

**MASTERGRADSOPPGAVE I JORDMORFAG**

**OKTOBER 2019**

**MAJO 5900**

*Traumatisk fødselsopplevelse – et innblikk i kvinners indre journal*

**Kandidatnummer: 914 og 935**

**Antall ord: 13 769**

**OSLOMET**

**OsloMet - storbyuniversitetet**

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

## FORORD

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært interessant og spennende. Vi har fått en bredere forståelse for temaet vi ønsket å fordype oss i, noe vi kommer til å ta med oss videre i vårt yrke som jordmødre.

Vi ønsker først og fremst å takke vår veileder som har vært både motiverende og inspirerende for oss gjennom denne prosessen. Hun har på en utrolig pedagogisk og fin måte fått oss til å ha tro på oss selv, og den jobben vi har gjort med oppgaven. Takk for konstruktive og raske tilbakemeldinger.

Vi ønsker også å rette en stor takk til Elisabeth Karlsen, hovedbibliotekar ved OsloMet. Hun har gitt oss god hjelp i vårt arbeid med litteratursøk, kildehenvisninger, og andre utfordringer vi har stått overfor i løpet av denne prosessen.

Vi ønsker å takke våre kjære samboere, Gitte og Kjetil, for god støtte og oppmuntring. Takk til Elida som også har vært utrolig støttende i denne tiden. Takk for at vi har fått holde på med denne oppgaven og aldri har kunne gi et svar på når vi kommer hjem eller når det blir middag.

Takk til Gitte, Trine, Maria og Tiril for gjennomlesing og hjelp med oppgaven. Takk til familie og venner som har kommet med positive ord og støttet oss hele veien.

# Sammendrag

<b>Tittel:</b> <i>Traumatisk fødselsopplevelse – et innblikk i kvinners indre journal</i>
<b>Hensikt:</b> Hensikten med denne oppgaven er å få en større forståelse av hva kvinner beskriver som en traumatisk fødselsopplevelse, der hvor fødselen tilsynelatende har foregått uten komplikasjoner for mor og barn
<b>Problemstilling:</b> Noen kvinner opplever sin fødsel som en traumatisk hendelse selv når det i jordmors øyne har vært et tilsynelatende ukomplisert fødselsforløp og utfall. Vi ønsker på bakgrunn av dette å få en større forståelse av hva kvinner opplever når de beskriver sin fødsel som traumatisk, etter et tilsynelatende ukomplisert fødselsforløp og utfall
<b>Metode:</b> Systematisk litteraturstudie som kvalitativ metasyntese
<b>Resultat:</b> Det var flere faktorer som bidro til kvinnenenes traumatiske fødselsopplevelse. De følte seg maktesløse og opplevde tap av kontroll. De opplevde at de ikke fikk nok informasjon, og at de ikke ble inkludert i avgjørelser som ble tatt. De følte seg avvist, utrygge, umenneskeliggjort og isolert. De følte seg ikke ivaretatt eller anerkjent av sine omsorgsgivere og mente at omsorgen var upersonlig.
<b>Konklusjon:</b> På bakgrunn av våre funn ser vi at jordmor i stor grad kan påvirke kvinnens fødselsopplevelse. Ved at kvinnen oppnår en trygg og god relasjon til jordmor, kan jordmor få kvinnen til å føle seg sett og anerkjent. Når en slik relasjon dannes, kan det bidra til at kvinnenenes helhetlige fødselsopplevelse bedres. Dette kan igjen føre til at kvinnen føler at de har kontroll og at de føler seg styrket.
<b>Nøkkelord:</b> Traumatisk fødselsopplevelse, Kvalitative studier, Personlige opplevelser, Empowerment, Tap av kontroll, Omsorgsgivere, Jordmor

## *Abstract*

**Title:**

*Traumatic Birth Experience – a view into the women’s inner journal*

**Aim of this study:**

The aim in this thesis is to obtain a better understanding of what makes deliveries that are categorized as normal and without complications to health care providers, to be experienced as traumatic to the mother

**Problem for discussion:**

Some women experience delivery as a traumatic incident where midwives would characterize the delivery as uncomplicated.

Due to this, we would like to obtain a better understanding of what women experience when they describe their delivery as traumatic, when the delivery and the outcome was categorized as normal and unproblematic

**Method:**

Literature study as qualitative metasynthesis

**Results:**

There are many factors that contributed to the sensation of a traumatic delivery. The women felt powerless and experienced loss of control. They felt that they were given too little information and they felt excluded in the decisions that were made. They felt rejected, unsafe, dehumanized and isolated. They felt not taken care of or acknowledged by their caregivers and meant that the care given was unpersonal

**Conclusion:**

Through this literature study we have learned that midwives can greatly affect how the delivery is experienced by the woman. Our findings suggest that midwives’ play a key role for women’s birth experience. Establishing a trustworthiness and a safe relationship to the midwife is critical and contribute to that women feel supported, empowered and acknowledged. This this plays a significant role for the overall birth experience.

**Keywords:**

Traumatic delivery, Qualitative studies, Personal experience, Empowerment, Loss of control, Care givers, Midwife

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 PROBLEMSTILLING .....	2
1.3 OPPGAVENS AVGRENSNING OG FORSTÅELSE .....	3
1.3.1 Oppgavens avgrensning.....	3
1.3.3 Ulike syn på fødsel.....	4
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>6</b>
2.1 HELSE OG HELSEFREMMENDE ARBEID .....	6
2.2 EMPOWERMENT, MESTRING OG STRESS.....	7
2.3 KOMMUNIKASJON .....	9
<b>3.0 DESIGN OG METODE .....</b>	<b>12</b>
3.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE.....	12
3.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring i kvalitativ metode .....	12
3.2 SØKESTRATEGI OG LITTERATURSØK .....	13
3.2.1 Søkestrategi .....	13
3.2.2 Litteratursøk.....	14
3.2.3 Screeningprosess.....	17
3.4 ETISKE BETRAKTNINGER I FORSKNINGSARTIKLENE.....	20
3.5 ANALYSE .....	20
3.5.1 Tematisk syntese.....	20
<b>4.0 RESULTATER .....</b>	<b>25</b>
4.1 Å FØLE SEG MAKTESLØS OG UTEN KONTROLL OVER SEG SELV OG EGEN KROPP UNDER FØDSELEN .....	28
4.2 Å FÅ MANGELFULL INFORMASJON OG SÅRENDE KOMMENTARER.....	30
4.3 Å IKKE FØLE SEG IVARETATT ELLER ANERKJENT AV SINE OMSORGSGIVERE .....	31
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>34</b>
5.1 TAP AV KONTROLL .....	34
5.1.1 Forholdet mellom smerte og tap av kontroll .....	36
5.2 EMPOWERMENT OG MAKTESLØSHET.....	37
5.3 KOMMUNIKASJON OG INFORMASJON .....	38
5.4 KRENKET OG NEDVERDIGET .....	39
5.5 OMSORGSGIVERE .....	40
5.5.1 Konsekvenser som følge av den traumatiske fødselsopplevelsen .....	41
5.6 METODEDISKUSJON.....	42
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>44</b>
6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS .....	44
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>46</b>
<b>VEDLEGG 1 – SØKEHISTORIKK .....</b>	<b>I</b>
<b>VEDLEGG 2 – SJEKKLISTE FRA THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE .....</b>	<b>VI</b>
VEDLEGG 2.1-2.8 – VÅRE UTFYLTE SJEKKLISTER .....	XII
<b>VEDLEGG 3 – PRISMA SJEKKLISTE .....</b>	<b>XX</b>

## 1.0 Innledning

Som jordmordstuderenter har vi gjennom praksis i fødselsomsorgen opplevd at kvinner snakker om sin fødsel som traumatisk. Når vi ser på den skjematiske oversikten av fødselen (partogrammet) til de kvinnene som sier de har hatt en traumatisk fødselsopplevelse, ser det tilsynelatende ut til at fødselen har vært ukomplisert. Vi stiller spørsmålet ved hva kvinnene følte gikk galt underveis, eller hva som gjør at kvinnene opplever sin fødsel som en traumatisk hendelse.

På et av sykehusene hvor vi har vært i praksis, har de utarbeidet et eget tilbud til kvinner som av ulike årsaker trenger ekstra oppfølging i svangerskapet og frem til fødselen. I hovedsak går denne oppfølgingen ut på forberedende samtaler med kvinnene med tanke på den forestående fødselen. Kvinnene blir henvist av enten jordmor eller lege som følger dem opp i svangerskapet. En av jordmødrene som har kvinner til forsamtaler, forteller at de stort sett kommer til samtale på grunn av frykten for å føde, eller at de tidligere har hatt en fødsel de har opplevd som traumatisk. Jordmoren har da også undret seg over det samme som oss, og kan på bakgrunn av partogrammene, ikke alltid forstå hvorfor kvinnene opplever fødselen som en traumatisk hendelse.

Disse opplevelsene har formet vår interesse og nysgjerrighet for hvordan det kan være slik at kvinner opplever fødselen sin som traumatisk, til tross for et tilsynelatende komplikasjonsfritt forløp.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I hvert land og hvert samfunn i verden er svangerskap og fødsel betydningsfulle hendelser i livet til kvinner og deres familier, og representerer en tid av intens sårbarhet (Jolivet, 2011, s. 1). Historisk sett har det å føde barn alltid blitt sett på som en stor omveltning i kvinners liv, samtidig som det har vært med på å forsterke de sosiale båndene mellom familien og samfunnet forøvrig. Tradisjonelt sett har kvinner samlet seg for å verdsette betydningen av hver enkelt fødsel, for kvinnen, barnet og omgivelsene (Kitzinger, 2006, s. 18).

Det å føde barn er en kompleks hendelse i livet som kan påvirke kvinners psyke i både positiv og negativ forstand. Når fødselen oppleves som traumatisk kan dette få konsekvenser for kvinnen i postpartum-perioden og senere i livet (Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg &

Bick, 2015, s. 1). Hvordan mennesker beskriver en normal fødsel, er kulturelt betinget. Det normale er det samfunnet mener er rimelig av lidelse, tiltak og smertelindring (Blix, 2017, s. 51). Likevel viser en ny systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse at 10-34 % av mødre beskriver sin fødsel som traumatisk (Taheri, Takian, Taghizadeh, Jafari & Sarafranz, 2018, s. 2). Den aktuelle studien hadde som mål å identifisere allerede utarbeidede og vellykkede intervensjoner for å se hva som bidrar til å skape en positiv fødselsopplevelse for kvinnen. Studien baserer seg på data fra 20 ulike primærstudier med til sammen over 22 800 kvinner fra 12 ulike land.

I en norsk studie utført av Larsen, Dahlø, Syse og Løvvik (2018) med 200 respondenter, kom det frem i avsnitt 12, at 143 (71,5 %) av kvinnene oppgav tidligere traumatisk fødselsopplevelse som hovedårsak til ønske om keisersnitt ved neste svangerskap og fødsel. Dette er en kvantitativ studie som ønsket å kartlegge andelen keisersnitt på mors eget ønske ved St. Olavs hospital i Trondheim. Studien hadde som formål å undersøke hvor mange av kvinnene som ønsket keisersnitt uten at det forelå en medisinsk årsak, og ble på grunnlag av dette henvist til psykososialt team, hvor de fikk støttesamtale med jordmor. De undersøkte også hvor mange kvinner som endret mening med tanke på keisersnitt som fødemetode, og dermed valgte å føde vaginalt etter støttesamtaler (Larsen et al., 2018). En traumatisk fødselsopplevelse kan være assosiert med psykiske lidelser i post partum-perioden, som for eksempel utvikling av post traumatisk stress syndrom (PTSD), samt en negativ påvirkning på mors tilknytning til sitt nyfødte barn (Bastos et al., 2015, s. 1). På grunnlag av disse studiene og våre egne erfaringer og observasjoner, ønsker vi derfor i det følgende å se nærmere på hva som kan forårsake den traumatiske fødselsopplevelsen.

## 1.2 Problemstilling

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi gjentatte ganger forsøkt å utvikle en problemstilling som på best mulig måte kan forklare det vi ønsker å få svar på. For å oppnå dette har vi delt problemstillingen i to, med en påstand og deretter en beskrivelse rundt det vi ønsker å få mer kunnskap om. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling: *Noen kvinner opplever sin fødsel som en traumatisk hendelse, selv når det i jordmors øyne har vært et tilsynelatende ukomplisert fødselsforløp og utfall.*

*Vi ønsker på bakgrunn av dette å få en større forståelse av hva kvinner opplever når de beskriver sin fødsel som traumatisk, etter et tilsynelatende ukomplisert fødselsforløp og utfall.*

### 1.3 Oppgavens avgrensning og forståelse

Under dette avsnittet (kap. 1.3.1-1.3.4) vil vi presentere oppgavens avgrensning og legge frem ulike betydninger av hva som beskrives som en traumatisk fødselsopplevelse, og hva som må ligge til grunn for en positiv fødselsopplevelse. Vi ønsker i tillegg å belyse at det finnes ulike syn på fødselen som kan påvirke jordmor i møte med fødekvinne. Vi vil videre utdype hvordan vi forstår en "traumatisk opplevelse" og begrepet "normal fødsel", samt forklare bruk av begreper.

#### 1.3.1 Oppgavens avgrensning

I oppgaven skiller vi ikke mellom friske kvinner og risikokvinner ved fødselens start. Når det kommer til fødselens utfall tar vi ikke for oss komplikasjoner som gjør at kvinnen må overflyttes til operasjonsavdeling. Med dette mener vi til eksempel større blødninger, keisersnitt, hinnerester eller fastsittende placenta. Vi kommer ikke til å gå nærmere inn på senkomplikasjoner som PTSD eller mors tilknytning til sitt nye barn, selv om vi er bevisst på at dette kan ha stor innvirkning på kvinnen og den nye familien. Vi kommer heller ikke til å gå nærmere inn på de tilfellene hvor det for barnet til eksempel har vært behov for nyfødtesuscitering og/eller overflytning til intensivavdeling for nyfødte. Vi avgrenser dermed oppgaven til å gjelde fødsler hvor utfallet etter fødselen tilsynelatende er en frisk mor og et friskt barn.

#### 1.3.2 Fødselsopplevelse

Traumatisk fødselsopplevelse er beskrevet som en opplevelse av en begivenhet som skjer under fødselen, som innebærer en trussel om alvorlig skade eller død hos den fødende eller barnet. Den fødendes respons på opplevelsen involverer intens frykt, hjelpeløshet eller redsel (Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, 2013, s. 3). Vi tenker at det i denne oppgaven er vanskelig å gi en klar definisjon på hva som er en traumatisk fødselsopplevelse, da dette er hver enkelt kvinnes opplevelse, og at det som er traumatisk for én kvinne, ikke nødvendigvis er det for en annen.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har utgitt internasjonale anbefalinger for hva som må ligge til grunn for en god omsorg og behandling i fødsel- dette for å tilstrebe en positiv fødselsopplevelse for kvinnene (World Health Organization, 2018). En kvalitativ systematisk oversiktsartikkel som omhandlet hva som er viktig for kvinner under en fødsel ble utført for utarbeidelse av disse anbefalingene, om omfatter 35 studier hvor 19 land er inkludert. To



studier ble inkludert i oppdateringen (Downe, Kenneth, Olufemi, Mercedes & Gülmezoglu, 2018, s. 1-2). Samme oversiktsartikkel viste at kvinner ønsker å føde et friskt barn i et trygt miljø med kontinuitet og emosjonell støtte fra ledsager. De ønsker å møte omsorgsgivere som er snille og kompetente i sitt arbeid og de fleste kvinner ønsker å få en følelse av personlig prestasjon og mestring. Kvinnene ønsker å føle at de har kontroll ved å bli involvert i avgjørelser som skal tas. Dette gjelder der det er nødvendig med medisinske intervensjoner, eller der kvinnene selv ønsker at ulike intervensjoner skal utføres (Downe et al., 2018).

### 1.3.3 Ulike syn på fødsel

Jordmorforeningen i Blix (2017) oversetter WHO (1997) sin definisjon av en normal fødsel slik: «Spontan i sin start, lavrisiko ved rstart og fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i bakhodeinnstilling mellom 37 og 42 fullgatte svangerskapsuker. Etter fødselen er både moren og barnets tilstand god» (Blix, 2017, s. 52). Gjennom litteraturen defineres det ulike syn på fødselen, som ofte omtales som to ytterpunkter i oppfattelsen av fødselsprosessen. Det snakkes her om det biomedisinske paradigme og det humanistiske eller kvinnesentrerte synet (Blix, 2017, s. 52). Blix (2017) omtaler Bente Haug (1997) sine to ulike oppfatninger som jordmødre har om fødsler; den biologiske hendelsen eller en medisinsk tilstand som er forbundet med risiko (Blix, 2017, s. 52). Videre omtaler Blix (2017) Gunnhild Blåka Sandvik sin drøftelse av den jordmorfaglige diskursen og den fødselsvitenskapelige diskursen (Sandvik, 1997, s. 59-86).

Slik vi tolker den biologiske hendelsen og den jordmorfaglige diskursen, tar begge utgangspunkt i at fødselen er en naturlig hendelse som alle friske kvinner kan gjennomgå. Ved å ta utgangspunkt i dette, kan vi si at fødselshjelpere ser hver enkelt kvinne og legger til rette når kvinnen selv trenger eller ønsker det. Det er kvinnen selv som utfører fødselsarbeidet og fødselshjelperne hjelper henne til å ha tro på seg selv og at hun skal kunne mestre fødselsarbeidet (Blix, 2017, s. 52-53). Vi tenker på det som et samarbeid mellom fødekvinne og fødselshjelperne. Vi tenker at når Bente Haug (1997) snakker om en medisinsk tilstand og Blåka Sandvik (1997) snakker om den fødselsvitenskapelige diskursen, betyr dette at kvinnen er avhengig av fødselshjelpere for å kunne klare å gjennomføre fødselen. Vi tolker dette som at kvinnens kropp på et hvert tidspunkt da kan svikte, og at fødselshjelperne må ta styringen over fødselen for kvinnen. Fødselshjelperne ser da på selve fødselen som en risiko der fødselshjelperne kan redusere risikoen ved å ta kontroll over fødselen (Blix, 2017, s. 53).

Vi deler oppfatningen om at fødselen er en normal prosess som enhver frisk kvinne kan mestre. Samtidig mener vi det er viktig å belyse at det finnes ulike syn på fødselen. Fødselshjelpen kan, på bakgrunn av dette bli utøvd på ulik måte ut ifra hvem som følger opp kvinnen.

#### 1.3.4 Ulike begreper

Vi velger i første del av oppgaven å ha fokus på jordmor eller fødselshjelpere når vi omtaler de personene som har med fødekvinnen å gjøre. I resultatdelen benevner vi alle som har med fødekvinnen å gjøre, for omsorgsgivere. De inkluderte artiklene nevner sjelden eller aldri kun jordmor, men kaller pleierne rundt kvinnen for "caregivers", som vi velger å oversette til omsorgsgivere. I diskusjonskapittelet velger vi å bruke begrepene "jordmor" og "omsorgsgivere" når vi viser til de personene som har med fødekvinnen å gjøre. Vi mener dette er en hensiktsmessig måte å belyse funnene fra de inkluderte primærstudiene, samt knytte det opp til jordmors og jordmors arbeidsområde.

## 2.0 Teoretisk perspektiv

I dette kapittelet vil vi belyse det vi mener er sentrale begreper og teorier i vår oppgave. Vi kommer også til å belyse gjeldende lovverk og yrkesetiske retningslinjer for jordmødre, for å vise betydningen føringer og regler for de som skal yte helsehjelp, men selvsagt også for de som skal motta den. Vi mener at temaer som omhandler helsefremmende arbeid, empowerment og kommunikasjon kan være med på å gi vårt materiale en dypere mening, samt gi oss en dypere forståelse for materialet vårt. Dette fordi innholdet i de inkluderte artiklene da leses og tolkes med bakgrunn i teorier vi mener er vesentlige i den omsorgen jordmødre skal gi til gravide og fødende kvinner.

## 2.1 Helse og helsefremmende arbeid

I WHO (1988) leser vi i andre avsnitt at helse er beskrevet som et grunnleggende menneskelig behov. Helse har en bred betydning og handler om menneskers evne til å fungere både fysisk, psykisk og sosialt. Alle disse elementene er viktige for menneskets autonomi, eller følelsen av å bestemme over eget liv og egne valg (World Health Organization, 1988). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1 og § 3-2) sier at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen. Dette vil si at norske helselover vektlegger pasient og brukers medvirkning i stor grad. I tillegg påpeker lovverket viktigheten av helsepersonellens implementering av medvirkning i samarbeidet med pasient eller bruker (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Videre har yrkesetiske retningslinjer for jordmødre et eget punkt som omhandler relasjonen mellom fødekvinne og fødselshjelperne (Den norske jordmorforening, 2016, s. 2). I grove trekk kommer det frem at jordmor skal legge til rette for et godt samarbeid mellom de to partene og la fødekvinne ta del i den behandlingen og oppfølgingen som omhandler kvinnen. Både brukermedvirkning, informert valg og informert samtykke er vesentlige punkter i retningslinjen. Det står i retningslinjen at jordmor myndiggjør kvinnen, slik at hun selv kan svare for seg når det gjelder spørsmål som berører henne selv eller hennes familie (Den norske jordmorforening, 2016, s. 2).

En kan si at helsefremmende arbeid handler om hvordan man tilrettelegger for at mennesket skal kjenne på en større opplevelse av å ha kontroll over eget liv og helse (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2018, s. 14). Helsefremming i sykepleie og

jordmorfaget kan knyttes til de tiltak som fører til at mennesker oppnår mestring med tanke på egen helse, slik at sykdom eller problemer knyttet til helse reduseres. I tillegg handler helsefremming om at mennesker får hjelp til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvenser av disse på best mulig måte (Langeland, 2011, s. 208). En strategi innenfor det helsefremmende arbeidet er empowerment (Tveiten, 2018, s. 239). Dette mener vi er et viktig og relevant tankesett innenfor det jordmorfaglige arbeidsområdet og vil bli nærmere belyst i neste avsnitt.

## 2.2 Empowerment, mestring og stress

Tveiten (2007) har oversatt WHO (1998) sin definisjon på empowerment slik: «En prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse» (Tveiten, 2007, s. 24). På bakgrunn av dette kan en si at empowerment handler om å ha eller ta mest mulig kontroll over det som påvirker egen helse (Tveiten, 2018, s. 240). Når en ser på de forsøk som er gjort med tanke på å oversette begrepet empowerment til norsk, finner man begreper som myndiggjøring, medvirkning, egenmakt eller å ha handlingsrom i eget liv (Tveiten, 2018, s. 240).

Det er foreslått en strategi fra WHO (1986) som omhandler helsefremmende arbeid. Denne strategien kan forstås slik at det enkelte mennesket selv øker kontrollen over avgjørelser og handlinger som berører helse. Målet med strategien er en maktomfordeling slik at den enkeltes ressurser styrkes, uavhengig av troen personen har på seg selv (World Health Organization, 1986, avsn. 3). Ut ifra dette er det utviklet tre prinsipper som er sentrale i empowermenttenkningen; *pasienten som ekspert på seg selv, medvirkning og maktomfordeling*. På grunnlag av disse prinsippene kan en si at empowerment kan være et rammeverk for helsefremming (Tveiten, 2018, s. 239).

Tidligere i dette avsnittet er det gitt eksempler på hvordan en kan oversette begrepet empowerment fra engelsk til norsk. Likevel diskuteres det om hvor vidt begrepet må oversettes, eller om det kan være mer riktig å bruke det engelske begrepet for å unngå at begrepet endrer mening eller mister sin betydning (Tveiten, 2018, s. 240). Vi finner det relevant å bruke begrepet mestring som en del av empowermenttenkningen da «mestring handler om hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner og kan oppfattes som

summen av indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere ytre krav og konflikter» (Drageset, 2014, s. 85).

Tveiten (2018) har oversatt Lazarus og Folkman (1984) sin definisjon på mestring slik: «Som stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre og eller indre utfordringer som oppfattes som tyngende eller som går utover de ressursene personen rår over» (Tveiten, 2018, s. 238). Vi tenker i likhet med Tveiten, at en på bakgrunn av dette kan si at mestring kan ses på som et resultat av læring. Vi mener at begrepet mestring kan ses i sammenheng med å få til noe, og ved å oppnå et mål eller løse en krevende situasjon, kan man oppleve en følelse av mestring. Harris og Ursin (2018) sier at mestring kan knyttes sammen med det å lykkes eller å vinne over stresset og at stress ofte er sett på som noe negativt eller noe en blir syk av. Stress er noe som finnes i alle mennesker, og man kan si at biologisk sett har sannsynligvis stressreaksjoner en overlevelsesverdi - vi er avhengige av denne reaksjonen. Menneskets subjektive opplevelse av kontroll påvirker en viktig del av hvordan stressteorien ser ut i dag (Harris & Ursin, 2018, s. 223-224). Vi tenker at dette til eksempel kan være at kvinner skal opp av sengen så snart som mulig etter fødselen.

I dagligtalen benyttes begrepet stress gjerne om de ytre belastninger som vi utsettes for og som vi antar kan føre til noe negativt som til eksempel sykdom. Vi tenker at traumatiske hendelser ikke nødvendigvis trenger å oppstå som et resultat av en stor katastrofe, men kan være hendelser som fører med seg risiko for å utløse en stressreaksjon. Slik vi tolker Lazarus (1999, s. 68-70) sin beskrivelse av psykologisk stress, handler det om et samspill mellom personen og omgivelsene, hvor personens oppfatning er at omgivelsene påvirker i negativ forstand, slik at det går utover det som er trygt og komfortabelt - det oppleves som en belastning.

I kognitiv aktiveringsteori og stress brukes begrepet belastning om både fysisk og psykisk belastning. «Kognitiv aktiveringsteori om stress tar utgangspunkt i generell aktiveringsteori og kognitive prosesser og gir en konstruktiv forklaring på hvordan stressbelastning kan henge sammen med både positive helseutfall og sykdom» (Harris & Ursin, 2018, s. 222). Det trenger ikke nødvendigvis å ligge noe negativt i dette, da belastningen kan oppleves både som positiv og negativ for den enkelte. Den fysiske belastningen kan være hardt fysisk arbeid, som for eksempel en fødsel, mens den emosjonelle belastningen kan for eksempel være manglende eller dårlig informasjon og kommunikasjon (Harris & Ursin, 2018, s. 223). I alle teorier om stress er det en enighet om at det ikke er en direkte sammenheng mellom en gitt ytre

belastning og stressresponsen. Mennesker opplever en belastning på forskjellige måter; ulike kvinner opplever fødselen og fødselsarbeidet på forskjellige måter (Harris & Ursin, 2018, s. 223-224). Vi mener at stress kan oppstå i samspillet mellom fødekvinnen og omgivelsene, og hvordan mestringen av stresset håndteres som en individuell prosess. Vi har i perioden som jordmorstudenter erfart at god kommunikasjon med fødekvinnen er vesentlig for en gjensidig tillit og et godt samarbeid. Vi tenker derfor at kommunikasjon som verktøy kan være med på å forebygge stress som en belastning.

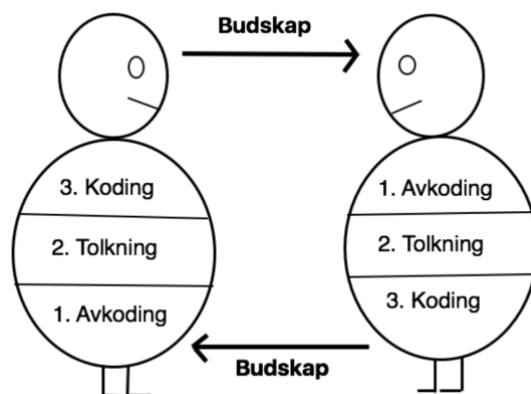
### 2.3 Kommunikasjon

En kan si at begrepet kommunikasjon innebærer å overføre informasjon (Fossum, 2013, s. 25). Dimpleby og Burton (1999) i Fossum (2013) forklarer begrepet kommunikasjon som at man skaper forbindelser, enten direkte eller indirekte, noe vi gjør; skaper eller jobber med. De sier også at kommunikasjon er noe som er innlært; vi lærer oss å kommunisere, ikke bare hvordan man kommuniserer, men også viktigheten av å gi og ta imot informasjon (Fossum, 2013, s. 25-26). Videre hevder Fossum (2013) at en kan si at kommunikasjon brukes for at vi skal lære oss og kommunisere om det som er viktig for oss, og hva vi står for. Innenfor helsesektoren er kommunikasjon særdeles viktig - mennesker kommuniserer for å overleve, samarbeide og for å tilfredsstillende personlige behov (Fossum, 2013, s. 26).

Ordet kommunikasjon kan defineres som en gjensidig utveksling, noe som kan deles med andre. I tillegg kan man si at kommunikasjon er noe man har felles og tar del i. Et lignende begrep er samtale, som kan bety fortrolighet, forening eller selskap (Fossum, 2013, s. 26). En kan si at klinisk kommunikasjon handler om utveksling av budskap mellom to eller flere personer. Det kan for eksempel være mellom fødekvinnen og jordmor eller mellom fødekvinnen, lege og jordmor. Kommunikasjon er en prosess, hvor det må foreligge en gjensidighet med tanke på budskapet som blir formidlet, enten det er verbalt eller non-verbalt (Heyn, 2018, s. 14-15). Når vi videre i dette kapitlet referer til Heyn, 2018, er dette stoffet hentet fra Lena Günterberg Heyns eget materiale i Heyn, 2015.

Som sykepleier og etter hvert jordmor lærer man ulike praktiske ferdigheter som å sette injeksjoner og å måle vitale parametere. Den ferdigheten som omsorgsgivere utøver mer enn noe annet er kommunikasjon. Omsorgsgivere kommuniserer med pasienter og pårørende i omtrent enhver situasjon, og derfor kan en også si at kommunikasjon er et av de viktigste virkemidlene vi som omsorgsgivere har (Heyn, 2018, s. 13).

Heyn (2018) viser til Schramm (1949) som har utviklet en kommunikasjonsmodell som gir et bilde på hvordan kommunikasjon foregår i virkeligheten. Modellen går ut på at en person starter som sender, som koder og sender et budskap (Heyn, 2018, s. 14-15). Ved bruk av koding vil senderen forsøke å gjøre budskapet forståelig ved å ta i bruk en rekke tegn og signaler som gjør at mottakeren oppfatter budskapet. Dette budskapet blir så avkodet i det budskapet når frem til mottakeren (Heyn, 2018, s. 14-15). Gjennom avkoding forsøker mottakeren ut fra ordene og signalene som er sendt, å igjen fortolke meningen og innholdet i budskapet. Etter dette byttes rollene om, slik at mottakeren blir senderen som koder og sender et nytt budskap, ut fra de tolkningen han eller hun har gjort ut fra det tidligere budskapet. Budskapet fra den nye senderen mottas, for så og avkodes av den personen som først var sender (Heyn, 2018, s. 14-15). Modellen er skissert i figur 1.



**Figur 1 – Illustrasjon på Schramms kommunikasjonsmodell** (Bachelor i sykepleie, 2016, s. 11).

Denne modellen viser kommunikasjon som en sirkulær prosess der budskapet går frem og tilbake mellom to parter, til eksempel omsorgsgiver og fødekvinne. Det kommer også frem av modellen at det gjennom kommunikasjonen kan oppstå svikt i ulike deler av prosessen. Hvordan budskapet blir kodet og hvordan budskapet som blir sendt avkodes, kan føre til en rekke misforståelser og derfor påvirke kommunikasjonen slik at relasjonen mellom samtalepartene svekkes (Heyn, 2018, s. 15). Hanssen (2012) nevner blant annet samtalepartnerens kunnskap, erfaringer og kulturelle bakgrunn som viktige faktorer som kan påvirke koding og avkoding av et budskap. Samtidig som at kroppsspråk, fakter og ansiktsuttrykk kan ha en innvirkning på hvordan budskapet tolkes av mottakeren (Hanssen, 2012, s. 151). Dette er faktorer som kan bidra til at budskapet som sendes og den budskapet

som mottas ikke blir den samme (Heyn, 2018, s. 15). På bakgrunn av dette kan vi forstå at effektiv kommunikasjon ikke kun er det omsorgsgivere sier eller gjør, men hva samhandlingen mellom omsorgsgiver og fødekvinne kan føre til (Heyn, 2018, s. 15).



### 3.0 Design og metode

I metodekapittelet beskriver vi valg av metode og de ulike kriteriene som baserer seg på hva som kan inkluderes og hva som ikke kan inkluderes i vår studie. Vi vil beskrive hvordan de endelige studier ble funnet gjennom databasesøk og kvalitetsvurdering, samt beskrive de valg som er tatt med tanke på design, utvalg, gjennomføring og analysemetode.

#### 3.1 Bakgrunn for valg av metode

En metode er en fremgangsmåte og viser hvordan man innsamler og analyserer data, og dermed produserer det videre (Dalland, 2012, s. 112). Ved å ta utgangspunkt i forskningsspørsmålet finner en ut hvilken metode som er relevant. I denne studien ønsker vi å få en større forståelse for hvorfor noen kvinner opplever sin fødsel som traumatisk. Når vi bruker ordet opplevelse, vil det si at vi er ute etter erfaringer og tanker mennesker har om et tema. På bakgrunn av dette er det hensiktsmessig at vi benytter oss av kvalitativ forskning for å få svar på vår problemstilling (Dalland, 2012, s. 112).

Vi har valgt å gjøre en systematisk litteraturstudie med kvalitativ tilnærming, da vi er ute etter å vite mer om kvinners opplevelser rundt sin traumatiske fødsel. Det finnes ulike former for systematiske litteraturstudier, og vi har valgt å gjøre en kvalitativ metasyntese som er godt egnet til å belyse forskningsspørsmål der kvalitative metoder er aktuelle (Malterud, 2017a, s. 37). For å gjennomføre en slik studie må vi benytte oss av allerede eksisterende litteratur som publiserte vitenskapelige artikler (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25). Det er nødvendig med et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet for å gjennomføre en systematisk litteraturstudie, da dette danner grunnlaget for en god evaluering og konklusjon. En analysemetode er brukt for å sammenstille resultatene fra de inkluderte primærstudier (Forsberg & Wengström, 2015, s. 26-27).

##### 3.1.1 Vitenskapsteoretisk forankring i kvalitativ metode

Kvalitativ forskning brukes til å beskrive og undersøke sosiale prosesser, opplevelser og erfaringer for å se på hvordan mennesker oppfatter og uttrykker dem (Aveyard, 2014, s. 59). Kvalitativ forskning handler om å utforske mening og fenomener i deres naturlige omgivelser. Gjennom denne prosessen har vi arbeidet med å forstå helheten av en opplevelse. Dataene som er samlet inn, er brukt til å generere forståelse og innsikt i den situasjonen det forskes på og resultatene vi har funnet er beskrivende og fortolkende. Det grunnleggende prinsippet til alle kvalitative tilnærminger er å utforske mening og utvikle forståelse for emnet (Aveyard,

2014, s. 60).

## 3.2 Søkestrategi og litteratursøk

I dette avsnittet vil vi beskrive vår søkestrategi samt hvordan søkestrategien ble utarbeidet og utført. Vi har allerede fra starten av denne oppgaven fulgt sjekklisten fra PRISMA, og brukt den som en oppskrift på hvordan vi kan jobbe i utarbeidelsen av en systematisk litteraturstudie. Sjekklisten inneholder 27 punkter, hvor hvert enkelt punkt forteller oss som gjennomfører studien, hva vil skal gjøre og hvordan vi skal utføre den. Sjekklisten går gjennom alt fra tittel, sammendrag, introduksjon, metode, resultater, diskusjon og funn (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009). Sjekklisten fra PRISMA ligger som vedlegg (vedlegg 3).

### 3.2.1 Søkestrategi

For å komme i gang med vår litteraturgjennomgang med søk i ulike, men det vi mener er tilpassede databaser, satte vi opp et SPIDER-skjema, vist i tabell 1. SPIDER som verktøy ble utviklet av Cooke, Smith og Booth i 2012, og trengte nødvendige tilpasninger for å kunne brukes ved kvalitative studier (Cooke, Smith & Booth, 2012, s. 1437). Vi benyttet oss av SPIDER som verktøy, da vi mener det egner seg godt til kvalitativ forskning og for vår problemstilling. Studiens design er svært avgjørende i kvalitativ forskning, da det påvirker studies styrke og analyse (Aveyard, 2014, s. 33-34). I tabell 1 har vi derfor forsøkt å sette inn det vi mener er aktuelt for å få et best mulig svar på vår problemstilling.

**Tabell 1- SPIDER** (Cooke et al., 2012, s. 1437-1438)

Sample	Phenomenon of Interest	Design	Evaluation	Research Type
<i>Utvalget vi ønsker å se på (deltakere i studiene)</i>	<i>Hva er fenomenet vi ønsker å undersøke. Hvordan og hvorfor?</i>	<i>Hva slags design ønsker vi å bruke?</i>	<i>Vurdering av artikler</i>	<i>Hva slags type forskning er vi ute etter å se på</i>
Kvinner som har født	Hvordan/hvorfor beskriver kvinnene traumatisk fødselsopplevelse	Systematisk litteraturstudie med kvalitativ tilnærming	Inklusjons- og eksklusjonskriterier  Vurdering av artiklenes kvalitet ved hjelp av sjekkliste fra Joanna Briggs Institute	Primært er vi ute etter kvalitative primærstudier. Eventuelt mixed-method-studier

### 3.2.2 Litteratursøk

Vi begynte søkeprosessen på egenhånd med et usystematisk søk i BMC (Pregnancy and childbirth), for å se om det fantes relevante studier eller oversiktsartikler som belyste vårt tema og problemstilling. Resultatet av denne søkingen endte med 1319 treff. Ved første øyekast var det 91 artikler som virket relevante for vår oppgave, men etter en nøyere gjennomgang så vi at flere av artiklene var kvantitative studier eller oversiktsartikler, og de resterende lå utenfor våre inklusjonskriterier eller svarte ikke på vår problemstilling. På grunnlag av dette ble det ikke inkludert noen artikler fra dette søket i vår oppgave. Vi har valgt å legge søkingen fra BMC inn i vårt flytdiagram, vist i tabell 2.

I midten av mai 2019 fikk vi god hjelp av hovedbibliotekar ved OsloMet, som hjalp oss med å systematisere våre søk og finne relevante søkeord, samt det å gjennomføre et systematisk litteratursøk i Medline (se tabell 2 og 3). Ved å få hjelp av en bibliotekar var vi sikre på å få kompetent og riktig hjelp i søkeprosessen videre (Dalland, 2012, s. 64-65). Vi har utført systematiske søk i Medline, Embase, PsycINFO og Cinahl, da disse databasene inneholder kvalitativ forskning, som er relevant for vårt tema og som kan være med på å svare på vår problemstilling. I tillegg har vi gjort søk i Maternity and Infant Care, da denne databasen dekker jordmorfaget.

I tabell 2 viser vi hvordan søkeordene ble koblet med OR, til eksempel: birth OR childbirth OR labour OR labor. Mens det som står i hver rute blir koblet med AND, til eksempel: resultatet av traumatic OR negative kobles med: AND birth OR childbirth OR labour OR labor. Et fullstendig systematisk søk er vist i tabell 3.

Vi har benyttet oss av trunkering på tekstordene i de systematiske litteratursøkene, dette for å få flere variasjoner av tekstordet. Når en benytter seg av trunkering på tekstordet, kan en øke antall treff, til eksempel på ordet traumatisk. Ved å bruke "adj 3", søker vi etter en kombinasjon av tekstord innenfor et avgrenset område, noe som kan gi oss et nyttig og mer presist søk (hovedbibliotekar ved OsloMet, 2019).

I tabell 2 vises alle de søkeordene vi til sammen har brukt ved våre systematiske litteratursøk. Variasjon av kombinasjoner med tanke på søkeord er blitt gjort, dette for at vi skal ha et tilpasset søk til hver enkelt database. Synonymer og beslektede begreper er koblet med OR, mens de ulike elementer er kombinert med AND, forsøkt beskrevet i avsnittet ovenfor (Helsebibiloteket.no, 2016).

**Tabell 2 – søkeord**

<b>Traumatisk</b>	<b>Fødsel(s)</b>	<b>Opplevelse</b>	<b>Metode</b>	<b>Fenomen</b>
Traumatic/ Negative	Birth/Childbirth/Labour/ Labor	Experience/Emotional/ Emotions/Narratives/ Narratation/Sense of coherence	Qualitative studies/Semi-structured interview/Interviews/Focus groups/Phenomenological research/Phenomenology/Qualitative/Qualitative research/Research/Evidens-based practice/Grounded theory /Group discussion/Qualitative analysis/Hermeneutics/Psychological interview/Interviews as topic/Structured interview/Unstructured interview/Telephone interview	Personal experiences/Birth stories/Traumatic birth experience

I tabell 3 vises et helt konkret eksempel på hvordan vi har utført et systematisk litteratursøk i Medline. Det er dette søket som har vært utgangspunktet for våre videre systematiske søk.

**Tabell 3 – eksempel på litteratursøk i Medline**

#	Søkeord	Antall treff
1	(traumatic adj3 (birth* OR childbirth* OR labor* OR labour*)).mp.	393
2	(negative adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	1 604
3	1 OR 2	1 980
4	qualitative research/ OR hermeneutics/	46 544
5	interview/ OR personal narrative/	32 519
6	focus groups/ OR interviews as topic/ OR narration/	87 657
7	qualitative.mp.	220 470
8	interview*.mp.	360 837
9	phenomenolog*.mp.	24 503
10	experience*.mp.	994 413
11	4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10	1 425 328
12	3 AND 11	481
12	Keep selected	68

I tabell 4 presenterer vi våre inklusjon- og eksklusjonskriterier. Kriteriene ble satt før vi begynte med søk i de ulike databasene. Vi brukte tid på å diskutere hvilke inklusjonskriterier vi skulle ha med tanke på hva som kunne gi et svar på vår problemstilling. Som tidligere nevnt, ønsker vi en større forståelse for hvorfor noen kvinner opplever sin fødsel som traumatisk. Vi har derfor valgt å inkludere kvalitative studier, da slike studier har rett studiedesign for å kunne svare på vår problemstilling. Vi har valgt å ha mixed-method-studie, som inklusjonskriterie, med de forutsetninger at det er lagt stor vekt på opplevelser, altså med et kvalitativt blikk.

For at vi som gjennomfører studien skal kunne forstå innholdet i primærartiklene har vi valgt å ekskludere alle de artikler som er skrevet på et annet språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk. I tillegg har vi ekskludert de artiklene som er utført i land som ikke har sammenlignbare forhold med Norge, dette fordi vi ønsker at våre funn skal være overførbare til fødselsomsorgen i Norge. Vi har valgt å sette kvinner med PTSD under våre eksklusjonskriterier. Dette er ikke fordi vi tenker at det ikke er viktig, med det er i denne

oppgaven ikke vårt hovedfokus. Vi kunne gjennom de systematiske litteratursøkene se at flere primærstudier tok for seg PTSD som en egen gruppe kvinner de ønsket og undersøke. Vi har imidlertid valgt å inkludere studier hvor det underveis oppdages at kvinnene lider av former for psykisk sykdom som PTSD, da dette ikke ble oppdaget før etter at intervjuene hadde startet. Vi har valgt å inkludere kvinner som har født på sykehus, og ikke hjemme, da vi mener at omgivelsene rundt kvinnen har mye å si for fødselsopplevelsen.

**Tabell 4- inklusjons og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Kvalitative forskningsartikler	Kvantitative forskningsartikler
Mixed method, ulik metodologi	Jordmors opplevelser med traumatiske hendelser
Artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk	Partners/ledsagers opplevelser
Fødsel på sykehus	Hjemmefødsel
Overførbart til fødselsomsorgen i Norge	U-land, lavinntektsland
Opplevd en fødsel kvinnen beskriver som traumatisk	Ikke overførbart til fødselsomsorgen i Norge
	Komplikasjoner eller sykdom hos mor og/eller barn
	Alvorlig sykdom i svangerskapet
	Kvinner med post-traumatisk stress syndrom

### 3.2.3 Screeningprosess

Da vi begynte å lese tittel og sammendrag av de artiklene vi fant gjennom de systematiske litteratursøkene, kom det frem at det var mange relevante, men likevel få artikler som kunne svare på vår problemstilling.

Vi har gjennom screeningsprosessen lest over 2700 overskrifter og sammendrag, samt over 100 artikler i fulltekst. Tittelen på flere artikler kunne være relevante, men da vi begynte å lese sammendraget viste det seg at hovedfokuset i artiklene var på blant annet kvinner og PTSD eller kvinner som fødte premature eller syke barn, som derfor ikke gikk under våre inklusjonskriterier. Det har også vært artikler der tittel og sammendrag har virket relevante, men der selve artikkelen likevel ikke har bidratt til å belyse problemstillingen vår.

Etter gjennomlesing av 2717 titler og sammendrag, satt vi igjen med 156 artikler som vi leste i fulltekst. Etter denne gjennomlesingen satt vi igjen med 29 artikler som vi sammen måtte diskutere flere ganger, da vi var usikre på om de svarte på vår problemstilling. Ved å

diskutere de 29 artiklene, samt se på litteraturlisten til disse studiene kom vi over to artikler som var relevant for vår oppgave, og som var med på å svare på problemstillingen. Dette var artikkelen til Moyzakitis (2004) og artikkelen til G. Thomson og Downe (2008). Da dette var gjort satt vi igjen med åtte artikler som ble vurdert ved hjelp av sjekklister fra The Joanna Briggs Institute (JBI). JBI har drevet med fagutvikling knyttet til det å utføre kvalitative metasynteser. JBI fremhever at mange forskere setter spørsmålstegn ved metoden i studier, blant annet på grunn av den kvalitative forskningens subjektive natur. Vi har i denne oppgaven benyttet oss av sjekklisten for kvalitativ forskning fra JBI for å kunne gå i dybden på metoden og dataanalysen (The Joanna Briggs Institute, 2017). Sjekklisten tar for seg 10 ulike spørsmål som vi har besvart etter en nøye gjennomgang av de aktuelle artiklenes innhold. Det første vi gjorde var å oversette de 10 spørsmålene til norsk, slik at vi var trygge på at vi klarte å få ut essensen i de kritiske spørsmålene. Vi satte oss ned sammen med én og én artikkel, og gikk gjennom sjekklisten sammen. Spørsmålene i sjekklisten tar utgangspunkt i om det foreligger en sammenheng mellom det filosofiske perspektivet og metodologien i studien. Etter vårt syn må en ha større forståelse av innholdet i artikler som skal sjekklister med JBI, enn ved andre sjekklister vi har brukt tidligere. Dette fordi vi har måtte sette oss mer inn i det metodologiske og filosofiske fundamentet for å kritisk vurdere artiklene. JBI krever også at vi har måtte kartlegge det faglige og etiske ståstedet til forskerne som utførte studien, i stedet for å kun se på om det er gjort etiske overveielser. I tillegg har vi måtte undersøke om synspunkter til deltakerne kom frem av artiklene og om det kom tydelig frem og om forskerne tok med sine meninger inn i diskusjonen og konklusjonen (The Joanna Briggs Institute, 2017). På bakgrunn av dette mener vi at sjekklisten fra JBI er hensiktsmessig å bruke i vår oppgave. Hele sjekklisten med en forklaring av spørsmålene og våre brukte sjekklister er lagt som vedlegg i oppgaven (vedlegg 2).

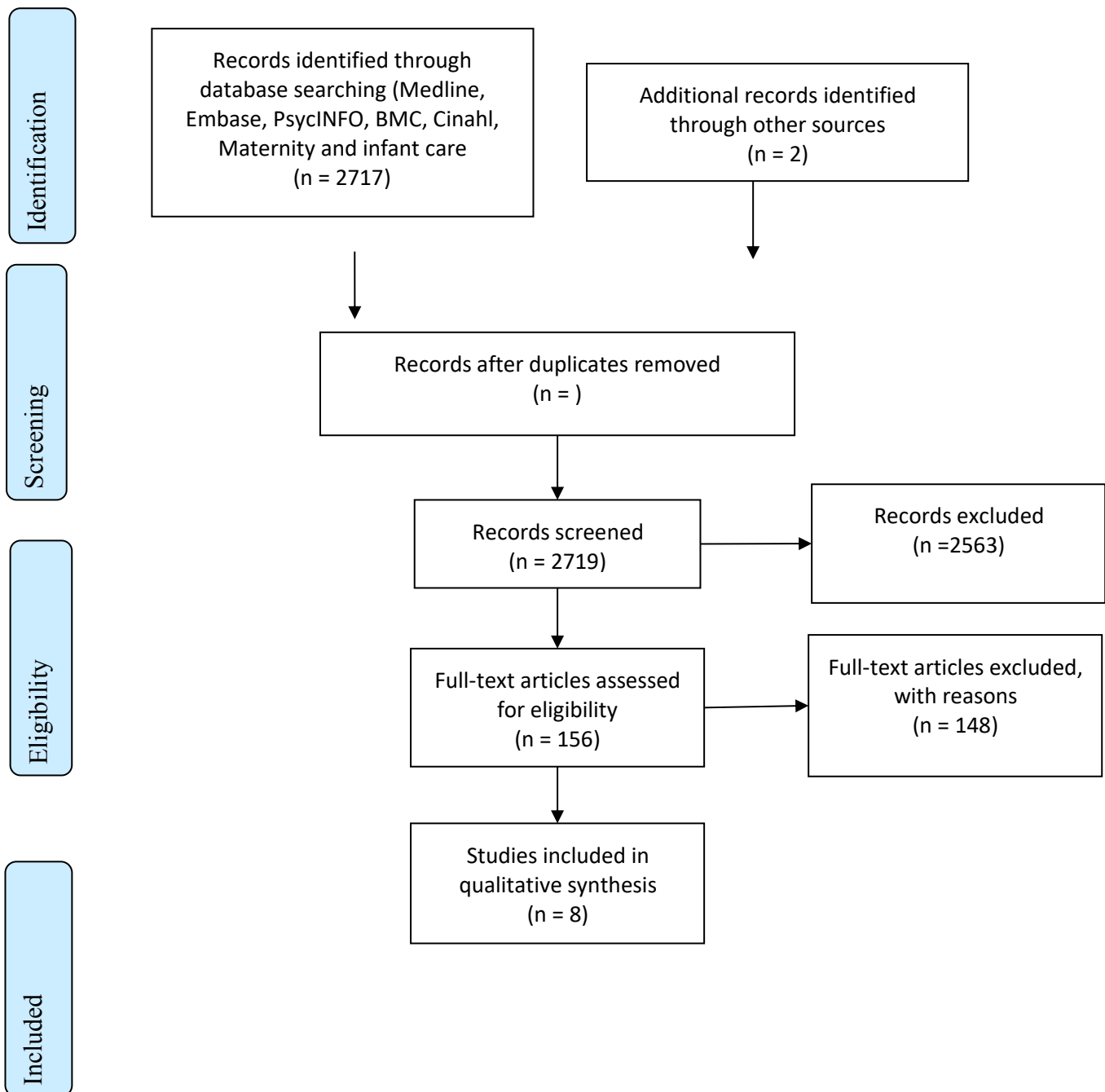
Når vi i tabell 7 viser til at alle artiklene er av god kvalitet, begrunner vi dette med at den metodologiske forankringen i primærstudiene er gjort godt rede for, samtidig som studiene er godt gjennomført. Det er gjort en etisk vurdering av forskerne på alle studiene vi har sjekklistet, noe vi mener er viktig. De fleste spørsmålene som stilles svares med "yes", noe som i sjekklisten er et kvalitetsbevis. Der hvor vi har krysset av for "no" eller "unclear", har det etter vår mening likevel ikke gått utover primærstudiens kvalitet (se vedlegg 2.1-2.8). Vi vurderte de åtte artiklene til å være av god nok kvalitet for vår oppgave, og alle ble derfor inkludert. En kort presentasjon av artiklenes kvalitet vises i tabell 7. Screeningprosessen av det systematiske litteratursøket er skjematisk fremstilt i figur 2. Ruten for dubletter i figur 2

står tom, da dette rett og slett ikke er blitt tatt høyde for i denne oppgaven. Dette vil vi diskutere videre i kapittel 5.6- Metodediskusjon.

**Figur 2 – Prisma flytdiagram** (Moher et al., 2009).



### PRISMA 2009 Flow Diagram





### 3.4 Etiske betraktninger i forskningsartiklene

I en litteraturstudie må det gjøres etiske overveielser og vi vil i dette avsnittet ved hjelp av Forsberg og Wengström (2015) beskrive etiske retningslinjer. Retningslinjene påpeker at man ikke skal fabrikere, stjele eller plagiere data. En skal heller ikke fuske eller være uhederlig på annet vis i forskningsprosessen. Etiske betraktninger i systematiske litteraturstudier bør gjøres i forhold til utvalg og presentasjon av funnene. Videre påpekes det i retningslinjene at det er viktig å velge studier hvor det er gjort og beskrevet etiske overveininger, eller som er godkjent av en etisk komite. Videre må man også redegjøre for alle artikler som inngår i studien og arkivere disse. Det er også etisk riktig å presentere alle de funnene man gjør, også de som ikke støtter hypotesen da det vil bli uetisk å bare presentere de funnene som støtter forskerens egen mening (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59-60). Alle studiene inkludert i denne oppgaven har fått godkjenning fra en etisk komité og informantene har signert informert samtykke.

### 3.5 Analyse

Analysefasen innebærer et nytt steg i forskningsprosessen. Malterud (2017a) beskriver tre ulike tolkningsbegreper. Førsteordens, andreordens og tredjeordens begreper handler om hvem tolkningen er gjort av. Førsteordens begreper kommer fra menneskers forståelse i hverdagspråk, slik de kommer til uttrykk i empiriske rådata i en primærstudie. Andreordens begreper er resultat av forskerens systematiske tolkninger av deltakerens førsteordens begreper, sett ut ifra en teoretisk referanseramme. Deretter gjøres en syntese som skal lede til tredjeordens begreper, under den forutsetning at forskeren utarbeider en fortolkende syntese, hvor resultatene fra eksisterende kunnskap bearbeides og analyseres ytterligere (Malterud, 2017a, s. 72-73).

På bakgrunn av innholdet i de inkluderte artiklene, og med tanke på hvordan vi ønsker å vinkle oppgaven, fant vi ut av det var mest hensiktsmessig og bruke Thomas og Hardens tematiske syntese i tre trinn som vår analysemetode.

#### 3.5.1 Tematisk syntese

Vi har valgt å gjøre en tematisk analyse, slik mange velger å gjøre i en primærstudie med egne empiriske data med vekslende teoretisk forankring (Malterud, 2017a, s. 72). Tematisk syntese ble introdusert som en metode for kvalitativ metasyntese av Thomas og Harden i

2008. Tematisk syntese er inspirert av både Grounded Theory, metaetnografi og metoder for tematisk analyse av kvalitative primærdata (Malterud, 2017a, s. 90).

Tematisk syntese deles inn i tre trinn; systematisk koding av tekst fra resultatavsnittene, kodene organiseres og struktureres hierarkisk og fremstilles som deskriptive temaer, og abstrahering av de deskriptive temaene utvikles til analytiske tema (Thomas & Harden, 2008). Det er det siste trinnet som leder frem til tredjeordens begreper (Malterud, 2017a, s. 72). Vi har benyttet oss av et induktivt perspektiv når vi har analysert vårt datamateriale. Dette vil si at kodingen som er gjort, er tolket ut fra data fra artiklene og ikke fra teori (Malterud, 2017b, s. 27).

Thomas og Harden (2008) beskriver fase en og to som koding av tekst og utvikling av deskriptive temaer. Trinn 1: Vi leste gjennom fire artikler hver og snakket med hverandre om hva vi mente var hovedbudskapet i teksten. Deretter byttet vi artiklene og gjentok prosessen. Videre leste vi de åtte artiklene igjen, men denne gangen sammen og vi fargekodet linje for linje. Vi skrev ned stikkord som til eksempel «tap av kontroll», og utviklet dette til koder. En meningsbærende enhet ble til eksempel kodet slik: «I need to be in control next time, because they took all the control away from me and left me very vulnerable, and I need to have that control this time and my wishes respected in order for it to be a good experience. So that's why there's gonna be quite rigid birth plans» (Greenfield, Jomeen & Glover, 2019, s. 8). Teksten som er markert i gult fikk koden «Trenger å ha kontroll». Kodene vi kom frem til er vist i tabell 5.

Koder blir opprettet induktivt for å fange meningen og innholdet i hver setning. Kodene blir deretter strukturert hierarkisk eller som frie koder. Etter hvert som studiene blir gjennomgått blir alt lagt i «kodebanken» og nye koder blir utviklet når det behøves. Noen setninger og tekster kan bli kategorisert ved hjelp av flere koder. Koding linje for linje gjør oss i stand til å gjennomføre det som er sett på som en av nøkkeloppgavene i syntetisering av kvalitativ forskning, nemlig oversettelse av begreper fra en studie til en annen (Thomas & Harden, 2008).

I trinn 2 skulle vi finne likheter og forskjeller mellom kodene for deretter å gruppere dem i en hierarkisk struktur. Thomas og Harden (2008) sier videre at nye koder skal da opprettes for å fange betydningen av disse gruppene og den innledende kodingen, noe som fører til utvikling

av deskriptive temaer. Vi summerte opp det vi hadde vektlagt underveis i utvikling av kodene, men benyttet oss av andre ord. Vi snakket om hva vi som lesere oppfattet ut ifra de ulike linjene som ble kodet, og om dette samsvarte med de ulike artiklene og deres hovedfunn. Vi observerte tidlig i prosessen at det var gjennomgående temaer i de ulike primærstudiene, og valgte derfor å diskutere de ulike setningene som ble kodet, for så å forsøke å trekke ut meningsinnholdet i dem i utviklingen av de deskriptive temaene. Vi var opptatt av å ikke ekskludere noen av kodene da vi utviklet de deskriptive temaene, dette for å få frem hva vi mente var viktige elementer i primærstudiene. Vi skrev ned en oversikt over alle kodene og fordelte de innunder lignende temaer, som etter diskusjon mellom oss ble utviklet til deskriptive temaer som vist i tabell 6. Etter å ha tatt et dypere dykk i resultatene, synes vi på dette stadiet at vi begynte å få mer oversikt over innholdet i hver av artiklene.

Ifølge Thomas og Harden (2008) går trinn 3 ut på generering av de deskriptive temaene til analytiske temaer, og fasen beskrives som den vanskeligste i kvalitativ syntese. Videre hevder de at dette er den mest kontroversielle fordi den er avhengig av forskerens vurdering og innsikt. Hver av forskerne som utfører studien går gjennom funnene hver for seg og deretter samlet. Gjennom diskusjon kommer flere abstrakte og analytiske temaer til overflaten. Denne prosessen blir gjentatt frem til de deskriptive temaene er tilstrekkelig abstrakte til å kunne bli utviklet til endelige analytiske temaer som kan svare på problemstillingen (Thomas & Harden, 2008). I utviklingen av de analytiske temaene laget vi enda en oversikt med de deskriptive temaene. Vi diskuterte hva som var gjentakende av de deskriptive temaene og hva vi vektla i hvert enkelt tema. Vi så at det var flere likheter i resultatene og få ulikheter. Det var fellestrekk i de deskriptive temaene, med glidende overganger. Vi synes selv vi klarte å trekke ut det som var av mest betydning (hovedbudskap) og det som var gjennomgående i artiklene. Vi laget en oversikt over det som "dekket" de deskriptive temaene, og utviklet deretter hovedtemaer som igjen ble utviklet til tre analytiske tema, se tabell 6.

**Tabell 5 - Koder som ble identifisert i primærstudiene**

Forfatter	Koder
<b>Beck (2004)</b>	Mangel på informasjon og støtte fra omsorgsgivere/Ble ikke beroliget/Opplvde tap av kontroll/Upersonlig omsorg/Ikke sett på som enkeltindivider/Følte seg voldtatt/Følte seg som et offer/Følte seg som et objekt/Mistet sin verdighet/Følte seg usynlig/Følte seg utrygg og maktesløs/Opplevelsen til moren ble ignorert/Sviktende kommunikasjon mellom helsepersonell/Realiteten samsvarte ikke med forventningene til fødselen
<b>Moyzakitis (2004)</b>	Mangel på informasjon og støtte fra omsorgsgivere/Opplvde tap av kontroll/Følte at omsorgsgiverne misbrakte sin makt/Følte seg maktesløs/Følte seg overfalt og voldtatt/Ble ikke hørt eller inkludert/Ble ikke beroliget/Opplvde å få sårende kommentarer/Følte seg sviktet av omsorgsgivere/Følte seg sett av jordmor/Følte en fremmedgjørelse fra seg selv og fødselen/Følte seg depersonalisert/Følte at de hadde mistet seg selv/Konsekvenser som følge av den traumatiske fødselsopplevelsen/Mareritt og vonde minner
<b>G. Thomson og Downe (2008)</b>	Opplvde tap av kontroll/Mangel på informasjon og støtte fra omsorgsgivere/Følte seg misbrukt/Følte seg isolert og maktesløs/Ble ikke inkludert/Ubalanse i maktfordelingen/Instrumentell-fokuset pleie og upersonlig omsorg/Medikaliseret fødselsomsorg/Ut av kroppen-opplevelse/Følte seg som et objekt/Følte seg umenneskeligjort/Mangel på kontinuitet/Ble ikke beroliget
<b>G. M. Thomson og Downe (2010)</b>	Trengte å få svar angående sin traumatiske fødsel/Bebreider seg selv/Innhentet informasjon og planla med omsorgsgivere/Bygget en indre styrke og fikk tro på seg selv/Forholdet til omsorgsgiverne utgjorde den avgjørende forskjellen/Hadde mer kontroll og valg/Følte seg hele igjen etter den forløsende fødselen/Endret identitet/Mareritt og vonde minner
<b>Mercer, Green-Jervis og Brannigan (2012)</b>	Ble berøvet for kontroll over situasjonen og egen kropp/Følte seg ekskludert/Vonde følelser omkring fødselen/Mangel på informasjon under fødselen og i ettertid/Opplvde å få sårende kommentarer/Ble ikke beroliget/Følte seg sviktet av omsorgsgiverne/Følte seg fremmedgjort/Mistillit til omsorgsgivere/Smertefull ildprøve/Misfornøyd med oppfølgingen/Ønsker ikke flere barn
<b>Byrne, Egan, Mac Neela og et al. (2017)</b>	Miste sin identitet/Mangel på informasjon og støtte fra omsorgsgivere/Avhengig av informasjon/Upersonlig omsorg/Bebreider seg selv/Følte seg umenneskeligjort/Følte seg misbrukt/Følte seg ekskludert/Opplvde tap av kontroll/Medikaliseret fødselsomsorg/Følte seg informert og støttet - opplvde en mindre traumatisk hendelse/Kun fokus på om barnet har det bra og ikke moren/Smertefull ildprøve/Ut av kroppen-opplevelse/Tidligere psykiske plager/Realiteten samsvarte ikke med forventningene til fødselen/Kommer seg ikke videre etter den traumatiske fødselsopplevelsen
<b>Eide, Morken og Baerøe (2019)</b>	Mangel på informasjon og støtte fra omsorgsgivere/Ble ikke beroliget/Ekstrem smerte førte til tap av kontroll som førte til panikk/Følte seg ikke trygge på barselavdelingen/Kommunikasjonen mellom omsorgsgiverne skapte frykt og misforståelser/Vanskelig å bearbeide fødselen/Vonde minner/Misfornøyd med oppfølgingen
<b>Greenfield et al. (2019)</b>	Vonde minner fra den traumatiske fødselen/Lagde planer for å gjenvinne kontrollen/Ønsket å få støtte for sine valg/Trengte å ha kontroll/Mangel på informasjon og støtte fra omsorgsgiverne/Sviktet av omsorgsgivere

I tabell 6 vises våre ni deskriptive temaer i kolonne 1, mens kolonne 2 viser de studiene hvor de deskriptive temaene ble identifisert. Kolonne 3 viser en generering av de deskriptive temaene til tre analytiske temaer.

**Tabell 6 - Oversikt over deskriptive og analytiske tema**

<b>Deskriptive tema</b>	<b>Referanse primærstudier</b>	<b>Analytiske tema</b>
<b>Tap av kontroll</b>	Beck, 2004; Moyzakis, 2004; Thomson & Downe, 2008; Thomson & Downe, 2010; Mercer et al., 2012; Byrne et al., 2017; Eide et al., 2019; Greenfield et al., 2019.	Å føle seg maktesløs og uten kontroll over seg selv og egen kropp under fødselen  Å få mangelfull informasjon og sårende kommentarer  Å ikke føle seg ivaretatt eller anerkjent av sine omsorgsgivere
<b>Å miste seg selv</b>	Moyzakis, 2004; Thomson & Downe, 2010; Mercer et al., 2012; Byrne et al., 2017.	
<b>Mangel på støtte</b>	Beck, 2004; Moyzakis, 2004; Thomson & Downe, 2008; Mercer et al., 2012; Byrne et al., 2017; Eide et al., 2019; Greenfield et al., 2019.	
<b>Mangel på informasjon</b>	Beck, 2004; Moyzakis, 2004; Thomson & Downe, 2008; Thomson & Downe, 2010; Mercer et al., 2012; Byrne et al., 2017; Eide et al., 2019; Greenfield et al., 2019.	
<b>Omsorgsgivere</b>	Beck, 2004; Moyzakis, 2004; Thomson & Downe, 2008; Thomson & Downe, 2010; Mercer et al., 2012; Byrne et al., 2017; Eide et al., 2019; Greenfield et al., 2019.	
<b>Krenket og nedverdiget</b>	Beck, 2004; Moyzakis, 2004; Thomson & Downe, 2008; Mercer et al., 2012; Byrne et al., 2017.	
<b>Smertefull ildprøve</b>	Mercer et al., 2012; Byrne et al., 2017; Eide et al., 2019;	
<b>Ut av kroppen-opplevelse</b>	Thomson & Downe, 2008; Byrne et al., 2017.	
<b>Planlegging</b>	Thomson & Downe, 2010; Byrne et al., 2017; Greenfield et al., 2019.	

## 4.0 Resultater

I dette kapittelet presenterer vi de åtte inkluderte primærstudiene, både i tabell 7 og i løpende tekst. Deretter presenteres de tre analytiske temaene som et resultat av den tematiske analysen. Vi har valgt å starte hvert analytisk tema med et innledende sitat fra artiklene som vi mener gir et godt bilde av det kvinnene beskriver av sin traumatiske fødselsopplevelse.

**Tabell 7- Presentasjon av inkluderte artikler**

<i>Forfatter(e), år</i>	<i>Formålet med studien</i>	<i>Studiens design</i>	<i>Deltakere</i>	<i>Kvalitetsvurdering</i>
<b>Beck (2004)</b>	Å beskrive betydningen av kvinners opplevelse rundt traumatisk fødsel/fødselstraume.	Kvalitativ studie. Kvinnene fikk i oppgave å beskrive sin traumatiske fødselsopplevelse (skriftlig)	40 kvinner fra 4 forskjellige land. Kvinnene var mellom 25 og 44 år. Det var mellom 5 uker og 14 år siden den traumatiske fødselsopplevelsen. 80 % av kvinnene hadde posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som følge av fødselstraumer. 20 % av kvinnene hadde opplevd symptomer på PTSD, men ikke oppsøkt profesjonell hjelp etter fødselen. Kvinnene ble rekruttert via internett.	God
<b>Moyzakis (2004)</b>	Undersøke kvinners opplevelse av vonde og traumatiske følelser under fødsel. Dette for å se på hva kvinnene legger i en "forferdelig" fødsel som forandret dem for alltid.	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer	6 kvinner fra ulike steder i England. Kvinnene var mellom 23 og 39 år. Tiden siden fødselen var fra mellom 6 måneder og 19 år siden. De ble innhentet ved hjelp av annonser/plakater hengt opp i butikker. Alle kvinnene mente selv at deres fødsel hadde vært vond og/eller traumatisk.	God
<b>G. Thomson og Downe (2008)</b>	Få en bredere forståelse av kvinners opplevelse/erfaringer med deres selvdefinerte traumatiske fødselsopplevelse.	Kvalitativ studie med dybdeintervjuer	14 kvinner som definerte sin fødsel som traumatisk. Kvinnene var i alderen 27 til 40 år. En av deltakerne hadde etnisk indisk bakgrunn, de andre kvinnene var av britisk opprinnelse. Intervallet mellom den traumatiske fødselsopplevelsen og studien varierte fra 15 måneder til 19 år. Alle kvinnene fødte et friskt barn til termin. 4 av fødslene var ukompliserte vaginale forløsninger. De siste 10 forløsningene involverte tang eller keisersnitt.	God
<b>G. M. Thomson og Downe (2010)</b>	Undersøke hvordan kvinner forbereder seg til, samt opplever en positiv fødselsopplevelse, etter en tidligere traumatisk fødselsopplevelse.	Kvalitativ studie med dybdeintervjuer	14 kvinner mellom 27 og 40 år som har født. Alle kvinnene fødte friske barn. 5 barn ble forløst med tang, 5 barn ble forløst med keisersnitt og 4 kvinner hadde ukompliserte vaginale fødsler. 2 av kvinnene hadde ikke en positiv fødselsopplevelse etter en traumatisk fødselsopplevelse. 13 av kvinnene var av britisk opprinnelse, mens én kvinne hadde indisk bakgrunn.	God

<i>Forfatter(e), år</i>	<i>Formålet med studien</i>	<i>Studiens design</i>	<i>Deltakere</i>	<i>Kvalitetsvurdering</i>
<b>Mercer et al. (2012)</b>	Vurdere førstegangsfødende kvinners egne beskrivelser av en negativ fødselsopplevelse, samt å vurdere om jordmors rolle har noe å si for den negative fødselsopplevelsen. Diskutere viktigheten av kvinners egne fortellinger rundt deres fødsel.	Kvalitativ studie med semi-strukturerte intervjuer.	5 kvinner som hadde fortalt at de hadde hatt en negativ eller skuffende fødselsopplevelse for minst ett år siden.	God
<b>Byrne et al. (2017)</b>	Denne studien tar sikte på å utforske den subjektive opplevelsen av traumatisk fødsel blant førstegangsmødre i Irland.	Mixed-methods studie med hovedfokus på kvalitativ metode gjennom intervjuer	7 førstegangsmødre i alderen 27 til 35 år, som hadde opplevd en selvdefinert traumatisk fødselsopplevelse for 2 til 8 måneder siden. 4 av kvinnene hadde tidligere opplevd traumatiske hendelser i livet, og 4 kvinner rapporterte om tidligere mentale helseproblemer. Kvinnene ble screenet for depresjon og PTSD under den aktuelle studien. En kvinne fikk diagnosen PTSD, og to kvinner hadde potensiale til å oppfylle kriteriene. 3 av kvinnene hadde signifikante resultater på Edinburgh postnatal depresjonsskår (EPDS). Alle kvinnene snakket engelsk.	God
<b>Eide et al. (2019)</b>	Undersøke fenomenet maternelt ønske om keisersnitt når det er fravær av en medisinsk indikasjon.	Deskriptiv kvalitativ studie. 17 semi-strukturerte dybdeintervjuer med kvinner som ønsker keisersnitt, samt 6 fokusgruppe-diskusjoner med 9 jordmødre og 11 obstetrikere.	17 kvinner som ønsket keisersnitt med fravær av medisinske indikasjoner. 3 av kvinnene var immigranter, ikke født i Norge. Hos én av disse kvinnene foregikk intervjuet på engelsk, mens de andre to ble intervjuet på norsk.	God
<b>Greenfield et al. (2019)</b>	Formålet med studien var å undersøke hvilke valg kvinner tar i sitt svangerskap og sin fødsel, etter at de har opplevd en tidligere fødsel som traumatisk. Forskerne ville undersøke bakgrunnen for disse valgene kvinnene tok.	Longitudinell grounded theory method.	9 kvinner som tidligere hadde opplevd en fødsel som de beskrev som traumatisk (definisjon av traumatisk fødsel er oppgitt i introduksjonen, og kvinnene sin opplevelse skulle samsvare med den). Kvinnene fødte levendefødte barn. De var mellom svangerskapsukene 12 og 20 da de ble rekruttert til denne studien og i alderen 24 til 43 år. 5 av kvinnene hadde en tidligere fysisk eller psykisk diagnose relatert til sin traumatiske fødsel. Alle kvinnene både snakket og skrev engelsk og de skulle føde i England.	God

I vår litteraturstudie inkluderte vi syv kvalitative studier og en mixed method-studie; Beck (2004), Moyzakitis (2004), G. Thomson og Downe (2008), G. M. Thomson og Downe (2010), Mercer et al. (2012), Byrne et al. (2017), Eide et al. (2019) og Greenfield et al. (2019). Primærstudiene er publisert i tidsrommet 2004 – 2019. Studiene er utført i vestlige land, dette for at resultatene skal være overførbare til den norske fødselsomsorgen. Studien til Beck (2004) inkluderer 40 kvinner i fra fire ulike land; USA, New Zealand, Australia og England. De resterende studiene er utført i England (n=5), Irland (n=1) og Norge (n=1). Vi har inkludert to studier som begge er utført av Thomson og Downe med to års mellomrom. Begge studiene er utført i England og de har intervjuet de samme kvinnene i begge studiene. Vi har valgt å inkludere disse studiene, da vi ser at forfatterne har ulik hensikt med studiene, og begge studiene er relevante til å belyse vår problemstilling. Det er på bakgrunn av dette inkludert 98 kvinner i vår litteraturstudie.

Studien til Byrne et al. (2017) som er en mixed method-studie, har brukt kvantitativ metode for blant annet rekruttering av deltakere. Det er gjort intervjuer for å utforske opplevelsen til kvinnene, noe som er relevant for oss. Vi har derfor inkludert den i vår litteraturstudie. Vi har i tillegg valgt å inkludere to artikler som ikke direkte fokuserer på hva som gjør en fødsel traumatisk i en kvinnes øyne. Artikkelen skrevet av G. M. Thomson og Downe (2010) ser på hvordan kvinnene opplevde en positiv fødsel etter tidligere å ha erfart en selvdefinert traumatisk fødselsopplevelse. Vi ser at kvinnene kommer styrket ut av sin positive fødselsopplevelse og synes dette er relevant for oss da vi har vektlagt betydningen av empowerment i denne oppgaven. Viktigheten av et godt forhold til omsorgsgiverne kommer klart frem i studien, noe vi mener er av betydning i vår oppgave. Artikkelen til Greenfield et al. (2019) omhandler hvilke valg kvinner gjør i sitt svangerskap og sin fødsel etter å tidligere ha opplevd en fødsel som traumatisk. Studien sier noe om kvinnenens tidligere traumatiske fødselsopplevelser, noe vi mener vil bidra til å gi et svar på vår problemstilling.



#### 4.1 Å føle seg maktesløs og uten kontroll over seg selv og egen kropp under fødselen

“I kind of feel like it`s my own fault for kind of feeling empowered like I wouldn`t have felt like all my power was taken away from me, if I hadn`t felt empowered in the first place» (Byrne et al., 2017, s. 7).

I analyseprosessen av de inkluderte artiklene kom det frem at kvinnene hadde opplevd tap av kontroll under sin traumatiske fødselsopplevelse. Kvinnene opplevde å ikke bli inkludert i avgjørelser som ble tatt. De følte seg maktesløse, ekskludert og usynlige. De følte at de ikke ble sett eller hørt, og var dermed isolert fra situasjonen. De opplevde en fremmedgjørelse fra seg selv og fra selve fødselen. Kvinnene følte seg passive, umenneskeliggjort og noen kvinner beskrev sin rolle under fødselen som «kun en brikke i et spill».

Noen av kvinnene beskrev fødselen som en “smertefull ildprøve” som de hadde “holdt ut”, hvor de hadde liten eller ingen kontroll. Kvinnene opplevde at fødselen ble styrt av omsorgsgiverne, og følte at de ikke var i stand til å utøve noen som helst makt over fødselsprosessen. Kvinnene følte seg hjelpeløse og opplevde en total mangel på kontroll. Deres ønsker, behov og meninger ble ikke hørt. De følte at de ble fratatt retten til å kunne ta egne valg og mistet derfor kontrollen over egen kropp. Kvinnene forteller om hendelser hvor leger eller jordmødre utførte intervensjoner uten deres samtykke. Det kommer frem at en kvinne fikk utført en episiotomi, på tross av at hun tryglet legen om å ikke utføre det. Hun følte seg berøvet for kontrollen over sin egen kropp.

Mange av kvinnene i de ulike studiene opplevde en “ut av kroppen-opplevelse”, hvor de distanserte seg fra opplevelsen og stod på sidelinjen og observerte. Enorme smerter og mangel på kontroll var begrunnelsen kvinnene oppga for at de gikk inn i denne tilstanden. Det ble beskrevet som en surrealistisk opplevelse hvor de «forlot» sin egen kropp for å kunne håndtere den overveldende situasjonen de befant seg i. En kvinne beskriver det slik:

Eh, I still can`t, it was fast and it was like it happened to somebody else, and I think because I had my eyes closed for a lot of it, that kind of contributed to that feeling, but I suppose having my eyes closed and having everything that I didn`t want to happen,

happen, I don't know, like when you get to that point of, there's a certain pain threshold, I don't know like you're not even in your own body anymore like I'm not really here, it's like it's happening in a dream or something... (Byrne et al., 2017, s. 7).

Dette illustrerer hvordan enorme smerter bidro til at kvinnene beskrev en ut av kroppen-opplevelse. Det beskriver i tillegg hvordan kvinnene ikke var mentalt eller følelsesmessig tilstede. Flere av kvinnene i de ulike studiene forteller at det er en sammenheng mellom opplevelse av smerte og opplevelsen av å føle tap av kontroll.

Flere av kvinnene påpeker at den traumatiske fødselsopplevelsen har endret deres identitet. Den endrede identiteten var ikke som følge av den nye rollen som mor, men som en konsekvens av den traumatiske fødselsopplevelsen. Dette påvirket deres mentale helse på en negativ måte, og kvinnene fikk samtidig et endret selvbilde. En kvinne omtaler det slik: «It's the same as losing someone close to you. Obviously you never forget... I have not been the same person since that at all» (Moyzakitis, 2004, s. 11). Dette illustrerer sorgen som flere av kvinnene opplevde etter at de følte å ha mistet en del av seg selv. Noen kvinner så på seg selv som "ødelagt", "tom" og med "deler som manglet".

Noen kvinner følte at de ble fratatt kontroll fra omsorgsgivere. De ble fratatt retten til å ta egne valg og ble ikke respektert. Disse kvinnene var nå gravide igjen etter å ha opplevd en tidligere traumatisk fødselsopplevelse. De fleste av disse kvinnene innhentet informasjon og la aktivt planer slik at de kunne være klare for å kjempe for sin rett til å ta egne valg, for å kunne ha en mulighet til å bevare kontrollen i den forestående fødselen. Målet var at den neste fødselen ikke skulle bli som den tidligere traumatiske fødselsopplevelsen. Tapet av kontroll førte til mistillit til omsorgsgivere.

Mange av kvinnene i de ulike studiene opplevde å få manglende informasjon og forklaring i fra omsorgsgiverne. Dette var relatert til intervensjoner og hendelser som oppstod under fødselsforløpet og de hadde liten forståelse for hva som ble gjort og hvorfor det ble gjort. Dette førte til at de ble fratatt muligheten til å kunne ta informerte valg. Dermed ble fødekvinnes mulighet til å kunne bli inkludert i avgjørelser som skulle tas og til å kunne

delta mer aktivt i sin egen fødsel, begrenset. De hadde til eksempel liten forståelse for hvorfor visse prosedyrer ble utført, og for noen av kvinnene førte dette til forvirring, angst og frykt. Kvinnenes mangel på informasjon og medbestemmelse, ledet til en følelse av tap av kontroll. Manglende informasjon om hva som ble gjort førte til at kvinnene mistet kontrollen over situasjonen.

## 4.2 Å få mangelfull informasjon og sårende kommentarer

«I must have asked her this about three or four times, I was worried, I needed to know if what I was feeling was normal» (Mercer et al., 2012, s. 719).

Mangel på informasjon var et sentralt tema i primærstudiene. Dette var ofte relatert til intervensjoner og hendelser som oppstod under fødselsforløpet. En kvinne hadde tidligere opplevd å få en vasovagal syncope og var redd for at dette skulle gjenta seg. Kvinnen la merke til at jordmoren ikke formidlet dette til anestesilegen. Hennes mann prøvde å kommunisere dette til anestesilegen under innleggelse av epiduralen, men han fikk ikke frem ordene. Kvinnen fortalte at hun var redd for å dø.

Flere av kvinnene opplevde at omsorgsgiverne sviktet i å kommunisere med sine pasienter. “Sort of feeling cut off was part of the trauma” (Byrne et al., 2017, s. 5). Dette resulterte i at kvinnene følte seg ekskludert, undergravd og usynlige under sin traumatiske fødsel. De opplevde at omsorgsgiverne diskuterte seg imellom foran kvinnene – uten å inkludere dem i avgjørelsene som ble tatt. De snakket over «hodet» på kvinnen som om hun ikke var tilstede. Noen av kvinnene observerte i tillegg uoverensstemmelser mellom jordmor og lege på fødestuen. Kvinnene hørte at jordmor og lege diskuterte og var uenige. Dette skapte stor usikkerhet hos kvinnene. Slike situasjoner hvor omsorgsgiverne sviktet i å kommunisere med hverandre bidro til at flere av kvinnene oppfattet sin fødsel som traumatisk.

Noen av kvinnene opplevde at deres ønske om informasjon ble oppfattet som brysomt av omsorgsgivere. Det kommer frem at det å få informasjon var avgjørende for å kunne være i stand til å håndtere fødselsarbeidet. Resultatene viser at omsorgsgivere ikke alltid tok seg tid til å svare på spørsmål om alt var i orden med barnet. Det kommer frem at en kvinne var bekymret for om barnet hadde det bra. Jordmor tok seg ikke tid til å svare kvinnen, og på

grunn av dette opplevde kvinnen situasjonen som skremmende. Det kommer frem at noen av kvinnene som nå var gravide igjen etter en tidligere traumatisk fødselsopplevelse, forteller at de før den neste fødselen snakket med omsorgsgivere om sin traumatiske fødsel. De fikk svar, samt en forståelse for hva som hadde skjedd slik at de kunne håndtere det bedre.

Flere av kvinnene opplevde å få sårende og nedsettende kommentarer under fødselsforløpet, samt non-verbal kommunikasjon i form av å himle med øynene. Én kvinne omtaler det slik: «They can muck up your life, what they say or do at such a special and important time, you know, it can stay with you. It knocks your confidence in the medical profession...» (Mercer et al., 2012, s. 719). Dette viser hvordan kommentarer i fra omsorgsgivere kan påvirke kvinner i lang tid, samt påvirke deres syn på omsorgsgivere. Det kommer frem at en kvinne ble bedt om å «ta seg sammen» da hun skrek av smerte, da det eneste hun ønsket var å bli beroliget. Denne kvinnen sier at hun aldri vil glemme ordene til den jordmoren.

Kvinnene hadde klare forventninger til omsorgspersonene som de ville møte under fødselen. Det var viktig for kvinnene at de hadde en støttende og omsorgsfull jordmor. Flere av kvinnene var skuffet over jordmødrene og satt igjen med en følelse av å ha blitt sviktet.

#### 4.3 Å ikke føle seg ivaretatt eller anerkjent av sine omsorgsgivere

“I felt so kind of...an object basically... no acknowledgement that I was there, are you OK, or don't worry or any kind of personal interaction” (G. Thomson & Downe, 2008, s. 271-272).

Forventningene kvinnene hadde hatt til fødselen ble knust. Flere av kvinnene følte at de ble behandlet som et ingenting, bare en som omsorgsgiverne skulle få opplysninger i fra. Noen følte seg som et «objekt» som ble «jobbet på». Én kvinne beskrev sin opplevelse slik:

I'm still upset by it and I feel kind of violated, that was wrong, that happened to me, it wasn't something that I was doing, it was something that happened to me, like I didn't get to take part in it, it was enforced on me or inflicted on me, emm. Which isn't the

way it should be, you know that's what makes it traumatic I think (Byrne et al., 2017, s. 6).

Flere av kvinnene opplevde i likhet med denne kvinnen, å føle seg passiv og avvist. De følte seg ikke inkludert i avgjørelsene som ble tatt eller i omstendighetene rundt sin egen fødsel. Noen av kvinnene beskrev følelsen av å ikke ha født. De følte seg hjelpeløse og at de var «helt og fullt i hendene» til omsorgsgiverne. De var fanget i en situasjon hvor ingen kunne hjelpe dem.

Det kommer tydelig frem at kvinnene opplevde å ikke få nok støtte, oppmuntring eller å bli beroliget da de hadde behov for det. Dette bidro til deres traumatiske fødselsopplevelse. Kvinnene følte at de i sin fase preget av sårbarhet, ikke ble møtt med en omsorgsfull tilnærming. Omsorgsgiverne ble i noen tilfeller oppfattet som «kalde», og kvinnene fikk følelsen av at de ikke hadde omtanke for dem. Dermed var noen av kvinnene ikke i stand til å kunne knytte bånd med sine omsorgsgivere. De følte at de ikke ble sett på som enkeltindivider, og fikk på grunn av dette ikke den omsorgen de trengte eller ønsket. Noen av kvinnene i de inkluderte studiene var nå gravide igjen etter sin tidligere traumatiske fødselsopplevelse, og hadde opplevd dårlig eller manglende støtte under den fødselen. Dermed var det svært viktig for dem å få støtte for sine ønsker og valg i den forestående fødselen.

Flere av kvinnene følte en mistillit til sykehuset og til omsorgsgivere. De uttrykte at det var utrygt å stole på omsorgsgivere, både som enkeltpersoner og som en gruppe. Noen kvinner følte at de ble behandlet på en utrygg måte, noe som gjorde at de fryktet for seg selv og deres barn sin sikkerhet. Noen av kvinnene følte seg overlatt til seg selv på barselavdelingen. De følte seg ikke trygge og ønsket å reise hjem. Det kommer også frem at noen kvinner opplevde at omsorgsgiverne misbrukte den makten de hadde som profesjonelle, noe som førte til at kvinnene følte seg maktesløse. Noen av kvinnene opplevde en ubalanse i maktfordelingen mellom seg selv og deres omsorgspersoner under deres traumatiske fødselsopplevelse. Mange av kvinnene følte seg umenneskeliggjort og ydmyket. De brukte metaforer som «klump av kjøtt» og «kun et objekt som var koblet til en maskin» for å gjenspeile denne umenneskeligjøringen. Kvinnene opplevde at deres ønsker, synspunkter og følelser ikke ble verdsatt eller anerkjent. De følte seg alene og forlatt og som en «tom kropp» uten identitet. I

beskrivelsen av sin traumatiske fødselsopplevelse bruker kvinnene ord som “barbarisk”, “nedverdiggende”, “påtrengende” og forferdelig”.

I felt like I was attacked and raped... I felt like my body was butchered... I came out of there thinking everyone has been touching my body, cutting it, doing this and that... I felt humiliated... and I'll never forget it to the day I die (Moyzakis, 2004, s. 11).

Dette sitatet fra en kvinne viser at hun følte seg angrepet, voldtatt og ydmyket. Noen av kvinnene opplevde sin fødsel som en voldtekt. Den blir også beskrevet som en «slagmark». Mens de kjempet denne kampen på slagmarken, ble deres beskyttelseslag revet bort, lag for lag. De ble fratatt sin individualitet, verdighet, kontroll og sin stemme. Fødesengen blir også omtalt som en slakterbenk.

Flere av kvinnene var misfornøyde med organiseringen av fødselsomsorgen. De omtaler den som upersonlig og noen av kvinnene strevde med å passe inn i systemet. En kvinne som opplevde å ikke bli inkludert eller anerkjent beskriver det slik: «What about me? I'm still... I'm not just an incubator like» (Byrne et al., 2017, s. 5). Dette viser mangelen på individuell omsorg, som flere av kvinnene opplevde. De følte at de ikke ble sett på som enkeltindivider, de var kun, som tidligere nevnt, en brikke i et spill, en del på en fabrikk eller en eggklekkingsmaskin – som denne kvinnen opplevde. Kvinnene følte at det ikke ble tatt personlige hensyn da deres verdier fremstod som mindre viktig. Kvinnene bemerket seg i tillegg en mangel på kontinuitet i fødselsomsorgen. De hadde møtt en rekke omsorgsgivere i svangerskapet, under fødselen og postpartum. Kvinnene opplevde at dette førte til at omsorgsgiverne dermed manglet kunnskap og empati for den helhetlige opplevelsen til kvinnen.

## 5.0 Diskusjon

Vi vil i dette kapitlet diskutere våre resultater i lys av annen relevant forskning, det teoretiske perspektivet presentert i kapittel 2, og med det vi anser som relevant litteratur. Vi vil også i diskusjonskapitlet benytte oss av forskning som kan relateres til den norske fødselsomsorgen for å gjøre vår studie mer gjeldende for norske jordmødre.

Ved gjennomgang av funnene fra primærstudiene var det flere temaer som kunne vært interessante for oss å se nærmere på, og som kan være med å svare på oppgavens problemstilling. Vi har valgt å trekke ut det vi mener er av størst betydning av det som kom frem av primærstudiene, og som fører til at kvinnene opplever sin fødsel som en traumatisk hendelse.

Våre resultater gir ulike svar på hvorfor noen kvinner opplever sin fødsel som en traumatisk hendelse. Vi oppdaget tidlig i arbeidet med denne oppgaven at det var en del glidende overganger mellom faktorer kvinnene oppga som preget deres traumatiske fødselsopplevelse. Likevel ser vi at omsorgsgiverne spiller en stor rolle i alle faktorene som blir oppgitt. Hver følelse eller opplevelse påvirkes av omsorgsgiverne rundt kvinnen. Vi velger å ta utgangspunkt i at dette er tilfelle, men vi vil gå systematisk gjennom våre funn og diskutere videre.

### 5.1 Tap av kontroll

Vi ser at tap av kontroll var en gjennomgående faktor for at fødselen opplevdes som traumatisk for kvinnene i de inkluderte primærstudiene. Vi diskuterte på et tidlig stadium hva kvinnene i primærstudiene mente, da de snakket om tap av kontroll. Diskusjonen rundt betydningen av ordet «kontroll» er utfordrende, og det er stor uenighet rundt denne betydningen (Kitzinger, 2006, s. 12). For oss var Sheila Kitzinger en viktig bidragsyter innenfor jordmorfaget. Green og Baston (2003) utførte en kvantitativ studie hvor 1146 kvinner svarte på spørreskjema om deres opplevelse av kontroll under fødsel. De undersøkte tre ulike typer av kontroll og deres relasjon til hverandre. De undersøkte i tillegg hvilken av disse typene kontroll som hadde størst påvirkning på kvinners mentale helse. De undersøkte kontrollen som kvinnene følte de hadde over hva omsorgsgiverne gjorde, kvinnenes kontroll over egen oppførsel i fødselen og kontrollen kvinnene opplevde da de hadde rier (Green & Baston, 2003, s. 235). Resultatene av studien til Green og Baston viser at alle de tre typene av

kontroll var viktige for kvinnene, men at det som hadde størst påvirkning for kontrollen, var følelsen av å ha kontroll over hva som ble gjort av omsorgsgiverne. Studien konkluderer derfor med at omsorgsgivere har potensiale til å kunne utgjøre en betydelig forskjell i kvinners fødselsopplevelse (Green & Baston, 2003, s. 246). Dette støtter våre resultater som viser at kvinnenes følelse av tap av kontroll under fødselen kunne relateres til omsorgsgiverne. Vi tolket våre resultater som at det ofte var manglende informasjon og inkludering under fødselen som førte til at kvinnene opplevde tap av kontroll.

En kvalitativ studie utført i 1997, undersøkte kvinners opplevelser i aktiv fødsel og deres oppfatninger av omsorgen og behandlingen de mottok fra jordmødre. Kvinnene i studien til Anderson hadde det som beskrives som en normal fødsel med minimale intervensjoner og medikamentell smertelindring (Anderson, 2010, s. 116). Av de 16 kvinnene som deltok i studien, opplevde 15 av de en følelse av separasjon fra kropp og sinn. Vi tolker dette til å være lignende opplevelser som noen av kvinnene i vår studie beskrev som en ut av kroppen-opplevelse. I motsetning til kvinnene i vår studie, opplevde ikke kvinnene i den aktuelle studien denne hendelsen som hverken skremmende eller traumatisk. Tvert imot satte denne opplevelsen kvinnene i stand til å selv kunne beholde kontrollen, og det beskrives i studien som at det var en kraftig mestringsstrategi som økte kvinnenes følelse av å ha kontroll (Anderson, 2010, s. 119-120). Selv om studien til Anderson refererer til kvinner som er friske og innstilt på å føde naturlig, tenker vi at i situasjoner hvor jordmor lar kvinnene ha kontroll, vil det kunne bidra til å gjøre situasjonen rundt fødselen tryggere for kvinnen. Vi har gjennom praksis erfart at jordmor kan ha ansvar for flere fødekvinne samtidig. En kvinne som er i aktiv fødsel kan ha behov for kontinuerlig fosterovervåkning (CTG), og jordmor kan da ta en kikk på denne overvåkingen når hun er innom vaktrommet før hun kan ha andre oppgaver hun må utføre. Etter en viss tid, eller når det på overvåkingen ser ut som at kvinnen har hyppigere og/eller kraftigere rier, er det tid for at kvinnen undersøkes vaginalt. Dersom undersøkelsen forteller jordmoren at det ikke har vært særlig fremgang i fødselen, kan det være at jordmor ber kvinnen om å endre stilling, før hun må forlate kvinnen da hun skal ta seg av en annen fødekvinne eller har andre oppgaver. Vi tenker at det i flere tilfeller er en trygghet for kvinnene å bli undersøkt med tanke på fremgang i fødselen. Samtidig tenker vi at det kan være demotiverende for kvinnen å høre at det ikke har «skjedd noe», og at hun blir overlatt til seg selv. Om kvinnen hadde hatt en-til-en-omsorg av jordmor i fødselens aktive fase, kunne hun fått kontinuerlig støtte av jordmor som da kunne informert underveis, oppmuntret kvinnen i fødselsarbeidet og motivert henne. Det er en trygghet for jordmor å ha



kontroll over hvor i fødselsforløpet kvinnen er, men hva slags kontroll opplever kvinnen i et slikt tilfelle?

### 5.1.1 Forholdet mellom smerte og tap av kontroll

Ved utarbeidelsen av tema og problemstilling i vår oppgave, hadde vi en tanke om at vi kom til å finne primærstudier som konkluderte med at smerte var en av hovedfaktorene til at kvinnene opplevde sin fødsel som traumatisk. Resultatene i vår studie viser at det ikke var selve smertene som var den avgjørende faktoren for at fødselen opplevdes som traumatisk. Dette står i kontrast både til våre forventninger og artikkelen til Larsen et al. (2018), hvor det kommer frem at smerte (22 %), var den nest største faktoren kvinnene oppga som årsak til at fødselen opplevdes som traumatisk. Vi har gjennom praksis erfart at kvinner ser på smerte som den mest skremmende faktoren en må igjennom under en fødsel. Samtidig har vi observert at om kvinner får epiduralanalgesi (EDA), og fødselssmertene helt eller delvis forsvinner, vil hun likevel være usikker på hvordan fødselen vil kunne oppleves videre i forløpet. Dette er noe som har blitt synlig for oss når det kommer inn andregangsfødende kvinner, som ikke vet hva som kan forventes, da de hadde EDA ved første fødsel. Dette i motsetning til kvinner som ikke hadde EDA ved første fødsel, og som ved andre fødsel til eksempel kan gjenkjenne ulik styrke og karakteristikk på riene. Vårt inntrykk er at kvinnene uten EDA ved begge fødslene vil på en bedre måte kunne stole på at kroppen mestrer fødselsarbeidet. Med dette mener vi at noen kvinner tror de vil få kontroll ved å minske smertene som fødselen fører med seg, samtidig som de kan miste kontroll over egen kropp. I våre resultater kommer det frem at ekstrem smerte kunne føre til en ut av kroppen-opplevelse, og opplevelsen av tap av kontroll. Vi kan på bakgrunn av dette forstå at smerte kan være en indirekte faktor som kan føre til andre forhold som igjen kan skape en slags utrygghet eller panikkfølelse hos kvinnene, som til eksempel tap av kontroll. Likevel har vi blitt oppmerksom på at kvinnen kan få tilbud om EDA dersom hun uttrykker redsel for fødselssmerte. Vi tenker at om jordmor hadde hatt tid til å tilby kvinnen en-til-en-omsorg, kunne hun ha hjulpet kvinnen til å mestre fødselsarbeidet. Med dette mener vi at jordmor kunne observert kvinnen, gitt informasjon, oppmuntring og tilrettelagt for at kvinnen kunne forsøkt ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder og eventuelle stillingsendringer som kunne dempet smertene. På denne måten kan jordmor muligens bidra til at kvinnen ikke føler behov for EDA, samtidig som hun kunne tatt en vurdering på om det hadde vært hensiktsmessig å tilby kvinnen EDA som smertelindring.

## 5.2 Empowerment og maktesløshet

I våre resultater kommer det frem at flere av kvinnene følte seg maktesløse under sin traumatiske fødselsopplevelse. Vi ser dette i sammenheng med mangel på informasjon, tap av kontroll og at kvinnene ikke følte seg inkludert i avgjørelser som ble tatt. Når vi ser på dette opp mot vår problemstilling kan vi forstå det som at mangel på empowerment er en faktor som gjør at kvinnene opplever sin fødsel som traumatisk. Det kommer frem i introduksjonen til artikkelen til Hermansson og Mårtensson (2011) at det kan være enklere å forstå empowerment, der hvor empowerment uteblir, som maktesløshet, hjelpeløshet, fremmedgjøring og avhengighet. Studien til Hermansson og Mårtensson undersøkte begrepet empowerment i en jordmorfaglig kontekst til bruk i klinisk praksis, undervisning og forskning. På bakgrunn av dette mener vi at søkelyset mot empowerment kommer frem i de tilfeller hvor kvinnene har opplevd fødselen som traumatisk. I løpet av de to siste tiår, har begrepet empowerment blitt mer anerkjent i jordmorfaget med tanke på å styrke kvinnen og hennes familie (Hermansson & Mårtensson, 2011). Videre hevder forskerne at omsorgsgivere ikke alene kan styrke kvinnen, men legge til rette for at hun skal kunne styrke seg selv. Flere av kvinnene i vår studie beskrev omsorgen de mottok som upersonlig og de følte at de ikke ble sett på som enkeltindivider. De opplevde å ikke bli sett eller hørt. Flere av kvinnene følte seg hjelpeløse og usikre under sin fødsel. Mangelfull informasjon skapte forvirring, angst og kvinnene manglet en forståelse for hvorfor til eksempel intervensjoner ble gjort. Det er for oss innlysende at en jordmor skal bidra til å styrke kvinnen slik at kvinnen vil styrke seg selv og sin tro på at hun skal mestre fødselsarbeidet. Vi mener at det er jordmors oppgave å hjelpe kvinnen til å ha tro på seg selv, inkludere henne i valg som blir tatt og å se hver kvinne som et enkelt individ, med ulike ønsker og behov. Vi tenker at jordmor skal være kvinnenes samarbeidspartnere i empowermentprosessen og at implementeringen av empowerment er en viktig del av jordmors oppgave. Vi forstår dette som at det er kvinnen som skal føde barnet, og det er hun selv og hennes kropp som skal utføre fødselsarbeidet. Jordmor har som oppgave å veilede og legge til rette for at kvinnen skal ha kontroll og føle mestring i fødselsarbeidet. Det vil likevel ikke si at kvinnen selv kan bestemme hva slags behandling eller intervensjoner som skal utføres, men hun skal vite hva som skal skje, hvorfor og få si sin mening der det er mulig; dette handler om maktfordeling som er et sentralt poeng i empowermenttenkningen (Tveiten, 2018, s. 239). Jordmor må danne seg et bilde av kvinnen og hennes ressurser. Fremstår hun innstilt på å takle fødselsarbeidet? Er hun usikker og redd og har ingen tanker om hva hun kan forvente seg? Eller trenger hun ekstra informasjon og støtte underveis? Vi tenker at kvinner kan oppleve maktesløshet under en fødsel da det kan oppstå hendelser som

kvinnen ikke har erfart tidligere og hun er usikker på hva som skal skje og hva hun skal gjøre. Dette kan være spesielt gjeldende for førstegangs fødende. Likevel mener vi at jordmor kan bidra til at kvinnen kan føle seg mindre maktesløs dersom hun får informasjon underveis og muligheten til å kunne ta del i valg eller avgjørelser som blir tatt - der dette er mulig. Dette kan for eksempel være valg av fødestilling eller ulike smertelindringsmetoder.

Vi har tidligere i oppgaven nevnt sammenhengen mellom helsefremming og empowerment. Når vi tar utgangspunkt i dette, ønsker vi at kvinnene skal ha størst mulig kontroll over sin fødsel og at hun får ta del i de avgjørelser som blir tatt. Ved at hun får ta del i avgjørelsene, vil hun kunne føle at hun har kontroll og makt over eget liv. Vi mener at hun da vil kunne tenke tilbake på fødselen som en bedre opplevelse. Begrepet empowerment har ikke blitt brukt uten at vi også har vektlagt viktigheten av helsefremming i våre tanker og refleksjoner.

### 5.3 Kommunikasjon og informasjon

Informasjon er et sentralt tema i alle de inkluderte artiklene. Det kommer tydelig frem at kvinnene opplevde å få mangelfull informasjon, noe som førte til at de opplevde å bli ekskludert, samt det å oppleve fødselen som en traumatisk hendelse. Vi tenker at dette kan ha bidratt til kvinnenes traumatiske fødselsopplevelse, da en også kan bli engstelig og redd dersom en ikke får tilstrekkelig informasjon. Flere av kvinnene opplevde å få sårende kommentarer og at helsepersonell sviktet i å kommunisere med hverandre. Vi knytter dette opp mot at kvinnene følte seg ekskludert fra avgjørelser som omhandlet deres fødselsforløp. Vi tenker at det kan skape usikkerhet, og en utrygghet hos kvinnene og eventuelt deres partner. Selv om brukermedvirkning er en lovfestet rettighet hos alle brukere av helsetjenester i Norge (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2), kan en diskutere om det som blir sett på som brukermedvirkning i dag, er i tråd med reell brukermedvirkning. Vi tenker på reell brukermedvirkning som en gjensidig vilje og åpenhet, både hos kvinnen og jordmor. Kvinnen skal føle at hun har makt og innflytelse, i tillegg til at hun kan ta selvstendige valg.

Slik vi ser det må kommunikasjonen mellom fødekvinnen og jordmor være god, dersom kvinnene skal føle tillit overfor jordmor. Her tenker vi at jordmor må utøve vennlig non-verbal kommunikasjon i tillegg til å ha et vennlig tonefall. Vi har erfart at tillit kan oppstå der hvor jordmor viser interesse for fødekvinnen og fødeparet. Dette er noe som støttes av anbefalingene til WHO (2018) som viser at er anbefalt å bruke effektiv kommunikasjon

mellom fødselshjelpere og kvinner i fødsel, WHO, punkt 3.1.2 Effective communication, (2018). Guideline Development Group (GDG) vedtok at effektiv kommunikasjon skal inkludere visse punkter som et minimumskrav. Vi ser at det blant annet er at omsorgsgivere skal gi den informasjon som kvinnen og hennes familie trenger. Kvinnens behov skal respekteres ved at hun blir oppmuntret, får ros, blir beroliget og hørt. Kvinnen skal forstå at hun har et valg og omsorgsgiverne skal sørge for at hun får støtte for valgene sine, samt informasjon om eventuelle intervensjoner, WHO (2018).

#### 5.4 Krenket og nedverdiget

Det kommer ikke frem av våre inkluderte artikler at kvinnene tidligere har opplevd å bli utsatt for seksuelt misbruk, men noen av kvinnene omtaler likevel sin fødsel som en voldtekt hvor de følte seg overfalt, hjelpeløs og underdanig. De beskrev fødselen som påtrengende. De ble ikke sett eller hørt og følte seg som et objekt. Vi tolker det slik at kvinnene følte at ingen så dem som et eget individ med personlige verdier, ønsker og behov.

Kitzinger (2006) skriver om hvordan kvinner kan oppleve fødselen som et overfall eller en voldtekt. Hun hevder at ved å tilstrebe at fødselen skal være trygg, har fødselsomsorgen endret seg til en industriell prosess på sykehusene. Kvinner kan bli immobiliserte under fødselen og bundet til maskiner. Kitzinger omtaler denne effektiviteten som et samlebånd. Fra tidligere foregikk fødselen hjemme i trygge omgivelser med kvinner som fødekvinnen kjente godt, og som gav henne støtte og oppmuntring. Kvinner på sykehus i dag er som oftest omgitt av fremmede som alle har blikket vendt mot den nedre delen av kroppen (Kitzinger, 2006, s. 56). I flere situasjoner kan det være nødvendig at flere jordmødre og gynekologer må undersøke kvinnen vaginalt, til eksempel der hvor en mistenker asynklitisme (feilinnstilling av hodet til barnet i bekkenet) og protraisert fødselsforløp. Vi mener at kvinnene må få en forklaring på hvorfor det er nødvendig at ulikt personell undersøker vaginalt. I tillegg er det da viktig at jordmoren som kjenner kvinnen, dekker henne til og gjør hendelsen mest mulig komfortabel. Ved å gjøre dette kan jordmor sørge for at situasjonen ikke oppleves nedverdiggende for kvinnen. Dette står da i kontrast til når Kitzinger beskriver at den medisinske behandlingen av kvinnen kan gjøre skade på kvinnens psykiske helse.

Vi mener at jordmødre har en viktig jobb med å legge forholdene til rette for enkelt kvinne, slik at hun ikke trenger å oppleve fødselen som krenkende og nedverdiggende. Vi tenker at det er viktig at jordmor skaper en trygg og god relasjon til hver enkelt kvinne, slik at kvinnen ikke

ser på jordmoren som en fremmed. Vi har begge opplevd at kvinner har fortalt om tidligere overgrep i sitt fødebrev til sykehuset. Der har de skrevet ned ønsker for fødselen, som for eksempel at jordmor dekker til kroppen til kvinnen under forløpet da dette er mulig. På denne måten kan jordmor ta individuelle hensyn og planlegge sammen med kvinnen hvordan hennes ønsker kan bli tatt hensyn til på best mulig måte. På en annen side er en fødsel en intim opplevelse hvor forløpet ikke kan planlegges da uforberedte hendelser kan oppstå. Vi tenker at uavhengig av om kvinnene tidligere har vært utsatt for overgrep eller ikke, skal hun behandles med respekt og verdighet. De fleste jordmødre er vant til å se nakne kropper, men det er ikke sikkert at kvinnene synes det er like naturlig.

## 5.5 Omsorgsgivere

Vi startet dette kapitlet med å ta utgangspunkt i at omsorgsgivere i stor grad påvirker hvordan kvinner opplever sin fødsel. Det kommer frem av alle våre inkluderte primærstudier at kvinnene var misfornøyde med oppfølgingen de fikk i fra omsorgsgiverne i de tilfeller hvor fødselen opplevdes som traumatisk. Dette gjelder i de tilfeller hvor kvinnene følte tap av kontroll, følelsen av å miste seg selv, opplevde mangel på støtte og informasjon, og der hvor kvinnene følte seg krenket og nedverdiget. Det er på mange måter utfordrende å diskutere våre resultater, da vi føler at alt henger sammen og glir over i hverandre. Når kvinnene i vår studie føler tap av kontroll tenker vi at dette kan ses i sammenheng med for lite tilstedeværelse av jordmor. Vi tenker at kvinnene også føler på for lite tilstedeværelse av jordmor da hun får følelsen av å miste seg selv og opplever mangel på støtte og informasjon. Når det kommer frem av de inkluderte studiene at kvinnene har opplevde dette, og følt seg utrygge på jordmor, tenker vi at hun lettere vil kunne føle seg krenket og nedverdiget i enkelte situasjoner. Kanskje føler kvinnene at jordmoren ikke er der for dem, og at de på grunnlag av dette ikke klarer å oppnå en trygg og gjensidig relasjon til sin jordmor, som skal ta del i et stort øyeblikk i kvinnens liv. Våre tanker rundt dette støttes av Garthus-Niegel, Knoph, Soest, Nielsen og Eberhard-Gran (2014) som utførte en prospektiv studie med kvantitativ metode hvor de undersøkte fødselssmerter og den totale fødselsopplevelsen i relasjon til utviklingen av PTSD. Utvalget bestod av 1893 kvinner som fødte på Akershus Universitetssykehus. Garthus-Niegel et al. (2014) fant at både smerter og selve opplevelsen spilte en rolle i utviklingen av symptomer på posttraumatisk stress etter en fødsel. Det var likevel den totale fødselsopplevelsen som var den sentrale faktoren. Forskerne trekker frem at jordmødre har en betydelig rolle under fødselen. I tillegg til de medisinske aspektene ved fødselen skal også

jordmor ivareta fødekvinne og legge til rette for at hun føler seg så trygg og komfortabel som mulig. Forskerne påpeker at det bør sørges for at jordmor har nok tid og ressurser til å kunne oppnå dette (Garthus-Niegel et al., 2014, s. 113).

Vi har valgt helsefremming, empowerment og kommunikasjon som teorier i vår oppgave da vi mener de er sentrale i alt arbeid mellom de som mottar og yter helsehjelp. Vi mener at en ikke kan snakke om helsefremming og empowerment uten å se det i sammenheng med hvordan mennesker kommuniserer med hverandre. Det er nylig publisert en studie som ser på konseptet empowerment relatert til svangerskap og fødsel (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019). En lignende studie ble utført av Hermansson og Mårtensson i 2011, men denne studien var begrenset til å omhandle jordmor-konteksten i Sverige. Den nylig publiserte studien baserer seg på 97 studier fra alle kontinenter, og viser at empowerment er antatt å være en viktig del av god fødselsomsorg, men som et konsept innenfor jordmorfaget, finnes det liten forskning (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019). Resultatene viser blant annet at dersom omsorgsgivere anerkjenner kvinnens deltakelse og kontroll over omsorgen som blir gitt, kan det legge til rett for hennes følelse av empowerment i svangerskap og fødsel. Ved å lytte og respektere kvinnens autonomi vil dette også kunne styrke kvinnen. Nieuwenhuijze og Leahy-Warren (2019) fant fire konsekvenser som følge av kvinnens følelse av empowerment. Det at kvinnen føler tilfredshet med fødselen gir en følelse av å ha klart å gjennomføre noe. Det kommer frem at en slik opplevelse kan gi kvinnen muligheten til å leges fra en tidligere traumatisk fødsel. Empowerment vil kunne bidra til å forbedre kvinnens generelle helse, samt helsen til hennes barn og hennes familie. Det vil forbedre hennes selvtillit. Videre kommer det frem at en kvinnes makt til å kunne foreta egne valg er en viktig del av empowermenttekningen (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019, s. 4).

#### 5.5.1 Konsekvenser som følge av den traumatiske fødselsopplevelsen

Når kvinnene opplevde å ikke bli beroliget når de hadde behov for det og samtidig følte at de ikke ble sett eller hørt, beskrev de at de følte seg som et objekt og ble ikke ansett som enkeltindivider. Noen av kvinnene i de inkluderte artiklene påpeker at deres identitet ble endret, som følge av den traumatiske fødselsopplevelsen. Det kommer frem at når en mister seg selv, kan det også være utfordrende å være i relasjon med andre. På bakgrunn av dette ser vi at en traumatisk fødselsopplevelse kan påvirke kvinners liv i stor grad lenge etter selve fødselen. Kvinnene i oversiktsartikkelen til Elmir, Schmied, Wilkes og Jackson (2010) som opplevde fødselen som traumatisk, hadde utfordringer i forholdet med sin partner. Det vil si at

en traumatisk fødselsopplevelse ikke bare kan få konsekvenser for kvinnene, men også deres familier. Kvinnene i denne studien kjente også på skuffelse, sinne, følelse av tap, og mange av kvinnene hadde den traumatiske fødselsopplevelsen i tankene i mange år (Elmir et al., 2010). Våre resultater viser at kvinnene snakker om "flashbacks", mareritt og vonde bilder på netthinnen etter sin traumatiske fødselsopplevelse. De forteller at de ikke kommer seg videre.

I studien til Thomson og Downe (2010) ble det gjort intervjuer med kvinner som har hatt en positiv fødselsopplevelse etterfulgt av en tidligere traumatisk fødselsopplevelse. Kvinnene opplevde kontinuitet og de la planer for fødselen med sin omsorgsgiver. Det kommer frem at det var forholdet til omsorgsgiverne som utgjorde den avgjørende forskjellen og la grunnlaget for at fødselen ble en positiv opplevelse. De skapte et forhold basert på tillit, gjensidighet og respekt (G. M. Thomson & Downe, 2010).

## 5.6 Metodediskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere styrker og svakheter ved vår oppgave ut fra egne tanker og refleksjoner.

Som masterstudenter er vi begge uerfarne innenfor forskningsområdet, noe som har vært vår største utfordring, og derfor kan være en svakhet med studien. Vi har fått hjelp av hovedbibliotekar ved OsloMet, til å utføre systematiske søk i ulike databaser, noe vi anser å være en styrke ved oppgaven.

Vi anser det som en svakhet ved oppgaven at vi ikke har fått undersøkt antall dubletter gjennom vårt systematiske søk. Vi må ærlig innrømme at vi ikke hadde hørt ordet dubletter før vi var godt i gang med søkeprosessen. Vi kan derfor ikke vise til antall artikler som ble ekskludert på grunn av at samme artikkel fantes i flere databaser. Dette er synlig i vårt flytskjema (figur 2), da boksen med antall dubletter ikke er utfylt. Vi har i tillegg benyttet oss av emneord der vi skulle ha brukt tekstord under våre søk i enkelte databaser, noe som kan ha ført til at vi har fått færre treff enn om vi gjennom hele prosessen hadde benyttet oss av tekstord, dette kan også ses på som en svakhet ved vår oppgave. Vi har likevel funnet det vi mener er et bredt og godt utvalg artikler, for å kunne svare på vår problemstilling, innenfor de gitte rammer med tanke på denne oppgaven. Vi kan likevel ikke si med sikkerhet at vi har funnet alle de artikkelene som kunne ha vært relevant for vår oppgave. Vi har sett på beslektede

artikler og siterte artikler på de studiene vi inkluderte og gjenkjente majoriteten av de artiklene som da kom frem.

Vi anser det som en styrke at vi har vært to stykker, både i planleggingen og i gjennomføringen av oppgaven. Det at vi har vært to stykker i analyseprosessen har vært særs nyttig. Vi har samarbeidet gjennom hele denne prosessen og diskutert og tolket både hver for oss og sammen, noe vi anser som nyttig i et slikt arbeid.

Artiklene vi har inkludert har vært skrevet på engelsk. Vi er klar over at det kan føre til tapt informasjon da vi har oversatt fra et språk til et annet. Vi mener at engelsk er et språk som vi begge behersker godt og vi har gått nøye gjennom artiklene da vi har oversatt disse. Vi har i tillegg brukt ordbok for å forsikre oss om at vi har oversatt mest mulig korrekt, men vi er klar over at misforståelser eller betydningsendringer kan forekomme i en slik prosess. Derfor anser vi det som en styrke at vi har inkludert direkte sitater fra fler av kvinnene i de ulike studiene i vår presentasjon av resultater.

Noe vi ønsket å ekskludere var kvinner som hadde eller hadde hatt tidligere, psykiske lidelser. Vi mener at det kan påvirke kvinnenens fødselsopplevelse og resultatene vil da muligens ikke kunne være sammenlignbare med alle fødekvinne. Det var utfordrende å finne studier hvor det ble sagt at kvinnene ikke hadde opplevd psykiske plager tidligere. Vi inkluderte derfor tre artikler hvor dette kom frem. Vi har vært bevisst på dette da vi har analysert de aktuelle artiklene. Vi ser likevel at vi ikke kan utelukke disse kvinnene helt, da forfatterne har analysert og sammenfattet sine resultater og det vil være umulig for oss å vite akkurat hva som kom frem i fra de kvinnene og fra de uten tidligere psykiske plager.

I løpet av analyseprosessen forstod vi at det var flere likheter med resultatene i primærstudiene. Vi fant få forskjeller da flere av de ulike hovedfunnene i studiene hadde flere likhetstrekk, som til eksempel tap av og kontroll og maktesløshet. I prosessen med å finne artikler til studien laget vi en egen mappe med studier som kunne brukes i vår diskusjonsdel. Dette var studier som omhandlet emnet vi valgte å undersøke, men som av ulike grunner ikke kunne bli inkludert som en primærstudie i oppgaven. Flere av artiklene var kvantitative og noen av de inkluderte land hvor fødselsomsorgen ikke er sammenlignbar med Norge.



## 6.0 Konklusjon

Gjennom å skrive denne oppgaven har vi lært mye om den påvirkningskraften jordmor kan ha på fødekvinnen. Ut fra de inkluderte artiklene og annen relevant forskning og litteratur, viser det seg at omsorgsgiverne har mye å si for hvordan kvinner opplever fødselen. Kvinnene forteller blant annet at det å miste kontroll, føle seg maktesløs, ikke får nok eller god nok informasjon og ikke blir hørt kan føre til at hun opplever fødselen som traumatisk. Likevel kommer vi frem til at jordmor gjennom empowerment og kommunikasjon, kan få en bedre relasjon til fødekvinnen. Ved å oppnå en trygg og god relasjon, kan kvinnen føle seg sett og anerkjent, noe som igjen kan føre til at hun på en bedre måte mestrer fødselsarbeidet. Med dette mener vi at hun kan føle på kontroll, føle seg styrket og motta tilstrekkelig informasjon. Vi kommer til å være bevisst på våre funnene fra denne studien videre arbeid som jordmødre. Vi mener det er viktig å bruke den tiden vi har med fødekvinnen, til å se henne og hennes behov, gi informasjon underveis og skape en god og trygg relasjon. Det er kvinnen og hennes partner sin begivenhetsrike dag og vi ønsker å tilstrebe at de skal føle seg inkludert, verdsatt og sett under hele fødselsforløpet.

Vi har gjennom praksis sett at jordmødre sliter med å ha nok til tid fødekvinnene og ser at dette kan ha et økonomisk aspekt. TV2 har nylig publisert en sak hvor det høye arbeidspresset på jordmødre blir omtalt. Jordmødrene påpeker at de er for få ansatte på jobb til å kunne følge opp sine arbeidsoppgaver, noe som er blitt mer gjeldende de siste årene, og en konsekvens av dette er at jordmødre sier opp sine stillinger (Halleraker & Rise, 2019). I denne oppgaven har vi ønsket å få en større forståelse av hva kvinner opplever når de beskriver sin fødsel som traumatisk, og har ikke vektlagt utfordringer jordmor står overfor i sin arbeidshverdag. Vi vil likevel vise at vi ser viktigheten av at det finnes utfordringer knyttet til for eksempel det økonomiske aspektet i helsevesenet, som kan hindre jordmor i å utøve den pleien hun ønsker å gi til alle "sine" fødekvinne.

## 6.1 Implikasjoner for praksis

Vi tenker at denne studien kan være med på å synliggjøre hvor viktig jordmor er for kvinnen under en fødsel. På tross av utfordringer med tanke på tid og ressurser, kan vi som jordmødre likevel være bevisst på å virkelig se kvinnen når vi er inne på fødestuen sammen med henne. Vi tviler ikke på at mange jordmødre allerede er bevisst på hvor viktig den jobben hun gjør er, men hun har kanskje tenkt over hvor mye hennes støtte og tilstedeværelse har å si for

kvinnens fødselsopplevelse. Vi har gjennom de siste månedene med oppgaveskriving gjort et dypdykk i åtte kvalitative studier, som gjort oss oppmerksom på at alt det jordmor gjør og ikke gjør, kan ha store konsekvenser for fødselsopplevelsen, men også for resten av livet – dette er noe vi mener er viktig å belyse, også for andre jordmødre og jordmorstudenter.

## LITTERATURLISTE

- Anderson, T. (2010). Feeling safe enough to let go: The relationship between a woman and her midwife during the second stage of labour. I M. Kirkham (Red.), *The Midwife-Mother Relationship* (2. utg., s. 116-143). New York: Palgrave Macmillan.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (3. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Bachelor i sykepleie. (2016). *Hvordan kan sykepleier legge til rette for en felles forståelse hos hjemmeboende pasienter rammet av afasi?* (Bacheloroppgave). Hentet fra <http://docplayer.me/49172037-Bacheloroppgave-i-sykepleie.html>
- Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K. & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD007194*. doi: 10.1002/14651858.CD007194.pub2
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
- Blix, E. (2017). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 51-55). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Byrne, V., Egan, J., Mac Neela, P. & et al. (2017). What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery*, 51, 1-11. doi: 10.1016/j.midw.2017.04.017
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qualitative health research*, 22(10), 1435-1443.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (Metode og oppgaveskriving, 5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi. (2013). Tidligere traumatisk obstetrisk fødselsoplevelse Hentet 18.09.2019 fra [http://gynobsguideline.dk/sandbjerg/Tidligere\\_traumatisk\\_obstetrisk\\_foedselsoplevelse\\_13.pdf](http://gynobsguideline.dk/sandbjerg/Tidligere_traumatisk_obstetrisk_foedselsoplevelse_13.pdf)
- Den norske jordmorforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Hentet 09.10.2019 fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Downe, S., Kenneth, F., Olufemi, T. O., Mercedes, B. & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLOS ONE*, 13(4), e0194906. doi: 10.1371/journal.pone.0194906
- Drageset, S. (2014). Mestring. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s. 85-97). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Eide, K. T., Morken, N. H. & Baerøe, K. (2019). Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: A qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 19(1), 102. doi: 10.1186/s12884-019-2250-6
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *66*, 2142-2153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2. utg., s. 25-50). Lund: Studentlitteratur.
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., Soest, T., Nielsen, C. S. & Eberhard-Gran, M. (2014). The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study. *Birth*, 41(1), 108-115. doi: 10.1111/birt.12093
- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in Control During Labor: Concepts, Correlates, and Consequences. *Birth*, 30(4), 235-247. doi: 10.1046/j.1523-536X.2003.00253.x
- Greenfield, M., Jomeen, J. & Glover, L. (2019). "It Can't Be Like Last Time" - Choices Made in Early Pregnancy by Women Who Have Previously Experienced a Traumatic Birth. *Frontiers in Psychology*, 10, 56. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00056
- Halleraker, G. & Rise, M. M. (2019, 03. september). Jordmødre varsler om høyt arbeidspress - nå vil helseministeren rydde opp. Hentet 15.09.2019 fra <https://www.tv2.no/nyheter/10821245/>
- Hanssen, I. (2012). Interkulturell sykepleie. I E.-A. Skaug, F. Nortvedt & N. J. Kristoffersen (Red.), *Grunnleggende sykepleie - sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 135-160). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Harris, A. & Ursin, H. (2018). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 221-236). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsebiblioteket.no. (2016, 16. juni). Søketeknikker. Hentet 20.10.2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context-a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816. doi: 10.1016/j.midw.2010.08.005
- Heyn, L. G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter? I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 13-31). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jolivet, R. (2011). Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Hentet 17.09.2019 fra [http://www.healthpolicyproject.com/pubs/46\\_FinalRespectfulCareCharter.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/46_FinalRespectfulCareCharter.pdf)

- Kitzinger, S. (2006). *Birth crisis*. London: Routledge.
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper - en arena for økt mestring og velvære. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-234). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Larsen, M., Dahlø, R., Syse, J. & Løvvik, T. S. (2018). Årsaker til selvvalgt keisersnitt. *Sykepleien*. doi: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2017/03/arsaker-til-selvvalgt-keisersnitt>
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress og følelser - en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mercer, J., Green-Jervis, C. & Brannigan, C. (2012). The legacy of a self-reported negative birth experience. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 717-722.
- Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, E., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid - ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 14-36). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Moyzakitis, W. (2004). Exploring women's descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective. *Evidence-Based Midwifery*, 2(1), 8-15.
- Nieuwenhuijze, M. & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7. doi: 10.1016/j.midw.2019.07.015
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Sandvik, G. B. (1997). *Moderskap og fødselsarbeid: Diskurser i reproduktivt arbeid*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N. & Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive health*, 15(1), 73.

- The Joanna Briggs Institute. (2017). Critical appraisal checklist for qualitative research. Hentet 18.06.2019 fra [https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/IBI\\_Critical\\_Appraisal-Checklist\\_for\\_Qualitative\\_Research2017\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/IBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf)
- Thomas, J. & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med. Res. Methodol.*, 8. doi: 10.1186/1471-2288-8-45
- Thomson, G. & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273. doi: 10.1080/01674820802545453
- Thomson, G. M. & Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: Women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(1), 102-112. doi: 10.1080/02646830903295000
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker...: Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning - sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., s. 237-258). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- World Health Organization. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 07.10.2019 fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. Hentet 07.10.2019 fra <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index1.html>
- World Health Organization. (1997). Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth*, 24(2), 121-123. doi: 10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. Hentet 01.09.2019 fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Hentet 09.10.2019 fra <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>

## VEDLEGG 1 – Søkehistorikk

Database: <b>Embase</b> Dato: 14.05.19	#	Søkeord	Antall treff	Leste overskrifter/ sammendrag	Leste artikler i fulltekst	Anvendte artikler
	1	(negative adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	2408			
	2	(traumatic adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	528			
	3	Phenomenology/	10036			
	4	exp qualitative analysis/ OR exp qualitative research/	118248			
	5	exp narrative/	9823			
	6	exp psychological interview/ OR exp unstructured interview/ OR semi structured interview/ OR exp structured interview/ OR exp telephone interview/ OR exp interview/	254489			
	7	exp experience/ OR exp personal experience/	69463			
	8	exp "sense of coherence"/	1313			
	9	1 OR 2	2918			
	10	3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8	414059			
	11	9 AND 10	209			
	12	Keep selected	209	209	20	

Database: <b>Medline</b> Dato: 15.05.19	#	Søkeord	Antall treff	Leste overskrifter/ sammendrag	Leste artikler i fulltekst	Anvendte artikler
	1	(traumatic adj3 (birth* OR childbirth* OR labor* OR labour*)). Mp.	393			
	2	(negative adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	1604			
	3	1 OR 2	1980			
	4	qualitative research/ OR hermeneutics/	46544			
	5	interview/ OR personal narrative/	32519			
	6	focus groups/ OR interviews as topic/ OR narration/	87657			
	7	qualitative.mp.	220470			
	8	interview*.mp.	360837			
	9	phenomenolog*.mp.	24503			
	10	experience*.mp.	994413			
	11	4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10	1425328			
	12	3 AND 11	481			
	12	Keep selected	68	68	44	



Database: <b>PsycINFO</b> Dato: 19.05.19	#	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Anvendte artikler
	1	(negative adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	349			
	2	(traumatic adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	217			
	3	exp QUALITATIVE RESEARCH/	13637			
	4	exp PHENOMENOLOGY/	12989			
	5	exp "Sense of Coherence"/	1571			
	6	exp Group Discussion/	6416			
	7	exp Narratives/ OR exp "Experience (Events"/ OR exp Emotions/	415138			
	8	1 OR 2	558			
	9	3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7	443943			
	10	8 AND 9	146			
	11	Keep selected	146	146	12	0

Database: <b>Cinahl</b> Dato: 20.05.19	#	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Anvendte artikler
	1	(traumatic n3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*))	290			
	2	(negative n3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*))	606			
	3	(MH "qualitative studies+")	126799			
	4	(MH "semi- structured interview") OR (MH "interviews")	184590			
	5	(MH "focus groups")	37962			
	6	(MH "phenomenological research") OR (MH phenomenology")	16913			
	7	"experience*"	356895			
	8	S1 OR S2	878			
	9	(MH "narratives")	15627			
	10	S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S9	536987			
	11	S8 AND S10	409			
	12	Narrow by Language	395	395	36	

Database: <b>Maternity and infant care</b> Dato: 21.05.19	#	Søkeord	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Anvendte artikler
	1	(negative adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	362			
	2	(traumatic adj3 (birth* OR childbirth* OR labour* OR labor*)).mp.	276			
	3	qualitative*.mp. [mp=abstract, heading word, title]	6495			
	4	(Qualitative research OR Research).de.	2775			
	5	(Evidence-based practice OR Labour).de.	18455			
	6	(Personal experiences OR Birth stories).de.	180			
	7	(Qualitative research OR Interviews).de.	381			
	8	Experiences.de.	4			
	9	Phenomenology.de.	51			
	10	Grounded theory.de.	37			
	11	1 OR 2	628			
	12	3 OR 4 OR 5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9	26782			
	13	11 AND 12	167			
	14	Keep selected	72	72	20	



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE  
*Better evidence. Better outcomes.*

VEDLEGG 2, Side 1-6

The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools  
for use in JBI Systematic Reviews

# Checklist for Qualitative Research

<http://joannabriggs.org/research/critical-appraisal-tools.html>



[www.joannabriggs.org](http://www.joannabriggs.org)



## The Joanna Briggs Institute

### Introduction

The Joanna Briggs Institute (JBI) is an international, membership based research and development organization within the Faculty of Health Sciences at the University of Adelaide. The Institute specializes in promoting and supporting evidence-based healthcare by providing access to resources for professionals in nursing, midwifery, medicine, and allied health. With over 80 collaborating centres and entities, servicing over 90 countries, the Institute is a recognized global leader in evidence-based healthcare.

### JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. The JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilized to synthesize those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, the Institute has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in health care. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the JBI Reviewer's Manual on our website.

### JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.



## JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Author \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---



## Discussion of Critical Appraisal Criteria

*How to cite:* Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc.* 2015;13(3):179–187.

### 1. Congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology

Does the report clearly state the philosophical or theoretical premises on which the study is based? Does the report clearly state the methodological approach adopted on which the study is based? Is there congruence between the two? For example:

A report may state that the study adopted a critical perspective and participatory action research methodology was followed. Here there is congruence between a critical view (focusing on knowledge arising out of critique, action and reflection) and action research (an approach that focuses on firstly working with groups to reflect on issues or practices, then considering how they could be different; then acting to create a change; and finally identifying new knowledge arising out of the action taken). However, a report may state that the study adopted an interpretive perspective and used survey methodology. Here there is incongruence between an interpretive view (focusing on knowledge arising out of studying what phenomena mean to individuals or groups) and surveys (an approach that focuses on asking standard questions to a defined study population); a report may state that the study was qualitative or used qualitative methodology (such statements do not demonstrate rigour in design) or make no statement on philosophical orientation or methodology.

### 2. Congruity between the research methodology and the research question or objectives

Is the study methodology appropriate for addressing the research question? For example: A report may state that the research question was to seek understandings of the meaning of pain in a group of people with rheumatoid arthritis and that a phenomenological approach was taken. Here, there is congruity between this question and the methodology. A report may state that the research question was to establish the effects of counselling on the severity of pain experience and that an ethnographic approach was pursued. A question that tries to establish cause-and effect cannot be addressed by using an ethnographic approach (as ethnography sets out to develop understandings of cultural practices) and thus, this would be incongruent.



### **3. Congruity between the research methodology and the methods used to collect data**

Are the data collection methods appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through phenomenological interviews. There is congruence between the methodology and data collection; a report may state that the study pursued a phenomenological approach and data was collected through a postal questionnaire. There is incongruence between the methodology and data collection here as phenomenology seeks to elicit rich descriptions of the experience of a phenomena that cannot be achieved through seeking written responses to standardized questions.

### **4. Congruity between the research methodology and the representation and analysis of data**

Are the data analyzed and represented in ways that are congruent with the stated methodological position? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of grief by asking participants to describe their experiences of grief. If the text generated from asking these questions is searched to establish the meaning of grief to participants, and the meanings of all participants are included in the report findings, then this represents congruity; the same report may, however, focus only on those meanings that were common to all participants and discard single reported meanings. This would not be appropriate in phenomenological work.

### **5. There is congruence between the research methodology and the interpretation of results**

Are the results interpreted in ways that are appropriate to the methodology? For example:

A report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to inform practitioners about accommodating individual differences in care. There is congruence between the methodology and this approach to interpretation; a report may state that the study pursued a phenomenological approach to explore people's experience of facial disfigurement and the results are used to generate practice checklists for assessment. There is incongruence between the methodology and this approach to interpretation as phenomenology seeks to understand the meaning of a phenomenon for the study participants and cannot be interpreted to suggest that this can be generalized to total populations to a degree where standardized assessments will have relevance across a population.





**6. Locating the researcher culturally or theoretically**

Are the beliefs and values, and their potential influence on the study declared? For example:

The researcher plays a substantial role in the qualitative research process and it is important, in appraising evidence that is generated in this way, to know the researcher's cultural and theoretical orientation. A high quality report will include a statement that clarifies this.

**7. Influence of the researcher on the research, and vice-versa, is addressed**

Is the potential for the researcher to influence the study and for the potential of the research process itself to influence the researcher and her/his interpretations acknowledged and addressed? For example:

Is the relationship between the researcher and the study participants addressed? Does the researcher critically examine her/his own role and potential influence during data collection? Is it reported how the researcher responded to events that arose during the study?

**8. Representation of participants and their voices**

Generally, reports should provide illustrations from the data to show the basis of their conclusions and to ensure that participants are represented in the report.

**9. Ethical approval by an appropriate body**

A statement on the ethical approval process followed should be in the report.

**10. Relationship of conclusions to analysis, or interpretation of the data**

This criterion concerns the relationship between the findings reported and the views or words of study participants. In appraising a paper, appraisers seek to satisfy themselves that the conclusions drawn by the research are based on the data collected; data being the text generated through observation, interviews or other processes.



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Birth Trauma - In the eye of the beholder Date Medline - 15/05-19  
Sjekklistet: 18/06-19

Author Cheryl Tatano Beck Year 2004 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? <i>Internetkjema - spur om å beskrive opplevelsen</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? <i>- kun informasjon om yrkesstillet</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

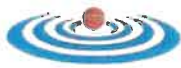
Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

---



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Exploring women's descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective Date Evidence based Midwifery - 27/06-19  
Sjennistet: 24/07-19

Author wendy Moyzakitis Year 2004 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? <u>I tillegg er det informasjon om yrkesfaget</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? <u>kjenner ikke deltakerne</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experience of abuse Date Cited article/Embase - 19/06-19  
Sjekklistet: 27/07-19

Author Gill Thomson og Soo Downe Year 2008 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? <u>kun til den ene forfatteren</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? <u>Mer om tankninger og ikke deres bakgrunn</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Changing the future to change the past Date Embase - 14/05-19

women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience Sjekketstet: 18/06-19

Author Gill Thomson og Soo Downe Year 2010 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

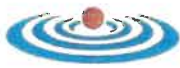
---



---



---



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer The legacy of a self-reported negative birth experience Date Maternity and infant care - 21/05-19  
sjennistet: 18/06-19

Author Jenny Mercer, Cordelia Green-Jervis og Catherine Brannigan Year 2012 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? <u>kun informasjon om yrkestittel</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? <u>Forskerne kjente deltakerne, men intervjuerne gjorde ikke det</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

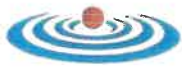
Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

---



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer what about me? The loss of a self through the experience of traumatic childbirth Date Maternity and infant care - 21/05-19  
Sjekklistet: 18/06-19

Author Veronica Byrne, Jonathan Egan, Pádraig Mac Neela og Kiran Sarma Year 2017 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? <u>kun informasjon om yrkestittel</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? <u>Diffus forklart - med tanke på rekruttering av deltakere</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---

---

---



### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: A qualitative study Date Medline - 15/05-19  
Sjekklistet; 18/06-19

Author Kristiane T Eide, Nils-Halvdan Momen og Kristine Børde Year 2019 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

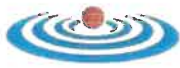
Comments (Including reason for exclusion)

---

---

---





### JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Reviewer "It can't be like last time" - choices made in early pregnancy by women who have previously experienced a traumatic birth Date Medline - 15/05-19  
Semrlistet: 18/06-19  
 Author Man Greenfield, Julie Jomeen og Lesley Glover Year 2019 Record Number \_\_\_\_\_

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? <u>Star relevante opplysninger om en av tre av forfatterne</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal:      Include       Exclude       Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---



# PRISMA 2009 Checklist

VEDLEGG 3, S.1-2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
<b>TITLE</b>			
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.	
<b>ABSTRACT</b>			
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria; participants; and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.	
<b>INTRODUCTION</b>			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	
<b>METHODS</b>			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., $I^2$ ) for each meta-analysis.	



# PRISMA 2009 Checklist

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	
<b>RESULTS</b>			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see item 15).	
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see item 16]).	
<b>DISCUSSION</b>			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	
<b>FUNDING</b>			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit: [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.





The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.





The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.



The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.