst som handler om følelser og tilknytningen mellom mor og barn er vanskeligere å påvirke (Haapio et al., 2016). Jordmødrene opplever det er vanskelig å forholde seg til lovnader som fremgår av støttesamtalenotatet som for eksempel tidlig epidural og keisersnitt dersom kvinnen opplever at hun ikke klarer gjennomføre en vaginal fødsel likevel. Epiduralen avhenger av kapasitet hos anestesilegene, og de kan utebli grunnet andre presserende oppgaver. Dette opplever jordmødre kan medfører skuffelse og en opplevelse av svik hos kvinnen. Jordmor kan føle på at hun svikter kvinnen, kollegaen som har laget fødeplanen, men også å bli sviktet av anestesien da epidural er et tiltak som hun har gått god for. Jordmødrene erfarer også at kvinnen kan tro at hun kan ombestemme seg når som helst i fødsel og be om keisersnitt dersom det står i fødeplanen. En slik prosess avhenger også av mange faktorer som dels kan være vanskelig for en utenforstående å forstå, samtidig er det viktig at det blir dokumentert hvilken informasjon som er gitt kvinnen. Jordmødrene opplever enkelte ganger å bli stående i mellom støttesamtalenotatet og sin faglige anbefaling i den aktuelle situasjonen hvor det kvinnen ønsker ikke kan etterkommes eller anbefales. Urvik (2016) sier at støttesamtaletilbud har fokus på at kvinnen skal gis god tid for å kunne åpne seg og fortelle om hva hun ønsker, hva som betyr noe og som er viktig for henne, og slik danne grunnlaget for å hjelpe kvinnen videre med hennes prosess (Urvik, 2016). Jordmødrene er delt i meningen om samtalene bør foregå på sykehus eller om de kan foregå et annet sted, da noen ser det som nyttig at kvinnen blir kjent, mens andre tenker en hektisk dag på føden kan virke skremmende og forverre angsten. Forskning sier at informasjon som blir gitt i det miljøet det

er aktuelt oppfattes på en bedre måte enn informasjon som memoreres (Haapio et al., 2016). Det fremkommer positive erfaringer med at kvinnen har fått prøve å ligge i fødesengen, prøvd benholdere og fått sett seg godt rundt på fødestuen hos noen jordmødre. Jordmødrene erfarer at det kan være nyttig for kommende fødsel, gjennom tilbudet om støttesamtalen, å få bearbeidet tidligere hendelser med tanke på progresjon i aktuell fødsel og for kvinnens eget velbefinnende. Jordmødrene peker på kvinnes behov for forutsigbarhet og hjelp til å finne troen på egen fødeevne. Til dette trenger de veiledning underveis i fødsel, og flere jordmødre synes det er fint at det foreligger en fødeplan med en veiledende plan for fødselen dersom den ikke er for detaljert og fastlåst. En studie betegner jordmor rolle overfor kvinnen som å være i *team* eller *være sammen med* i fødeprosessen. Ved å være nær vil jordmor kunne forstå hvor kvinnen er og hva hun trenger der og da (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Jordmødrene i denne studien erfarer at fødeplanen kan være nyttig for å bli kjent med kvinnen, men kan også være vanskelig å etterkomme av tidligere nevnte årsaker. Kvinnene har rett på den oppfølgingen de trenger hvilket de faglige retningslinjene i Norge støtter opp om (Helsedirektoratet, 2005). Jordmødrene opplever jevnlig å være i spennet mellom tid og ressurser, og noen ganger i går dette i motsatt retning av fødekvinnes behov. En studie pekere også på tidsspennet jordmor forholder seg til som utfordrende. Man gir tid til å følger kroppens naturlige føderytme samtidig som prosedyrer styrer tid og tiltak (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Min erfaring er at jordmødrene bruker sin enorme kunnskap for å tilpasse fødselsomsorgen til den aktuelle kvinne. Erfaringene deres er ulikt sammensatt og preget av blant annet eget interessefelt, men den grunnleggende kunnskapen og fødselsomsorgen som gis fremstår som solid. En studie støtter at jordmor benytter sine ulike sanser for å oppfatte fødselssituasjonen som en helhet, og identifisere hva situasjonen krever og når (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Dette oppfatter jeg som et uttrykk på at jordmødrene trives med variasjon og uforutsigbarhet i jobben sin, men at det noen ganger kan røyne på. Jordmødrene selv erfarer at de er glade for at kvinnene kan henvende seg et sted å få hjelp for sin fødselsangst da det ikke er optimalt sted og tid for å ta opp vanskelige dype temaer for første gang under en fødsel. Det skriftlige som følger kvinnen opplever de som til hjelp og nytte, særlig de gangene kvinnens historie er traumatisk eller det er spesielt viktig at jordmor vet hva som må tas hensyn til. Med bakgrunn i Brudal (2000) sin fremstilling av forebyggende arbeid, tolker jeg det dit hen at støttesamtale presenterer sekundærforebygging i helsearbeid. Jordmødrene ytrer at de oppfatter støttesamtaler som et forebyggende tiltak, men det er vanskelig å vite sikkert hvordan det ville gått uten samtale da kvinnene er så ulike. Dersom støttesamtale ikke hadde eksistert som tilbud ville jordmødre møtt kvinnene akkurat slik de gjør i dag, men de ville manglet

informasjon som støttesamtalenotatene representerer noe de ser på som tidkrevende og utfordrende. Et annet aspekt de nevner er at kvinnen ikke ville ha påbegynt bearbeidelse- og forberedelsesprosessen slik hun gjør ved å benytte dette tilbudet. En studie peker på at jordmødrenes årvåkenhet og faglige kunnskap vil kunne oppfatte mye av en fødekvinnes behov, noen ganger de behovene kvinnen selv ikke forstår hun har (Blaaka & Schauer Eri, 2008). Ut i fra dette forstår jeg det som om at kvinner ikke nødvendigvis selv oppfatter at de har et problem de kan søke hjelp for. Jordmødrene bekrefter at de møter kvinner som ikke har mottatt støttesamtale for sin fødselsangst men hvor de mener de burde fått tilbudet.

Forklaringen antar de enten er det nevnte, eller at det mangler kunnskap i primærhelsetjenesten om tilbudet. Enkelte jordmødre oppgir at de har lite tro på eller ikke vil ta stilling til om støttesamtale har en effekt for kvinnen og fødselsforløpet. De leser notatet, men yter ikke noe vesentlig ekstra fødselsomsorg for disse kvinnene enn til andre kvinner de har i fødsel. Min tanker er at er dette kan være bra dersom de alltid yter det beste de kan av fødselsomsorg. Jeg tenker også at det er menneskelig å yte ekstra noen ganger og andre ganger ikke, men det er et poeng at kvinner som er sensitive og har behov for det lille ekstra bør kanskje få det. Jordmødrene forteller at det etterstrebes å tildele kvinner med fødselsangst jordmødre som har spesiell interesse for dette feltet, og hvor dette ofte er mulig. På den andre siden tenker jeg at det også handler om kjemi. En jordmor beskrev at det er lettere å yte ekstra til en kvinne man har god kjemi med. Så kanskje er det ikke så rart at kvinner kan ønske seg en jordmor de har god kjemi med, da det menneskelig sett vil være større sjanse for å få det lille ekstra av omsorg. Av egen erfaring vet jeg at kvinner som har fått det lille ekstra har selv etter en potensielt traumatisk fødsel opplevelse av å være ivaretatt og sett. En kvinne fortalte meg at dette vippet fødselopplevelsen fra dårlig til god. Noen jordmødre sier at de føler de gjør en bedre jobb når hun har god kjemi med kvinnen og gir litt ekstra av seg selv. I studien til Blaaka og Schauer (2008) benevnes balansen mellom jordmor og fødekvinne som å være nær uten å trenge seg på. Fra tidligere er *nærhet og distanse* er et kjent begrep innenfor helse, som handler om å finne balansen hvor man er nær og ekte, men ikke for nær og inngripen. Noen jordmødre sier de strekker seg lengre når de vet de har kvinner med spesielle behov, mens andre sier at de strekker seg like langt uansett kvinne, at de strekker seg langt uansett. I en studien som tidligere er nevnt sier jordmødrene at det å være jordmor handler om å ha en genuin interesse for faget hvor man går helt inn i jobben sin, hvor man er nær, identifiserer situasjonen kontinuerlig og samtidig avventende (Blaaka & Schauer Eri, 2008).

Forståelse baseres både på fortolkning og meningsforklaring. For å forstå en annens handlinger må vi også forstå hennes kunnskap og oppfatninger som gjør handlingen fornuftig for vedkommende (Johannessen et al., 2010). Dette er det, det overordnet handler om også i denne kvalitative studien. Dette bildet av forståelse kan vi speile mot fødekvinne og mot jordmor. Jordmor benytter sin erfaring, sin faglige- og mellommenneskelige kunnskap om fødselsangst til å forsøke å forstå hver enkelt kvinne, hva akkurat hun trenger for å mestre fødselen på en måte hun selv er fornøyd med og som er forsvarlig. Kvinnen på sin siden kan tenkes forsøker å forstå dette feltet som er mer eller mindre ukjent for henne, et område som hun ikke kan så mye med men, allikevel vet litt om. Hun vet ofte nok til å vite hva hun selv frykter. Forståelse handler også om at systemet, helseforetakene, klinikkene, avdelingene forstår hvilke ressurser som kreves for å gi kvinner med fødselsangst et godt tilbud. Det handler om forståelse av hva som er et godt tilbud. Det handler om forståelse for at det er bedre å forebygge enn å reparere, både i en mellommenneskelig relasjon og i et økonomisk bilde.

7. Konklusjon

Gjennomført støttesamtale kan bidra til en bedre fødselsopplevelse for kvinnen.

Forutsetninger er god kommunikasjon mellom henviser, støttesamtalejordmor og jordmor, samt kvinnen. Kvinnens ønsker og behov bør fremsettes på en realistisk og imøtekommende, og den bør imøtekommes likeså. Fødselsomsorgen bør preges av individualtilpasset omsorg og kontinuerlig informasjon.

Implikasjoner for praksis kan være å øke kunnskap hos jordmødre om hva støttesamtale innebærer, samt inkludere deres erfaringer i utforming av samtaletilbudet. Kanskje bør man finne en form og et navn som kan benyttes i hele landet. Mange ulike, men tilsvarende tilbud kan virke forvirrende for kvinner så vel som helsepersonell. Partner har en viktig rolle, og bør inkluderes i videre forskning på feltet fødselsangst.

Jordmødrene i studien viser ønsker at tilbudet om støttesamtale for kvinner med fødselsangst skal bestå, men man må tørre å ta diskusjonen på hvordan tilbudet bør evalueres og utformes.

Etterord

Denne oppgaven har for meg vært en spennende og krevende prosess. Det har vært utfordrende å gjennomføre en slik oppgave alene, men også ekstra spennende siden jeg har sittet ved roret helt selv og har måttet stå for egne valg og avgjørelser. Dette var første gang jeg har gjort et slikt stykke arbeid, og underveis i prosessen skjønnte jeg hva jeg burde forstått tidligere. Men, det er akkurat slik det er, læringsprosessen. Oppgaveprosessen har også pirret interessen min for videre forskning og et ønske om å være med på å drive faget fremover. Jeg synes det kunne vært spennende å arbeide mer med tematikken fødselsangst, både i klinisk praksis og innen forskning. Jeg håper at nyervervede erfaringer fra denne masteroppgaven vil kunne hjelpe meg til bedre forståelse, og fungere som en døråpner for nye prosjekter i fremtiden.

Jeg vil først og fremst takke jordmødrene som har tatt seg tid og bidratt med sine erfaringer i en hektisk hverdag slik at denne studien var mulig å gjennomføre. Videre vil jeg takke veileder og medstudenter for uvurderlige tilbakemeldinger i denne prosessen. Jeg vil takke mine gode venner som alltid er der. En spesiell takk til barna mine, for at de har holdt ut med en mamma som har vært litt fjern og rotete i disse månedene. Sist men ikke minst vil jeg takke min fantastiske mamma som har vært til uvurderlige støtte og hjelp, og bidratt til at hele dette studiet var mulig for meg å gjennomføre, jeg dedikerer denne oppgaven til mamma!

TUSEN TAKK!

Referanseliste

- Akershus_universitetssykehus. (2014). Fødselsangst - Embla samtale. Hentet 20.oktober 2017 fra http://ahus.prod.fpl.nhn.no/omoss_/avdelinger_/kvinneklinikken_/kvinneklinikkens-poliklinikk_/F%C3%B8de-Barsel%20poliklinikk_/Sider/F%C3%B8dselsangst-EMBLA-samtale.aspx
- Alehagen, S., Wijma, B. & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85(1), 56-62. doi: 10.1080/00016340500334844
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blaaka, G. & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. doi: 10.1016/j.midw.2006.10.005
- Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheter: En tid hvor relationer skabes og utvikles*. . København: Akademisk Forlag.
- Brudal, L. F. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforl.
- Brudal, L. F. (2006). *Positiv psykologi : empati, flyt, kvinne og mann, humor*. Bergen: Fagbokforl.
- Christensen, M. L. (1994). Hermeneutik- fortolkning og forståelse. *Bibliotekarbejde*, 14.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (Metode og oppgaveskriving, 3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis : relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for jordmødre* (5. rev. utg. utg.). Oslo: Jussboka.no.
- Fisher, C., Hauck, Y. & Fenwick, J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A Western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.065
- Folkehelseinstituttet. (2015). Keisersnitt - faktaark med statistikk.
- Foyn, S. & Tobiassen, L. (2014). Prevensjonsveiledning. I A. Brunstad & E. r. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 142-165). Oslo: Cappelen Damm.
- Fylkesnes, A. M. (2014). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. (s. 23-27). Oslo: Cappelen Damm.
- Graneheim & Lundman. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Haapio, S., Kaunonen, M., Arffman, M. & Åstedt-Kurki, P. (2016). Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers: an RCT. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12346
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F. & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 55.
- Heiberg, M. (2014). Organisering av svangerskaps, fødsels-, og barselomsorgen. . I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka. Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 41-47). Oslo: Cappelen Damm.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet 11. oktober 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommune>

- Helsedirektoratet. (2005). Faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet 01. juni 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Hentet 23. oktober 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet 02. mai 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hildingsson, I., Karlström, A. & Nystedt, A. (2013). Parents' experiences of an instrumental vaginal birth findings from a regional survey in Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 3-8. doi: 10.1016/j.srhc.2012.12.002
- Hildingsson, I., Nilson, C., Karlström, A. & Lundgren, I. (2012). A Longitudinal Survey of Childbirth-related Fear and Associated Factors. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 91(S1), 87-88.
- ICM. (2014). Core documents. International code of ethics for midwives. Hentet 17. oktober 2017 fra http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kolås, T., Hofoss, D., Daltveit, A. K., Nilsen, S. T., Henriksen, T., Häger, R., . . . Øian, P. (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(4), 864-870. doi: 10.1067/mob.2003.217
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (InterView[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laache, I. (2010). Tilstander som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid. I A. Brunstad & E. r. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (s. 352-373). Oslo: Akribe.
- Larsen, M., Dahlø, R., Syse, J. & Shetelig Løvvik, T. (2017). Årsaker til selvvagt keisersnitt. *Jordmora*, 02, 22-29.
- Lukasse, M., Schei, B. & Ryding, E. L. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 5(3), 99-106. doi: 10.1016/j.srhc.2014.06.007
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet 01. juni 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Pettersson, M. K., Rebecca. (2016). *Förlossningsrädda kvinnors diskussioner på internet – en kvalitativ studie*. Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Raphael-Leff, J. (2010). Healthy Maternal Ambivalence. *Studies in the Maternal*, 2(1). doi: 10.16995/sim.97
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. & Saisto, T. (2009). Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(1), 67-73. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x

- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Salmela-Aro, K., Read, S., Rouhe, H., Halmesmäki, E., Toivanen, R. M., Tokola, M. I. & Saisto, T. (2012). Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. *Journal of Health Psychology*, *17*(4), 520-534. doi: 10.1177/1359105311421050
- Sjögren, B. & Thomassen, P. (1997). Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *76*(10), 948-952. doi: 10.3109/00016349709034907
- Stoll, K. & Hall, W. A. (2013). Attitudes and Preferences of Young Women With Low and High Fear of Childbirth. *Qualitative Health Research*, *23*(11), 1495-1505. doi: 10.1177/1049732313507501
- Storksén, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *91*(2), 237. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M. & Josefsson, A. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *91*(1), 44. doi: 10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x
- Ulvund, I. (2010). Fødselssmerte og smertelindring *Jordmorboka* (s. 439-453). Oslo: Akribe.
- Urvik, C. (2016). Gravide får hjelp mot fødselsangst. Hentet 21. september 2017 fra <https://sykepleien.no/meninger/innsjill/2016/12/samtaletilbud-til-kvinner-med-angst-fode>

Intervjuguide

Intro

Først, litt om fødekvinnen om fødselsangst

1. Kan du si noe om hvor ofte du møter kvinner med fødselsangst?
2. Kan du fortelle litt om din erfaring med å møte disse kvinnene?
3. Opplever at kvinner med fødselsangst er forberedt til fødselen? Kan du gi noen eksempler?
4. **Hvilke utfordringer opplever du med denne gruppen fødekvinner? Kan du gi noen eksempler?** Hva er spesifikt utfordrende? Kan du fortelle hvordan du håndterer disse utfordringene?
5. **Hva tenker du om begrepet fødselsangst?**
6. Har fødselsangst blitt vanligere nå enn tidligere?
Hva tror du det kan komme av?
7. Hva tror du er årsak til fødekvinnenes fødselsangst?
8. Hvordan opplever du at omsorgen du gir hjelper kvinnen? Eksempler
9. Opplever du forskjell på førstegangsfødende og flergangsfødende når det gjelder fødselsangst? Kan du utdype det?

Litt om emblanotatet og fødebrev

10. Opplever du at fødeplanen i emblanotatet er til hjelp for deg som jordmor?
Hvordan kan denne være til hjelp for fødekvinnen?
11. Opplever du at kvinnes eget fødebrev er til hjelp for jordmor og kvinnen? Hvordan?
12. Kan du si noe om dine erfaringer og tanker rundt innholdet i fødeplanen og i fødebrevet?

Litt om ressurser, deg og fødekvinnen

13. Som jordmor, opplever du at det er tilstrekkelig med ressurser slik at kvinner som kan ha nytte av tilbudet om emblasamtale får det?
14. har du møtt kvinner som burde hatt emblasamtale men som ikke har fått det?
15. Opplever du at det er tilstrekkelig ressurser for å etterkomme kvinnens ønsker i fødsel?
16. Kan du si noe om på hvilken måte støttesamtalen viser seg å være til hjelp **for kvinnen** i fødsel?
17. Hva tenker du burde være eller er et viktig innhold i støttesamtalen?
18. Tenker du det er viktig at støttesamtalen foregår på sykehuset? Kan du begrunne det.
19. Har du opplevd at gjennomgått støttesamtale har vært en trøst og styrke for kvinnen i fødsel? Kan du gi et eksempel?
20. Opplevde du at kvinner som har mottatt støttesamtale gjør noe med kvinnens egen mestringsevne, kan du gi eksempel?
21. Opplever du at disse kvinnene har lært spesielle ferdigheter de tar i bruk eller snakker om som er nyttig for henne og deg i fødselsarbeidet?
22. Hva tenker du om at det på enkelte sykehus er redusert eller ingen tilbud om støttesamtale deler av året?

23. *Dersom tilbudet om støttesamtale ikke eksisterte, hvordan ville du hjulpet kvinnene?

24. Tenker du at tilbudet om støttesamtale viktig for **ditt** møte med kvinnene på fødestua?
Kan du begrunne det?

25. Er det noe du vil fortelle meg om dette temaet som jeg ikke har spurt om? Eksempler eller historie.

Vedlegg 2.



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

Vår dato: 21.06.2017

Vår ref: 54404 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

54404 Erfaringer av støttesamtale hos førstegangsfødende
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig
Student

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.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, 26.10.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 54404

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (jordmødre) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet, men dato for forventet prosjektslutt (26.10.2017) må legges til, sammen med informasjon om at innen denne datoen vil datamaterialet bli anonymisert.

TAUSHETSPLIKT

Jordmødre har taushetsplikt, og det er viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller avsløre taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om pasienter av jordmødrene, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted.

Studenten og informant har et felles ansvar for at det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

INFORMASJONSSIKKERHET

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

PROSJEKTSUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 26.10.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

Vedlegg 3.



Informasjonsskriv om deltagelse i en masterstudie til jordmødre

Vil du delta i en studie på masternivå med fokus på dine erfaringer av støttesamtale?

Jeg er jordmorstudent ved Høyskolen i Oslo og Akershus, og i forbindelse med min utdanning skal jeg gjøre en mastergradsoppgave som jeg gjerne ønsker at du skal delta på. Formålet med studien er **å øke kunnskap om jordmødrenes erfaringer av fødselsomsorg hos kvinner som har hatt støttesamtale på grunn av fødselsangst.**

For å få svart på problemstillingen min trenger jeg deltagere som ønsker å stille til intervju. Intervjuet vil holde sted der du foretrekker og ha en varighet på cirka 60 minutter. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbåndopptager og all informasjon vil bli behandlet konfidensielt og alle lydbånd og notater vil bli slettet og makulert etter at dataen er analysert innen forventet prosjektslutt 26.10. 2017.

Deltagelse for studien er frivillig, og du kan når som helst avbryte din deltagelse uten å måtte oppgi noen grunn for dette. Ingen av deltagere vil kunne gjenkjennes i den ferdigstilte oppgaven. Ansvarlige for prosjektet har taushetsplikt og ingen utenforstående vil få tilgang til materialet.

Studien utføres av masterstudent i jordmorfag [REDACTED]. Ved spørsmål kan student [REDACTED] kontaktes på tlf.nr: [REDACTED].

Eventuelt kan veileder [REDACTED] kontaktes på tlf.nr: [REDACTED].

Ønsker du å delta send Malin en sms eller epost, så blir du kontaktet for tid og sted.

Samtykkeskjema for deltagelse

Jeg gir herved mitt samtykke til å delta på personintervju for studien «Oppgavens problemstilling er å øke kunnskap om jordmødrenes erfaringer av fødselsomsorg hos kvinner som har hatt støttesamtale på grunn av fødselsangst». Jeg er innforstått med at deltagelsen er helt frivillig og at jeg når som helst kan avbryte min deltagelse uten å måtte oppgi noen årsak.

Sted og dato

Signatur (Bokstaver)

