

Masteroppgave i Jordmorfag

Målet er å skape frihet til bevegelse



Kandidatnummer: 934 & 916

Antall ord: 16 447

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

OsloMet – storbyuniversitetet

Oktober 2020

FORORD

Vi har oppdaget at jordmorfaget handler mye om det man erfarer i praksis - det er ikke alt vi kan lese for å oppnå kunnskapen vi trenger. Jordmødre har svært mye erfaringsbasert og taus kunnskap. Det var nettopp den kunnskapen vi ønsket å finne mer ut av. Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har vi jobbet med noe vi synes er nyttig og viktig. Det har vært en spennende og svært lærerik prosess. Vi har hatt en personlig og faglig utvikling, spesielt på forskningsfeltet. Nå er vi nysgjerrige på å forske mer i fremtiden.

Aller først må vi takke hverandre for samarbeidet om denne masteroppgaven. Vi har hele veien hatt en god flyt, god kommunikasjon og vi tenker veldig likt. Vi har begge vært veldig motiverte og engasjerte i temaet. Det har vært en flott skriveprosess!

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder som har bidratt med engasjement, god støtte og konstruktive tilbakemeldinger gjennom prosessen. Til tross for situasjonen vi alle lever i nå på grunn av koronapandemien, har samarbeidet fungert veldig bra.

Tusen takk til alle jordmødre som tok seg tid til å delta i studien. Takket være dere ble denne studien mulig å gjennomføre. Vi håper og tror at deres ord vil ha en betydning for jordmorfaget i fremtiden.

Vi må også takke våre ektemenn som har støttet oss, og ikke minst barna våre som har heiet på oss. Uten deres støtte, omsorg og kjærlighet hadde vi aldri klart å gjennomføre - hverken masteroppgaven eller studiet i seg selv. Å være jordmorstudent på fulltid og i tillegg ha familie, hjem, husdyr, venner og deltidsjobb, har vært krevende. Samtidig ville vi aldri vært foruten dette og nå ser vi snart lyset i enden av tunnelen. Vi er snart ferdig utdannede jordmødre!

SAMMENDRAG

Hensikt

Formålet med denne oppgaven har vært å få større innsikt i jordmors kunnskap og erfaring med å benytte bevegelse og stillingsendring som en del av fødselen og samspillet mellom jordmor og kvinnen.

Problemstilling

“Hvordan fremmer jordmor bevegelse og stillingsendring for kvinner i aktiv fødsel?”

Metode

Studien har et kvalitativt design. Datamaterialet ble innhentet gjennom semistrukturerte individuelle intervjuer av ti jordmødre og analysert gjennom kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat

Fire hovedkategorier ble identifisert: “Jordmor tilpasser seg kvinnens egne forutsetninger for bevegelse i fødsel”, “Jordmor skaper et miljø og gode omgivelser for bevegelsesfrihet”, “Jordmor har et brennende engasjement for bevegelse i fødsel” og “Med barnet som kompass”. Temaet som ble identifisert var “Målet er å skape frihet til bevegelse”.

Konklusjon

Jordmor fremmer bevegelse og stillingsendring for kvinner i fødsel gjennom en passiv og/eller aktiv rolle. Jordmor har en passiv rolle når kvinnen beveger seg naturlig i tråd med sin intuisjon. Når kvinnen derimot får begrenset sin naturlige bevegelse, må jordmor innta den aktive rollen ved å informere, motivere og veilede kvinnen til hvordan hun kan bevege seg eller hvilken stilling hun bør innta. Barnet gir jordmor pekepinn om hvilke behov for bevegelse som er til stede.

Nøkkelord: jordmorpraksis, bevegelse, stillingsendringer, aktiv fødsel, omsorg, taus kunnskap, samspill

ABSTRACT

Purpose

The purpose of this thesis is to gain greater insight in the midwife's knowledge and experience of using movement and changing position during labour, and the interacts between the midwife and the woman.

Thesis question

“How midwives promote movement and change of position for women in active labour?”

Method

The study has a qualitative design. The data material was obtained through semi-structured individual interviews of ten midwives and analyzed through qualitative content analysis.

Results

The study revealed the following four main categories: "The midwife adapts to the woman's own conditions for movement in childbirth", " The midwife creates an environment for freedom of movement", " The midwife's commitment to promoting movement in childbirth" and "With the child as a compass". The theme that was identified is "The aim is to create freedom of movement".

Conclusion

The midwife encourages movement and changing position for women in labour by taking a passive and/or active part. The midwife has a passive role when the woman moves naturally by her own intuition. However, if the woman experiences limitations to her natural movement, the midwife must take an active part by informing, motivating and guiding the woman on how she can move, and which position she should choose. The child gives the midwife clues as to what kind of movement is needed in the situation.

Keywords: midwifery practice, maternal position, movements, first stage of labour, second stage of labour, care, childbirth, tacit knowledge, interaction

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	III
Abstract	IV
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling.....	4
1.3 Begrepsavklaring	5
1.3.1 Aktiv fødsel	5
1.3.2 Langsom fremgang.....	5
2 Teoretisk referanseramme	6
2.1 Eksisterende forskning	6
2.2 Fødselens anatomi og fysiologi	7
2.3 MiMo – modell for jordmoromsorg	11
3 Metode	13
3.1 Vitenskapelig tilnærming	13
3.2 Intervju som metode	13
3.3 Utvalg	14
3.4 Forarbeid.....	15
3.5 Ethiske overveielser.....	15
3.6 Intervjuene	17
3.7 Analyse	18
3.7.1 Transkribering	18
3.7.2 Analyseprosessen	19
4 Resultater	22
4.1 Jordmor tilpasser seg kvinnens egne forutsetninger for bevegelse i fødsel	23
4.2 Jordmor skaper et miljø og gode omgivelser for bevegelsesfrihet	27
4.3 Jordmors har et brennende engasjement for bevegelse i fødsel	28
4.4 Med barnet som kompass	32
5 Diskusjon	35

5.1	Resultatdiskusjon.....	35
5.2	Metodediskusjon.....	44
5.2.1	Studiedesign	45
5.2.2	Utvalget	45
5.2.3	Forforståelse	46
5.2.4	Datainnsamling.....	47
5.2.5	Analyse.....	48
5.2.6	Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet	50
5.3	Implikasjoner for praksis	51
6	Konklusjon.....	52
	Referanser	53
	Vedlegg	62
	Vedlegg I: Intervjuguide	62
	Vedlegg II: Vurdering fra NSD.....	64
	Vedlegg III: Informasjonsskriv til utvalget og samtykkeerklæring	66
	Vedlegg IV: Register for lagrede data.....	69
	Vedlegg V: Datahåndteringsplan	70
	Vedlegg VII: ROS-analyse.....	71
	Vedlegg VII: Sikkerhetssjekk	75
	Vedlegg VIII: Fullstendig oversiktstabell	76
	Vedlegg IX: Bevegelse og stillingsendringer i fødsel.....	77
	Vedlegg X: Arbeidsfordeling	82

1 INNLEDNING

Før vi startet på jordmorutdanningen hadde vi liten forforståelse av at bevegelse og stillingsendring var en viktig faktor i fødsel. Forelesninger og pensum presenterte oss for fordelene av mobilisering og forskjellige fødestillinger, men jordmors rolle og tilnærming til kvinnen ble lite beskrevet. I praksisfeltet erfarte vi en utstrakt bruk av ryggeleie som fødestilling og at kvinnene oppholder seg mye i sengen gjennom fødselen. Imidlertid observert vi også hvordan bevegelse og stillingsendring benyttes aktivt av jordmødre, og har fått en ny forståelse av hvor viktig det er å involvere i fødselen. Vi har derimot inntrykk av at ikke alle jordmødre inkluderer dette som en generell del av fødselen, noe vi stiller oss undrende til. Vi har i tillegg en hypotese om at kvinner ikke har kunnskap om bruk av bevegelse og stillingsendring i fødsel.

1.1 Bakgrunn

Historisk sett har kvinner alltid benyttet ulike fødestillinger og hjelpemidler i fødsel. Utskjæringer og illustrasjoner fra det gamle Egypt og frem til de siste århundrene skildrer kvinner som føder i stående, huksittende, knestående og i sittende stillinger (Dundes, 1987). Louise Bourgeois var den første praktiserende jordmoren som i 1609 skrev lærebok om fødselshjelp. Hun mente at noe av det viktigste for en kvinne i fødsel er å finne den beste stillingen for mor og barn (Bourgeois, 1609; Dunn, 2004). Den amerikanske fødselslegen George J. Engelmann beskrev hvordan kvinner gjerne ville unngå stillinger som involverte å ligge på rygg, at de ville endre stilling til hvilken stilling etter eget forgodtbefinnende. Det er også beskrevet at kvinner benyttet ulike hjelpemidler som for eksempel stolper, slynger og møbler (Engelmann, 1882).

I Norge skildres det helt fra eddadiktningen: Man sa at en kvinne “gikk i gulvet” når hun skulle føde (gjengitt av Farstad, 2016). Opphavet til selve jordmortittelen gir også indikasjon på dette:

«Den vanelege forklaringa er at kvinna fødde på kne eller på huk i gammal tid, og at barnet difor vart heva opp frå jordgolvet av jord-mora» (Aall, 1968).

Gjennom skildringer i historiebøker og lærebøker for jordmødre er det tydelig at bevegelse og stillingsendring har vært viktig. Jordmødres lærebok fra 1790 vektla at jordmor ikke skulle tvinge fødekvinne inn i en spesiell stilling, men at den fødende selv kunne avgjøre hva hun ville gjøre mellom riene, om hun vil gå, sitte eller ligge (Saxthorpe, 1790).

Det var særlig på 1700-tallet at leger i Europa begynte å interessere seg for fødsler (Dundes, 1987). Kvinnens fødestilling endret seg fra oppreist til liggende da fødetangen ble introdusert av Hugh Chamberlen i 1670 (Atwood, 1976). I tillegg ble liggende fødestilling mer vanlig da mannlig ledet assistanse i fødsel ble mer ettertraktet (Priddis, Dahlen & Schmied, 2012). Gjennom innføring av anestesi og opiat er sengen sentral for fødselen da det ble utrygt for kvinner og mobiliseres (gjengitt av Walsh, 2012). Sengen og fødsel i ryggleie ble etter hvert også overført til normale fødsler (Dundes, 1987; Keen, Difranco, Amis & Albers, 2004; Walsh, 2012). I senere tid har utstrakt bruk av epiduralanestesi og teknologisk overvåking bidratt til passivisering av kvinnen, hvilket begrenser muligheten til å bevege seg og innta ulike stillinger. Historiebøker skildrer dette godt: «*Moren min ble liggende alene ganske lenge mens jordmødrene kom inn av og til. Mulig fordi kvinnen pustet narkose når det stod på som verst og våknet til bevissthet når det hele var over (fra 1952)*» (gjengitt av Farstad, 2016).

Det medisinske paradigmet har bidratt til en kultur der kvinnen skal tilpasse seg jordmor slik at hun får et lettere arbeid (Gupta, Sood, Hofmeyr & Vogel, 2017), dette skildres av forfatteren Francois Mauriceau i 1668 som hevdet at halvt liggende fødestilling ville være det beste både for kvinnen og fødselshjelperen (gjengitt av Dundes, 1987). «Veileder i fødselshjelp» var i forrige utgave opptatt av fødestillingen på vegne av fødselshjelper og anbefalte at “mors fødestilling bør være slik at fødselshjelperen kan visualisere perineum og kan beskytte perineum med to hender” (Spydslaug, Baghestan, Laine, Norderval & Olsen, 2014). Spesielt fødsel i liggende stilling er et eksempel på dette (Gupta et al., 2017), og en kan spørre seg hvordan dette setter begrensninger for kvinnens bevegelsesfrihet og fødselsopplevelse.

WHO anbefaler i sine retningslinjer «*Intrapartum care for a positive childbirth experience*»; å oppmuntre til en fødestilling etter kvinnens individuelle ønske, oppreiste stillinger er også anbefalt (WHO, 2018b). Kvinnen kan i utgangspunktet innta den stillingen hun synes er best, men i enkelte situasjoner kan hun bli veiledet til å innta bestemte stillinger ut fra fosterets situasjon, progresjon i forløpet eller jordmors ønske. Andre faktorer som påvirker kvinnens posisjon er fødselens varighet, smerte og medisinske komplikasjoner (Brunstad, 2017).

Blant jordmors viktigste oppgaver i fødsel er vurdering av fremgang og å fremme fødselsforløpet (Blix, 2017a; Blix & Bernitz, 2017). En av de vanligste fødselskomplikasjonene, er risvekkelse, altså at riene vurderes som ineffektive (Blix, 2017a). Ifølge Medisinsk fødselsregister ble 32% av alle fødsler i 2018 behandlet for risvekkelse, normalt med oxytocininfusjon (Medisinsk fødselsregister, 2018). Dette gjaldt 48,7% av alle førstegangsfødende (Helsedirektoratet, 2018a). Ifølge Blix (2017) kan forklaringen skyldes at fødselshjelperen mangler forståelse og kunnskap for fødselens fysiologiske grenser. Vi har antakelig urealistiske forventninger om hvor fort mormunnen skal åpne seg, og kanskje har vi for liten tro på kvinnekroppen og dens egenskaper til å føde med egne krefter. Andre forklaringer til risvekkelse kan være forhold hos kvinnen som at hun ikke har spist eller drukket, er sliten eller redd (Blix, 2017a). Risvekkelse kan føre til langsom fremgang i fødsel, som øker risikoen for maternelle og føtale komplikasjoner, især i utdrivningsfasen (Altman et al., 2015; Cheng & Caughey, 2017; Looft et al., 2017; Quiñones et al., 2018). Jordmødre kan forebygge langsom fremgang og bidra til at kvinnen får en god fødselsopplevelse gjennom støtte, råd, informasjon og veiledning slik at kvinnen kan innta stillinger som fremmer fødselsforløpet (Blix, 2017a).

Fødselsprosessen er et dynamisk samspill mellom riene, fosteret og fødselskanalen. Kvinnen kan rådes til stillinger som kan fremme fosterets passasje gjennom fødselskanalen og bidra til mer effektive rier (Blix, 2017b). Det er imidlertid ikke bare i utdrivningsfasen det er aktuelt å tenke på ulike stillinger ettersom variasjon mellom ulike stillinger er viktig for hele fødselsforløpet (Blix, 2017a).

Jordmødre har stor påvirkning på kvinnens valg av posisjon (De Jonge, Van Diem, Scheepers, Van Der Pal-De Bruin & Lagro-Janssen, 2007). Denis Walsh (2012) mener det er til hinder for fødselsfysiologien dersom kvinnen "lenkes" til sengen eller forhindres til bevegelse (Walsh, 2012). Det er utstrakt bruk av sengen og liggende stillinger i dagens praksis. Det kan synes som at jordmor har blitt komfortabel med å forløse i denne posisjonen og lærebøker beskriver mekanismene for vaginal fødsel med kvinnen i ryngleie (Brunstad, 2017; Downe & Marshall, 2014; Gupta et al., 2017; Musie, Peu & Bhana-Pema, 2019). Litteraturen anbefaler stillingsendringer ved ulike problemstillinger i fødsel og at bevegelse og stillingsendringer kan bidra til bedre fremgang (Blix, 2017a, b; Blix & Bernitz, 2017; Brunstad, 2017). Til tross for disse anbefalingene er det lite beskrevet hvordan dette gjennomføres i praksis.

Få kvalitative studier har undersøkt jordmors erfaring og kunnskap om denne type tiltak i fødsel. Eksisterende litteratur vedrørende jordmors perspektiv fokuserer på hvorfor jordmor stadig benytter sengen og liggende fødestillinger i fødsel, tross for evidensbasert kunnskap (Barasinski, Debost-Légrand, Lémery & Vendittelli, 2018; Musie et al., 2019; Zileni et al., 2017). Vi har ikke funnet studier som undersøker jordmors praksis for å fremme kvinners bevegelse og ulike stillingsendringer. Kvinner kjenner sjelden til fordelene ved ulike fødestillinger og jordmor ansees som den viktigste informasjonskilden (Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2013; Zileni et al., 2017).

Ved å lytte til jordmødre håper vi å få bedre innsikt i deres kunnskap og praksis. En viktig oppgave for jordmors er å bevare fødselen normal og sørge for det beste utfallet for mor og barn uten unødvendige inngripen (ICM, 2014b). Fri mulighet til å bevege seg og er av største betydning for normal fødsel og fødselsfysiologi. På tvers av kulturer og epoker er rastløsheten i fødsel åpenbar, og det er kun i den moderne epoken at dette har blitt en utfordring (Walsh, 2012). I en tid hvor fødselen stadig blir mer medikalisert (Medisinsk fødselsregister, 2018), er denne kunnskapen svært nyttig å inneha ettersom dette kan være fødselsfremmende og bidra til at komplikasjoner unngås (Gupta et al., 2017). Den økende tendensen til intervensjoner i fødsel betyr at det nå er avgjørende å finne måter som tilrettelegger for den normale fødselen (Kopas, 2014). Enkelte studier har også etterlyst hvilke faktorer som hemmer og fremmer kvinners mulighet til å bevege seg (Priddis et al., 2012).

1.2 Problemstilling

Formålet med denne oppgaven har vært å få større innsikt i jordmors kunnskap og erfaring med å benytte bevegelse og stillingsendring som en del av fødselen og samspillet mellom jordmor og kvinnen. Grunnlaget for oppgaven har vært følgende problemstilling:

«Hvordan fremmer jordmor bevegelse og stillingsendring for kvinner i aktiv fødsel?»

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Aktiv fødsel

I Norge defineres aktiv fødsel som hovedregel ved 4 cm cervixdilatasjon, regelmessige rier (>2/10 minutter) og avflatet cervix (Rossen, Eggebø, Ellingsen, Bernitz & Røe, 2020)

1.3.2 Langsom fremgang

Det finnes ikke god dokumentasjon på hvor lenge fødselen kan vare eller hvilken definisjon av langsom fremgang som er best (WHO, 2018b). En vanlig definisjon definerer langsom fremgang som når cervix ikke åpner seg som forventet (1 cm i timen), vurdert etter et gitt tidsrom, vanligvis 2-4 timer. Langsom fremgang i fødselen skal vurderes ut fra når aktiv fødsel startet (Blix & Bernitz, 2017). Veileder i fødselshjelp anbefaler at alle avdelinger har en tydelig definisjon på langsom fremgang (Rossen et al., 2020).

2 TEORETISK REFERANSERAMME

I tillegg til å presentere eksisterende forskning innenfor feltet belyses også fødselsfysiologi og anatomi. Fødselen er en unik dynamisk prosess hvor det foregår et symbiotisk samspill mellom maternell og føtal fysiologi (Downe, Gerrett & Renfrew, 2004). Fenomenet sees også i lys av en kvinnesentrert omsorgsmodell (Berg, Asta Ólafsdóttir & Lundgren, 2012).

2.1 Eksisterende forskning

Forskningsfeltet viser til flere studier med fokus på kvinnens posisjoner og bevegelse under fødsel. Oppreiste stillinger sammenlignet med liggende stillinger er forbundet med fordeler for mor og barns helse. Oppreiste stillinger reduserer varigheten av åpningsfasen og utdrivningsfasen for førstegangsfødende, bidrar til sterkere og mer effektive rier samt gir signifikant færre operative vaginale forløsninger. I tillegg går antall keisersnitt og episiotomier ned, tyngdekraften letter barnets nedtregning og det reduserer tilfeller med unormal fosterhjerterefrekvens (Deliktas & Kukulcu, 2018; Diorgu, Steen, Keeling & Mason-Whitehead, 2016; Gupta et al., 2017; Hollins Martin & Martin, 2012; Kopas, 2014; Lawrence, Lewis, Hofmeyr & Styles, 2013). Det er beskrevet en økning i blodtap ved oppreiste stillinger, men her ber forskere om tolkning med forsiktighet ettersom estimering av blodtap er vanskelig (Gupta et al., 2017). Det er også evidens for at oppreiste stillinger øker diameteren i bekkenet og dermed muliggjør et raskere fødselsforløp (Desseauve, Fradet, Lacouture & Pierre, 2016; Gupta et al., 2017; Reitter et al., 2014).

Ryngleie assosieres derimot med negative utfall som økt risiko for alvorlig perineal traume, postpartumblødning, lengre fødselsforløp, økt smerteopplevelse, færre spontane vaginale fødsler og mer unormal hjerterefrekvens hos barnet (Diorgu et al., 2016; Gaffka, 2016; Gupta et al., 2017; Lawrence et al., 2013).

Forskere rapporterer at kvinner inntar den fødestillingen de føler er kulturelt akseptert (Gupta et al., 2017; Zileni et al., 2017). Dersom kvinner ikke ber om informasjon vedrørende ulike fødestillinger, tilbys de heller ikke ulike valgmuligheter. Dette viser at det er ulik praksis i hvorvidt kvinner får slik veiledning eller ikke. Det hevdes også at jordmødre påvirker kvinner til å innta ulike stillinger uten hensyn til deres velvære, eller muligheten for en positiv fødselsopplevelse (Gupta et al., 2017; Musie et al., 2019).

Foruten økt blodtap ved oppreiste stillinger er det ingen studier som viser til et forlenget fødselsforløp ved bevegelse eller skadelige effekter (Deliktas & Kukulcu, 2018; Gupta et al., 2017; Hollins Martin & Martin, 2012; Lawrence et al., 2013).

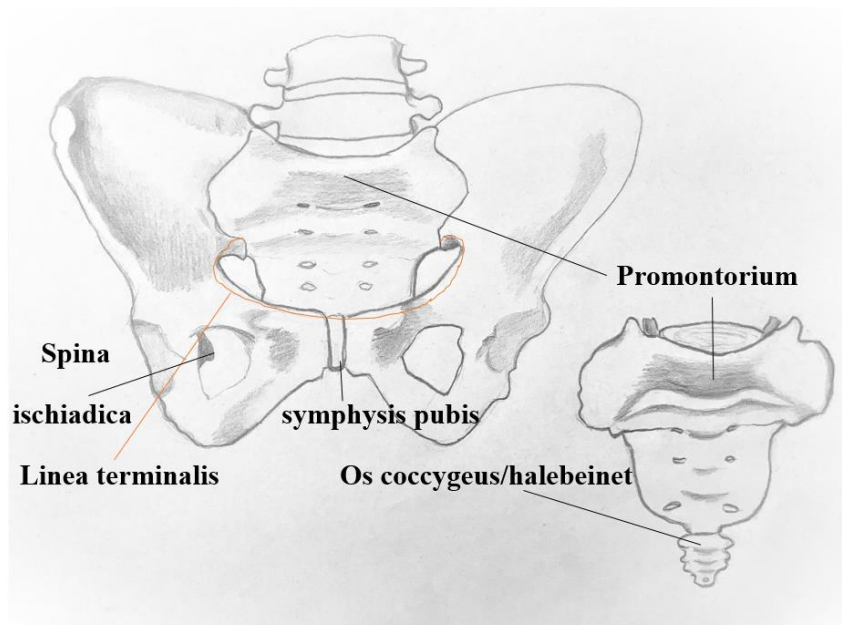
2.2 Fødselens anatomi og fysiologi

For å kunne lede en fødsel og hjelpe kvinnen, må jordmor ha avansert kunnskap om anatomi og fysiologi og dermed kunne fremme bevegelse og stillingsendring til beste for mor og barn underveis. Kapittelet suppleres med tegninger for å skape bredere forståelse.

Bekkenet og fødselskanalen

Bekkenet er sammensatt av åtte knokler (Backe, 2017) og er ikke i stand til uavhengig bevegelse unntatt i fødsel (Thakar & Sultan, 2014).

Under fødselen kan halebeinet beveges passivt for å gjøre plass til barnet (Backe, 2017; Thakar & Sultan, 2014). De to bekkenhalvdelene er anatomisk sett ledd, men vanligvis med lite bevegelse.



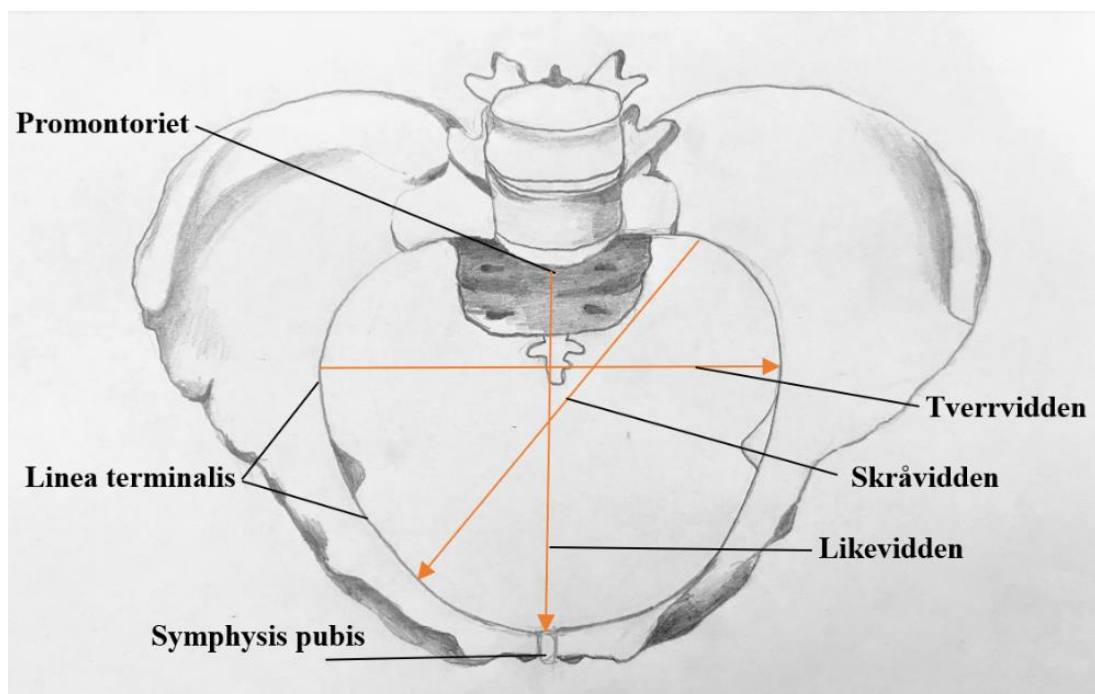
I svangerskapet blir disse leddene mer bevegelige, hvilket er nyttig under fødsel. Dette antar man skyldes placentahormonet *Relaksin*, som under svangerskapet fører til gradvis løsere

ligamenter og tillater en viss bevegelighet for å lage plass til barnets hode når det passerer gjennom bekkenet. En utvidelse på 2-3 mm ved symfyisen gjennom svangerskapet, utover det normale avstanden på 4-5mm, er normalt (Thakar & Sultan, 2014).

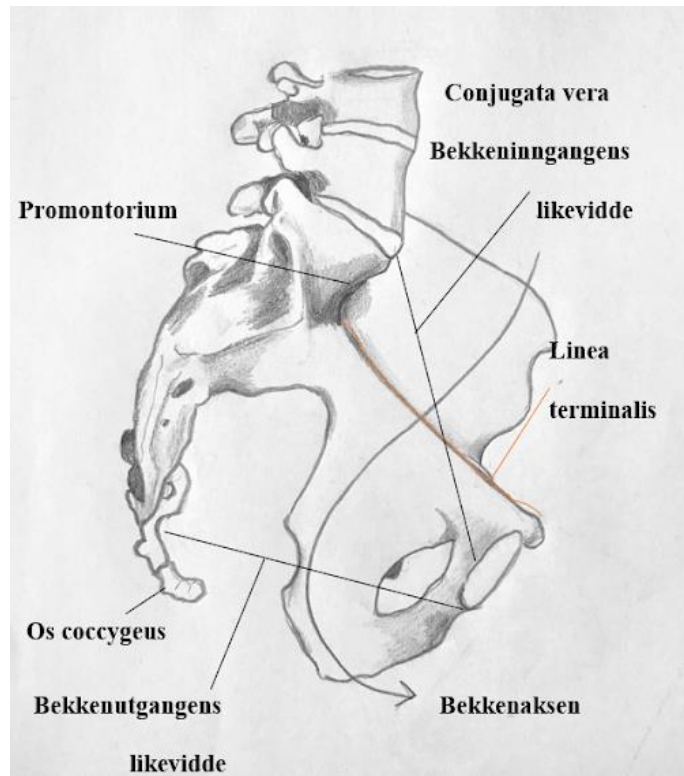
Fødselskanalen

Fødselskanalen er om lag 10 cm lang og består av bekkeninngang, bekkenhule og bekkenutgang.

Bekkeninngangen er ovalformet foruten der promontoriet går inn i det. Likevidden i bekkeninngangen, er normalt 11,5 cm. Bekkeninngangens tverrvidde, er den største avstanden mellom hver side av linea terminalis og måler normalt 13,5cm. Dette gjør at tverrvidden er bredere enn likevidden i bekkeninngangen og dermed et viktig poeng i fødselsdynamikk (Backe, 2017). Legg merke til at likevidden i bekkenutgangen er større enn tverrvidden, mens det er omvendt i bekkeninngangen (Backe, 2017; Blix, 2017a)



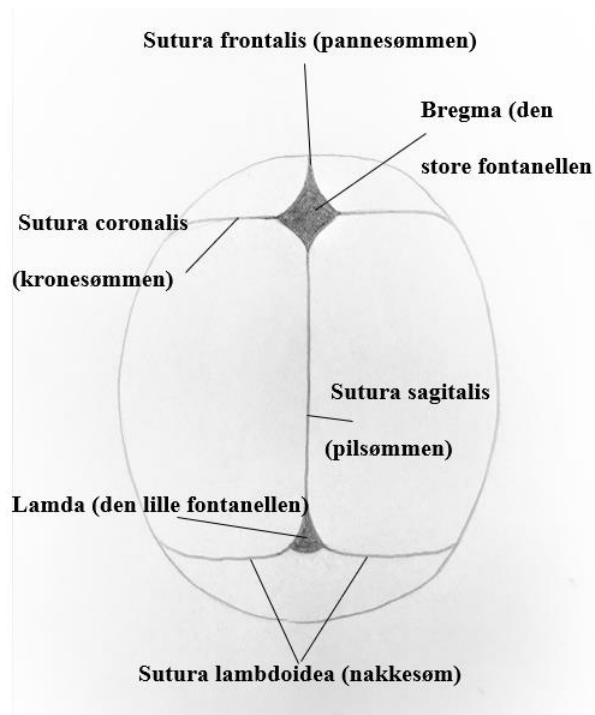
Bekkenets hulrom strekker seg fra bekkeninngangen, som står i 60 graders vinkel på horisontalplanet, og til bekkenutgangen, som har en spissere vinkel. Dermed danner fødselskanalen en krumming (Backe, 2017).



Kunnskap om diameterne til det normale kvinnelige bekkenet er viktig i utøvelsen av jordmorfaget, fordi sammentrekning av noen av dem kan resultere i feilposisjon eller feilpresentasjon av den ledende fosterdel (Thakar & Sultan, 2014). Under fødselen er det knoklene i bekkenet som begrenser plassen, ikke bløtdelene som kan tøyes (Backe, 2017).

Barnet og kardinalbevegelsene

Hodet er den største kroppsdelen hos det ufødte barnet og er sammensatt av flere bein.. Skallebeina er bevegelige og kan forskyves under fødselen fordi de ennå ikke er sammenvokst. På den måten kan hodeomkretsen bli mindre når barnet skal passere fødselskanalen (Blix, 2017a).



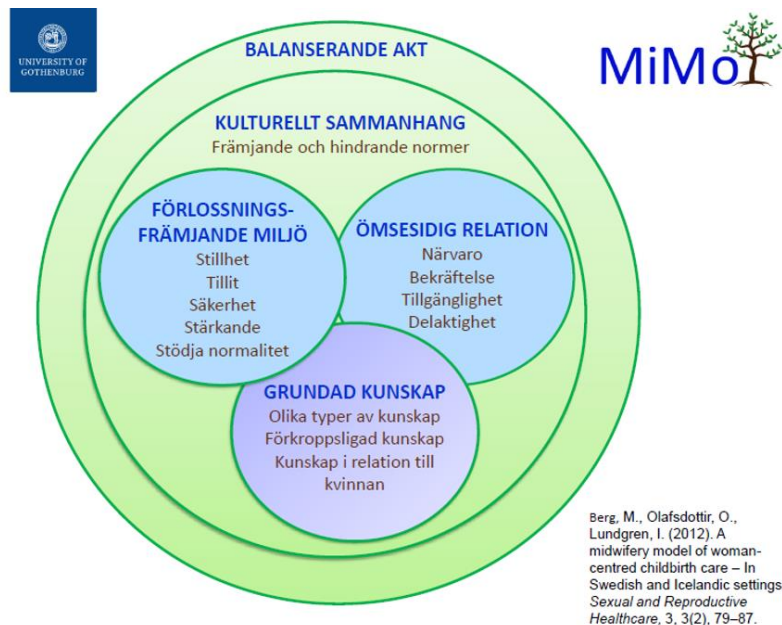
Ved en normal bakhodefødsel må barnet kombinere bøye-, rotasjons- og strekkebevegelser for å kunne passere gjennom fødselskanalen. Disse bevegelsene kalles *kardinalbevegelser*. Vanligvis har barnet innstilt seg i bekkeninngangen når fødselen starter. Pilsømmen er i tverrvidden fordi dette gir best plass i forhold til bekkeninngangens fasong og mål. Vanligvis er avstanden fra pilsømmen til symfyisen og fra pilsømmen til promontoriet like stor. Dette kalles synklitisme. Hvis avstanden er ulik kalles det asynklitisme og betyr at fosteret har bøyd hodet litt til siden slik at issebeinet blir ledende (Blix, 2017a).

Første kardinalbevegelse består i fleksjon av nakke og skjer i bekkeninngangen. Haken presses ned mot brystet og lille fontanellen blir ledende. Dermed kan fosteret passere fødselskanalen med den minste diameteren på hodet. Andre kardinalbevegelse består i rotasjon, som regel når hodet passerer spina. Pilsømmen kommer da i likevidden. Tredje kardinalbevegelse er ekstensjon, nakken strekkes, idet hodet fødes. Den siste og fjerde kardinalbevegelse er en 90 ° passiv rotasjon og skjer etter at hodet er forløst. Barnets skuldre snus dermed over fra tverrvidden til likevidden. Deretter fødes barnet (Blix, 2017a).

2.3 MiMo – modell for jordmorsomsorg

Berg et al (2012) har på grunnlag av flere kvalitative studier utarbeidet en modell for jordmorsomsorg basert på kvinnesentrert omsorg (MiMo).

MiMo inneholder fem temaer, med tre sammenflettede hovedtemaer, se skildret modell.



Illustrasjon: (Berg et al., 2012)

Viktigheten av å etablere *en gjensidig relasjon* mellom jordmor og fødekvinnen kommer tydelig frem. I en gjensidig relasjon må jordmor først lære seg å kjenne og forstå kvinnen; hvem hun er og hva hun og hennes familie trenger.

Å skape *atmosfære for fødsel* sørger for et sted for fødsel som utstråler følelse av ro, tillit og sikkerhet. Det har en atmosfære som virker styrkende og som støtter den normale fødselen. Essensielt for en atmosfære for fødsel er etableringen av en gjensidig relasjon.

Der kvinnens behov settes i sentrum er det viktig at *jordmors kunnskap* legges til grunn og at jordmor har ressurser og ferdigheter denne ut ifra kvinnens individuelle behov.

All fødselsomsorg gis i en *kulturell kontekst* som består av normer som kan hindre eller fremme best mulig omsorg. Jordmorsomsorgen påvirkes også av kvinnens synspunkter og helsevesenets rammer.

Begrepet *balansegang* beskriver jordmors handlinger for å skape kvinnesentrert omsorg. Dette inkluderer nettopp disse de tre flettede temaene og den kulturelle konteksten.

Teoretiske modeller for helse- og omsorgstjenester er viktige både som verktøy for veiledning i daglig praksis og for å forklare det filosofiske grunnlaget for omsorg (Berg et al., 2012).

3 METODE

I denne studien benyttet vi semistrukturerte intervjuer med jordmødre for å besvare vår problemstilling. Studien har dermed en kvalitativ tilnærming. Fremgangsmåte og analyseprosess presenteres i dette kapittelet.

3.1 Vitenskapelig tilnærming

Ontologi omhandler hvordan vi oppfatter virkeligheten og verden rundt oss, mens epistemologi dreier seg om utviklingen av kunnskap om verden og virkeligheten. Disse begrepene blir uformelt omtalt som “O&E”, som tyder på at de er to sider av samme sak (Carter & Little, 2016; Chamberlain, 2000). Vårt syn på verden bestemmer hva som oppfattes som aktuelt, gyldig og relevant når det kommer til måter å undersøke verden på. Derfor er “O&E” viktige aspekter av de vitenskapelige paradigmene (Malterud, 2017). Kvalitativ metode i denne studien blir dermed et verktøy for ontologisk og epistemologisk tilnærming for beskrivelse og fortolkning av jordmødres virkelighet.

Denne studien har et fenomenologisk-hermeneutisk inspirert perspektiv. Kvalitative metoder benytter seg av ulike strategier for innsamling av data, men bygger i hovedsak på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2017). Fenomenologi er relevant for det kvalitative forskningsintervjuet ettersom denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser fra intervjupersonens livsverden, slik den oppleves for vedkommende. Hermeneutikk er læren om tekstfortolkning. Den andre delen av forskningsprosessen vil dermed forholde seg til hermeneutisk teori da det dreier seg om fortolkningen av de beskrevne fenomenene. Bearbeidelse og fortolkning av tekst er en uunngåelig del av kvalitative studier (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

3.2 Intervju som metode

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som benyttes for å beskrive, analysere og fortolke tekst fra samtaler eller observasjoner. Dette kan gi vitenskapelig innsyn og bidra til å utvikle ny kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Kvalitativ metode passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som

samhandling, utvikling, bevegelse og helhet (Malterud, 2017). Den er derfor en velegnet metode når vi ønsker å få svar på vår problemstilling. Mellommenneskelige samtaler innebærer utveksling av informasjon og sosial samhandling. Individuelle, eller semistrukturerte, intervjuer brukes når man ønsker å gi deltakerne tid og rom til å hente fram erfaringer som kan kreve trygghet for å deles med andre. Det kan være lurt å avvente nysgjerrig om informanten tilsynelatende begynner å fortelle noe som kan oppfattes som en digresjon for den nye kunnskapen befinner seg ofte i slike sidespor (Malterud, 2017).

3.3 Utvalg

Det var nødvendig med et strategisk utvalg for å besvare vår problemstilling. Vi valgte følgende inklusjonskriterier; jordmødrene skulle ha minst fem års erfaring fra fødeavdeling og et personlig engasjement for bruk av bevegelse og stillingsendring i fødsel. Jordmødrene ble i første omgang rekruttert fra eget nettverk. Deretter ble flere jordmødre rekruttert gjennom en "snøballeffekt" hvor jordmødrene foreslo andre kollegaer. Vi kontaktet også fagutviklingsjordmor ved andre fødeavdelinger, og la ut forespørsel i Facebook-gruppen "Jordmødre i Norge". Ti jordmødre meldte sin interesse for å delta i vår studie. Ifølge Malterud (2017) kunne vi gjennomføre intervjuer inntil metningsnivået ble nådd, når vi ikke lenger fikk tilført så mye nytt. Dersom antallet ble for lite, kunne det bli vanskelig å finne ny dybdekunnskap og det kunne hindre ny innsikt i et fenomen. Hadde antallet blitt for stort ville det kanskje ikke vært tid til å foreta dyptgående analyse av intervjuene. Dersom antallet blir for lite, kan det bli vanskelig å finne ny dybdekunnskap og det kan hindre ny innsikt i et fenomen. Ved vanlige intervjuundersøkelser ligger antallet ofte rundt 15 +/- 10. Antallet baseres på en kombinasjon av hvor mye tid og ressurser som er til rådighet og loven om fallende utbytte, altså når metningsnivået er nådd vil ny kunnskap bli stadig mindre selv om antall respondenter øker (Malterud, 2017). På bakgrunn av dette og tiden vi hadde til rådighet inkluderte vi alle de ti interesserte jordmødrene som samtykket til deltakelse

3.4 Forarbeid

En intervjuguide kan strukturere intervjuet. Guiden kan følges mer eller mindre stramt og inneholde noen temaer som skal dekkes, eller omhyggelig formulerte spørsmål som skal besvares i en bestemt rekkefølge (Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervjuguiden vår (Vedlegg I) ble utarbeidet fortløpende mens vi jobbet med bakgrunnskapittelet, teori og forskning. Hensikten var å utarbeide spørsmål som kunne belyse temaet fra ulike innfallsvinkler. Mange andre spørsmål ble også til underveis i diskusjon og undring rundt temaet. Spørsmålene ble sortert etter hva de omhandlet, og det ble laget syv hovedspørsmål. Underspørsmålene kunne brukes som strukturerende spørsmål, oppfølgingsspørsmål for ikke å miste tråden under intervjuet eller for å få samtalen til å flyte lettere dersom det stoppet opp (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle spørsmålene var korte, enkle og åpne for å gi mest fullstendig svar, slik Kvale og Brinkmann skisserer det (2018). Ingen spørsmål var ja/nei-spørsmål uten og samtidig be om utdypning av svaret (Malterud 2017).

Vi testet intervju spørsmålene og diktafon-appen med et prøveintervju før intervju prosessen. Intervjuguiden ble diskutert med en utenforstående jordmor. Vi fikk gode tilbakemeldinger på spørsmålene, men var enige om at vi holder oss til hovedspørsmålene og bruker underspørsmålene ved behov. Intervjuguiden ble ikke endret på bakgrunn av tilbakemeldinger fra jordmor.

3.5 Etiske overveielser

Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. I tillegg reguleres forskning av norske lover og forskrifter (Malterud, 2017). Under forskningsprosjektet ble det behandlet personopplysninger, slik som opptak på lydfil, e-post, navn og telefonnummer. I god tid før datainnsamlingen søkte vi derfor om godkjenning fra NSD, Norsk senter for Forskningsdata, til gjennomføring av prosjektet. Masteroppgaven ble godkjent fra NSD 8.mai 2020 med prosjektnummer 697247 (Vedlegg II). NSD vurderte at forskningsprosjektet ikke var fremleggspliktig for Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Helsinkideklarasjonen fremhever at kvalitative data stiller strenge krav til informert samtykke og er en forutsetning for forsvarlig forskningsetisk fremgangsmåte (World Medical Association, 2013). Alle jordmødre fikk først tilsendt prosjektskissen og et informasjonsskriv på e-post. Ved interesse for å delta fikk de så tilsendt invitasjon via Nettskjema.no med lenke til påmelding hvor et informasjonsskriv var vedlagt (Vedlegg III), som også inneholdt avkrysningsbokser for å samtykke til deltakelse i studien. Kun de som samtykket kunne melde seg på og delta i studien. På denne måten fikk vi dokumentert informert samtykke fra jordmødrene. Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om studien, hvorfor deltakeren fikk forespørsel og at det selvsagt var frivillig å delta. Samtykke til deltakelse i studien inkluderte deltakelse i et intervju med lydopptak, at resultatet av studien kan benyttes senere som del av en forskningsartikkel og/eller at resultatene kan brukes i undervisning eller på fagkonferanser. Det fremkom tydelig at alle opplysninger ble behandlet konfidensielt og anonymt. Deltakerne hadde rett til innsyn eller at opplysninger ble endret eller slettet. Jordmødrene kunne også trekke seg fra studien når som helst med mindre opplysningene allerede hadde inngått i fullført transkribering, analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom en deltaker ønsket å slette data eller trekke seg fra studiet ville dette ikke få negative konsekvenser for vedkommende.

Jordmødrene ble informert om at det ikke måtte fremkomme personidentifiserbare opplysninger under innspilling, slik som navn, sted, alder osv. Deltakerne fikk anonyme tall under transkribering for at tekstene ikke skulle bli blandet sammen i arbeidet med analysen. Numrene utgjorde en såkalt koblingsnøkkel, som er nødvendig for informasjonssikkerhet, spesielt dersom noen av deltakerne skulle be om innsyn eller trekke seg fra studien. Koblingsnøkkelen ble lagret på en kodelukket USB penn, og var på den måten kun tilgjengelig for oss. Koblingsnøkkelen ble slettet da vi var ferdige med transkriberingen av lydfilene. Dette er illustrert i vedlegg IV. Deltakernes e-post, fornavn og telefonnummer ble kun brukt til å avtale gjennomføring av intervjuene.

I forskningsprosjekter hvor personopplysninger samles inn og/eller behandles, skal det utarbeides en datahåndteringsplan og føres register over hvor data lagres fra innsamling til endelig sletting (OsloMet, 2016b). Gjennom NSD opprettet vi en datahåndteringsplan, se Vedlegg V. Etter retningslinjer fra OsloMet ble det gjennomført en «Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS), se Vedlegg VI (OsloMet, 2016a).

Da vi forsket på potensielt fremtidige kollegaer og/eller jordmødre vi kan kjenne til fra praksis, har vi brukt vårt beste skjønn til å utøve faglig forskningsetikk til de som betrodde oss med kunnskap fra sin hverdag (Malterud, 2017). Vi forsøkte å opptre varsomt, da det krever betydelig tillit for å åpne opp om sin praksishverdag for innsyn av andre. Fokus har vært å forstå jordmødrenes erfaringer og tanker rundt temaet. Et viktig aspekt ved å forske på fremtidige kollegaer er at vi ikke misbruker deres tid og tillit (Malterud, 2017). På forhånd var det derfor viktig for oss å sikre at prosjektet ville fremskaffe ny kunnskap og at dette ikke kun ble gjentakende kunnskap. Vi gjennomførte derfor en grundig gjennomgang av litteraturen.

Lydopptak

Det er flere metoder å registrere intervjuer som senere skal dokumenteres og analyseres, som videoopptak, lydopptak, notatskriving og å benytte hukommelsen. Vi benyttet lydopptak under intervjuene med jordmødrene. På den måten kunne vi konsentrere oss om intervjuet og samtalen med jordmoren. Ordbruk, tonefall og pauser ble registrert slik at vi kunne lytte til opptakene gjentatte ganger senere (Kvale & Brinkmann, 2015).

Lydopptakene skjedde gjennom Diktafon-appen som etter intervjuene sendte lydfilene til *Nettskjema.no*, hvor de ble liggende kryptert frem til de ble slettet etter transkriberingen. Under intervjuene brukte vi doble opptaksenheter som var koblet til samme nettskjema, da utviklerne av appen anbefalte dette som en teknisk sikkerhet for å unngå å miste data. Opptaksenheterne var i fly-modus (frakoblet internett) under alle opptak. Lydfilene ble så transkribert til tekst ved hjelp av transkriberingsprogrammet *f4transcribe*. Da transkriberingen var ferdig ble lydfilene slettet. Materialet vi arbeidet med under analyseprosessen var således helt anonymisert og konfidensialiteten sikret.

3.6 Intervjuene

Alle jordmødrene fikk anledning til å bestemme dato, klokkeslett og hvor intervjuene skulle finne sted. Vi booket møterom på arbeidsplassen til seks jordmødre, to ble intervjuet i sitt hjem og to jordmødre ble intervjuet utendørs i en rolig park nær arbeidsplassen deres, hvor ingen kunne forstyrre oss eller overheøre samtalen. Møterommene ble booket i våre navn for å beholde jordmødrenes anonymitet.

Før intervjuene gjennomgikk vi sikkerhetssjekk, se vedlegg VII. Vi tilstrebet god intervjuiskikk slik Kvale og Brinkmann (2015) og Malterud (2017) beskriver det.

Deltakerne fikk anledning til å stille spørsmål i forkant dersom noe var uklart før lydopptaket ble startet. Vi forklarte nøye om viktigheten av å ikke oppgi personidentifiserbare opplysninger, og forsøkte etter beste evne å opptre profesjonelt og samtidig lede intervjuene på en måte som minnet om en samtale. Underveis i intervjuene fulgte vi med på intervjuguiden for å påse at hovedspørsmålene ble besvart. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) gir *oppfølgingsspørsmål* mer utdypende svar. Det gjelder at intervjueren inntar en interessert og kritisk holdning gjennom å stille spørsmål til det som nettopp er blitt sagt (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi brukte bevisst bekreftelser med småord, små nikk og annen nonverbal kommunikasjon for å imøtekomme jordmor på det hun fortalte (Kvale & Brinkmann, 2015). Pauser hvor man lot stillheten komme til, ble brukt bevisst for at jordmødrene kanskje ville komme med mer informasjon. Noen hadde mer på hjertet enn andre, og noen måtte forsiktig guides tilbake til temaet gjennom flere spørsmål enn andre. *Inngående spørsmål* ble brukt for å forfølge svarene ytterligere (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene varte fra 38 til 59 minutter.

3.7 Analyse

3.7.1 Transkribering

Etter datainnsamlingen ble materialet organisert og gjort tilgjengelig for analyse slik Malterud beskriver det (Malterud, 2017). Målet var å ivareta det opprinnelige materialet mest mulig, slik at deltakerens erfaringer og meninger ble formidlet under datainnsamlingen (Malterud, 2017). De ti intervjuene ble transkribert ord for ord (verbatim) i sin helhet etter at intervjuene fant sted av den av oss som ledet intervjuet. Språket ble redigert forsiktig og intervjuene ble transkribert på bokmål. På denne måten kunne vi unngå at jordmødrene ble gjenkjent på grunn av dialekt, ord og uttrykk. Selv om alle på forhånd ble informert om å unngå å oppgi personidentifiserbare opplysninger under intervjuet, forekom dette enkelte ganger. Dette ble således utelatt i transkriberingen (Malterud, 2017).

3.7.2 Analyseprosessen

For analyseprosessen benyttet vi Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse, *Qualitative content analysis*. Formålet ved denne analysemetoden er å identifisere variasjoner i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Virkeligheten kan tolkes på forskjellige måter og forståelse er avhengig av subjektiv tolkning. Analyse omhandler hva teksten egentlig snakker om, tolkningen av den underliggende betydningen av teksten, det latente innholdet, i motsetning til det manifeste, som er mer synlig og åpenbart. Både manifest og latent innhold omhandler tolkning, men i varierende dybde og abstraksjonsnivå (Graneheim & Lundman, 2004).

I denne studien ble metodens seks steg fulgt slik Graneheim og Lundman (2004) beskriver det. De seks stegene er *helhetsinntrykk*, *meningsbærende enhet*, *kondensering*, *kode*, *kategori* og *tema*. Stegene blir videre beskrevet parallelt med analyseprosessen.

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er den mest passende analyseenhet hele intervjuer som er store nok til å betraktes som helheter, men små nok til å kunne huskes for meningsenheten under analyseprosessen. Analyseenheten var de ferdig transkriberte intervjuene og bestod av 83 A4-sider (enkel linjeavstand, skriftstørrelse 12). Første steg i analyseprosessen var å lese gjennom ett og ett intervju av gangen. Hensikten med dette var å danne et *helhetsinntrykk* (Graneheim & Lundman, 2004). Deretter ble teksten lest på nytt, denne gangen med formål å identifisere meningsbærende enheter. Vi gjorde dette hver for oss ved å markere de meningsbærende enhetene i teksten. Deretter leste vi gjennom i fellesskap og sammenlignet funnene. *Meningsbærende enheter* er ord, setninger, paragrafer som handler om det samme ut ifra innholdet og skal belyse problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). Det var gjennomgående store likheter i hvilke deler av teksten hver vi hadde markert. Der det ikke var konsensus, ble det diskutert i fellesskap og vi kom frem til en enighet. Flere ganger opplevde vi å få øye på nye detaljer vi ikke så alene. For å gjennomføre denne prosessen systematisk og oversiktlig benyttet vi et program for analysen; HyperResearch. Her ble meningsbærende enheter markert og stemplet med hver sin foreløpige kode. Når alle meningsbærende enheter var identifisert, ble disse eksportert over i en analysetabell i Excel, hvor de videre ble kondensert. *Kondensering* beskriver en prosess der den meningsbærende enheten forkortes uten å miste viktig innhold, kjernen i teksten blir bevart. Man reduserer størrelsen, men ikke kvaliteten. Hensikten er å gjøre datamaterialet mer håndterlig (Graneheim & Lundman, 2004). Kondenseringen foregikk for det meste individuelt, men ble diskutert dersom en av oss var

usikre. Fra de kondenserte meningsbærende enhetene ble det laget koder. Dette innebærer det Graneheim og Lundman (2004) beskriver som abstraksjon av kondenserte enheter med koder, kategorier og tema. Ettersom programmet HyperResearch tillot oss å lage en kode i programmet, ble koden revurdert etter kondenseringen. Mange ble redigert til mer passende koder. En *kode* forstås i sammenheng med innholdet i den meningsbærende enheten, som en etikett (Graneheim & Lundman, 2004). Materialet ble i første omgang kodet i fellesskap gjennom diskusjon om hvilken kode som best speilet innholdet i teksten, altså en manifest kode. Dersom koden ikke passet etter kondensering, ble det skrevet forslag til en ny kode. Disse ble gjennomgått i fellesskap. Fra analyseenheten ble det identifisert 624 meningsbærende enheter.

Tabell 1 Eksempel på meningsbærende enhet, kondensert meningsbærende enhet og kode

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode
Hvorfor og hvordan? det kommer veldig an på fødselen, jeg må jo se an dama først. også om jeg har langsom fremgang, om hun er sliten. Om hun er, om det går an å mobilisere, men hovedårsaken det er jo for å få fremgang i fødselen fordi det hjelper barnet nedover. Også må jeg på en måte se hele tiden hvem jeg har, og hva jeg har å jobbe med.	Jeg må se an dama, og om det er langsom fremgang, om hun er sliten og om det går an å mobilisere. Hovedårsaken er å få fremgang i fødselen for å hjelpe barnet nedover.	Bevegelse fremmer fødsel
Det er jo (ler) "sideline release", den tar jeg alltid og det er rett og slett for den kan du gjøre på alle, adipøse, du kan gjøre den på rett og slett alle. Den synes jeg er veldig enkel, så syns damene den er god. Da får de sånn, når jeg står sånn og vugger på dem, "åå dette var deilig" også får jeg tøyd litt i ligamentene på låret. Den har jeg alltid.	"Side-lying release" tar jeg på alle, for alle kan gjøre den, også de adipøse. Den er veldig enkel og damene synes den er god.	Side-lying release
Jeg ser at det er stor forskjell om dama har epidural eller ikke. For som regel hvis de har epidural, da tenker jeg at de må ha mer mobilisering, for da kommer det ikke naturlig.	Hvis de har epidural så må de ha mer mobilisering for da kommer det ikke naturlig.	Bevegelse med epidural

Altså stillingsendring kan jo ha utrolig mye å si, det kan jo det... Det kan gjøre forskjell på at det stopper helt opp og at det går fremover... virkelig, altså sånn har du, har du en som sitter i senga og så stanger kanskje babyen, blir økende fødselssvulst og så er det sånn at babyen stanger på feil sted, og så bare løsner det ved å endre stilling...altså det er, det er helt fantastisk...	Stillingsendring kan jo ha utrolig mye å si. Det kan gjøre forskjell på at det stopper helt opp og at det går fremover. Har du en baby som stanger på feil sted i en stilling, kan det løsne bare ved å endre stilling, det er helt fantastisk!	Fremgang og barnets rotasjon
Og så tenker jeg at hvis...hvis, hvis kvinnen for eksempel ikke har epidural eller sånne ting og hun ikke er veldig redd, eller hun er...hun er liksom i fødselen sin, så gjør hun ofte det som trengs... for det kjennes best, altså sånn bevegelsesmessig, " det var ikke noe godt å ligge på venstre side, men det var kjempegodt å ligge på høyre", eller sånn "Jeg er veldig sliten, da hviler jeg" ...ja...så så mye faller naturlig da føler jeg	Hvis kvinnen ikke har epidural og ikke er redd, men til stede i egen fødsel, så vil hun bevegelsesmessig gjøre det som kjennes best. Mye faller naturlig.	Naturlig bevegelse

Siste del i analyseprosessen var å sammenlikne kodene for likheter og ulikheter. Her ble flere like koder slått sammen og de meningsbærende enhetene likt innhold fikk nå en ny kode. Arbeidet resulterte i 90 unike koder. Videre ble kodene abstrahert til *underkategorier og kategorier*. Dette beskrives som kjernefunksjonen i kvalitativ innholdsanalyse. *Kategorier* er en gruppe av meningsbærende enheter som har noe til felles. Kategorien kan identifiseres som en rød tråd gjennom kodene (Graneheim & Lundman, 2004). Basert på likheter og ulikheter og ble det utviklet fire kategorier og 15 underkategorier med en latent tittel. Under analyseprosessen erfarte vi at vi ofte måtte bevege oss frem og tilbake mellom hele og deler av teksten. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er dette en viktig del av analyseprosessen. Siste del av abstraksjonen er å identifisere et *tema* som beskriver den røde tråden med mening gjennom kategoriene. Utvikling av tema foregår på et tolkende nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennom refleksjon og diskusjon, identifiserte vi et tema, som beskriver den underliggende betydningen av innholdet, nemlig det latente innholdet.

Til slutt skal fortolkningene rekontekstualiseres og utformes som syntese og presentasjon av den nye forståelsen vi har kommet frem til. Dette innebærer at vi nøye vurderer om våre tolkninger fremdeles står i forsvarlig sammenheng med den helheten de er hentet ut fra (Malterud, 2017).

4 RESULTATER

Tabell 2 Oversikt over underkategorier, kategorier og tema

Underkategori	Kategori	Tema
Forkunnskap og forberedelse til fødsel	Jordmor tilpasser seg kvinnens egne forutsetninger for bevegelse i fødsel	Målet er å skape frihet til bevegelse
Livsstil, ressurser og kultur		
Kvinnens intuitive bevegelse		
Fødekroppen i balanse		
Ivaretagelse av kvinnen		
Jordmors bruk av ikke-medisinske hjelpemidler	Jordmor skaper et miljø og gode omgivelser for bevegelsesfrihet	
Skape miljø for bevegelse		
Jordmor trosser hemmende faktorer		
Jordmorarven: kunnskap og erfaring	Jordmor har et brennende engasjement for bevegelse i fødsel	
Jordmors holdning til bevegelse i praksis		
Bruk av bevegelse og stillingsendringer		
Benyttelse av ulike fødestillinger		
Barnets ferd i fødselskanalen	Med barnet som kompass	
Barnets innstilling i bekkenet		

Fullstendig oversikt over koder, underkategorier og tema er illustrert i vedlegg VIII.

Jordmødrene vi intervjuet hadde ulik arbeidserfaring. Flere arbeidet på fødeavdelinger ved kvinneklinikker, mens andre arbeidet på normalenheter. Enkelte hadde erfaring fra mindre fødestuer, hjemmefødsler og også fra utlandet. Felles for alle sammen var et stort engasjement for bruk av bevegelse i fødsel. Arbeidserfaring i antall år er illustrert i **tabell 3**:

Jordmor nummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Jordmødrenes erfaring i antall år	9	17,5	14	5,5	5,5	14	43	32	30	35

Resultatavsnittet vil videre belyse vår problemstilling ved hjelp av tekst som sammenfatter og abstraherer våre tolkninger (Malterud, 2017). Funn fra datamaterialet blir i denne delen av oppgaven presentert ved å illustrere kategoriene og ved å gi eksempler i form av sitater.

Kategoriene er utformet for å gi en manifest forståelse av studiens problemstilling: *Hvordan fremmer jordmor bevegelse og stillingsendring for kvinner i aktiv fødsel?*

De fire hovedkategoriene som ble utformet gjennom analysen er:

- “Jordmor tilpasser seg kvinnens egne forutsetninger for bevegelse i fødsel”
- “Jordmor skaper et miljø og gode omgivelser for bevegelsesfrihet”
- “Jordmors har et brennende engasjement for bevegelse i fødsel”
- “Med barnet som kompass”

4.1 Jordmor tilpasser seg kvinnens egne forutsetninger for bevegelse i fødsel

Denne hovedkategorien fant vi beskrivende for hvordan jordmødrene fremmet bevegelse ved å tilpasse seg de ulike forutsetningene kvinnene har.

Forkunnskap og forberedelse til fødsel

Jordmødrene beskrev at de synes det er fint om kvinnen har forberedt seg og har meninger og ønsker om fødselen. Dette kan innebære å innhente kunnskap om fødsel, tenke igjennom hvilke ønsker hun har, men kan også være å forberede seg på at hun må forsøke å overgi kroppen sin:

«Jeg tenker at det er logisk at man bør forberede seg allerede i svangerskapet med å være i aktivitet og bevegelse for å hjelpe barnet i riktig posisjon og for fødselsarbeidet senere».

«Det er fint om kvinner forbereder seg på at du må være litt fri i fødsel, nesten dyrisk som om du har sex».

Det er veldig variert hvor mye kunnskap kvinner har og hvilke forventninger og forestillinger de har til fødsel. Flere jordmødre påpeker at mange kvinner i dag synes det er skummelt å føde:

«...Noen har ikke orket å tenke på fødselen fordi de var redde. Da har de kanskje ikke så mye kunnskap».

«Kvinnens kunnskap om bevegelse er dårlig! En generasjon hvor ingenting er naturlig, og alt er farlig».

Livsstil, ressurser og kultur

Jordmødrene er enige om at absolutt alle kvinner egner seg for bevegelse i fødsel, tross for at det kan være mer teknisk vanskelig på grunn av overvekt, eller hvor mye kvinnen orker eller andre faktorer, som gjør at jordmor må vurdere hva som passer den enkelte:

«Alle kvinner egner seg, men det er klart at for en overvektig kvinne, er det tyngre, men kanskje mer viktig enn noen gang!»

«Jeg må se an dama, jeg kan ikke gjøre alt med alle».

Ivaretagelse av kvinnen

For at kvinnen i fødsel lettere skal håndtere fødselsarbeidet, er samspelet mellom jordmor og fødekvinne viktig. Her mener jordmødrene at veiledning, motivasjon og omsorg er essensielt. På grunn av ulik kunnskap om fødsel trenger mange også informasjon. Jordmødrene sier at de tidlig i forløpet setter av tid til å forklare kvinnen viktigheten av bevegelse og at hun vil få veiledning underveis av jordmor:

«Jeg kommer med et forslag og spør hva hun tenker om det, og prøver å få de til å skjønne at det blir gjort for å få fremgang i fødsel, for at de skal ha det best mulig, og for at barnet skal ha det best mulig, den informasjonen er veldig viktig».

Jordmors tilstedeværelse er viktig for at hun skal kunne vurdere hva kvinnen trenger. Jordmor bruker tid på å veilede kvinnen til å finne en stilling som er god for henne:

«Mange håndterer smerte bedre i aktivitet....mange bruker ikke kroppen sin riktig så det å se på hvordan hun bruker kroppen er veldig viktig. Da kan du se om det er en god stilling for henne eller ikke».

«en må være hos kvinnen, å se hva hun trenger og hjelpe de er jo viktig, det styrker kvinnen».

Jordmødrene påpeker likevel at det er kvinnen som bestemmer:

«jeg forteller henne at hun vil få en del veiledning, men at det hun som er sjefen og må gi meg beskjed».

Jordmødrene mener motivasjonen er dyrebar, men til tider utfordrende. Det handler om å finne og mobilisere kvinnens ressurser. Jordmødrene påpeker viktigheten av informasjon og det å gi en god forklaring på en måte slik at hun forstår det. Det er også viktig å møte fødselsarbeidet steg for steg og sette kortsiktige mål:

«Du er liksom trener og må pushe grensene litt, men greie å se når det blir for mye. Man må motivere for at de skal få mestringsfølelse når de egentlig bare vil gi opp».

«Hvis det er veldig tungt å stå, så hjelper det å si «Greier du tre rier til?» Så greier de kanskje det, men de greier kanskje ikke femten minutter. Man må motivere sånn at de ser at det er overkommelig».

Jordmødrene ser at kvinnen holder motet oppe fordi de vet at det nytter, at fødselen kanskje kan bli litt kortere, eller at de håndterer riene på en bedre måte når de er oppe. Det skaper et håp fremfor å ligge i sengen. Når kvinnen ikke orker mer, gir jordmor skryt for det hun klarte. Noen er dog mer utfordrende å motivere. Kvinner som i utgangspunktet vil ha keisersnitt og ønsker at det helst er jordmor som skal føde barnet for henne:

«Da handler det om å motivere hennes selyfølelse og tro på at kroppen hennes skal klare det og at jeg skal være med henne, og det handler om å forklare hvorfor så hun forstår».

Kvinnenes intuitive bevegelse

Jordmødrene forteller at de inntar en observerende og mer passiv rolle dersom kvinnen beveger seg og følger kroppen sin selv:

«Med mindre noe oppstår er jeg egentlig veldig «hands off»».

«Hvis fødselen går normalt fremover er jeg mest opptatt av at kvinnen skal finne bevegelsesmønsteret som er best for henne ikke av at jeg vil ha henne i spesielle stillinger».

På denne måten ønsker jordmor å bevare og verne om fødekvinnens egen intuisjon slik at hun kan lytte til kroppen sin og gjøre det hun intuitivt kjenner er rett der hun er i sitt fødselsforløp. Jordmor korrigerer ikke før hun må:

«Noen kvinner, hvis de har gode rier, kommer inn i en fase, hvor ting går litt av seg selv uten deres vilje og styring, og da ser vi hvordan de beveger seg».

«Jeg hadde en kvinne, hun stod og ristet på det ene benet, og den babyen stod litt asynklitisk, men det var akkurat som at hun stod og rykket den litt løs, og hun syntes det var så deilig å stå sånn. Det bare gir seg selv, det er ikke noe du kan lese deg til i en bok».

Kvinner uten epidural vil bevege seg naturlig og gå inn i sin egen verden ifølge jordmor. En annen jordmor sier at det er ikke alltid hun trenger å fremme bevegelse, for den skjer av seg selv, fordi kvinnene opplever bevegelse positivt:

«...de fleste kvinner har ressurser til å finne ut og kjenne, hva som er best for dem hvis de slipper til. Noen vil helst bare være oppe og noen vil ligge og hvis det er fremgang så får de det».

«Jeg hadde en nå som sto på alle fire i badekaret og tok armene over hodet, nesten som i en Walcher Maneuver. Hun hadde barnet høyt i bekkenet og gjorde det bare helt av seg selv».

Fødekroppen i balanse

Flere jordmødre fremhever at balanse mellom aktivitet og hvile er viktig for fødekvinnen. Likeledes må også energilagrene fylles opp for at kvinnen skal orke å være i bevegelse gjennom fødselen:

«Jeg tenker at bevegelse er ikke noe som er viktig hele tiden. Jeg tenker på fødselen som en dynamisk prosess; det å hvile litt, være i aktivitet, prøve en annen stilling, hvile litt igjen. Dynamikken i det gjør ofte at man kommer bra til målet».

«Jordmorfag er så dynamisk, så helhetlig, det er ikke sånn at nå er det kun fokus på stillinger. Det kan jo hende det er sukker hun trenger for å klare å bevege seg selv. Det er mange sider av det med å jobbe med stillinger».

4.2 Jordmor skaper et miljø og gode omgivelser for bevegelsesfrihet

Denne kategorien omhandler hvordan jordmor aktivt skaper et miljø og gode omgivelser for å fremme bevegelse i fødsel.

Jordmors bruk av ikke-medisinske hjelpemidler

Jordmødre trekker frem flere hjelpemidler som kan brukes underveis i fødsel. Badekaret beskrives som hensiktsmessig både som smertelindrende og bevegelsesfremmende:

«Badekar bør brukes for det de er verdt, det er jo gull. Helt supert som smertelindring. De kan både ligge og stå på kne, de trenger ikke nødvendigvis føde der».

«Vann er kjempefint å bruke, de blir vektløse og det blir litt lettere å bevege seg».

Mange jordmødre snakker varmt om den store gymnastikkballen som ofte introduseres for fødekvinnene. De forteller at den gjerne kan brukes selv om kvinnen har epidural, den gir god smertelindring og tillater mye bevegelser i bekkenet:

«Jeg har oppdaget hvor bra ballen kan være, i hvert fall på et tidlig stadium, for da kan hun hvile seg og er samtidig løs i bekkenet. Jeg tror ballen gjør kroppen åpen for de indre bevegelsene for det er ikke noe som holder igjen».

Jordmødrene understreker at det gjelder å være kreativ og bruke det man har tilgjengelig:

«Vi har utstyr som prekestol, ball, badekar, og dusjen. Jeg lurer de litt til å sitte på do. Det er stillingsendring det også».

Noen jordmødre nevner saccosekk og fødekrakk som hjelpemidler som kanskje ikke er å finne lenger på alle fødestuer. Jordmor kan også bruke «Riboso», et stort sjal, som man kan bruke over kvinnens mage eller bakende, og hvor hun gjør siktebevegelser. Jordmor forklarer at ristebevegelsene kan hjelpe barnet dersom det har kilt seg fast i bekkenet:

«...så rister jeg og rugger på magen i forskjellige stillinger også ser jeg hvordan det går».

Toalettet blir også nevnt når jordmor forteller om hjelpemidler hun kan bruke under fødsel. Både dersom man får litt tidlig trykkeitrang, men også for å finne ut hvordan man kan trykke:

«Hvis en kvinne har lyst til å trykke, men hodet står litt høyt så foreslår jeg å sitte på do med en krakk under bena, så plutselig så kommer den veldig ned».

4.3 Jordmors har et brennende engasjement for bevegelse i fødsel

Denne kategorien beskriver hva som påvirker jordmors engasjement for å fremme bevegelse i fødsel og hvordan hun utøver det.

Jordmorarven: kunnskap og erfaring

Jordmødrene mener at deres engasjement er avhengig av hva de har erfart i praksis og hva man har lært av kollegaer. Jordmødre har også «prøvd og feilet, og prøvd igjen» og på den måten tilegnet seg mye kunnskap på egenhånd:

«Man er helt prisgitt den jordmorkulturen man er vokst opp i, de jordmødrene man går med og hva slags stil de har i forhold til stillingsendringer og slikt».

«Det er den jordmoren du vet er interessert i det, jeg finner alltid de jeg tenker jeg må lære av, for de har så mye kunnskap. Så mye taus kunnskap. så da bruker jeg de til å få hjelp. Jeg lærer masse av disse eldre».

Jordmødre utveksler gjerne erfaring og diskuterer med hverandre. Det å være med hverandre på fødestuen er også svært lærerikt:

«Vi snakket mye sammen og delte erfaringer, var med hverandre på fødestua - for det var ikke vanlig da, med jordmor to».

«De fleste er positive, blir med og diskuterer og gir råd, ofte hvis du står fast, vi hjelper hverandre i forløpene».

Jordmors holdning til bevegelse i praksis

Jordmødre mener de fleste kollegaer er opptatt av bevegelse og stillingsendringer i fødsel, men at interessen kommer og går i bølger. Det handler mye om hva det er fokus på i fagmiljøet og flere mener det er på frammarsj:

«Det vokser jo frem en generasjon nå, så vi er mer nødt til å tenke på det nå som vi bruker så mye epidural, det disponerer jo mer for langsom fremgang».

En jordmor forteller hvordan andre lo av henne da hun startet i jobben med sitt engasjement. Jordmødre bemerker viktigheten av å stå opp for det man har tro på, og ha selvtillit nok til å utøve faget:

«Jeg har jobbet i stillinger som jeg kanskje ikke trengte fordi jordmor 2 synes at det blir for rart. Det er skamfullt at jeg ikke har turt å stå opp for det jeg mener er best».

Generelt mener jordmødrene at arbeidsstillingen ikke er noe problem. De litt eldre jordmødrene beskrev at de tenker mer over den nå, men at de aldri har hatt noen plager. Flere bemerker viktigheten av å trene og holde seg i form og tilrettelegge underveis i fødsel. Det viktigste er at kvinnen får bestemme hvordan hun vil bevege seg eller hvilken stilling hun vil innta så langt det er mulig. Jordmor følger etter kvinnen:

«Det er litt av det kreative i fødsel som gjør det spennende at oi, nå skulle hun på knærne og oi, nå ble det sånn».

«Det handler om min grunnleggende holdning om å være jordmor; det er ikke jeg som skal ha en favorittfødsel eller favorittstilling, det er kvinnen i fødsel som skal være fasiten».

Bruk av bevegelse og stillingsendringer

Jordmødrene mener bestemt at bevegelse er noe som er viktig gjennom hele fødselsforløpet, med mindre det foreligger alvorlig patologi og komplikasjoner. Det er som regel ingen kontraindikasjon for bevegelse. Jordmødrene sier også at fremgang i fødselsprosessen er den viktigste grunnen til å fremme bevegelse og stillingsendringer i aktiv fødsel:

«Det er to grunner: det er mer behagelig for kvinnen og den viktigste grunnen er for å hjelpe barnet å komme ned».

«Man bør ikke gå på keisersnitt før man har prøvd alt, det er tilfeller hvor barnet kommer ned, men det kommer jo an på stillingen»

Når det gjelder hvordan jordmor bruker bevegelse og stillingsendring påpeker de at det avhenger av den enkelte fødselen. De understreker at stillingsendringer er viktige, og at man bør veksle mellom ulike stillinger, men samtidig ikke foreslå for mange ting på en gang:

«Hvordan jeg bruker bevegelse kommer an på hvordan barnet ligger i bekkenet og hva som er den enkelte kvinnens problem eller ønske».

«Stort sett må du variere, og en stilling er sjelden god hele tida».

Hvordan bekkenet utvider seg i forskjellige stillinger og bevegelser er noe jordmødrene tenker mye på:

«...ofte på slutten ber jeg kvinnene om å knipe sammen knærne, da har du liksom maks plass i outleten».

«Jeg liker å rugge på bekkenet gjennom rien for jeg tenker at det hjelper barnet å rotere, løsne opp i bekkenet og skape plass».

Jordmødrene beskriver også spesifikke stillinger de benytter for å skape mer plass i bekkenet. Flere har god erfaring med stillingen «Side-lying release». De mener dette er en stilling alle kvinner kan gjøre og at de synes den er god og avslappende:

«Ved side-lying release...må jordmor eller far stå tett inntil kvinnen så hun er trygg og ikke faller ut. denne gjøres over tre rier, eventuelt gjenta. Det handler om å gjøre en liten strekk i bekkenet sånn at man kommer forbi en kneik og kommer videre. bevegelse handler om lirking».

En annen stilling på siden er «Sims leie», den er nyttig, men litt mer utfordrende:

«Kvinnen skal ligge med siden mot madrassen på samme side som barnets rygg. Kvinnen ligger nesten oppå magen, hvis barnet roterer vil hun føle stort press nedover og krever mye veiledning, men hvis kvinnen bare vet hvorfor er hun med på det».

Jordmødrene liker også å bruke «Walchers manøver», fordi den øker diameteren i bekkenet og kan tvinge posisjonsendring av hodet:

«Walcher Maneuver er at man ligger helt på enden av sengen, gjerne med noe under den ene siden av ryggen så man ikke får bradykardi. På rie så slipper man bena helt ned og så opp igjen med bena og så ned igjen. Det kan øke diameteren».

En annen teknikk som skaper mer plass i bekkenet er «Shaking apples»:

«Ved shaking apples pakker jeg inn bakenden med et stikklaken så det sitter stødig og godt, og når damen får ri så rister jeg med henda. Damene begynner da også å vugge, det blir naturlig å bli med på jobben».

Når det gjelder hvor lenge de anbefaler å holde en stilling er det forskjellig og selvfølgelig avhengig av kvinnen. Hvis kvinnen er forberedt på hva hun skal gjøre, hvorfor og hvor lenge hun skal gjøre det, er de bedre innstilt og motiverte:

«Det spørres hvilken stilling. Men for å få babyen til å dreie en annen vei må du kanskje ligge 20 min den veien og 20 min andre veien».

Benyttelse av ulike fødestillinger

Jordmødrene forteller at et stort fokus på å forhindre rifter ført til utstrakt bruk av forløsning i ryngleie, i tillegg til redsel for komplikasjoner i fødsel. Dette er begrensende for kvinnens frie bevegelse:

«I det siste har vi hatt så mye fokus på rifter og det har forstyrret litt, fordi da er det stort press på at vi skal ha de på ryggen, med modifisert Ritgens».

«Nå er det jo ryngleie hele tiden...vi har mye komplikasjoner og derfor tryggere å ha kvinnen på rygg, spesielt akkurat når barnet fødes».

Samtidig påpeker jordmødrene et forbedringspotensiale og mener at kvinnen kan føde slik hun vil. Jordmor bare må innrette seg på en annen måte:

«Å stå på knærne er en brilliant stilling å føde i, det tar av for trykk mot perineum, øker utgangsmålene og vena cava komprimeres ikke. Sideleie er også fint».

De fremhever oppreiste fødestillinger som gode, spesielt hvis det går litt tregt. Firefot og huksittende nevnes av de fleste:

«Å stå på huk hvis det går tregt pleier å hjelpe. hvis det har vært 10 cm i 20-30 minutter tenker jeg det er lurt med stillingsendringer. prøve å gjøre noe så babyen kommer ned. Akkurat når de presser er det kjempefint når kvinnen står på alle fire».

«Jeg kan tilrettelegge fødesengen med beinholderne til å støtte albuene og få dem til å sitte på huk. Det gjør jeg av og til mot slutten, spesielt hvis hun ikke kan være på gulvet. Når hodet står litt høyt eller ved spina og man trenger å få den ned, da setter jeg kvinnen på huk, så kommer babyen».

Sideleie som fødestilling er også en stilling jordmødrene bruker ofte og mener kvinner trykker bedre i denne stillingen:

«Jeg liker å la kvinnene ligge i sideleie, med et teppe over seg. De kan sparke i låret mitt så de får samme stilling som på do».

4.4 Med barnet som kompass

Denne kategorien skildrer hvordan barnet er styrende for hvilke bevegelser og stillinger jordmor fremmer for at barnet skal beveges seg i bekkenet.

Barnets ferd i fødselskanalen

En viktig faktor for kvinnens frihet til bevegelse i fødsel er barnet i magen og hvorvidt barnet tåler og trenger stillingsendringene. Det er et viktig moment ved utøvelsen at jordmor følger med på fosterlyden:

«Bevegelsesendring kan alltid passe med mindre fosterlyden blir påvirket og det er kun én stilling barnet vil ha».

«Bruk av bevegelse og stillingsendringer kan gjøre at vi normaliserer noe som kunne blitt patologisk og endt med vakuum, tang, asynklitisme eller andre ting. Det er faktisk opp til jordmor og hennes kunnskap og ledelse».

Jordmødrene mener bevegelse og stillingsendring har stor effekt på barnets nedtregning i bekkenet og at det er dette som er avgjørende for utfallet av fødselen:

«Stillingsendring kan jo ha utrolig mye å si. Det kan gjøre forskjell på at det stopper helt opp og at det går fremover. Har du en baby som stanger på feil sted i en stilling, kan det løse bare ved å endre stilling, det er helt fantastisk».

«Alle er så opptatt av tall og hvor mange cm man er, men det er jo bare tull for det er jo barnets nedtregning i bekkenet som er interessant, og da er det jo viktig med disse rotasjonene».

For å fremme barnets nedtregning og rotasjoner tenker jordmor på stillinger som kan fremme denne prosessen. Det er da spesielt viktig å vite hvor barnets ryggside er:

«Der kvinnen har begynt å trykke aktivt, og ingen fremgang, kjenner du at hodet ikke er sluttrottert. da foreslår jeg at hun skal legge seg på siden, hvor

barnets rygg ligger. Da ser du raskt at babyen dreier seg nedover, men det kan hende du må ha en halvtime, eller lenger tid også».

Hvor hodet står i bekkenet er også en viktig faktor. I tillegg til at det er tilstrekkelig med plass i bekkenet:

«Vær nøye med: hvor ligger barnet...når du vet det er du mye tryggere på hvordan du skal bruke bevegelse for å få det til å fungere riktig. Rier. Stilling. Helheten».

«Tøm blæra og få tømt tarmen også hvis det står for mye der. Ungen greier ikke skru hvis det er dårlig plass».

Spesielt der det er dårlig kontakt mellom barnets hode og mormunnen mener jordmødrene at bevegelse som utnytter tyngdekraften vil hjelpe for dette og at det også skaper bedre rier:

«Hvis mormunnen får for dårlig stimulering så er det faktisk for dårlig press nedover, da må hun opp og gå og bevege seg, bruke tyngdekraften. Da hjelper det gjerne».

Barnets innstilling i bekkenet

Jordmødrene har erfart hvordan man gjennom bevegelse og stillingsendring kan rette på feilinnstillinger. Asynklitisme mener jordmødrene er vanskelig. Det krever større plass og man må prøve seg frem for å få løsnet det:

«For å justere asynklitisme vil jeg anbefale kvinnen å stå eller stå på knærne over ball hvor hun tar det ene benet som er på barnets ryggside opp først og så bytte til det andre etter 20 minutter, det har jeg veldig gode resultater på».

«Ved uttalt asynklitisme...ville jeg absolutt prøvd Shaking apples og Riboso på rumpa».

Ved andre feilinnstillinger har jordmødrene god erfaring med ulike stillinger. Stillinger som utnytter tyngdekraften på ulike måter samtidig med bevegelser som roterer bekkenet er fint og spesielt ristebevegelser blir nevnt av flere:

«Vi lærte på Spinning Babies at hvis hodet står litt skeivt kan vi tenke på det som et egg i et eggeglass som står litt skeivt, og så bruke ball eller riste på rumpa, "Shaking apples" i firefot så kan jeg se for meg at jeg rister babyen ned».

«Forward leaning, for å rette opp feilinnstilling, men denne stillingen tåler damene dårlig. Jeg tar ned hodegjerdet og vipper sengen så de lener seg ned 45 grader, og da kan du også shake og prøve å løsne».

Jordmødrene har en holdning om at alt må prøves før man tar avgjørelsen om et keisersnitt.

Flere nevner en stilling kalt «Lift and tuck» om ikke annet har gitt effekt, i tillegg til manuell rotasjon:

«Står barnet høyt, som det ofte gjør ved en feilinnstilling, så er det veldig fint om hun står, bøyer knærne og holder hendene under magen og vipper bekkenet bakover. Hun kan stå inntil en vegg eller med partneren bak seg og gjøre det i 20 minutter på hver rie. Det kan ha veldig god effekt og får barnet til å dreie seg når man lager større plass i bekkeninngangen».

«Ved veldig vanskelige feilinnstillinger er målet å få kvinnen så godt som fullåpen, altså 8-9 cm, og hodet ned mot spina, og så hjelpe litt med manuell rotasjon».

Dersom barnet har en occiput posterior innstilling, har jordmor gjerne en avventende rolle.

Det er viktig å forberede kvinnen på et lengre forløp. Jordmødrene presenterer forslag til hvordan de fremmer bevegelse dersom barnet ikke roterer eller det går tregt. Essensielt er at kvinnen ligger på siden med barnets ryggside ned:

«Du kan få kvinnen til å lene seg over sengen og hjelpe henne til å lage åttetall, "Dip the Hip". Det kan få barnet ut av en occiput, eller dreie da... Sånne bevegelser kan hjelpe».

«Hun kan ligge i "sims"-stilling med ryggen til barnet i været for at den skal dras mot en anterior stilling».

Flere jordmødre nevner at kvinner som følger kroppen og beveger seg naturlig ofte løfter armene opp for å strekke ryggen og for å hjelpe barnet ned, dette foreslår de derfor ofte for kvinnen.

Jordmødre beskrev stillinger og bevegelser under intervjuene som presenteres i vedlegg IX.

5 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuterer vi det vi mener er studiens viktigste funn under temaet *Målet er å skape frihet til bevegelse*. Funnene diskuteres i lys av teori, eksisterende forskning og egne refleksjoner. Videre diskuteres studiens kvalitet, implikasjoner for praksis og forslag til videre forskningsområder.

5.1 Resultatdiskusjon

Jordmødrene beskrev hvordan de kan dra nytte av kvinnens egne ressurser og forutsetninger for å benytte bevegelse og stillingsendringer i fødsel. Kvinnens forkunnskap om fødsel og hvordan hun har forberedt seg vil være av betydning for hvordan jordmor tilnærmer seg henne. Her har svangerskapsomsorgen en stor og viktig oppgave og bør være en ressurs ved å tilføre den gravide oppdatert og erfaringsbasert kunnskap. Fødselsforberedende kurs bør tildeles større plass i svangerskapsomsorgen. I Helsedirektoratets «Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen» (2018) foreslås fødselsforberedende kurs som et ledd i hvordan svangerskapsomsorgen kan formidle informasjon og kunnskap til gravide, men dette er altså kun et forslag, og ikke noe som er lovpålagt å tilby de gravide (Helsedirektoratet, 2018b).

Fødselsforberedelse antas å øke sannsynligheten for at en kvinne er mobil i fødsel (Walsh, 2012). Walsh mener at kvinner bør informeres om at liggende stilling kan øke sannsynligheten for større smerte og til inngrep som episiotomi eller instrumental fødsel. Ved å bli informert om fordelene ved mobilisering og være i stand til å praktisere oppreist stillinger i fødsel, er kvinner bedre i stand til å ta informerte beslutninger om stillingene de inntar (Walsh, 2012). Et annet viktig aspekt i forhold til kunnskap og forberedelse er hvorvidt man klarer å formidle til kvinner, og gravide spesielt, hva man kan forvente seg i fødsel. Mange kvinner i dag synes det er skummelt å skulle føde og har kanskje et urealistisk bilde av fødselssmerter? Hvordan kan jordmor formidle kvinnens tillit til egen kropp, naturen og at hun kan mestre fødselsarbeidet? En svensk studie konkluderer med at begrepet empowerment brukes bredt innen helsevesenet og er viktig i jordmorsammenheng. Jordmødre kan ha en betydelig innvirkning på livet til mange individer og familier. Jordmødre bruker empowerment-strategier på flere nivåer, og kan styrke kvinner til å føle seg bemyndiget (*empowered*) og å bruke sine indre ressurser til å konfrontere nye situasjoner (Hermansson &

Mårtensson, 2011). Kan det være slik at jordmor i svangerskapsomsorgen kan påbegynne denne prosessen slik at hun går fødselen i møte med tro på seg selv? Prata et al (2017) fant i sin studie at det i noen sammenhenger kan være bemyndigende for kvinner som samles gruppevis i svangerskapsomsorgen. Muligens fordi dette øker kommunikasjon og læring blant jevnaldrende i en gruppe (Prata, Tavrow & Upadhyay, 2017). Hos kvinner i graviditet og fødsel defineres empowerment av eksterne og interne faktorer (M. Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019). De indre egenskapene er de som er iboende for kvinnen, som tro på sin egen evne til å oppnå meningsfulle mål, og ha kontroll over situasjonen og sin egen oppførsel. Dette er betyr å ha kontroll over seg selv og beslutninger som påvirker henne (M. Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019). Jordmor kan derfor allerede i svangerskapet guide kvinnen til oppnåelse av disse faktorene. Jordmødre vi intervjuet mente det ikke er nok å lese seg til kunnskap, men at det i fødsel er viktig å vite at kvinnen må slippe kontrollen og stole på kroppens evner. Dette vil være naturlig å formidle til kvinnen i empowerment-prosessen.

I fødsel innebærer empowerment å støtte kvinnens selvstendighet, frihet til å velge, kunnskap, kapasitet og selvfølelse. Denne styrkingen av kvinnens egne ressurser gjør blant annet at kvinnen ser seg selv som den viktigste ressursen i forbindelse med fødsel (Berg, 2010). Kvinnen har altså god nytte av jordmors motivasjon og omsorg i fødsel og det vil styrke kvinnens følelse av kontroll og tillit til egen evne til å føde. Det kan igjen redusere behov for obstetriske intervensjoner og forbedre kvinnens erfaring (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017).

Jordmødrene var enige om at bevegelse er viktig gjennom hele fødselsforløpet og at en av de viktigste grunnene for å fremme bevegelse er fremgang i fødselen. Jordmødrene mener også at kvinnen håndterer fødselsarbeidet bedre når hun får bevege seg. Det er rapportert om både fysiske og psykiske fordeler når kvinner får mulighet til å innta en fysiologisk stilling og velge den fødestillingen de selv ønsker. Det foreligger også evidens for at kvinner som benytter en oppreist stilling opplever mindre smerte og har en bedre fødselsopplevelse enn kvinner i en liggende stilling (Priddis et al., 2012).

Vi kan ikke ta for gitt at kvinnen selv sitter med kunnskap om hvilke stillinger hun kan innta eller hvordan hun kan bevege seg. Fødekvinnen bør være fri og uten hemninger slik at hun kan bevege seg og bruke de stillinger som kjennes naturlig gjennom fødselen. Det kan være vanskelig om hun har en oppfatning om at hun bør ligge på ryggen i sengen når hun skal føde. Kan det være fordi det er slik media fremstiller fødsel? Forskere rapporterer blant annet at

kvinner inntar den fødestillingen de føler er kulturelt akseptert (Zileni et al., 2017). Media har naturligvis en enorm påvirkningskraft på kvinners oppfattelse av hvordan det forventes at hun bør oppføre seg i fødsel. Fremstiller den fødsel på en slik måte at kvinnens forventninger kommer helt på kollisjonskurs med virkeligheten? Enkelte tv-programmer og sosiale medier fremstiller fødsel hvor kvinnen som regel ligger på rygg. En av jordmødrene mente det er et felles kvinneansvar å videreformidle kunnskap og erfaringer knyttet til fødsel til våre døtre, søstre, svigerinner, nieser og venninner. Kan dagens praksis i verste fall medføre at fødekulturen endres til en mer biomedisinsk og mindre fysiologisk sosial hendelse?

Tradisjonelt sett fra eldre tider ble kvinner tatt vare på og støttet av andre kvinner under fødselen, men i mange land i dag føder flere på sykehus i stedet for hjemme, og kontinuerlig støtte har blitt et unntak snarere enn rutine (Bohren et al., 2017). Kvinner verdsetter og drar nytte av tilstedeværelsen av en støtteperson under fødsel. Dette kan innebære emosjonell støtte som kontinuerlig tilstedeværelse, trygghet og ros samt informasjon om fremgang i fødselen. Videre kan det omfatte råd om mestringsteknikker og tiltak for å fremme kvinnens velvære (Berg, 2010; Bohren et al., 2017). Kvinnens frihet til bevegelse i fødsel avhenger i stor grad av hvilken veiledning, motivasjon og omsorg hun blir møtt med av jordmor. Store variasjoner i kunnskapen blant kvinner krever mye informasjon og veiledning om hvordan og hvorfor hun bør bevege seg i fødsel. Jordmødrene sier at de prioriterer å forklare kvinnen hvor viktig bevegelse er og at hun skal få veiledning til dette. Frihet til å bevege seg og endre stillinger underveis i fødselen ses i sammenheng med hvordan kvinner håndterer smerten og styrker følelsen av kontroll for fødekvinnen (Shermer & Raine, 1997). Studier rapporterer at dersom kvinnen ikke ber om informasjon, får hun heller ikke tilbud om ulike valgmuligheter når det gjelder fødestilling (Gupta et al., 2017). Ansvar for dette kan ikke tillegges kvinnen. For at kvinnen skal finne og benytte sine egne ressurser i fødsel, har hun behov for jordmors tilstedeværelse. Jordmødre må aktivt motivere dersom kvinnen umotivert, selv om det til tider kan være utfordrende ifølge jordmor. Jordmødrene i vår studie sa at det er viktig å motivere med kortsiktige mål gjennom hele fødselen for at det ikke skal føles uoverkommelig for kvinnen. Ifølge Helman har kvinner behov for støtte og omsorg og praktisk hjelp under fødselen (Helman, 2007). Kontinuerlig støtte og omsorg under fødselen vil gi bedre fødselsutkomme for både kvinnen og barnet (Bohren et al., 2017). En målsetning i fødselsomsorgen foruten å gi en trygg omsorg er at kvinnen skal få en positiv opplevelse (Lundgren, 2010). Den absolutt viktigste faktoren for å oppnå en positiv fødselsopplevelse er støtte. Kontinuerlig støtte gir kortere fødselsforløp, mer spontane forløsninger, en opplevelse

av mindre smerter, redusert bruk av smertelindring, lavere frekvens av instrumentelle forløsninger samt forbedret fødselsopplevelse. Studier avslører at kvinners fødsels erfaring er forbundet med kortsiktige og langsiktige implikasjoner på kvinners helse og velvære. Kvinner som får en følelse av kontroll over å kunne velge fødestillingen sin utvikler selvtillit og en følelse av kompetanse. De må derfor få en sjanse til å oppnå dette og være involvert i beslutningsprosesser, spesielt med hensyn til hvilken type fødestilling de ønsker å innta under fødselen (M. J. Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé & Lagro-Janssen, 2013; M. J. Nieuwenhuijze, Low, Korstjens & Lagro-Janssen, 2014; Thies-Lagergren et al., 2013). Dessverre ender altfor mange kvinner i ryggeleie under utdrivningen ifølge jordmødrene vi har intervjuet. Hvordan kan vi endre denne trenden? Forskningslitteraturen anbefaler kvinnen å innta den posisjonen hun foretrekker (Deliktas & Kukulu, 2018), noe som støtter kvinnens bevegelsesfrihet, men dersom kvinnen ikke har kunnskap om verdien av bevegelse og stillingsendringer, blir vi stående på stedet hvil uten noen endring i praksis.

Fødestillingen kan påvirkes av flere ulike faktorer inkludert omgivelsene, kvinnens valg, jordmors preferanser eller medisinske intervensjoner (Gupta et al., 2017). Jordmødrene mener også at kvinnen kan føde i den stillingen hun ønsker så fremt det lar seg gjøre, men innrømmer samtidig at det er mange kvinner som føder på rygg. I en fransk studie rapporterte 87,6% av jordmødre at de foretrekker ryggeleie, og 66% brukte jevnlig beinholdere (Barasinski et al., 2018). Jordmødrene i vår studie forklarte årsaken til dette med et høyt fokus på å unngå rifter og flere erfaringer med kompliserte fødselsforløp som rett og slett gjør dem mer komfortable med kvinnen i ryggeleie. Riffter er viktig å unngå både for jordmor og kvinnen, men er det virkelig slik at dette skal hindre kvinnens bevegelsesfrihet fordi jordmor må støtte i ryggeleie? Jordmødrene ga uttrykk for hvordan de helt fint forløser i andre stillinger uten å oppleve mye rifter. Det handler om kommunikasjon og å innrette seg etter kvinnens stilling. Det er derimot ikke enighet om at ryggeleie gir mindre rifter i forskningslitteraturen, som favoriserer oppreiste stillinger for å unngå stor perinealskade (De Jonge et al., 2007; Gupta et al., 2017). Når kvinnen ligger på ryggen utnyttes ikke tyngdekraften slik at barnets nedtrekking hemmes, dette kan utsette kvinnen for obstetriske komplikasjoner slik som lengre fødselsvarighet som igjen øker risikoen for keisersnitt eller operativ vaginal fødsel (Diorgu et al., 2016; Gaffka, 2016). Kvinner rapporterer også at det å føde i ryggeleie er smertefullt, ukomfortabelt og vanskelig (Gupta et al., 2017; Zileni et al., 2017). Oppreiste fødestillinger gir reduksjon i keisersnittsrate. Dette er et lovende funn ettersom keisersnittfrekvensen er økende verden over og er en signifikant trussel for maternell helse (Deliktas & Kukulu, 2018).

Vi kan ha forståelse for jordmødres frykt for komplikasjoner i fødsel, men blir det riktig at jordmors frykt skal begrense kvinnens bevegelsesfrihet? Vi må ikke glemme at en fødsel er en normal fysiologisk prosess, kvinnen skal mestre fødselsarbeidet og jordmor skal støtte og oppmuntre snarere enn å styre og kontrollere (Blix, 2017b). Noen av jordmødrene påpekte hvordan de enkelt kan legge kvinnen på rygg hvis det trengs, slik at jordmors egen frykt for komplikasjoner ikke står i veien for kvinnen. Konsekvensen kan være at vi beveger oss bort fra naturlig fødsel. I verste fall vil alle fødsler i fremtiden foregå i seng med kvinnen på rygg.

Jordmødrene snakket positivt om oppreiste fødestillinger, spesielt hvis det er dårlig fremgang. Både firefot og huksittende er godt likt av de fleste. Verdien av bevegelse og stillingsendringer i fødsel har overbevisende evidens fra forskningsfeltet som viser til en rekke fordeler for både mor og barn (Bohren et al., 2017; Deliktas & Kukulcu, 2018; Diorgu et al., 2016; Hollins Martin & Martin, 2012; Kopas, 2014; Lawrence et al., 2013). Ved forslag om hvilken stilling kvinnen skal føde i må jordmor selvsagt vurdere kvinnens mulighet til en slik stilling og høre hva kvinnen selv tenker om det. En jordmor uttrykker det så fint: «det er ikke jeg som skal ha en drømmefødsel, det er kvinnen som har fasiten».

Berg et al.'s (2012) kvinnesentrerte modell, MiMo, påpeker hvor viktig det er at kvinner involveres i sin fødsel. En gjensidig relasjon mellom fødekvinne og jordmor skapes ved at jordmor blir kjent med kvinnen, hvem hun er, hva hun ønsker og har behov for (Berg et al., 2012). Ivaretagelse av kvinnen fra en støttende og tilstedeværende jordmor er derfor av stor betydning for at frihet til bevegelse skal kunne skje. I dagens fødselsomsorg er det imidlertid stor jordmormangel og i en hektisk hverdag på en fødeavdeling er det slett ikke alltid jordmor kun har én kvinne i fødsel hun skal ivareta. Ved stor arbeidsbelastning for jordmor kan den fødende bli overlatt mye til seg selv. Dette vil påvirke tilliten kvinnen har til jordmor og samspillet mellom dem (Bohren et al., 2017). Økte krav til dokumentasjon, flere arbeidsoppgaver og stadig større jordmormangel i landet vil gå på bekostning av tilbudet til den fødende. Schjelderup (2019) mener mangelen på jordmødre er en varslet krise og at jordmødre i flere år har vært en av de yrkesgruppene i landet med størst personellmangel. Dette fører naturligvis til utfordringer for pasientsikkerheten innen fødselsomsorgen. Det utdannes ikke nok jordmødre til å dekke det fremtidige behovet (Schjelderup, 2019) da hver 6. jordmor kommer til å nå pensjonsalder innen få år (Riksrevisjonen, 2019). Hvordan skal jordmødre da kunne være tilstedeværende for den fødende kvinnen?

Jordmors mål er å bidra til fremgang i fødselen. Flere av jordmødrene benytter bevegelse og stillingsendringer for nettopp dette. Langsom fremgang diagnostiseres hos 32% av alle fødende i Norge og dermed den hyppigste komplikasjonen i fødselsforløpet (Medisinsk fødselsregister, 2018). En av jordmødrene snakker om hvordan fødselsomsorgen i dag har “blitt mer effektiv” og henviser til den utstrakte bruken av oxytocin. Man kan spørre seg om forklaringen bak dette ligger i det høye arbeidspresset jordmødrene opplever. Føler jordmødre seg “presset” til å “produsere” fødsler og få kvinnene gjennom raskest mulig? Litteraturen støtter dette hvor jordmødre forklarer at de har liten kontroll på organisering av deres tid pga stort fokus på praktiske oppgaver (Barasinski et al., 2018; Hunter, Magill-Cuerden & McCourt, 2015; Musie et al., 2019). Langsom fremgang er assosiert med økt keisersnittsrate og føtal og maternell morbiditet (Bugg, Siddiqui & Thornton, 2013). Jordmor har altså god grunn til å bidra med tiltak for å unngå dette. Men er det alltid oxytocin som er førstevalget? Kan vi vise mer tillit til kvinnekroppens mulighet til å produsere naturlige rier, og kan vi forsøke ikke-medikamentelle tiltak slik som bevegelse og stillingsendringer først? Det er oppløftende å se at nylig utgitt, revidert utgave av Veileder i Fødselshjelp foreslår nettopp dette som tiltak før amniotomi og stimulering med oxytocin (Rossen et al., 2020).

Jordmødrene forteller om at det er viktig å “prøve alt” før keisersnitt blir besluttet. Kvinneklinikken ved Stavanger universitetssykehus har i sine prosedyrer “Protrahert fødsel” og “Flytdiagram for utdrivningsfasen” forslag til tiltak ved langsom fremgang i fødsel. Prosedyren anbefaler spesifikke bevegelse og stillingsendringer som aktuelle tiltak (Nilsen, 2019; Sande, 2015). Dette burde være standard ved alle landets fødeavdelinger.

Berg et al (2012) mener det er essensielt å skape en *atmosfære for fødsel* i sin jordmormodell. Jordmor sørger for et miljø for fødsel som utstråler følelse av ro, tillit og sikkerhet. Det er en atmosfære som virker styrkende og som støtter den normale fødselen. Den franske obstetrikeren Odent ønsket å utvikle et miljø for fødselen som en livshendelse der kvinner kunne oppleve frihet og trygghet. Han ville skape et miljø der kvinnen kan benytte sin fødselskapasitet og ikke en viss tillært oppførsel (Odent, Ingemark & Jansson, 1985). Det handler om gjensidig tillit: kvinnens tillit til seg selv og til personalet og personalets tillit til kvinnens fødekapasitet (Lundgren & Hallgren, 2010). Jordmødrene beskrev hvordan gjensidig tillit kan styrke kvinnens tro på at hun kan mestre fødselsarbeidet. Jordmor må altså skape en god atmosfære og flere jordmødre nevnte dette med at kvinnen må føle seg trygg, fri og uten hemninger. Ønsket om å være mobil i fødsel påvirkes av miljøet, både i det fysiske rommet

og graden av privatliv (Walsh, 2012). Gjøres det nok for å tilrettelegge miljøet på fødestuen, og blir dette tilstrekkelig prioritert? Internasjonale veiledere for fødselsomsorg anerkjenner viktigheten av at kvinner får mulighet til å bevege seg i fødsel og foreslår at fødeavdelinger er designet og tilrettelagt for mobilitet og oppreiste fødestillinger (NICE, 2014).

I en norsk studie beskriver hjemmefødselskvinner hvordan fødekvinnen trenger ro rundt seg for å konsentrere seg om fødselsarbeidet. Kvinner i fødsel som ikke forstyrres går normalt “inn i seg selv”. De har en endret bevissthetstilstand, vanligvis med lukkede øyne, er dypt konsentrert og snakker ikke mellom riene (Blix, 2011). Cheyney (2008) beskriver dette som “Laborland”, et sted hvor nesten alle kvinner har behov for å reise til mentalt under fødselen for å finne kraften og styrken til å føde. Bruk av legemidler og følelse av frykt kan forhindre dette (Cheyney, 2008). Betaendorfiner som kvinnen produserer gjennom fødselen hjelper til med å komme i denne tilstanden, bidrar antakelig til at hun mestrer fødselssmerten og stresset i en fødsel (Buckley, 2015). Det optimale vil derfor være at jordmor tilrettelegger for et miljø der kvinnen kan “reise til Laborland” (Cheyney, 2008). Ifølge jordmødrene i vår studie, vil kvinnen finne gode stillinger selv og bevege seg intuitivt dersom hun har mulighet. Hun vil kjenne hvilke stillinger eller bevegelser som er smertelindrende og avslappende. En kan anta at fødekvinnen da er i *Laborland* slik Cheyney har beskrevet det (Cheyney, 2008). Flere jordmødre påpekte at kvinnen intuitivt vil hjelpe barnet sitt med bevegelser som eksempelvis kan reversere feilinnstilling og dermed innta den mest hensiktsmessige stillingen naturlig ut fra barnets posisjon.

Ifølge jordmødrene vil epidural frata fødekvinnen hennes naturlige bevegelse! Det er spesielt viktig å tenke på å bidra til barnets rotasjoner dersom kvinnen har epidural. Epidural fører til en avslapningseffekt av bekkenbunnsmuskulatur som betyr at barnet ikke møter den nødvendige motstandskraften fra bekkenbunnen for å få til de normale rotasjonene. Forskerne mener dette er spesielt tydelig for førstegangsfødende (Lemos et al., 2017; NICE, 2014). Dette vil føre til en forlengelse av fødselsforløpet (Downe & Marshall, 2014), med de negative innvirkninger det kan medføre. Kvinnen må selvsagt få bestemme om hun ønsker epiduralanalgesi i fødsel, men i 2019 fikk så mange som 35,5 % av alle kvinner som fødte vaginalt i Norge epidural (Medisinsk fødselsregister, 2019). Hvorvidt er jordmødre bevisst på å bruke bevegelse aktivt ved epidural? Enkelte av jordmødrene gav uttrykk for at epiduralen kan tenkes å være en «hvilepute» for noen kollegaer fordi kvinnen da ikke har like stort behov for jordmor. De var derimot samstemte i at det er da jordmor virkelig trengs. Epidural er et flott tilbud til de som trenger det, men dersom jordmor har kapasitet til å ha kontinuerlig

tilstedeværelse hos kvinnen, kan hun bruke sin kunnskap mer og dermed hjelpe kvinnen å mestre fødselsarbeidet på en bedre måte som gjør at kvinnen ikke vil ha behov for epidural (Bohren et al., 2017). Det vil altså bli en slags selvforsterkende positiv effekt.

Det finnes flere hemmende faktorer jordmor aktivt må trosse for å tilrettelegge slik at frihet til bevegelse skal kunne være til stede. Bruk av epidural, CTG og annet medisinsk teknisk utstyr vil naturlig nok innskrenke kvinnens bevegelsesfrihet fordi det innebærer at hun er lenket til apparater og ledninger. Norge har retningslinjer for fosterovervåking i fødsel (Yli et al., 2014), men ifølge jordmødrene er det ikke slik at kvinnen av den grunn trenger å bli immobil. Mange øvelser kan gjøres i seng eller på gulvet nær sengen og apparatet, flere apparater kan flyttes på, og det finnes i tillegg trådløs overvåking. En jordmor poengterte at det er vanskelig å få inn riene når de står oppreist med fosterovervåking, men desto mer aktiv og tilstedeværende må jordmor være for at overvåkingen ikke blir av dårlig kvalitet. Kanskje det er derfor enkelte jordmødre foretrekker at kvinnen blir i sengen? Mange bevegelser og stillinger krever også ekstra fosterovervåking og tilstedeværende jordmødre (Simkin, Ancheta & Hanson, 2017; Tully, 2011). Ifølge Gupta et al (2017) er den viktigste fordelene ved å ha kvinnen på rygg er lett tilgang til kvinnens mage for fosterovervåking (Gupta et al., 2017). Jordmødrene forteller at de kan overta etter andre kollegaer hvor kvinnen kanskje ikke har vært ute av sengen på mange timer selv om det ikke er noen god forklaring på dette.

Flere av jordmødrene fortalte hvordan de har tilegnet seg kunnskap om bevegelse og stillingsendring i fødsel gjennom erfaringen de har fått og eget initiativ til å lære. Mer erfarne kollegaer har bidratt til kunnskapsutveksling. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for jordmødre heter det at “Jordmødre deltar i den formelle utdannelsen av jordmorstudenter og jordmødre” og “Jordmødre utvikler og deler kunnskaper i jordmorfaget gjennom en rekke forskjellige prosesser.” (ICM, 2014a). Jordmødre har altså plikt til å videreformidle sin erfaringskunnskap, den tause kunnskapen. Flere jordmødre ga uttrykk for bekymring for jordmorfaget og dets fremtid. De bemerket at enkelte av deres kolleger ikke benytter bevegelse og stillingsendringer i like stor grad. Diskusjoner om dette på vaktrommet har derimot vekket interesse hos noen, men de ønsker mer faglig påfyll om dette på fagdager. Jordmødrene snakket videre om at interessen for bevegelse og stillingsendring er noe som kommer i bølger. En jordmor fortalte hvordan hun som nyutdannet ble “sjokkert” over forskjellen mellom forkunnskap og realiteten på fødeavdelingen; “det meste av fødselsarbeidet er jo bevegelse!”. En jordmor påpekte at det å ikke ha interesse for bevegelse i

fødsel blir det samme som å ikke ha interesse for fødsel generelt: “Temaet er jo fødsel! Så hvis de ikke er interessert vet jeg ikke...”. Som jordmor skal man ivareta de psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behovene til kvinnen (ICM, 2014a). Som jordmor kan man altså ikke velge bort faktorer som kan ha stor betydning for fødselen ut fra interesse. Vi stiller oss derfor uforstående til hvorfor det er slik jordmødrene beskriver, at interessen kommer i bølger. Er ikke dette noe som er viktig i enhver fødsel?

Til tross for jordmødrenes store engasjement påpekte de at det er viktig å stå opp for seg selv og for det de har tro på. I yrkesetiske retningslinjer heter det videre “jordmødre støtter og hjelper hverandre i sine profesjonelle roller og gir aktiv mening til sin egen og andres følelse av egenverd” (ICM, 2014a). Man kan spørre seg om hvorfor en av jordmødrene ga uttrykk for at hun “skammet seg fordi jordmor-2 syntes det var rart”. Er dette et tegn på at det medisinske fødselsparadigmet er så sterkt at det fremmer denne selvjustisen, og hva kan gjøres for å styrke selvtilliten til jordmødre som fremmer fysiologisk fødsel?

Sammenliknet med mange andre land i Europa har norske jordmødre stor yrkesautonomi og dermed et stort ansvar for utvikling av sitt fag og yrke. Det er en styrke, men også en utfordring som stiller krav til dagens og framtidens jordmødre. Hva er jordmorfagets kjerneområder til forskjell fra andre fag og yrker? Her er det også et stort potensial for samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og jordmødre i det praktiske felt om utvikling av eget fag (Fylkesnes, 2017).

Som tidligere nevnt bærer fødekulturen preg av at kvinnen skal tilpasse seg etter jordmor i fødsel, også «Veileder i fødselshjelp» viser til dette i egen anbefaling (Spydslaug et al., 2014). Jordmødrene mente derimot at det er kvinnen som bestemmer så langt det tillates og at jordmor tilpasser seg henne. Flere fremhevet dette som noe av det spennende med jobben, at de ikke vet hva som vil skje. De bemerket også hvordan det å følge etter kvinnen bidrar til at de selv holder seg i form og unngår statiske stillinger. En kan tenke seg at jordmor sitter med mye makt inne på fødestuen. Til syvende og sist er det kvinnens medbestemmelsesrett som gjelder. Hennes autonomi må respekteres, og kvinnen må få god informasjon fra jordmor slik at hun kan gjøre et vel informert valg (Fylkesnes, 2017).

Som presentert var jordmødrene opptatt av hvordan bekkenet beveger seg i ulike stillinger. Anatomi og fysiologi taler for hvordan leddene i bekkenet er mer bevegelig i svangerskapet, dermed en fordel i fødsel. I tillegg kan bekkenmålene i hele fødselskanalen endre seg ut fra

hvilken stilling kvinnen står i (Thakar & Sultan, 2014). Dette er viktig kunnskap for jordmor når hun velger en bevegelse eller stilling ut fra hva hun ønsker å oppnå. Jordmødrene fremhever stillinger med knærne ut til siden som stillinger som åpner bekkeninngangen og stillinger med knærne innover som åpner bekkenutgangen. Stillinger som “Side-lying release”, “Walchers manøver” og “Shaking apples” kommer frem som spesielle favoritter. Dessverre er det begrenset med forskning på bevegelse og stillingsendring. En viktig forklaring til dette er det etiske aspektet. Det ville være uetisk å gjennomføre en randomisert kontrollert studie hvor man studerer forskjellen mellom kvinner som får bevege seg i fødsel og kvinner som må ligge i sengen. Det er blitt gjennomført enkelte studier av slik art iblant annet Kina (Zhang et al., 2017).

Jordmødrene sa - all bevegelse er positivt, det er som regel ingen kontraindikasjon for å gjøre det - i tillegg fremhever flere evidensbaserte retningslinjer bevegelse og stillingsendringer som et ikke-medikamentelt tiltak i fødsel (Kopas, 2014; NICE, 2014; WHO, 2018a). Det koster ingenting, derimot kan det koste å la være.

Til tross for tilgjengelig evidensbaserte litteratur for bruk av alternative fødestillinger, stillingsendringer og bevegelse i fødsel, er ryggeleie i utstrakt bruk av både kvinnen og jordmor. Det finnes ikke evidens for én ideell stilling for alle kvinner annet enn at ryggeleie bør unngås, derfor må kvinnen få lov til å innta den stillingen hun finner komfortabel eller jordmor må oppmuntre eller veilede kvinnen til dette (Kopas, 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2018a). Jordmødrene bemerker det; medisinsk teknologi begrenser bevegelsesfrihet - det begrenser både muligheter for å lære, veilede og bruke bevegelse. Musie et al (2019) støtter dette (Musie et al., 2019). Jordmødre spiller en sentral rolle i å ivareta og støtte kvinnen under fødselen og ønsker et optimalt utfall for kvinnen og barnet i magen. Dermed bør jordmødre mestre nødvendige ferdigheter og teknikker som trengs for å anvende forskjellige stillinger og videreformidle denne kunnskapen til kvinnene (Huang, Zang, Ren, Li & Lu, 2019).

5.2 Metodediskusjon

I dette avsnittet diskuteres studiens metodiske kvalitet og troverdighet. Graneheim og Lundman (2004) anbefaler å bruke spesifikke begreper knyttet til kvalitativ tradisjon ved studier der kvalitativ innholdsanalyse benyttes. Begrepene credibility (gyldighet), dependability (pålitelighet) og transferability (overførbarhet) beskrives som forskjellige

aspekter av begrepet thrustworthiness (troverdighet/validitet) (Graneheim & Lundman, 2004). Ettersom denne studien ble basert på Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse, har vi valgt å forholde oss til begrepene de anbefaler.

5.2.1 Studiedesign

Forskningsresultater skal være så pålitelige som mulig, og hver forskningsstudie må evalueres i forhold til de prosedyrene som benyttes for å fremstille funnene. Troverdighet handler om studiens formål og i hvor stor grad datainnsamlingen belyser problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). Å velge en metode som er adekvat i forhold til problemstillingen er en hovedregel i vitenskapelig virksomhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitative metoder kan gi ny kunnskap på områder hvor forskningsgrunnlaget fra før er tynt, der problemstillingen ikke har oversikt over relevante svaralternativer eller der vi heller leter etter nye spørsmål enn etter gamle svar (Malterud, 2017). Kvalitativ forskning er undervurdert forskning, spesielt der forskningsfeltet blir begrenset på grunn av etiske hensyn. Med tanke på vår problemstilling, mener vi derfor andre metoder ville vært uegnet, da kvalitativ metode benyttes for å få svar på menneskers erfaringer, opplevelser og samhandling. En statistisk bearbeiding av numeriske data ville i denne sammenhengen ikke gitt oss relevante svar. Imidlertid kan ikke våre resultater generaliseres på lik linje som kvantitative studier, men funnene kan gi større forståelse for fenomenene bevegelse og stillingsendringer i fødsel, og dermed ha en overføringsverdi for et praktisk yrke (Malterud, 2017).

Studien har hatt et hermeneutisk- og fenomenologisk inspirert perspektiv. Dette har latt seg kombinere med kvalitativ innholdsanalyse ettersom de underbygger hverandre (Lincoln & Guba, 1985). En slik og vitenskapsteoretisk tilnærming har gjort oss observante for egen forforståelse og tolkning underveis i prosessen. Vi har begge erkjent vår forforståelse og samtidig vært åpne for nye funn.

5.2.2 Utvalget

For å oppnå gyldighet er det avgjørende å finne deltakere som sannsynlig har opplevelser av fenomenet som studeres og er i stand til å fortelle om det (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Derfor krever all forskning utvalgsstrategier. Alle våre informanter er jordmødre med et spesielt engasjement for bruk av bevegelse og stillingsendringer i fødsel. Utvalget i studien er inkludert på bakgrunn av at de har en særegen

kunnskap om emnet, dermed fikk vi tilstrekkelig rikt og variert materiale (Graneheim & Lundman, 2004). Intervju basert på jordmødre med praksis utelukkende fra hjemmefødsler kunne også vært aktuelt, men vi ønsket innsikt jordmødres erfaring fra fødeavdelinger der utstrakt medikalisering av fødsler forekommer.

Antall deltakere besvarer spørsmålet om nødvendig mengde data (Graneheim & Lundman, 2004). Etersom innholdsanalyse understreker variasjon i innhold og mangfold, må det være tilstrekkelig data for å dekke betydelige variasjoner. Det er ikke mulig å foreslå et spesifikt antall deltakere eller intervjuer i forkant, ettersom den optimale datamengden avhenger av studiens formål og kvaliteten på dataene. Det ikke garanteres at rikheten av data øker med mengde deltakere og tekst (Graneheim et al., 2017; Sandelowski, 1995). Vi mener vårt valg av deltakere både i egenskaper og antall, var passende til å belyse vår problemstilling. De hadde flere års erfaring som jordmødre fra ulike arbeidsplasser. Jordmødrene ga uttrykk for glede over å dele sin kunnskap om temaet. Ingen trakk seg fra studien underveis.

5.2.3 Forforståelse

Det er nødvendig å være klar over egen forforståelse ettersom det kan påvirke hvordan spørsmål stilles, oppfølgingsspørsmål og hvordan fortellinger blir oppfattet og tolket (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi var kritiske til egen forforståelse, men samtidig klar over at den var til stede. Vi gjorde vårt beste for å ikke la egne erfaringer, kunnskap og holdninger påvirke interaksjonen i intervjuene. Forhåpentligvis bidro vårt engasjement til en positiv atmosfære, slik at jordmødrene villig delte sin kunnskap og erfaring.

Våre forutsetninger som forskere har stor betydning ved organisering og fortolking av materialet i analyseprosessen (Malterud, 2002). Vi er begge jordmorstudenter, vi har ulik erfaring innen temaet, men deler den samme forforståelsen. Kvalitativ innholdsanalyse innebærer en balansegang. På en side er det umulig og uønsket for forskerne å ikke legge et bestemt perspektiv til fenomenene som studeres. På den andre siden må forskeren 'la teksten snakke' og ikke tilegne mening som ikke er der. Det er alltid en risiko for å tolke feil, men vi tar forbehold om at vi har forstått teksten riktig (Graneheim & Lundman, 2004).

5.2.4 Datainnsamling

Gyldighet innebærer å velge den mest hensiktsmessige metoden for datainnsamling (Graneheim & Lundman, 2004). Vi valgte individuelle semistrukturerte intervjuer som metode. Alternative strategier kunne vært vel så godt egnet slik som deltakerobservasjon eller fokusgruppeintervju (Malterud, 2017). Ved å bruke ett eller to fokusgruppeintervjuer, fremfor ti dybdeintervjuer, hadde vi spart oss for mye arbeid i transkriberings- og analyseprosessen. Vi ønsket imidlertid å høre hver enkelt jordmors erfaring og kunnskap omkring emnet og var usikre på om det ville bli for liten tid og for mange informanter sammen til å gi rom for dette. Med begrenset tid og nasjonale anbefalinger om sosial distansering, på grunn av koronapandemien, ville en slik tilnærming blitt vanskelig å gjennomføre. Fokusgruppeintervju eller deltakerobservasjon krever mer kompetanse som forsker, og som ferske i forskningsfeltet mener vi at semistrukturerte intervju var en overkommelig start. Dette støtter Kvale (1996) som mener semistrukturerte intervjuer er et naturlig førstevalg for nybegynnere (Kvale, 1996).

Gyldighet har fokus på konsekvent og nøyaktig datainnsamling for å tilstrebe stabile funn. En slik fremgangsmåte rettfærdiggjør studiens overførbarhet og holdbare resultater over tid (Graneheim & Lundman, 2004). Ved å utvikle en intervjuguide med formål å besvare problemstillingen holdt vi oss lettere til temaet under intervjuene. Gjennom prøveintervju og bistand av en utenforstående jordmor til å vurdere spørsmålene, sikret vi at de lot seg besvare og var relevante. Når data er omfattende og samlingen strekker seg over tid, er det fare for at datainnsamlingen blir inkonsekvent og truer påliteligheten ved studien (Graneheim & Lundman, 2004). Det er viktig å stille spørsmål ved de samme områder for alle deltakere, dette sikret vi ved å stille de samme hovedspørsmålene til alle jordmødrene. Intervju er en utviklende prosess hvor forskeren som tilegner seg ny innsikt i fenomenet underveis og som senere kan påvirke oppfølgingsspørsmål eller begrense fokus (Malterud, 2017). Intervjuguiden hadde syv hovedspørsmål og flere underspørsmål. Vi spør oss likevel om den var for detaljert? Hovedspørsmålene ble stilt alle informanter, mens underspørsmålene kun ble brukt dersom samtalen gikk i stå eller vi ønsket å ta opp tråden dersom samtalen dreide inn på andre temaer. Dette kan ha medført at vi har gått glipp av data vi hadde fått med en mindre strukturert intervjuguide. Imidlertid kan en samtale bli altfor overfladisk og generell, derfor skal ikke kvalitative intervjuer være uten struktur (Kvale & Brinkmann, 2015).

Kvaliteten på det originale intervjuet er avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen, verifiseringen og rapportering av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi tilstrebet god intervju praksis ved å tilegne oss kunnskap og sette oss godt inn i temaet på forhånd (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette har trolig økt vår innsikt i jordmødrenes beskrivelser (Malterud, 2017). Forberedelser slik som gjennomgang av litteratur om intervju bidro til å skape trygghet og gjorde oss klare for gjennomføring. Vi skal likevel ikke legge skjul på at intervjusituasjonen var utfordrende. Vi var begge engasjerte i tematikken og måtte være ekstra bevisst på egen væremåte. Det ble lettere å inntre i rollen som intervjuer etter gjennomføring av første intervju.

Mengden av data som er nødvendig for å besvare en problemstilling på en troverdig måte varierer avhengig av kompleksiteten på de fenomenene som studeres og datakvaliteten (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens omfang må også tas i betraktning. Vi inkluderte samtlige jordmødre som sa ja til deltakelse. Det er ifølge Kvale og Brinkmann (2018) et ofte en fordel med færre intervjuer og heller mer tid på forberedelsene til intervjuene og analysen i etterkant. Enkelte studier er designet ut ifra en misforstått kvantitativ forutsetning om at dess flere intervjuer som utføres, dess mer vitenskapelig studie (Kvale & Brinkmann, 2015). Etter gjennomføring av åtte intervju erfarte vi det Malterud (2017) beskriver som *metning*, altså at ytterligere datainnsamling ikke ville føre til ny kunnskap. Vi valgte likevel å gjennomføre de to siste intervjuene ettersom disse var allerede avtalt. De to siste intervjuene tilførte overraskende likevel ny verdifull kunnskap. Dette viser at det er viktig å velge informanter med god informasjonsstyrke fremfor å bestemme omfanget på et bestemt antall (Malterud, 2017). Ytterligere intervjuer kunne selvsagt tilført ny kunnskap, men her måtte vi sette en begrensning basert på tiden vi hadde til rådighet. Vi mener derfor at vår oppgave med ti intervjuer rettferdiggjør tilstrekkelig mengde data og at den er passe stor til å belyse vår problemstilling (Kuzel, 1999). Vi ble svært overrasket over all kunnskapen som fremkom og vi lærte enormt mye.

5.2.5 Analyse

Troverdighet handler om i hvor stor grad analyseprosessen belyser problemstillingen. Når det gjelder hvorvidt studien leverer troverdige resultater, innebærer dette drøfting rundt studiens gyldighet (Graneheim & Lundman, 2004). Inneholder våre resultater gyldig kunnskap (Kvale, 1996)? Pålitelighet handler om fremgangsmåten i innholdsanalysen er ensartet og holdbar

over tid (Graneheim & Lundman, 2004). Vi tilegnet oss kunnskap hvordan kvalitativ innholdsanalyse skulle utføres på forhånd. Analysen har likevel vært en krevende og utfordrende prosess. Transkriberingen ble foretatt like etter gjennomført intervju, noe som bidro til at intervjusituasjonen var friskt i minnet og lettet prosessen. Det var tidkrevende, men ga oss en unik mulighet til å få bedre innsikt i datamaterialet. Det ansees som en styrke når intervjueren selv har utført (Malterud, 2017).

For å sikre pålitelige funn benyttet vi prinsippene bak hermeneutikken ved at vi stadig gikk tilbake til det transkriberte materialet under analyseprosessen. Dette sikrer riktig håndtering av deltakernes beskrivelser og vi ble påminnet hva som egentlig ble sagt (Graneheim & Lundman, 2004).

Et godt grunnlag for å bedømme om funnene er troverdig, er hvordan meningsbærende enheter, kondensering og abstraksjon er konstruert. Passende meningsbærende enheter må plukkes ut av teksten og det er viktig å se disse i sammenheng med problemstillingen (Graneheim & Lundman, 2004). Vårt store engasjement og interesse for temaet kan ha vært en svakhet ved studien. I analyseprosessens startfase ble det identifisert et stort antall meningsbærende enheter. Ved nøye gjennomgang av materialet ble flere meningsbærende enheter senere ekskludert fordi de ikke angikk problemstillingen. I analyseprosessen var vi sjelden uenige i våre funn, og man kan spørre seg om dette var en fordel eller ulempe? Der det oppstod uenighet ble funnene diskutert frem til konsensus. Hadde vi fått andre resultater dersom vi hadde hatt mer ulike tolkninger av dataene? Vi mener at det var en stor fordel å gjennomføre analysen med en annen forsker. Formålet var ikke konsensus, men å skape et analytisk rom med flere nyanser, og vi mener våre funn belyser studiens problemstilling. Det øker studiens pålitelighet nå det er minst to forskere som deltar i analysen ettersom forskerens fortolkende repertoarer kan variere og en medforsker kan komme med alternative tolkninger. I tillegg ble veiledere involvert underveis for å tilse at vi ikke har misforstått det som er fremstilt i intervjuene. Dermed mener vi dette styrker og rettferdiggjør studiens pålitelighet (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2017; Sandelowski, 2011).

Troverdighet av forskningsresultater handler også om hvordan forskjeller og likheter i kategoriene bedømmes og hvor godt de representerer temaet (Graneheim & Lundman, 2004). Vi mener de meningsbærende enhetene har bidratt til relevante underkategorier og kategorier som dekker materialet på en god måte. Videre vil vi påstå at kategoriene gir et godt svar på problemstillingen. Å gi eksempler på abstraksjon og tolkningsprosess legger til rette for

leserens bedømmelse av studiens troverdighet og gyldighet (Graneheim & Lundman, 2004). For å styrke troverdigheten og overførbarheten til denne studien, er analyseprosessen illustrert i to tabeller (tabell 1 og tabell 2). Gjennom metodekapittelet er det grundig beskrevet av studien kontekst og fremgangsmåte under hele prosessen, i tillegg har vi en fyldig presentasjon av funnene og teksten er beriket med representative sitater fra den transkriberte teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Slik blir jordmødrenes stemme prioritert fremfor forskerne (Graneheim et al., 2017). Vi er av den oppfatning at studiens gyldighet er rettfærdiggjort nøyaktige beskrivelser av framgangsmåte underveis.

I kvalitativ forskning handler påliteligheten om å etablere argumenter for de mest sannsynlige tolkningene. Påliteligheten øker dersom funnene presenteres slik at leseren kan se etter alternative tolkninger (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004). Våre funn er våre subjektive tolkninger i lys av studiens problemstilling og perspektiv. Andre med en annen forforståelse kunne tolket annerledes.

5.2.6 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

Pålitelighet inkluderer også spørsmålet om overførbarhet; i hvilken grad funnene kan overføres til andre omgivelser eller grupper (Polit & Hungler, 1999). Vi kan foreslå overførbarhet, men det er opp til leseren om funnene kan overføres til en annen kontekst eller ei. Forskningen gjøres overførbar ved å tydelig beskrive kultur og kontekst, utvalget og egenskaper ved deltakere, datainnsamling og analyseprosess.

Påliteligheten, referer i omfattende forstand til hele studien. Det er utfordrende å beholde den «røde tråden» gjennomgående fra innledning til konklusjon. Leserens bedømmer kvaliteten på studien og vårt ansvar er å presentere den slik at påliteligheten rettfærdiggjøres (Graneheim et al., 2017). Vi mener vi har vært trofaste mot problemstillingen, ærlige i fremgangsmåten og tilstrebet en «rød tråd» gjennom hele studien.

Begrepet overførbarhet omhandler hvordan studien kan utgjøre en forskjell. Bidrar vår studie til ny kunnskap (Malterud, 2017)? Funnene i vår studie presenterer i stor grad taus kunnskap som er lite belyst i eksisterende litteratur. Vi mener derfor at studien gir innsikt til ny kunnskap ved en helt essensiell del av fødselsforløpet.

En annen viktig vurdering innen forskning er om funnene er generaliserbare. Begrepet er ofte urealistisk å oppnå, derfor er målet om generalisering erstattet av muligheten for overførbarhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Kan dette rettferdiggjøres ved vår studie? De som leser vår masteroppgave vil kanskje kjenne seg igjen, men det betyr ikke at våre funn gjelder alle. Ti jordmødre beskriver mangel liknende erfaringer om bruk av bevegelse og stillingsendringer i fødsel. Vi mener denne oppgaven bidrar til å sette ord på taus kunnskap som har overføringsverdi for jordmødre og til fødende.

5.3 Implikasjoner for praksis

Det er nødvendig å implementere bevegelse og stillingsendringer inn i dagens praksis. Veileder i fødselshjelp (2020) nevner dette i tillegg til at fødeavdelingen i Stavanger har innlemmet bevegelse og stillingsendringer i prosedyrer (Laine et al., 2020; Nilsen, 2019; Sande, 2015). Vi håper det er flere fødeavdelinger med slike retningslinjer og at flere vil få dette i nær fremtid.

Formålet med denne studien var å få innsikt i jordmødrenes tause kunnskap om hvordan bevegelse og stillingsendring fremmes for kvinner i aktiv fødsel. Det er viktig at denne kunnskapen kommer til nytte. Vi ønsker derfor å bidra til å videreformidle og overføre dette. Vi ønsker å videreføre våre funn ved å skrive en artikkel og holde foredrag.

Læreplan for jordmorutdanningen bør inkludere og implementere teori og praksis om bevegelse og stillingsendring i praksis, slik at jordmødre tilegner seg nødvendige ferdigheter. Vi foreslår «workshops» for jordmorstudenter og jordmødre der kunnskapen praktisk kan overføres videre.

Gjennom svangerskapsomsorgen bør kvinner få informasjon om viktigheten av bevegelse og stillingsendringer i fødsel, samt ulike fødestillinger.

6 KONKLUSJON

For å besvare problemstillingen om hvordan jordmor fremmer bevegelse for kvinner i aktiv fødsel, mener vi at dette handler om fire faktorer. Jordmor fremmer bevegelse ut fra kvinnens forutsetninger, omgivelsenes rammer, barnets behov og jordmors eget engasjement. Jordmødrene presenterer flere eksempler på hvordan de samarbeider med kvinnen, som er noe av det vesentlige ved å fremme bevegelse og stillingsendringer.

Jordmor fremmer bevegelse og stillingsendringer for kvinner i fødsel gjennom en passiv og/eller aktiv rolle. Jordmor har en passiv rolle når kvinnen beveger seg naturlig i tråd med sin intuisjon. Når kvinnen derimot får begrenset sin naturlige bevegelse, må jordmor innta den aktive rollen ved å informere, motivere og veilede kvinnen til hvordan hun kan bevege seg eller hvilken stilling hun bør innta. Barnet gir jordmor pekepinn om hvilke behov for bevegelse som er til stede.

Fødselen handler om bevegelse. Kvinnen og barnet beveger seg under prosessen og presentert litteratur bekrefter at det fremmer fødselsforløpet. Jordmor bistår med sitt viktige nærvær enten passiv eller aktiv, alt ettersom hva det er behov for i den enkelte fødsel.

I en tid hvor fødselen blir stadig mer medikalisert er det et sterkt behov for metoder jordmor kan benytte for å fremme den normale fødselen. Målet må være frihet til bevegelse.

REFERANSER

- Aall, L. W. (1968). *Svangerskap og fødsel i nyere norsk tradisjon : en kildekritisk studie*. Oslo: Norsk folkemuseum.
- Altman, M., Sandström, A., Petersson, G., Frisell, T., Cnattingius, S. & Stephansson, O. (2015). Prolonged second stage of labor is associated with low Apgar score. *Eur J Epidemiol*, 30(11), 1209-1215. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0043-4>
- Atwood, R. J. (1976). Parturitional Posture and Related Birth Behavior. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 55(S57), 3-25. Hentet fra <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3109/00016347609156455>
- Backe, B. (2017). Svangerskapets anatomi og fysiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 207-227.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Barasinski, C., Debost-Légrand, A., Lémerly, D. & Vendittelli, F. (2018). Positions during the first stage and the passive second stage of labor: A survey of French midwives. *Midwifery*, 56, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.010>
- Berg, M. (2010). Vårdandets vardegrund vid barnfödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande* (2. utg., s. 29-44). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Blix, E. (2011). Avoiding disturbance: Midwifery practice in home birth settings in Norway. *Midwifery*, 27(5), 687-692. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.09.008>
- Blix, E. (2017a). Fødselens dynamikk. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 435-441). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E. (2017b). Å fremme en normal fødsel IA. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 424-432). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E. & Bernitz, S. (2017). Åpningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 442-458). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>

Bourgeois, L. (1609). *Observations diverses sur la sterilité 'perte de fruict focondite' accouchements*

et maladies des femmes et enfants nouveaux naiz. Paris.

Brunstad, A. (2017). Utdrivningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 459-476). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Buckley, S. J. (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *J Perinat Educ*, 24(3), 145-153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>

Bugg, G. J., Siddiqui, F. & Thornton, J. G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD007123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007123.pub3>

Carter, S. M. & Little, M. (2016). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qual Health Res*, 17(10), 1316-1328. <https://doi.org/10.1177/1049732307306927>

Chamberlain, K. (2000). Methodolatry and Qualitative Health Research. *J Health Psychol*, 5(3), 285-296. <https://doi.org/10.1177/135910530000500306>

Cheng, Y. & Caughey, A. (2017). Defining and Managing Normal and Abnormal Second Stage of Labor. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 44, 547-566. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2017.08.009>

Cheyney, M. J. (2008). Homebirth as Systems-Challenging Praxis: Knowledge, Power, and Intimacy in the Birthplace. *Qual Health Res*, 18(2), 254-267. <https://doi.org/10.1177/1049732307312393>

De Jonge, A., Van Diem, M., Scheepers, P., Van Der Pal-De Bruin, K. & Lagro-Janssen, A. (2007). Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(3), 349-355. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01210.x>

Deliktas, A. & Kukul, K. (2018). A meta-analysis of the effect on maternal health of upright positions during the second stage of labour, without routine epidural analgesia. *J Adv Nurs*, 74(2), 263-278. <https://doi.org/10.1111/jan.13447>

Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P. & Pierre, F. (2016). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 208, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>

Diorgu, F. C., Steen, M. P., Keeling, J. J. & Mason-Whitehead, E. (2016). Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study.

- Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(6), 518-523.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.05.002>
- Downe, S., Gerrett, D. & Renfrew, M. J. (2004). A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery*, 20(2), 157-168.
[https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(03\)00052-4](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(03)00052-4)
- Downe, S. & Marshall, J. E. (2014). Physiology and care during the transition and second stage phases of labour. I J. E. Marshall, M. D. Raynor & M. F. Myles (Red.), *Myles textbook for midwives* (16. utg., s. 367-393). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Dundes, L. (1987). The evolution of maternal birthing position. *American journal of public health* (1971), 77(5), 636-641. <https://doi.org/10.2105/AJPH.77.5.636>
- Dunn, P. M. (2004). Louise Bourgeois (1563–1636): royal midwife of France. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 89(2), F185-187. <https://doi.org/10.1136/adc.2003.037929>
- Engelmann, G. J. (1882). *Labor Among Primitive Peoples, Showing the Development of the Obstetric Science of To-day, from the Natural and Instinctive Customs of All Races, Civilized and Savage, Past and Present* AMS Press.
- Farstad, A. (2016). *På liv og død : distriktsjordmødrenes historie*. Oslo: Samlaget.
- Fylkesnes, A.-M. (2017). Internasjonale føringer for jordmorvirksomhet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 26). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2017.
- Gaffka, K. (2016). *The effect of alternative labor positions versus the lithotomy Position on birthing outcomes: An Integrative Literature Review* (University of Central Florida). University of Central Florida Hentet fra
<https://stars.library.ucf.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1088&context=honorstheses>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD002006-CD002006.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

- Helman, C. G. (2007). Gender and reproduction. I C. G. Helman (Red.), *Culture, health and illness* (5. utg.). London: Hodder Arnold.
- Helsedirektoratet. (2018a). Fødsel - ristimulering under fødsel. Hentet 30. september 2020 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/graviditet-og-fodsel/ristimulering-under-f%C3%B8dsel>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hermansson, E. & Mårtensson, L. (2011). Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery*, 27(6), 811-816. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.08.005>
- Hollins Martin, C. J. & Martin, C. R. (2012). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complement Ther Clin Pract*, 19(1), 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.09.001>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J. & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 460-467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Hunter, L., Magill-Cuerden, J. & McCourt, C. (2015). ‘Oh no, no, no, we haven’t got time to be doing that’: Challenges encountered introducing a breast-feeding support intervention on a postnatal ward. *Midwifery*, 31(8), 798-804. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.006>
- ICM. (2014a). International Confederation of Midwives Core Documents: Philosophy and Model of Midwifery Care. Hentet 23. mai 2020 fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- ICM. (2014b). Position Statement - Keeping Birth Normal. Hentet 17. april 2020 fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/keeping-birth-normal-eng.pdf>
- Keen, R., Difranco, J., Amis, D. & Albers, L. (2004). #5: Non-Supine (e.g., Upright or Side-Lying) Positions for Birth/Commentary. *The Journal of Perinatal Education*, 13(2), 30-34. <https://doi.org/10.1624/105812404X109519>
- Kopas, M. L. (2014). *A Review of Evidence-Based Practices for Management of the Second Stage of Labor*. New York :. Hentet fra <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24850283/>
- Kuzel, A. J. (1999). Sampling in Qualitative Inquiry. I B. F. Crabtree & W. L. Miller (Red.), *Doing Qualitative Research* (2. utg., s. 33-45). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

- Kvale, S. (1996). *InterViews: An introduction to qualitative reasearch interviewing*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laine, K., Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Norderval, S., Olsen, I. P. & Fodstad, K. (2020). *Perinealskade og anal sfinkterskade ved fødsel* (Veileder i fødselshjelp). Oslo: Den norske lægeforening. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gyneologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselshjelp/perinealskade-og-anal-sfinkterskade-ved-fodsel/>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Lemos, A., Amorim, M. M., Dornelas de Andrade, A., de Souza, A. I., Cabral Filho, J. E. & Correia, J. B. (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD009124. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- Looft, E., Simic, M., Ahlberg, M., Snowden, J. M., Cheng, Y. W. & Stephansson, O. (2017). Duration of Second Stage of Labour at Term and Pushing Time: Risk Factors for Postpartum Haemorrhage. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 31(2), 126-133. <https://doi.org/10.1111/ppe.12344>
- Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande* (2. utg., s. 117-144). Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. & Hallgren, A. (2010). Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen. I M. Berg & I. Lundgren (Red.), *Att stödja och stärka : vårdande vid barnafödande* (2. utg., s. 85-116). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 25(122), 2468-2472. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Medisinsk fødselsregister. (2018). Komplikasjoner under fødsel I: Folkehelseinstituttet Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>

- Medisinsk fødselsregister. (2019). Anestesi/analgesi. I: Folkehelseinstituttet Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., ... Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Musie, M. R., Peu, M. D. & Bhana-Pema, V. (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 11(1), e1-e8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2071>
- NICE. (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies* (National Collaborating Centre for Women's and Children's Health). NICE Clinical Guideline 190:Methods, evidence and recommendations. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
- Nieuwenhuijze, M. & Leahy-Warren, P. b. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, 78, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
- Nieuwenhuijze, M. J., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T. L. M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), e107-e114. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.007>
- Nieuwenhuijze, M. J., Low, L. K., Korstjens, I. & Lagro-Janssen, T. (2014). The Role of Maternity Care Providers in Promoting Shared Decision Making Regarding Birthing Positions During the Second Stage of Labor. *J Midwifery Womens Health*, 59(3), 277-285. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12187>
- Nilsen, S. (2019). *Protrahert fødsel* (Prosedyrer Kvinneklippen Stavanger Universitetssykehus). Hentet fra https://kvalitet.sus.no/kk/docs/doc_12466/index.html
- Odent, M., Ingemark, I. & Jansson, S. (1985). *Tillbaka till naturlig förlossning*. Stockholm: Bonnier.
- OsloMet. (2016a). Risikovurdering (ROS) og verdivurdering. Hentet 20. mai 2020 fra <https://ansatt.oslomet.no/risikovurdering-verdivurdering>
- OsloMet. (2016b). Valg av riktig elektronisk verktøy og lagringssted for lagring av forskningsdata. Hentet 14. april 2020 fra <https://ansatt.oslomet.no/valg-riktig-elektronisk-verktoy-lagringssteder>
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research. Principles and Methods* (6. utg.). Philadelphia, New York, Baltimore,: J.B. Lippincott Company,.
- Prata, N., Tavrow, P. & Upadhyay, U. (2017). Women's empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(S2), 352-355. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1490-6>

- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature, 100-106. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>
- Quiñones, J. N., Gómez, D., Hoffman, M. K., Ananth, C. V., Smulian, J. C., Skupski, D. W., ... Scorza, W. E. (2018). Length of the second stage of labor and preterm delivery risk in the subsequent pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 219(5), 467.e461-467.e468. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.031>
- Reitter, A., Daviss, B.-A., Bisits, A., Schollenberger, A., Vogl, T., Herrmann, E., ... Zangos, S. (2014). Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *Am J Obstet Gynecol*, 211(6), 662.e661-662.e669. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.06.029>
- Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Del av Dokument 3:2 (2019–2020)*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>
- Rossen, J., Eggebø, T. M., Ellingsen, L., Bernitz, S. & Røe, K. (2020). *Stimulering av rier* (Veileder i fødselshjelp). Oslo: Den norske lægeforening. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/stimulering-av-rier/>
- Sande, R. K. (2015). *Flyttdiagram for utdrivningsfasen* (Kvalitetshåndbok Kvinneklinikken SUS).
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183. <https://doi.org/10.1002/nur.4770180211>
- Sandelowski, M. (2011). When a cigar is not just a cigar: Alternative takes on data and data analysis. *Res Nurs Health*, 34(4), 342-352. <https://doi.org/10.1002/nur.20437>
- Saxthorpe, M. (1790). *Nyeste Udtog af Fødsels-Videnskaben, til Brug for Jordemødrene* (1. utg.). København.
- Schjelderup, H. C. (2019). Riksrevisjonen om utfordringene i jordmortjenesten. Hentet 16. oktober 2020 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/12/05/urovekkende-fra-riksrevisjonen-om-jordmormangel/>
- Shermer, R. H. & Raine, D. A. (1997). Positioning during the second stage of labor: moving back to basics. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26(6), 727-734. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb02748.x>
- Simkin, P., Ancheta, R. & Hanson, L. (2017). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia* (4. utg.). Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated.

- Spinning Babies®. (s.a.-a). What is Dip the Hip? Hentet 6. oktober 2020 fra <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/other-techniques/do-the-hip/>
- Spinning Babies®. (s.a.-b). What is Shake the Apple Tree? Hentet 6. oktober 2020 fra <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/shake-the-apple-tree/>
- Spydslaug, A. E., Baghestan, E., Laine, K., Norderval, S. & Olsen, I. P. (2014). *Perinealruptur* (Veileder i fødselshjelp). Oslo: Den norske lægeforening. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/arkiv-utgatte-veiledere/veileder-i-fodselsjelp-2014/43.-perinealruptur/>
- Thakar, R. & Sultan, A. H. (2014). The female pelvis and the reproductive organs. I J. E. Marshall, M. D. Raynor & M. F. Myles (Red.), *Myles textbook for midwives* (16. utg., s. 55-80). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Thies-Lagergren, L., Hildingsson, I., Christensson, K. & Kvist, L. J. (2013). Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26(4), e99-e104. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.004>
- Tully, G. (2011). Opening the Pelvic Brim with Walcher's Position. *Midwifery Today*, (97), 20-21. Hentet fra <https://login.ezproxy.hioa.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104849835&site=ehost-live>
- Tully, G. (2015). *Spinning Babies' Quick Reference: A trainer in your pocket!* Bloomington: Maternity House Publishing, Inc.®.
- Walsh, D. (2012). *Evidence and skills for normal labour and birth : a guide for midwives* (2. utg.). London: Routledge.
- WHO. (2018a). *WHO recommendation on birth position (for women without epidural analgesia)*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-birth-position-women-without-epidural-analgesia>
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- World Medical Association. (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

- Yli, B. M., Kessler, J., Eikeland, T., Henriksen, T., Hjelle, S., Blix, E., ... Nistov, L. T. (2014). Fosterovervåkning under fødsel, avnavling og syre-baseprøver fra navlesnor. I D. N. Legeforening (Red.), *Veileder i fødselshjelp* Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodselshjelp-2014/Fosterovervaking-under-fodsel-avnavling-og-syre-baseprover-fra-navlesnor/>
- Zhang, H., Huang, S., Guo, X., Zhao, N., Lu, Y., Chen, M., ... Cai, W. (2017, Jul). A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. *Midwifery*, 50, 117-124. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.022>
- Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K.-K., Zileni, C. W. & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(1), e1-e8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.003>

VEDLEGG

Vedlegg I: Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstillingen vår er:

«Hvordan fremmer jordmor bevegelse og stillingsendring for kvinner i aktiv fødsel?»

Uthevede spørsmål under er intervju spørsmål som benyttes under intervjuet og som håper vil gi oss svar på punktene som tilhører hvert intervju spørsmål. Punktene kan også benyttes som strukturerende spørsmål, oppfølgingsspørsmål eller mer inngående spørsmål for ikke å miste tråden under intervjuet eller som hjelp hvis det er behov for å komme litt i gang med svarene, men der kan andre metoder også brukes.

1. Hvor lang erfaring har du som jordmor?

2. Hvorfor og hvordan benytter du bevegelse og stillingsendring for kvinner i aktiv fødsel?

- Fortell hvorfor du bruker bevegelse / stillingsendringer i fødsel?
- Når i fødselsforløpet tenker du at bevegelse / stillingsendringer er spesielt viktig? Er det et sted i forløpet hvor det ikke passer?
- Hvordan bruker du bevegelse/stillingsendring dersom du som mistenker en occiput posterior stilling?
- Hvordan bruker du bevegelse/stillingsendring dersom du mistenker en feilinnstilling av hodet?

3. Hvilke effekter kan bevegelse ha i fødsel?

- Dersom intervensjonen med bevegelse har effekt - hvor raskt ser du denne effekten?
- Har bevegelse / stillingsendringen en smertelindrende effekt? Utdyp..
- Hvordan motiverer du kvinnen til bevegelse og har du noen favoritt-bevegelser/stillinger?
- Hvor lenge anbefaler du å holde en stilling / bevegelse?
- Hvordan påvirker bevegelse/stillingsendring riene?

4. Hvordan samarbeider du med kvinnene for å benytte bevegelse?

- Hvordan oppmuntrer du kvinnene til bevegelse / stillingsendring?
- Hvordan samarbeider kvinnene med forslagene dine?
- Hvordan opplever du kvinnene når de bruker bevegelse?

- Har du en formening om hvem som egner seg og ikke egner seg å bruke denne type intervensjon? forklar..
- Hva tenker du om kulturelle likheter/ulikheter ift hvor åpne kvinner er for bevegelse i fødsel?

5. Hvilke holdninger er det blant jordmødre til bruk av bevegelse i fødsel?

- Hvordan skal vi klare å gjeninnføre bevegelse og stillingsendringer som en del av fødselen generelt? (fødselsforberedende kurs?)
- Er bruk av bevegelse og stillingsendring noe alle jordmødre er opptatt av? Utdyp..
- Hvordan bringer du temaet om bevegelse og stillingsendringer inn i faglige diskusjoner på din fødeavdeling og hvordan blir det møtt av kollegaer?

6. Hvordan tilrettelegger du for bevegelse i fødsel?

- Bruker du noen hjelpemidler? (stol, sjal, laken, prekestol osv.) har dere nok av disse hjelpemidlene? Er det noe du savner på fødestuen som kunne vært et godt hjelpemiddel?
- Hvordan er fødestuen tilrettelagt for bevegelse og stillingsendringer?
- Hva tenker du om måten fødesengen benyttes?
- Dersom kvinnen er tilkoblet CTG eller har epidural - hvordan bruker du da bevegelse og stillingsendringer?

7. Hvordan har du tilegnet deg kunnskap om bevegelse i fødsel og hvor mye kunnskap om temaet finnes hos fødende kvinner?

- Hvordan opplever du jordmorstudenters kunnskap om bevegelse og stillingsendringer i fødsel? Hvorfor tror du det er slik?
- Hvordan lærer du jordmorstudenter å forløse, og til å benytte bevegelse og stillingsendring i fødsel?
- Hvordan opplever du kvinners kunnskap om bevegelse og stillingsendringer i fødsel? Hvordan opplever du jordmødres kunnskap generelt?
- Hvor/hvordan har du fått kunnskap om bevegelse og stillingsendringer i fødsel? (studier, kurs, praksis?)
- Hvordan lærte jordmor å forløse da hun var student? I ryggleie?
- Hva tenker du om arbeidsstillingen din? Er den viktig eller er kvinnen viktigst?

Vedlegg II: Vurdering fra NSD

NSD Personvern

08.05.2020 12:19

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 697247 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 08.05.2020 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.10.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema-diktafon er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg III: Informasjonsskriv til utvalget og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet «Fødselen – et dynamisk samspill av bevegelser»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke jordmors bruk av bevegelse og stillingsendringer for bedre fremgang i fødsel. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Dette er en masteroppgave som bygger på kvalitativ metode. Problemstillingen er som følger: «Hvordan fremmer jordmor bevegelse og stillingsendringer for kvinner i aktiv fødsel?»

Formål

Historisk sett har kvinner alltid benyttet ulike fødestillinger og hjelpemidler i forbindelse med fødselen. I den senere tid har teknologien bidratt til passivisering av kvinnen, noe som også begrenser muligheten til å bevege seg og bruken av ulike stillinger. Ønsket om å være mobil i fødsel påvirkes av miljøet, både i det fysiske rommet og graden av privatliv. Det er også liten tvil om at jordmødre har stor påvirkning på kvinners valg med tanke på valg av posisjon.

Litteraturen anbefaler å forsøke stillingsendringer ved ulike problemstillinger og at bevegelse og stillingsendringer kan bidra til fremgang i fødsel. Til tross for disse anbefalingene er det lite beskrevet om hvordan det gjennomføres i praksis. Få studier har blitt gjort for å undersøke jordmors erfaring og kunnskap om slik intervensjon i fødsel, det er kun basert på målbare tall og fødselsutkomme. Ved å lytte til jordmødre med flere års erfaring håper vi på å få bedre innsikt i deres tankegang og praksis. Ifølge ICM er en av jordmors viktigste oppgaver er å bevare fødselen normal, sørge for det beste utfallet for mor og barn uten unødvendige inngripen. Bevegelse og stillingsendringer er en ikke-medikalisert intervensjon og den krever ikke mer ressurser enn en delaktig jordmor og samarbeidsvillig fødekvinne. I en tid hvor fødselen stadig blir mer medikalisert, er denne kunnskapen svært nyttig å ha ettersom denne intervensjonen både kan bedre fremgang i fødsel og bidra til at komplikasjoner unngås.

Fri mulighet til å bevege seg og gjøre stillingsendringer er av største betydning for normal fødsel og fødselsfysiologi. På tvers av kulturer og epoker er rastløsheten i fødsel åpenbar, og det er kun i den moderne epoken at dette har blitt en utfordring. Det har i de siste årene blitt gjennomført forskning hvor de tester effekten av mobilitet og oppreiste stillinger i fødsel. Og nå vet vi, hva andre har visst hele tiden.

I praksisfeltet har vi som jordmorstudenter observert hvordan bruk av bevegelse og stillingsendring benyttes av flere jordmødre, og dette har skapt stort engasjement og motivasjon for å skrive om dette temaet. Forskningsfeltet presenterer flere fordeler ved bruk av denne type ikke-medikamentell intervensjon i fødsel og at det spesielt har påvirkning på fremgang i fødsel. Med økende bruk av oksytocinstimulering, spesielt for førstegangsfødende, har denne masteroppgaven som formål å spre erfarne jordmødres kunnskap om dette temaet, i håp om å bidra til naturlig fremgang i fødsel, og å redusere bruken av oksytocin.

Formålet med denne oppgaven er å få større innsikt i jordmors tankegang og erfaringer med å benytte bevegelse og stillingsendringer som intervensjon i fødsel og hvordan de bruker denne intervensjonen i praksis.

Masteroppgaven skrives i utgangspunktet som monografi, men med mulighet underveis for å publisere artikkel i egnet tidsskrift. Uavhengig av dette kan resultatet av studien bli brukt i undervisning eller eventuelt på fagkonferanser.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet - Storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å finne ut hvordan jordmor benytter bevegelse og stillingsendringer i fødsel. Utvalgskriteriene for dette forskningsprosjektet er jordmødre med arbeid på fødeavdeling og med minst fem års erfaring som jordmor. Jordmor i utvalget må også inneha et personlig engasjement for bruk av bevegelse og stillingsendringer i fødsel. Vi sender denne henvendelsen til inntil 10 jordmødre.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du stiller opp til et individuelt intervju. Det vil ta deg ca. 45-60 minutter. I intervjuet vil vi stille deg spørsmål om din erfarne kunnskap knyttet til bevegelse og stillingsendringer i fødsel, hvordan du har fått denne kunnskapen og hvordan du bruker det i praksis i samarbeid med fødekvinnen. Det vil foregå et lydopptak av intervjuet og vi vil ta notater underveis.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i inngått i fullført transkribering, analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du trekker deg, vil alle dine personopplysninger bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Ved OsloMet – Storbyuniversitetet vil følgende ha tilgang til dine opplysninger.

██
██
██

- Under intervjuet er det ønskelig at deltaker unngår å oppgi opplysninger som skal identifisere deltakeren, slik som navn, stedsnavn, sykehus osv.
- Prosjektet følger OsloMet sine retningslinjer for datahåndtering og personsikkerhet. Lydopptak skjer gjennom *Diktafon*-app som etter intervjuet sender lydfilene til *Nettskjema.no*, hvor de blir liggende kryptert i 90 dager eller til vi sletter de. Under intervjuene brukes doble opptaksenheter som er koblet til samme nettskjema, da utviklerne av appen anbefaler dette som en ekstra teknisk sikkerhet for å unngå å miste data. Opptaksenheterne er i fly-modus (frakoblet internett) under alle opptak. Lydfilene inneholder ingen andre personopplysninger enn deltakerens stemme. Lydfilene transkriberes til tekst ved hjelp av transkriberingsprogrammet *f4transcribe*. Når transkriberingen er ferdig slettes lydfilen og kodelukket USB med kodenøkkel leveres til destrusering etter OsloMets forskrifter. Materialet vil således være helt anonymisert. Den ferdig transkriberte teksten lastes opp i transkriberingsprogrammet *HyperResearch* for videre abstrahering og kondensering.

Det er ikke mulig å gjenkjenne deg som deltaker på bakgrunn av intervjuet i den skriftlige oppgaven i ettertid. For å gjøre stoffet mer interessant for lesere kan sitater brukes i teksten, men ikke slik at de kan knyttes til den som er intervjuet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når transkriberingen av lydfilene er fullført. Vi har satt denne datoen til 10.august 2020. Dersom resultatene fra studien senere blir en del av en forskningsartikkel, vil vi arkivere anonymiserte data frem til hhv. 31.12.2021.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet – Storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- [Redacted contact information]

Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen personvernombud@oslomet.no, telefon 67 23 55 34

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

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

Hvordan forholder jeg meg nå?

Du har nå mottatt informasjon om prosjektet «Fødselen – et dynamisk samspill av bevegelser», og har anledning til å stille spørsmål. Du samtykker til å delta i forskningsprosjektet ved å svare «Ja» i avkryssingsboksene i nettskjema.

Med vennlig hilsen

[Redacted signature]

Jeg bekrefter å ha lest vedlagte informasjon om prosjektet

Du må velge minst ett svaralternativ.

Ja

Jeg samtykker til at resultater av studien kan brukes i eventuell forskningsartikkel, undervisning eller fagkonferanse

Du må velge minst ett svaralternativ.

Ja

Jeg samtykker til å delta i intervju i forskningsprosjektet

Du må velge minst ett svaralternativ.

Ja

Jeg samtykker til å delta i forskningsprosjektet: Fødselen - et dynamisk samspill av bevegelser

Du må velge minst ett svaralternativ.

Ja

Vedlegg IV: Register for lagrede data

Nummer	+Intervju i Nettskjema	Transkribert	Slettet kodenøkkel/ anonymisert
1	Utført dato: 3/6-20	Utført dato: 6/6-20	Utført dato: 23/6-20
2	Utført dato:8/6-20	Utført dato: 8/6-20	Utført dato: 23/6-20
3	Utført dato: 11/6-20	Utført dato: 14/6-20	Utført dato: 23/6-20
4	Utført dato: 2/6-20	Utført dato: 6/6-20	Utført dato: 23/6-20
5	Utført dato: 9/6-20	Utført dato:12/6-20	Utført dato: 23/6-20
6	Utført dato: 9/6-20	Utført dato: 12/6-20	Utført dato: 23/6-20
7	Utført dato: 4/6-20	Utført dato: 5/6-20	Utført dato: 23/6-20
8	Utført dato: 3/6-20	Utført dato: 4/6-20	Utført dato: 23/6-20
9	Utført dato: 11/6-20	Utført dato: 15/6-20	Utført dato: 23/6-20
10	Utført dato:17/6-20	Utført dato: 20/6-20	Utført dato: 23/6-20
Kodenøkkel	Slettet dato: 23/6-20		

Vedlegg V: Datahåndteringsplan

Fødsel - et dynamisk samspill av bevegelser

Masteroppgave i jordmorfag - Kvalitativ studie med intervju av jordmødre. Forskningsspørsmålet: Hvordan fremmer jordmor bevegelse og stillingsendring for kvinner i aktiv fødsel? Se vedlagt projektskisse for utfyllende informasjon.

Fagområder

Medisinske fag

Prosjektvarighet

Invalid date — Invalid date

Etiske retningslinjer

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

Intervju av jordmødre

Datatype

Lyd

Språk

Norsk

Data om personer

Ja

Kategorier av personopplysninger

Alminnelige

Utvalgets størrelse

10

Konfidensialitetsklassifisering

Intern

Innsamlingsperiode

01.06.2020 — 19.06.2020

Innsamlingsenheter

- UiO Nettskjema

Metode

Intervju, Transkripsjon

Størrelse

10000 MB

Programvare

f4transcribe

Arkivering

Nei

Kommentar

Etter at lydfilene er transkribert slettes lydfilene og dermed også koblingsnøkkelen. Deltakerne er informert om dette og at det ikke lenger er mulig å trekke seg etter at transkriberingen er ferdig.

Vedlegg VI: ROS-analyse

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET								
Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering. Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.								
Forskningsprosjekt - tittel:	Målet er å skape frihet til bevegelse	Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det: 1) Trykk på 360° øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet. 2) Logg på P360. 3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging". 4) Fyll ut saksnummer som gjelder ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning). 5) Trykk "Fullfør". Saksnr i P360: HV: 18/12622 LUI: 18/10490 SAM: 18/11207 SPS: 18/11221 SVA: 18/11208 TKD: 18/09703						
Prosjektleder:								
Prosjektnr NSD (hvis aktuelt):	697247							
Prosjektnr REK (hvis aktuelt)								
Prosjekt nr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt):								
Prosjektets formål (kort beskrivelse):	Formålet med denne oppgaven er å få større innsikt i jordmors tankegang og erfaringer med å benytte bevegelse og stillingsendringer som intervensjon i fødsel og hvordan de bruker denne intervensjonen i praksis.							
Antall registrerte informanter:	10							
Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)	Jordmødre							
Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres:	På kodelukket USB minnepenn som holdes atskilt fra datamaterialet							
Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?	3							

Nr	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå			Nye tiltak
							S	K	Risiko	
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	Hva kan skje?	Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?	Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet). Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon. <i>Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksempelet under.</i>	Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages? Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy. Risiko generes automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.			Beskriv forslag til nye tiltak. De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
1	Datainnsamling	Intervju	Informant oppgir personidentifiserbare opplysninger	Intervjuet inneholder mer personopplysninger enn nødvendig. Det oppstår ingen tap. Betydningen det har for prosjektet blir å utelate disse opplysningene ved transkriberingen av materialet.	Konfidensialitet	Før intervjuet får informantene beskjed om å unngå å oppgi personidentifiserbare opplysninger under intervjuet.	1	1	2	Unnlater eventuelle personopplysninger fra transkriberingen.
					Integritet	.			0	[Tekst]
					Tilgjengelighet				0	[Tekst]
2	Datainnsamling	Intervju	Informant oppgir sensitive personopplysninger	Intervjuet som hittil er gjennomført må slettes ettersom det ikke lagres i TSD. Tapet vil være å miste hittil gjennomført intervju. Betydningen for prosjektet avhenger av hvor langt i intervjuet vi var kommet.	Konfidensialitet	Før intervjuet får informantene beskjed om å unngå å oppgi sensitive personopplysninger under intervjuet.	1	1	2	Gjennomføre nytt intervju
					Integritet				0	
					Tilgjengelighet				0	
3	Datainnsamling	Nettskjema	Nettskjema hackes	Lydfilene med intervjuene hackes og kommer på avveie eller slettes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mange lydfiler som ligger lagret på Nettskjema.	Konfidensialitet	Forskerne skal sørge for gode passord: Minst 8 tegn, kombinasjon av små og store bokstaver og tall. Forskere skal ikke krysse av for at Nettskjema skal huske passord.	1	1	2	Bytte passord ofte i perioden lydfilene ligger lagret der.
					Integritet	Samme som for konfidensialitet.	1	1	2	Gjennomføre nytt intervju
					Tilgjengelighet	Samme som for konfidensialitet.	1	1	2	Gjennomføre nytt intervju
4	Teknisk	Minnepenn/Ekstern disk	Minnepenn mistes / kommer på avveie	Koblingsnøkkel som er lagret på minnepenn går tapt eller kommer på avveie. Betydningen dette har for prosjektet er at vi ikke med sikkerhet kan koble lydfil til informant. Dette begrenser muligheten for	Konfidensialitet	Forskerne sørger for kodelukket minnepenn.	1	1	2	Kryptere innhold på minnepenn.
					Integritet	Samme som for konfidensialitet.	1	1	2	Kryptere innhold på minnepenn.

				informantene ved behov for innsyn, endring eller sletting av sine opplysninger.	Tilgjengelighet	Forskere skal sørge for å plassere minnepenn på et sikkert sted, som bare forskerne vet om og at den ikke flyttes før koblingsnøkkelen skal slettes. Forskerne skal sørge for at behovet for kodenøkkel er begrenset og destruere denne så snart det lar seg gjøre (straks etter transkribering av lydfilene).	1	1	2	Opprette ny kodenøkkel med gjenværende lydfile dersom dette er mulig.
5	Avslutning	Slette	Forskerne glemmer å slette lydfile og kodenøkkel etter transkribering	Dersom det skjer betyr det at vi ikke behandler anonymisert materiale på privat PC. Hvilket er imot retningslinjene til OsloMet. Betydningen dette har for prosjektet er at det har skjedd et avvik i behandling av personopplysninger.	Konfidensialitet	Forskerne oppretter et eget register for å ha oversikt over hvor data er lagret til enhver tid og at man på denne måten sikrer at ferdig transkriberte lydfile slettes straks.	1	1	2	Dersom man oppdager at file ikke er slettet som skulle vært slettet må dette gjøres umiddelbart.
6	Andre	Andre	Menneskelig feil - en av forskerne oppgir ved en forglemmels	Personopplysninger om informantene lekkes. Det betyr at avtalen vi har inngått med informantene brytes. Betydningen dette har for	Konfidensialitet	Vi som forskere må til enhver tid være varsomme og det skal ikke forekomme at personopplysninger	1	1	2	Ytterligere opplæring

			e en informant til uvedkommende.	prosjektet er at informanten ønsker å trekke seg.		kommer lekkes på den måten.				
					Tilgjengelighet	Kun forskere og veileder for prosjektet har innsyn i datamaterialet.			0	[Tekst]
7	Datainnsamling	Intervju	Uvedkommende som ikke er en del av møtet får tilgang på informasjon fordi de overhører samtalen.	Uvedkommende får opplysninger om informanter og hva som blir sagt.	Konfidensialitet	Forskere må benytte rom for intervju hvor det ikke kan foregå lydlekkasje. Informantene informeres om å ikke oppgi personopplysninger.	1	1	2	Rutiner og informasjonsskriv
					Tilgjengelighet	Ingen uvedkommende skal være tilstede under intervjuet.			0	[Tekst]

Oppsummering/tiltaksplan på grunnlag av risikovurderingen:

I risikovurderingen (forrige ark), beskrev du ulike hendelser, risikonivåer og eksisterende samt nye tiltak knyttet til disse.

I denne oppsummeringen/tiltaksplanen ønsker vi at du beskriver nærmere hvordan du har prioritert de valgene du har gjort knyttet til å behandle data i prosjektet.

Skriv gjerne kort om hvilke vurderinger du har gjort for tiltakene du har valgt, og hvilke risikoreduserende tiltak som skal gjennomføres i den forbindelse.

Det er viktig at du tar med alle handlingstrinn, fra innsamling til endelig avslutning. Inkluder kort plan og tidsramme for tiltak som ikke allerede er gjennomført. (Tenk deg også inn i en situasjon der du skal overta prosjektrollen fra noen andre, og hvilken informasjon det er viktig at du kjenner til når det gjelder risikoanalyse).

OPPSUMMERING:

Vårt forskningsprosjekt handler om hvordan jordmor benytter stillingsendringer og bevegelse i aktiv fødsel. Ettersom vi behandler personopplysninger i dette prosjektet, slik som opptak på lydfil, e-post, navn, telefonnummer, søkes det om godkjenning fra NSD til gjennomføring av prosjektet. Prosjektet fikk godkjenning fra NSD 8.mai 2020. Intervjuet: Vi skal gjennomføre intervju, men her vil vi ikke samle inn personlige opplysninger eller sensitive opplysninger. Deltakerne informeres på forhånd (både skriftlig og muntlig) om at det ikke må fremkomme personidentifiserbare opplysninger eller sensitive personopplysninger under innspilling. Deltakerne vil få anonyme tall som vi leser opp på starten av intervjuet. Navnet til informanten og tallet vil utgjøre en såkalt koblingsnøkkel som er nødvendig for informasjonssikkerhet, spesielt dersom deltakeren(e) ønsker innsyn eller trekke seg fra studien. Koblingsnøkkel lagres på en kodelukket USB penn, og vil på den måten kun være tilgjengelig for forskerne i studien. Denne slettes/destrueres når vi er ferdige med transkribering av lydfilene. Deltakerens e-post, fornavn og telefonnummer vil kun brukes til å avtale når intervjuene skal gjennomføres. Kommunikasjon med informantene foregår primært via vår student e-post. Ved behov vil vi bli nødt til å ringe vedkommende, men dette nummeret skal ikke lagres noe sted.

Alle deltakere blir invitert via Nettskjema.no med link til påmelding hvor et informasjonsskriv er vedlagt og avkryssingsbokser hvor deltakere krysser av for å samtykke til å delta i studien. Kun de som samtykker kan melde seg på og delta i studien. På denne måten har vi dokumentert informert samtykke fra deltakerne og kommer utenom problemstilling med å oppbevare skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet vil inneholde informasjon om studien, hvorfor deltakeren har fått forespørsel og at den er frivillig. Det vil fremkomme at alle opplysninger behandles konfidensielt og anonymt og at man kan trekke seg fra studien når som helst med mindre opplysningene allerede er inngått i fullført transkribering, analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Deltakere har rett til innsyn og kan når som helst be om dette, eller at opplysninger endres eller slettes. De som samtykker til å delta i studien samtykker til å delta i intervju, at resultatet av studien kan bli en del av en forskningsartikkel og/eller at resultatene brukes i undervisning og fagkonferanser. Lydopptak skjer gjennom Diktafon-app som etter intervjuet sender lydfilene til Nettskjema.no, hvor de ligger tilgjengelig for andre. I appen blir lydfilene liggende kryptert i 90 dager eller til vi sletter de, det er ikke mulig å lytte til lydfilene via mobilen. Under intervjuene brukes doble opptaksenheter som er koblet til samme nettskjema, da utviklerne av appen anbefaler dette som en ekstra teknisk sikkerhet for å unngå å miste data. Opptaksenheterne er i fly-modus (frakoblet internett) under alle opptak. Lydfilene inneholder ingen andre personopplysninger enn deltakerens stemme. Dersom det skulle bli tilfelle vil disse opplysningene innlates fra transkriberingen, med mindre dette er sensitive personopplysninger; da vil lydopptaket stoppes og filen slettes umiddelbart. Lydfilene transkriberes til tekst ved hjelp av transkriberingsprogrammet f4transcribe. Når transkriberingen er ferdig slettes lydfilen og kodelukket USB med kodenøkkel leveres til destrusering etter OsloMets forskrifter. Materialet fra transkriberingen vil således være helt anonymisert. Den ferdig transkriberte teksten lastes opp i transkriberingsprogrammet HyperResearch for videre abstrahering og kondensering.

For at vi hele tiden skal ha oversikt over hvor data er lagret har vi laget et register for hvor data er lagret, dette registeret er anonymt, basert på nummeret informantene fikk i kodenøkkel. Gjennom disse nevnte tiltakene har vi gjort en grundig vurdering for hvordan vi på beste måte kan tilstrebe god sikkerhet for vårt prosjekt, med liten risiko involvert. Vi har som sagt fått godkjent vår plan av NSD i tillegg til vår veileder, Berit Mortensen. Vi som studenter/forskere er ansvarlige for å følge opp tiltakene som er beskrevet. Dersom det skulle oppstå en kritisk hendelse eller avvik skal dette meldes fortløpende ut ifra OsloMets retningslinjer.

Vedlegg VII: Sikkerhetssjekk

Sikkerhetssjekk ved gjennomførelse av forskningsintervju		
Intervju nummer		
Følgende punkter må tilfredsstilles for at intervjuet kan gjennomføres:	JA	NEI
Informanten har lest og forstått omfanget av forskningsprosjektet og har avgitt samtykke i Nettskjema		
Informanten er informert om at det ikke må oppgis personidentifiserbare opplysninger eller sensitive personopplysninger under intervjuet		
Forskerne har to mobiler som har tilstrekkelig strøm eller er koblet til strøm under intervjuet		
Forskerne har gjennomført test av Diktafon-app i forkant		
Forskerne har satt begge mobilene i flymodus		

Vedlegg VIII: Fullstendig oversiktstabell

Målet er å skape frihet til bevegelse												
Tema	Jordmor skaper et miljø og gode omgivelser for bevegelsesfrihet			Jordmor har et brennende engasjement for bevegelse i fødsel			Med barnet som kompass					
Kategorier	Jordmor tilpasser seg kvinnens egne forutsetninger for bevegelse i fødsel	Kvinnens intuitive bevegelse	Føde-kroppen i balanse	Jordmor bruk av ikke-medisinske hjelpemidler	Skape miljø for bevegelse	Jordmor trosser hemmende faktorer	Jordmor-arven: kunnskap og erfaring	Jordmors holdning til bevegelse i praksis	Bruk av bevegelse og stillingsendringer	Benyttelse av ulike fødestillinger	Barnets ferd i fødselskanalen	Barnets innstilling i bekkenet
Under-kategorier	Livsstil, ressurser og kultur	Ivaretagelse av kvinnen		Jordmors bruk av ikke-medisinske hjelpemidler	Skape miljø for bevegelse	Jordmor trosser hemmende faktorer	Jordmor-arven: kunnskap og erfaring	Jordmors holdning til bevegelse i praksis	Bruk av bevegelse og stillingsendringer	Benyttelse av ulike fødestillinger	Barnets ferd i fødselskanalen	Barnets innstilling i bekkenet
Koder	Fysisk egnethet for bevegelse Kvinnens egen motivasjon Flerkulturelle kvinner Norske kvinner Kvinner i kontakt med kroppen	Veiledning av kvinnen Informasjon til kvinnen Motivering av kvinnen Finne kvinnens ressurser Skape trygghet Gjensidig tillit Bevegelse og omsorg Samarbeid med kvinnen Jordmors tilstedeværelse hos kvinnen Bevare kvinnens integritet	Balans mellom aktivitet og hvile Ernæring er viktig Kvinnens egen intusjon Jordmor er hands-off	Badekar Ball Fødekrakk Bruk av flere hjelpemidler underveis i fødsel Riboso Saccosekk Toiletet som hjelpemiddel Fødesengen	Tilrettelegging med beinholdere Tilrettelegging for bevegelse og stillingsendring Tilrettelegge fødestuen	Tilrettelegging for bevegelse med CTG Bevegelse med epidural Fødesengen og bevegelse Bevegelse ved patologi Tilrettelegging ved bruk av teknisk utstyr	Jordmor tilegner seg kunnskap Kartotek i hjernen Bruk av kunnskap om bevegelse Erfaring med bevegelse Kunnskap og erfaring som student Jordmødre utveksler kunnskap	Jordmødres positive holdning til bevegelse Jordmor tipper seg etter kvinnen Jordmors arbeidsstilling i andre rekke Interesse for bevegelse Stolt av det man står for "Trygg" på rygg	All bevegelse er positivt Bekkenet og bevegelse Når bevegelse spesielt viktig Bevegelse fremmer fødsel Bevegelse i praksis Bevegelse ikke alltid riktig Walchers manøvrer Tyngdekraft og bevegelse Bevegelse påvirker riene Bevegelse i smertelindrende og fødselsfremmende Effekt av tyngdekraft	Three sisters spinning babies Risk fremgang i fødsel Shaking apples Stillinger som bevegelse i bekkenet Veksler på stillinger Hvor lenge holde stillingen Sims leie Side-lying release Stillinger i fødeseng Når tiltak gir effekt	Barnet tåler bevegelse? Fremgang og barnets rotasjon Stillinger for å fremme rotasjon Barnets rotasjon Barnets bevegelse Rier og barnets rotasjon	Bevegelse ved feilinnstilling Bevegelse ved asynklisisme Mannell rotasjon Bevegelse ved occiput posterior Bevegelse ved occiput posterior

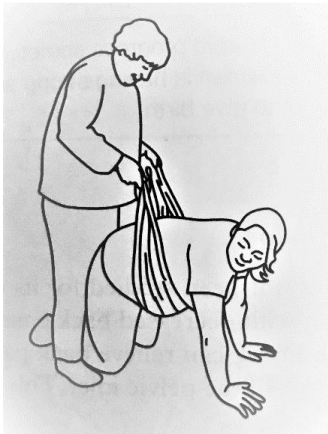
Vedlegg IX: Bevegelse og stillingsendringer i fødsel

Flere av jordmødre vi intervjuet har vært på kurs med «Spinning Babies» som er en ideologi utarbeidet av jordmor Gail Tully. Tilnærmingen omhandler hvordan den gravide med enkle øvelser i svangerskap og fødsel kan forebygge at barnet legger seg i feil stilling. Det er også fokus på hvilestillinger og barnets passasje gjennom bekkenet (Spinning Babies, 2020).

Det finnes mange ulike bevegelser og stillinger fødekvinnen kan benytte underveis i åpningsfasen, men også i utdrivningsfasen. Her presenteres et utvalg som ble nevnt av jordmødrene under intervjuene.

Bruk av Riboso

Her benyttes et stort vevd sjal, til å riste på den fødendes mage. Kvinnen står på alle fire over en stor ball eller et stolsete og lener seg fremover fra hoftepartiet. Ribosoen plasseres under kvinnens mage med midten av sjalet over midten av magen. Mellom eller under riene, ettersom hva kvinnen foretrekker, lager jordmor siktebevegelser med sjalet ved å dra i sjalets ender alternerende rytmisk, mens kvinnen forsøker å slappe av. Jordmor kan gjøre det raskt eller sakte. I løpet av 30-45 minutter, avhengig av hva kvinnen tolererer, kan barnet repositionere seg i en bedre stilling (Simkin et al., 2017; Tully, 2015).

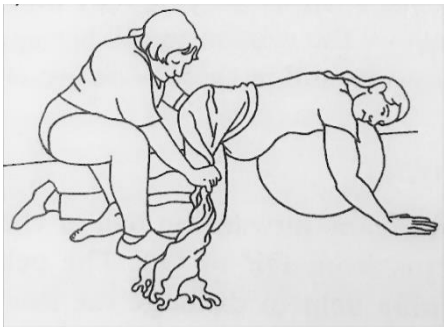


Illustrasjon: (Simkin et al., 2017)

Hip sifting / “Shaking the apple”

Denne øvelsen kan benyttes om man mistenker at barnet er innstilt i en occiput posterior stilling og vil rotere til occiput anterior, eller dersom den fødende synes det er behagelig. Kvinnen står på knær og hender, eller på knær og lener seg oppå en stor ball med overkroppen, armene- og hodet. Jordmor draperer en Riboso over kvinnens hofter og vrir

stoffet ved siden av hoftene. Så kan hun dra frem med en hånd og tilbake med den andre, om lag 10-12 cm i hver retning. Disse raske, alternerende siktebevegelsene hjelper kvinnen til å svinge med hoftene fra side til side. Det kan gjøres under eller mellom riene ettersom hva kvinnen foretrekker. De rytmiske bevegelsene er komfortable og kan hjelpe barnet ut av en uhensiktsmessig stilling. Andre fordeler kan være at tyngdekraften sammen med bevegelse oppmuntrer og lager plass til rotasjon for barnet og lindrer rygg smerter hos kvinnen. Dersom mistanken om en Occiput posterior innstilling er feil, vil den ikke bidra til rotasjon fra en anterior innstilling til en posterior innstilling (Simkin et al., 2017; Spinning Babies®, s.a.-b).



Illustrasjon: (Simkin et al., 2017)

Side-lying release



Illustrasjon: (Simkin et al., 2017)

Side-lying release er en øvelse i sideleie der kvinnen ligger ytterst på kanten av f.eks. sengen med det øvre beinet hengende over kanten og ned i "løse luften". Jordmor står foran for å trygge kvinnen og for at hun ikke skal falle ned og rigger forsiktig med begge hender på øvre hoft hos kvinnen under riene. Denne teknikken virker avslappende og strekker musklene som støtter bekkenet, inkludert bekkenbunnen. Det lindrer rygg smerter. Vekten av beinet forårsaker en forsiktig strekk og frigjør spenninger rundt hoften og bekkenet, og lager potensielt mer plass i bekkenet og øker fleksibiliteten av bekkenleddene, som tillater barnets hode å bevege seg inn i en bedre posisjon. Hun opprettholder den posisjonen, slapper av i

benet i 2 til 20 minutter eller til beinet slapper av og forlenger seg litt. Ingenting skal berøre eller støtte beinet hennes; beinet skal kunne henges fritt. Jordmor ser til at mors rygg holdes rett med hofter og skulder rett over hverandre. Øvelsen gjentas på den andre siden. Det er viktig å benytte side-lying release på begge sider, for å opprettholde balansen i bekkenets ledd og muskler (Simkin et al., 2017; Tully, 2015).

Dip the hip

“Dip the hip” er bevegelser som er utviklet, for å hjelpe barnet med å rotere fra høyre til venstre og fra posterior til anterior, etter at det ble oppdaget et stramt punkt i kvinnens rygg som ble forbundet med mangel på rotasjon til occiput anterior stilling for barnet. Teknikken kan benyttes til å åpne stramme hofter og bekkenmuskulatur i fødsel eller sent i svangerskapet. Bevegelsene bør gjøres forsiktig. Hoftene svinges ned alternerende med sentrering mellom hver “dip” og kan gjøres 8 ganger for å hjelpe muskelen som forbinder den lumbale ryggraden og tolvte ribben til iliac crest. Muskelen forkortes og trekker bekkenet inn i en lateral fleksjon. Dip the hip kan gjøres daglig i svangerskap og i fødsel ved behov (Spinning Babies®, s.a.-a).

Ettersom dette er en bevegelse illustreres denne best ved å se på filmen:

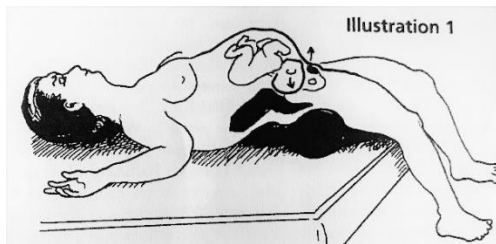
<https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/other-techniques/do-the-hip/>

Walcher’s Maneuver / Trochanter Roll

Ifølge Tully (2011) er Walcher’s Maneuver en teknikk utviklet for over 100 år siden av Dr. Walcher. Den kan benyttes der barnet ikke kommer inn i bekkenet, men der hodet befinner seg ved bekkeninngangen, tross for sterke kontraksjoner. Teknikken er ikke behagelig for fødekvinne, men den skal føre hodet inn i bekkenet, som igjen vil gjøre at fødselen kan gå fremover med åpning av cervix i takt med at barnet kommer nedover i fødselskanalen.

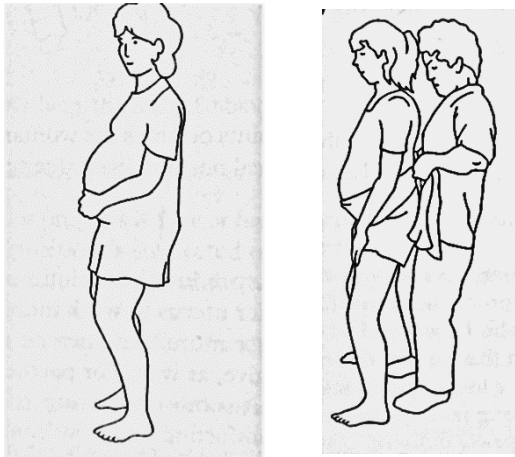
Walchers Maneuver, eller Trochanter Roll åpner bekkeninngangen til sitt største potensiale. Mor legger seg på rygg, enten med bena hengende helt ut av den høye sengen, eller hun kan ligge over en stor rull av tepper eller lignende. Rullen skal ligge rett under Trochanter, slik at symfyse blir den høyeste knokkelen i kroppen, selv om magen vil være over. Tully (2011) anbefaler stillingen gjennom tre rier. Et stort barn kan ha behov for flere rier. Teknikken kan også benyttes i badekar slik at kvinnen står på alle fire for så å flytte knærne sine bakover til

føttene er over vann. Bekkenranden åpnes i bredeste vinkel vekk fra ryggraden og symfysen likeså. Dette gir barnet plass til å feste seg (Tully, 2011).



Illustrasjon: (Tully, 2011).

Lift and tuck / Abdominal lift

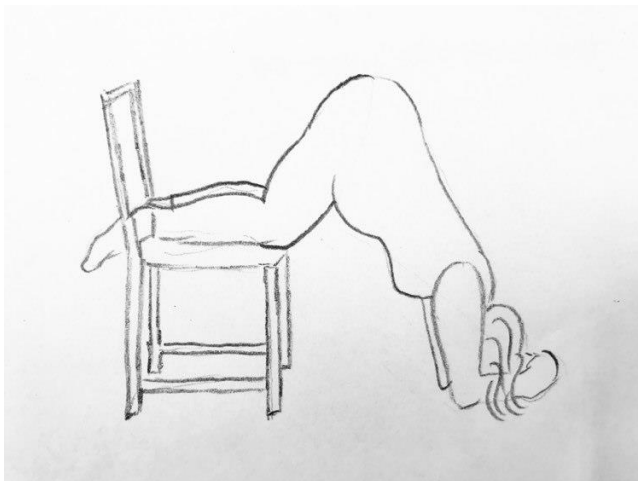


(Illustrasjoner: Simkin et al., 2017)

Øvelsen kan benyttes først og fremst i latensfasen, men også i aktiv fase dersom det er ønskelig. Fødekvinne står oppreist og løfter magen oppover og innover gjennom hele kontraksjonen, mens hun bøyer knærne og vipper bekkenet. Partner kan også hjelpe til ved å benytte et Riboso-sjal under magen. Underveis bør barnet overvåkes intermitterende under riene. Å løfte magen kan lindre ryggsmertene og bidra til å justere barnets akse med akselen til bekkeninngangen. Det forbedrer barnets stilling og effektiviteten av riene. Dessuten utnyttes tyngdekraften og kan i enkelte tilfeller forkorte fødselen. For kvinner med ryggsmertene, svai korsrygg, hengende mage, kort midje og tidligere korsryggskader kan øvelsen være spesielt god. Den er imidlertid slitsom for kvinnen dersom hun løfter magen selv over en lang periode (Simkin et al., 2017).

The Forward-Leaning Inversion

Spinning Babies har også denne øvelsen som lager plass i nedre del av uterus. Denne plassen kan barnet, med litt hjelp av tyngdekraften, bruke til å flytte seg til er mer egnet stilling før fødsel. Forward-leaning Inversion lager rom ved å vri tilbake ligamenter som har vridd seg i nedre uterinsegment eller cervix. Ved å knele i etterkant av øvelsen tillater man midlertidig strekking av ligamenter for å justere uterus i forhold til bekkenet. Det kan hjelpe cervix til å åpne seg lettere i fødsel og la barnets hode komme i en bedre posisjon. Teknikken kan redusere ryggmerter, hoftesmerter eller smerter i halebeinet, og brukes i fødsel dersom sterke rier ikke åpner cervix som forventet. Teknikken er spesielt bra om barnet venter med å komme ned i bekkenet eller rotere, mens riene er kraftige. Teknikken er nyttig ved stram eller hoven cervix, asynklitisme, og en dyp tverrstand eller når barnet ikke kommer ned i fødselskanalen. Kontraindikasjoner for denne stillingen er hypertensjon, risiko for hjerneslag, ved halsbrann, glaukom, polyhydramnion, ved sinusitt og rett etter et måltid fordi det kan gi halsbrann. Dersom det er mistanke eller kjente problemer med placenta, inkludert blødninger, uforklarlige smerter i uterus eller dersom barnet har eller har hatt panisk, kraftige bevegelser, ved smerter, dersom kvinnen ikke ønsker dette eller dersom fødselen utvikler seg normalt. Teknikken kan benyttes både i svangerskapet og i fødsel (Tully, 2015).



Vedlegg X: Arbeidsfordeling

Her presenterer forfatterne anonymt arbeidsfordelingen for masteroppgaven. Vi har hatt et jevnt samarbeid og ingen av oss har hatt ene og alene selvstendig ansvar for elementer i oppgaven. Noe ble likevel fordelt mellom oss, men dette er senere gjennomgått av begge som en kvalitetssjekk.

Forfatter 1: Hadde ansvaret for å utarbeide kapitlene: Bakgrunn, eksisterende forskning, MiMo – modell for jordmoromsorg, etiske overveielser, analyseprosessen og metodediskusjon.

Forfatter 2: Hadde ansvaret for å utarbeide kapitlene: anatomi og fysiologi, vitenskapelig tilnærming, intervju som metode, utvalg, forarbeid og intervjuene. Hun har også tegnet alle illustrasjonene som ikke er henvist til andre kilder.

Vi har begge ledet intervjuer, transkribert og analysert dataene, vært delaktige i utformingen av resultatene og resultatdiskusjon, implikasjoner for praksis og konklusjon.