

# Masteroppgave i Jordmorfag

«Jeg visste hva som skjedde i kroppen min»

En metasyntese om kunnskap som styrker førstegangsfødende i fødsel

Kandidatnummer:

919 & 923

Antall ord: 14934

**Fakultet for helsefag  
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid  
OsloMet – storbyuniversitetet  
Oktober 2020**

## FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har vært spennende og utfordrende på samme tid. Bak motivasjonen for å skrive denne metasyntesen, ligger en sterk tro på at kunnskap om fødsel er styrkende for kvinner som skal føde. Å vite hva slags prosess kroppen går igjennom i fødsel, tror vi kan hjelpe mange kvinner til å ha tro på sin egen fødekropp.

Tusen takk til vår veileder for god hjelp. Gjennom denne prosessen har hun hjulpet oss i riktig retning, og vært en beroligende stemme i tider med mye arbeid. Hennes tilbakemeldinger har hjulpet oss å holde struktur i oppgaven. Vi har også fått god hjelp av bibliotekar ved Oslomet i søkeprosessen. Da vi startet å gjennomgå litteraturen innså vi raskt at det var vanskelig å finne relevant litteratur. Elisabeth Karlsen hjalp oss å strukturere søket, og gjorde veien videre lettere å gå.

Tusen takk til venner og familie for god støtte og motiverende ord. En spesiell stor takk rettes til Marie som har hjulpet oss med mange gode innspill og sett over språket i oppgaven.

## SAMMENDRAG

**Tittel:** «Jeg visste hva som skjedde i kroppen min» – en metasyntese om kunnskap som styrker førstegangsfødende i fødsel.

**Hensikt:** I dette studie undersøkes det hva slags kunnskap rundt fødselen som var sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel. Hensikten var å belyse hva slags kunnskap om fødsel, som kan være med å gi en følelse av empowerment, oversatt til styrke, for førstegangsfødende.

**Problemstilling:** “Hva slags kunnskap er sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel?”

**Metode og materiale:** Systematisk litteraturstudie som kvalitativt metasyntese. Det ble systematisk søk i Cinahl, Medline, Embase og Maternity and Infant Care. Seks studier ble inkludert. Studiene ble analysert gjennom tematisk syntese av Thomas og Harden (2008).

**Resultat:** Fire analytiske temaer ble identifisert; *kunnskap om fødsel som normal prosess og fødselens ulike faser, historier fra andre fødekvinne og tillit til egen mor, mestringsstrategier og troen på egen fødekropp og kunnskap om fødselssmerte og ulike alternativer for smertelindring*. Kunnskap om fødsel som naturlig prosess oppleves styrkende. Fortellinger fra andre fødekvinne bidrar til kunnskap formidlet gjennom et støttende miljø.

Mestringsstrategier og tillit til seg selv bidrar til en positiv holdning. Førstegangsfødende er overrasket over intensitet på fødselssmerte, men kunnskap rundt ulike alternativer for smertelindring oppleves styrkende.

**Konklusjon:** På bakgrunn av våre funn er det ulik kunnskap som styrker førstegangsfødende i fødsel. Det er styrkende å kjenne til fødsel som en naturlig hendelse, for da oppleves ikke smerten like skremmende. Ved å lytte til fortellinger fra andre fødekvinne tilegnes kunnskap om praktiske teknikker og fødselens ulike faser. Mestringsstrategier og kunnskap om ulike alternativer for smertelindring er sentralt for å bevare kontrollen, for å føle empowerment.

**Nøkkelord:** Kunnskap, fødselsforberedende, empowerment, mestringsstrategier, normal fødsel, mestring, styrke

## ABSTRACT

**Title:** “I knew what happened in my body” – a metasynthesis about empowerment through birth knowledge

**Aim:** The aim of this study is to examine what kind of knowledge that was important to first-time mothers to feel empowered in childbirth. The purpose is to create awareness around birth knowledge that can increase first-time mothers feeling of empowerment.

**Research question:** “What kind of knowledge is important to first-time mothers to feel empowered in childbirth?”

**Method:** A systematic literature search was conducted in Cinahl, Medline, Embase and Maternity and Infant Care. Six articles were included in the metasynthesis. The articles were analyzed by using Thomas and Harden (2008) method for thematic synthesis.

**Results:** Four analytical themes were identified; *Knowing childbirth as a normal process and the different phases of labour, childbirth stories from other women and a trustful relationship with own mother, coping strategies and trust in your own body and childbirth pain and various options for pain relief.* Knowledge of birth as a natural process is empowering. Childbirth stories from other women gives birth knowledge by building a supportive community. Coping strategies and self-trust contributed to a positive attitude towards birth. First-time mothers were surprised by the intensity of birth pain and knowing different pain relief options empowered them.

**Conclusion:** The findings in this study shows there are different kind of birth knowledge that empowers first-time mothers in childbirth. Knowledge about childbirth as a natural process was empowering, as they did not perceive the pain as frightening. First-time mothers gained practical technique knowledge by listening to childbirth stories from other women, that also shared their experience with the different phases in labour. Coping strategies and pain relief knowledge were important to maintain control and to feel empowered.

**Keywords:** Knowledge, prepared childbirth, childbirth education, empowerment, coping strategies, normal birth, self-efficacy

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1.    BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	1
1.2.    FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	4
<b>2.0 TEORETISK FORANKRING</b> .....	<b>5</b>
2.1 KUNNSKAP .....	5
2.2 FØDSELSFORBEREDENDE .....	6
2.3 EMPOWERMENT .....	7
<b>3.0 DESIGN OG METODE</b> .....	<b>9</b>
3.1 FENOMENOLOGI .....	9
3.2 BAKGRUNN FOR VALG AV DESIGN OG METODE.....	10
3.3 FORFORSTÅELSE.....	10
3.4 SØKESTRATEGI OG LITTERATURSØK .....	11
3.4.1 Søkestrategi .....	12
3.4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
3.4.3 Søk i fritekst.....	14
3.4.4 Systematisk litteratursøk .....	15
3.4.5 Screeningprosessen .....	17
3.4.6 Kritisk vurdering av kandidatartikler .....	18
3.5 ETISKE OVERVEIELSER .....	21
3.6 DATAUTREKK OG ANALYSE .....	21
3.6.1 Tematisk syntese.....	22
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>28</b>
4.1 PRESENTASJON AV INKLUDERTE ARTIKLER .....	28
4.2 KUNNSKAP OM FØDSEL SOM NORMAL PROSESS OG FØDSELENS ULIKE FASER .....	33
4.3 HISTORIER FRA ANDRE FØDEKVINNER OG TILLIT TIL EGEN MOR .....	34
4.4 MESTRINGSSTRATEGIER OG TRO PÅ EGEN FØDEKROPP .....	36
4.5 KUNNSKAP OM FØDSELSSMERTE OG ULIKE ALTERNATIVER FOR SMERTELINDRING .....	38
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>40</b>
5.1 KUNNSKAP OM FØDSEL SOM NORMAL PROSESS OG FØDSELENS ULIKE FASER .....	40
5.2 HISTORIER FRA ANDRE FØDEKVINNER OG TILLIT TIL EGEN MOR .....	43

5.3 MESTRINGSSTRATEGIER OG TRO PÅ EGEN FØDEKROPP .....	45
5.4 KUNNSKAP OM FØDSELSSMERTE OG ULIKE ALTERNATIVER FOR SMERTELINDRING .....	47
5.5 METODEDISKUSJON .....	50
<b>6.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>51</b>
6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS .....	52
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>53</b>
<b>VEDLEGG 1 - SØKEHISTORIKK .....</b>	<b>59</b>
<b>VEDLEGG 2 – SJEKKLISTE FRA THE JOHANNA BRIGGS INSTITUTE .....</b>	<b>67</b>
VEDLEGG 2.1 EKSEMPEL PÅ VÅR UTFYLTE SJEKKLISTE.....	73
<b>VEDLEGG 3 – PRISMA SJEKKLISTE .....</b>	<b>74</b>
<b>ARBEIDSPROSESSEN.....</b>	<b>76</b>

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

I denne studien undersøkes det hva slags kunnskap som er sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel. Motivasjonen for å skrive denne metasyntesen er opplevd erfaring i praksis, der vi så at kvinner som har forberedt seg til fødsel virket til å ha selvtillit og tro på egen evne til å føde. Vi ønsker å tilføre ytterligere forståelse til hva som skal til for at kvinner opplever mestring i fødsel, gjennom kunnskapen de tilegner seg i forkant av fødselen.

*“Knowing what to expect helps you understand what’s happening to your body during birth” (Hollins, Joy & Robb, 2013)*

Graviditet og fødsel blir sett på som unike hendelser i en kvinnes liv, der hun blir stilt ovenfor flere ulike valg (Sanders & Crozier, 2018). Hva slags kunnskap kvinner har behov for, og hvordan de forbereder seg til fødsel er ulikt ut fra individuelle behov, ønsker og egne forutsetninger (Sanders & Crozier, 2018). Som førstegangsfødende er det mange som har lite kjennskap til de ulike fasene i fødsel, i mangel på tidligere erfaring. Forskning viser at kvinner bør få mulighet til å tilegne seg kunnskap for å være aktivt deltagende i egen fødselsopplevelse (Fisher, Hauck, Bayes & Byrne, 2012). Behov for kunnskap om fødsel vil variere sett ut fra tidligere erfaringer i livet (Helsedirektoratet, 2019b).

Fødsel er en hendelse som kan påvirke kvinner positivt og negativt (Aune et al., 2015).

Studier viser hvordan kvinner som søker kunnskap om fødsel har større tillit til fødselsprosessen, ved å tilegne seg teknikker til hvordan de kan mestre uforutsigbarheten en fødsel kan medføre (Aune et al., 2015; Hollins et al., 2013). Nettopp denne uforutsigbarheten motiverer kvinnen til å søke informasjon, for å føle seg bedre forberedt på å skulle føde et barn. Å forberede seg mot noe en potensielt ikke har kontroll over kan være utfordrende. Hollins et al., (2013) konkluderte med at enkelte kvinner følte det var nødvendig å være forberedt, da det gav økt følelse av kontroll. Flere studier konkluderer med hvordan kvinner kan oppleve at fødsel er noe som skjer med dem, uten mulighet til å ha en stemme i egen fødselsopplevelse. Å tilby kvinner kunnskap til å foreta egne valg er sentralt, slik at de aktivt kan delta i beslutninger som angår henne selv og barnet i magen (Fisher et al., 2012). Dette står òg sentralt i begrepet empowerment, som i denne oppgaven oversettes til styrke. Innenfor helse er empowerment en prosess der mennesker tilegner seg større kontroll over beslutninger

og handlinger tilknyttet deres egen helse (WHO, 1998). Å styrke kvinner som skal føde ved å tilby kunnskap og mestringsstrategier, viser forskning at kvinner har større tro på egen evne til å føde og mestre utfordringene en møter i fødsel (Howarth & Swain, 2019).

En graviditet bringer med seg psykiske og fysiske forandringer i kroppen (Aune et al., 2015). Å føle seg styrket, med tro på egen mestringssevne, kan gi en opplevelse av mindre smerter i fødsel (Hollins et al., 2013) og kan være avgjørende for at førstegangsfødende tilnærmer seg fødsel med tillit til et positivt utfall (Howarth & Swain, 2019). Å vite hva en kan forvente seg, kan gi en bedre forståelse av hva som skjer i kroppen under en fødsel. Kunnskap er makt og gir unik innsikt (Hollins et al., 2013). På en annen side viser forskning at førstegangsfødende som ikke har tro på egen mestringssevne frykter fødsel, spesielt fødselssmerter (Hollins et al., 2013). I Hallgren, Kihlgren M, Norberg A og L (1995) var faktorer som hadde gitt en dårlig fødselsopplevelse mangel på informasjon, mens god informasjon var med å styrke kvinnene. Det finnes studier som konkluderer med at fødselsopplevelsen ble lite påvirket ved at kvinnene deltok på fødselsforberedende kurs. En svensk studie undersøkte førstegangsfødende sin deltakelse på fødselsforberedende kurs. En høy andel av kvinnene hadde benyttet epidural grunnet at de var blitt gjort mer bevisst på fødselssmerter, istedenfor hvordan de kunne takle smertene på best mulig måte (Fabian, Rådestad & Waldenström, 2005). I 2007 ble det foretatt en undersøkelse blant 3682 kvinner i England, der det kom frem at mange ikke var blitt tilbudt samtale eller kurs om fødsel, samt at gitt informasjon gav et urealistisk bilde av fødsel. Flere kvinner ønsket mer spesifikk kunnskap, slik som puste- og avslapningsteknikker (Nolan, 2014). Det er nærliggende å anta at en kan styrke kvinner ved å formidle kunnskap som gir større tro på egen mestringssevne. Dette kan ha betydning for kvinner som skal føde, og for jordmødre som skal følge kvinnene i svangerskap og fødsel.

Kunnskap om fødsel finnes i mange former i dagens fødselsomsorg. Det tilbys svangerskapskontroller hos jordmor eller lege og fødselsforberedende kurs som kvinnen og partner kan delta på, men òg en overveldende mengde informasjon, lett tilgjengelig på internett og i sosiale medier. Mange gravide kvinner tilbringer mye tid på internett for å opparbeide seg kunnskap om fødselen (Mackintosh et al., 2020; Sanders & Crozier, 2018). I mangel på utfyllende informasjon, setter kvinner pris på muligheten til å tilegne seg kunnskap gjennom internett, da dette var noe de kunne styre selv (Sanders & Crozier, 2018). På en annen side var det vanskelig for kvinnene å filtrere hva slags kunnskap som styrket de, og noen kunne føle seg overveldet og skremt av informasjonen de hadde tilgang til på internett (Sanders & Crozier, 2018).



Førstegangsfødende sin kunnskap og forventning til fødsel påvirkes av mange ledd. Før 1930-tallet, da fødsel ble sett på som en naturlig hendelse, var det vanlig for førstegangsfødende å tilegne seg kunnskap gjennom samtale med familiemedlemmer. Disse personene kunne være mor, søster eller bestemor, og fortellingene fra fødsel ga fødekvinnene et innblikk i hva som var i vente. (Spicer, 2014). I senere tid har kunnskap om fødsel blitt formidlet av helsepersonell. I Norge tilbys svangerskapskonsultasjoner både hos fastlege og jordmor på helsestasjon. Sosialdepartementet vedtok i 1983 en utbedring av svangerskaps- og fødselsomsorgen i Norge, som videre førte til en anbefaling om større involvering av jordmor i svangerskapsoppfølgingen. Jordmors arbeidsoppgaver skulle omfatte oppfølging av den gravide i forkant og etterkant av fødsel, og være ansvarlig for fødselsforberedende kurs (Aune et al., 2015). Utredningen la grunnlaget for dagens jordmortjeneste, og ble videre lovfestet som en obligatorisk tjeneste i 1995, ved en endring i kommunehelsetjenesten (Aune et al., 2015). Det er åtte ordinære svangerskapskontroller på helsestasjonen. En av jordmors arbeidsoppgaver er å bidra til økt selvtillit og tro på egne evner og styrke, og forberede kvinnen på fødselens faser (Helsedirektoratet, 2019b). Gravide kvinner har ofte behov for kunnskap om ulike fødselsalternativer slik som smertelindringsmetoder, ulike hjelpemidler i fødsel og fødselsstillinger (Hassanzadeh, Abbas-Alizadeh, Meedy, Mohammad-Alizadeh-Charandabi & Mirghafourvand, 2019; Savage, 2006). Omsorgen skal utøves ut fra et holistisk perspektiv der jordmor tar hensyn til den fødende sitt sosiale, emosjonelle, kulturelle, åndelige, psykiske og fysiske behov (Aune et al., 2015). Jordmor må tilstrebe å skape trygghet hos førstegangsfødende gjennom informasjonen og kunnskapen som formidles. Det er i tråd med WHO (2016) sine anbefalinger som fremhever viktigheten av jordmor sin støtte gjennom den prenatal perioden. Støtte kan formidles gjennom å tilby kvinnen informasjon og veiledning i forberedelse til fødsel, som et tiltak for å styrke kvinnen. Mackintosh et al. (2020), beskriver hvordan 88% av deltagere i studiet opplevde jordmor som en ressurs som tilbød kvinnene informasjon om normal graviditet og fødsel, og tegn til komplikasjoner. Resultater fra ulike studier sier lite om hva slags kunnskap som var sentral for at fødekvinne følte seg styrket i fødsel (Hollins et al., 2013; Mackintosh et al., 2020). men derimot at kunnskap generelt virket styrkende i forberedelser mot fødsel (Savage, 2006). Det kan derfor være sentralt for jordmor å ha innsikt i hva kunnskap som oppleves styrkende for førstegangsfødende i fødselsopplevelsen. Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer som beskriver hvordan jordmor skal arbeide med den enkelte kvinne, i et partnerskap, ved å dele relevant informasjon. Brukermedvirkning og støtte i kvinnens rett til

selvbestemmelse og aktiv deltagelse skal vektlegges (Den Norske Jordmorforening, 2016). I denne metasyntesen ønsker vi som forfattere å rette søkelys på ulike elementer i fødsel, både fysisk og psykisk, som førstegangsfødende opplever som sentrale å ha kjennskap til i fødsel.

Tidligere forskning beskriver kvinner som erkjenner å ha spesifikk kunnskap rundt fødsel, men ved nærmere undersøkelser i form av spørsmål rundt temaet smertelindring, har kvinner fått feilaktig informasjon (Raynes-Greenow, H., Roberts, McCaffery & Clarke, 2007). Flere studier konkluderer med jordmors tilstedeværelse som sentral for en god fødselsopplevelse (Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn & Ekström, 2013). Det trengs forskning om hva slags kunnskap førstegangsfødende opplever som elementært i forberedelse til fødsel.

## 1.2. Formål og problemstilling

I dette studiet undersøkes det hva slags kunnskap rundt fødselen som var sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel. Hensikten er belyse hva slags kunnskap om fødsel, som kan være med å gi en følelse av empowerment eller styrke for førstegangsfødende.

Problemstillingen lyder derfor som følgende; Hva slags kunnskap er sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel?

## 2.0 TEORETISK FORANKRING

I dette kapittelet vil vi redegjøre for sentral teori i denne oppgaven. Det å forstå teorien er nødvendig for å kunne besvare problemstillingen, som omhandler kunnskap tilegnet i svangerskapet som kan styrke førstegangsfødende i fødsel. Med utgangspunkt i problemstillingen vil vi redegjøre for begrepene kunnskap, fødselsforberedende og empowerment.

### 2.1 Kunnskap

Kunnskap er et vidt begrep som kan forstås ut fra ulike innfallsvinkler, og kan innebære kjent og ny kunnskap. Platon skildrer kunnskap som en sann oppfatning. Med den oppfatning at kunnskap er begrunnet på måter som gjør den temmelig sikker på at den er sann, i motsetning til usann. Meninger kan formidles på ulik og overbevisende måter, men de kan likevel være usanne (Sander, 2020a). Aristoteles mente at gjennom observasjon, erfaring og refleksjon kan en få kunnskap om virkeligheten. De ulike dimensjonene av kunnskap kan inndeles i *tekne*; en praktisk- og oppgaveorientert kunnskap, *episteme*; sann kunnskap og *fronesis*; praktisk visdom utviklet gjennom erfaringskunnskap. Kort oppsummert kan kunnskap forstås som viten og ferdigheter som danner grunnlaget for handlinger (Åsvoll, 2009). Kunnskap kan ses på som summen av alt et menneske har lært, og er en aktiv og uforutsigbar oppdagelsesprosess (Åsvoll, 2009). Grunnleggende i teorien rundt kunnskapsbegrepet er forskjellen mellom taus og eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap er den erfaringsbaserte implisitte viten om hvordan arbeidsoppgaver skal løses. Ludwig Wittgensteins filosofi påpekte at ulike aspekter ved livet er umulig å formulere med ord, og kan kun vises i måten mennesket lever sitt (Åsvoll, 2009). Michael Polanyi introduserte begrepet taus kunnskap. Den tause kunnskapen kan knyttes til intuisjon og sanser, og er personlig, praktisk og en integrert del av individet (Thomassen, 2006). Ved hjelp av taus kunnskap kan en person utøve avanserte handlinger uten å være i stand til å formulere, reflektere eller teoretisere over dem (Åsvoll, 2009). Innenfor taus kunnskap oppstod begrepet personlig kunnskap som beskriver hvordan personer og kunnskap er knyttet sammen (Åsvoll, 2009). Å vite mer enn hva som kan forklares med ord er knyttet opp mot dette begrepet, der utøvelsen av ferdigheter hviler på personlig kunnskap, sett i sammenheng med personligheten til den som har kunnskapen. Det kan være vanskelig å reflektere over hvordan handlingen ble utført og personlig kunnskap avhenger av personen som utførte handlingen (Åsvoll, 2009). Å

håndtere fødsel kan være en avansert handling, og en handling som kvinner utfører uten å klare å sette ord på hvordan de utførte det, sett i lys av deres personlige kunnskap. Måten fødsel bli håndtert på kan være preget av erfaringer fra kvinnens liv. Fødsel er noe som skjer med kroppen, og kan hankses sammen med kunnskapen som eksisterer inne i individet, samt kunnskapen som er tilegnet som en forberedelse til fødsel i form av eksplisitt kunnskap. Eksplisitt kunnskap er dimensjonen av kunnskap som kan videreformidles fra en person til en annen. Den er objektiv og står utenfor individuelle og sosiale verdssystem, i motsetning til taus kunnskap som er subjektiv (Hislop, 2013).

De to begrepene hjelper oss til å forklare hva slags kunnskap førstegangsfødende kvinner trenger for å føle seg styrket i fødsel. For en førstegangsfødende kvinne er ulike typer kunnskap nødvendig. Kunnskap om fødselen, pauser, avspenning og mental forberedelse er sentralt. Det kan forstås som både eksplisitt kunnskap om fødselens ulike faser og ulike typer smertelindring. Videre kan taus kunnskap være puste- og avslapningsteknikk og ulike stillinger i fødsel. Taus kunnskap og eksplisitt kunnskap kan gå i hverandre slik som ved ulike stillinger i fødsel. Her tilegnes eksplisitt kunnskap om hvilke stillinger som kan brukes i fødsel, og taus kunnskap kan være hvordan kvinnen følger kroppen basert på egen intuisjon og sanser i fødsel.

## 2.2 Fødselsforberedende

Å tilegne seg kunnskap om fødsel kan gi økt mestringstro. Kunnskap om teknikker og verktøy/handlinger som kan virke styrkene på egen fødeevne kan være avgjørende for kvinnens fødselsopplevelse og følelse av trygghet (Positiv fødsel, u.å). Kvinnens oppfattelse av fødsel påvirkes av eksisterende kunnskap gitt av mennesker i nær omgangskrets og sosiale medier, og kunnskap som blir tilegnet gjennom svangerskapskonsultasjoner (Blix, 2017a). Som førstegangsfødende er fødselen et ukjent område, med mange ukjente problemstillinger og hendelser å ta stilling til. Konsultasjonene i svangerskapsomsorgen innebærer samtale om fødsel og forventninger, der det skal sikres at kvinnen får kunnskapsbasert informasjon som gjør at hun er stand til å ta egne valg og ha påvirkningskraft underveis i svangerskapet, men også under fødsel (Helsedirektoratet, 2019b).

I retningslinjer for svangerskapsomsorgen omtales fødsel- og foreldreforberedelse i svangerskapet, der hensikten er å gi foreldrene informasjon om svangerskap, fødsel og hva det innebærer å bli foreldre (Helsedirektoratet, 2019a). Fødselsforberedelse er en sentral del

av svangerskapsomsorgen, for å gi økt kunnskap og trygghet til de vordende foreldrene (St.meld. nr 12, 2008 -2009). Nasjonalt råd for fødselsomsorg anbefaler at fødselsforberedende kurs skal være en sentral del av svangerskapsomsorgen, som igjen kan bidra til mindre behov for ekstra oppfølging senere i svangerskapet og etter fødsel (St.meld. nr 12, 2008 -2009). Det kan ha en positiv effekt på fødselen å tilegne seg kunnskap om fødselens faser, mestringsstrategier, tankenes kraft, samt å visualisere hvordan en normal fødsel utartes. Fødselsforberedende kurs holdes på helsestasjoner, av jordmødre på fødeavdelingene eller i privat regi. Det finnes ingen tall på hvor mange som deltar på fødselsforberedende kurs, og det er uvisst hvor stor effekt kursene har på fødselsprosessen (Blix, 2017b). Et alternativ er fødselsforberedende kurs i regi av Ullevål sykehus. Kurset er frivillig å delta på, men koster penger. Kurset inneholder forberedelser mot fødsel, de ulike fasene, informasjon om smerte og smertelindring, bevegelse, fødestillinger og informasjon om barseloppholdet. Kurset tar utgangspunkt i en normal fødsel, men vil og gi enkel kunnskap om hva som kan avvike fra normalen (Oslo jordmor og ultralydklinikk, 2019). Det finnes også nettbasert kurs, filmer og bøker som kan benyttes i forberedelsen (Jordmornytt, 2018). Gjennom fødselsforberedelse tilegner kvinnen seg kunnskap om normal fødselsprosess, pusteteknikker, mestringsstrategier og avslapningsteknikker (Aune et al., 2015; O'Hare & Fallon, 2011).

Gravidyoga er en måte å forberede seg til fødsel, ved å veilede kvinnen til øvelser som kan benyttes under graviditeten og fødselen. Andre forberedelser kan være fokus på pust, avspenning og hvordan kvinnen kan åpne bekkenet. Ved å fokusere på pusteteknikker kan kvinnen bli mer bevisst på egen pust. Pusten kan være et viktig redskap under fødsel, for en rolig og fokusert pust kan bidra til at kroppen blir mer avspenning, som igjen kan virke smertelindrende. Ved å ta kontroll over pusten kan kvinnen oppleve økt kontroll i det ukontrollerbare, gi økt grad av avslapning, samt spare energi slik at riarbeidet blir mer effektivt (Jordmornytt, 2018).

### 2.3 Empowerment

Graviditet og fødsel kan være en stor påkjenning for kvinnen både fysisk og psykisk ((Blix, 2017a). I denne studien handler empowerment om hvordan kunnskap kan gi styrke til den førstegangsfødende kvinnen som øker troen på egen fødekraft. Oversatt til norsk betyr Empowerment myndiggjøring, styrking og selvforsterking (Manger & Wormnes, 2015). De

norske synonymene er ikke fullt dekkende, og reflekterer ikke over det engelske ordet *power* som kan bety styrke, kraft og makt (Askheim, Starrin & Heyerdahl, 2010). Empowerment er ment å fremme sosial og helsemessig rettferdighet og WHO definerer empowerment innen helsefremmende arbeid som «en prosess som setter folk i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker deres helse». Med dette innebærer det at individer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører egen helse og livskvalitet (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse 2018). Empowerment stammer fra tanken om at den enkelte skal gis muligheter til å styre og ta ansvar for eget liv. For at det skal være mulig, kreves både kunnskap og sosial støtte (Askheim et al., 2010).

Å forstå situasjonen vi er i, med tro på å finne løsninger gir en opplevelse av å innvirke i vårt eget liv. Psykoanalysen mente at gjennom bevisstgjøring og innsikt kan en overvinne unødvendige begrensninger i sitt eget liv, derfor sa Freud at bevisstgjøring var empowerment (Manger & Wormnes, 2015). Ved økt oppmerksomhet på individets ressurser, kunnskap, utdanning og individuelle bevisstgjøring gis personen makt og dermed følelse av empowerment. Dermed kan en øke egen makt over sin egen situasjon uten at en utfordrer andres makt over seg og egen situasjon (Manger & Wormnes, 2015). Det å styrke kvinnen kan ses i sammenheng med mestringstro. Det engelske begrepet self-efficacy viser til mestringsevne. Mestring handler om hvordan den lærte forventningen om å mestre avgrensede oppgaver fører til suksess. Forventningen om mestring er ikke en evne eller en personlighetstrekk, derimot er det en tro på, eller en opplevelse av, at en kan mestre en bestemt situasjon. Det å mestre en situasjon krever evner, kunnskap og ferdigheter. Forventing om mestring er ikke en stabil egenskap, men det påvirkes av situasjonen en er i og vil dermed være kontekstavhengig (Manger & Wormnes, 2015). Forberedelse og kunnskap til fødsel er sentralt i mestringsprosessene. Fødselsforberedelsen bidrar til en “mestringstro” (Hollins et al., 2013). Mestringstro er med andre ord troen på at en selv har evnen til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å nå det ønskede målet (Sander, 2020b).

## 3.0 DESIGN OG METODE

I metode kapittelet beskrives design og metoden, i kronologisk rekkefølge. Litteratursøket vil bli presentert, både arbeidet med planlegging og gjennomføring av søkene som ble utført våren og sommeren 2020. Deretter vil det bli gjort rede for hvordan litteraturen ble gjennomgått og artikler valgt ut gjennom screeningprosessen.

### 3.1 Fenomenologi

I denne studien benyttes en fenomenologisk tilnærming til hvordan datasamlingen og analysen er utført. En fenomenologisk tilnærming ser på menneskets opplevelse av fenomener (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2019). Fenomen er i dagligtale betegnelse for en begivenhet eller ting av høyest usedvanlig karakter. Filosofien er fenomen betegnelsen for tingene, den ytre verden, som de viser seg eller fremtrer for oss, eller som erkjenner dem, i motsetning til tingene som de “egentlig” eller “i virkeligheten er” (Snl.no, 2019). I denne studien ønsker vi å se på fenomenet kunnskap som førstegangs fødende trenger for å føle seg styrket og tilstrebe å forstå deres opplevelse gjennom en metasyntese. Fenomenologi ble utviklet av Edmund Husserl på starten av 1900-tallet, da han var opptatt av menneskers livsverden og opplevelse. Med livsverden mente Husserl den konkrete og hverdagslige verden vi lever i. Hverdagslivet er en forutsetning for alle erfaringer (Thoresen, Rugseth & Bondevik, 2020). Fenomenologi har sine røtter innen både filosofi og psykologi, og fokuserer på å forstå menneskers erfaringer. Ved å ta utgangspunktet i fenomenologisk beskrivelse kan førstegangs fødende sine opplevelser, refleksjoner og erfaringer løftes frem (Thomassen, 2006). Ved å ha et fenomenologisk syn knyttet til denne studien kan vi få en dypere forståelse og svar på studiens problemstilling.

### 3.2 Bakgrunn for valg av design og metode.

Denne studien har et kvalitativt design og metode. Et kvalitativ design velges når en skal studere menneskelige erfaringer, opplevelser og verdier (Malterud, 2017 b). Metode er en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap, og forteller oss hvordan vi skal gå til verks for å opparbeide oss ny kunnskap. Metoden som velges, bør være hensiktsmessig for å belyse problemstillingen og brukes som hjelp ved datainnsamling (Dalland, 2012). Kvalitative data blir ofte presentert gjennom intervjuer, og bruker deltakernes egne beskrivelser og ord for å forstå fenomenet som studeres (Aveyard, 2019). Da studiet skal undersøke hva slags kunnskap som er sentral for førstegangsfødende, og hvordan denne kunnskapen kan styrke de i fødsel, vil det være naturlig å bruke kvalitativ metode for å analysere og presentere resultatene. Kvalitativ metode fanger opp resultater som ikke lar seg måle med tall (Dalland, 2012), noe som er sentralt for å forstå førstegangsfødende sitt behov for kunnskap i forbindelse med fødsel.

Forskningsspørsmålet er «hva slags kunnskap er sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel? Vi er ute etter førstegangsfødende sin opplevelse av hva slags kunnskap som er avgjørende for at de føler seg styrket i fødsel. På bakgrunn av dette ble det utført et systematisk litteratursøk der det ble søkt etter kvalitative primærstudier i databaser med forskningsartikler. Kvalitative primærstudier er enkeltstående empiriske studier, for eksempel en gruppe mennesker som blir intervjuet om sine erfaringer av et gitt fenomen (Malterud, 2017a). De kvalitative primærstudiene ble deretter sammenfattet og sammenlignet gjennom en metasyntese, der det samles data fra de ulike studiene som ble funnet i det systematiske litteratursøket (Aveyard, 2019). Metasyntese er en form for systematisk oversikt der primærstudier er blitt bearbeidet og tolket på nytt, for å kunne utvikle ny kunnskap (Malterud, 2017a). Det er sentralt å finne primærstudier av god kvalitet, for å kunne ferdigstille en metasyntese, gjennom fortolkning, analyse og til slutt syntese (Malterud, 2017a). Resultatene ble analysert ved å ta i bruk tematisk syntese av Thomas & Harden (2008).

### 3.3 Forforståelse

Forforståelse er individuelle forutsetninger og erfaringer en har med seg bevisst eller ubevisst og som preger vårt grunnlag til å oppfatte og tolke (Malterud, 2017 b). Forforståelse kan være



både positiv og negativ “bagasje”. I arbeidet med denne metasyntesen har vi vært oppmerksomme på vår egen forforståelse som jordmorstudenter, og vår motivasjon for å studere temaet. Som studenter på jordmorutdanningen har vi gjennom vår tid i praksis deltatt i flere fødsler, og møtt kvinner som føler seg godt forberedt til fødsel, og som med tro på seg selv og forståelse for hva som skjer i kroppen under fødsel, har tiltro til sin egen evne til å føde. Ikke alle kvinner er like forberedt, «noen tar det som det kommer.» Vi har også vært med på svangerskapskonsultasjoner, der jordmor gjennom samtaler og veiledning er med å forberede kvinnen på fødsel. Under disse samtalene opplevde vi førstegangsfødende med svært forskjellige informasjonsbehov og eksisterende kunnskap om fødsel. Det var forskjell på hva slags kunnskap som var sentral for disse i forkant av fødselen. Gjennom erfaring i denne perioden og litteratur fra pensumliste har vi opparbeidet oss kunnskap om fødselsprosessen, noe som har gitt oss en ny forståelse av fødselen som en naturlig prosess. Å kjenne til fødsel som en normal prosess og hormon samspeillet i kroppen er grunnleggende for valg av tema til denne metasyntesen. I fødsel produserer kroppen Oksytocin, som er essensielt for produksjon av rier. Frykt, redsel og usikkerhet kan føre til produksjon av Adrenalin, som igjen kan hemme utskillelsen av Oksytocin. Vi anser derfor forberedelser til fødsel som en styrke, og antagelsen er at kunnskap er sentralt for å føle seg styrket i fødsel.

### 3.4 Søkestrategi og litteratursøk

Søkestrategien må utarbeides slik at den samsvarer med valgt problemstilling ((Malterud, 2017a), og søkestrategien i denne studien presenteres sammen med litteratursøket.

Det systematiske litteratursøket er en metode for å unngå å overse sentrale forskningsartikler, og skal identifisere sentrale treff, utelate mindre sentrale treff og inneholde spesifikke søkeord (Malterud, 2017a). Sjekkliste fra PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff & Altman, 2009) er blitt fulgt, og er blitt brukt som et hjelpemiddel. Den inneholder 27 ulike punkter over hva som bør være med i en metasyntese (Moher et al., 2009). og legges ved som vedlegg nummer tre.

### 3.4.1 Søkestrategi

For å strukturere søket og gi en god oversikt over søkeord ble SPIDER-skjema benyttet. SPIDER er et hensiktsmessig verktøy å bruke ved kvalitativ forskning, SPIDER-skjema som verktøy brukes for å utarbeide en søkestrategi, for å finne forskning på fenomenet vi ønsker å undersøke (Cooke, Smith & Booth, 2012). SPIDER var relevant for vår problemstilling da vi studerer kvinners opplevelse av sentral kunnskap for å føle seg styrket i fødsel. SPIDER-skjema ble satt opp før søk i fritekst ble utført. Selv om en i kvalitative studier kan gå åpent ut i søk etter forskning, bør en gjøre et godt forarbeid (Malterud, 2017a). Av den grunn ble SPIDER utarbeidet som første steg i søkeprosessen, og har vært en hjelp for å finne relevante søkeord.

Tabell 1 - SPIDER (Cooke et al., 2012)

Sample	Phenomenon of interest	Design	Evaluation	Research Type
<b>Utvalget vi ønsker å se på (deltakere i studiene)</b>	<b>Hva er fenomenet vi ønsker å undersøke. Hvordan og Hvorfor?</b>	<b>Hva slags design ønsker vi å bruke?</b>	<b>Vurdering av artikler</b>	<b>Hva slags type forskning er vi ute etter?</b>
Førstegangsfødende Nulliparas OR Primiparas OR Nullipar* OR Primipar* OR Primigra* OR First-time OR First-time mothers	Kunnskap om fødsel som er sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket. Prepared childbirth OR Childbirth education OR Education OR Health knowledge OR Knowledge OR Educat* OR Prepar* OR Readiness	Kvalitativt design, med en systematisk litteraturstudie. Skrives som en metasyntese. Qualitative studies OR Interviews OR Focus group OR View OR Experience	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	Kvalitative primærstudier Qualitative OR Qualitative research OR Qualitative study

### 3.4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble bestemt før søkene ble utført. Tabell 1 viser til kriteriene. De er også blitt justert etter hvert som søkene ble utført, slik Malterud (2017a) også beskriver; Kriteriene kan justeres underveis ettersom hva som er mest hensiktsmessig når en ser hva slags treff en får i databasene, og videre skal velge artikler. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble bestemt under planlegging av litteratursøkene, før det ble gjort søk i fritekst. Vi avgjorde tidlig å avgrense oppgaven til førstegangsfødende, da flergangsfødende kan være påvirket av tidligere fødselsopplevelser. Vi så ved gjennomgang av søk i fritekst at det fantes få artikler rundt temaet som skiller mellom første- og flergangsfødende, og har senere vurdert å la metasyntesen omhandle fødende kvinner, uten å skille mellom hvor mange barn de har fått. I en kvalitativ studie er det ikke uvanlig at problemstillingen er ferdig formulert mot slutten av forskningsprosessen (Malterud, 2017a). Det ble allikevel avgjort å avgrense til førstegangsfødende, da flergangsfødende opplever en ny fødsel, sett i lys av deres forrige fødselsopplevelse (Hollins et al., 2013). Kvinner som har født hjemme ble inkludert, da de opplevde en stor tillit til sin egen kropp og fødsel, og gjør ulike forberedelser rundt dette (Skrondal, Bache-Gabrielsen & Aune, 2020). Dette kan være et interessant perspektiv å belyse, da vi i denne oppgaven ønsker å se på hva slags kunnskap som er styrkende for førstegangsfødende.

Vi startet med å se etter artikler som ikke var eldre enn fra år 2000, men da vi identifiserte en svært relevant artikkel fra 1995, som senere ble inkludert i dette studiet, ble tidsbegrensingen diskutert. Hensikten er å finne ut av hva slags kunnskap som er sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel, og det kan være nærliggende å tro at behovet for kunnskap i stor grad er lik for kvinner som føder i 1995, sammenlignet med 2000. Videre er artikler norske, danske, svenske og engelske artikler inkludert, da det er sentralt at vi som forfattere forstår inneholder i forskningen som presenteres i metasyntesen. Å kunne oppfatte språklige nyanser er avgjørende for å kunne skrive en kvalitativ metasyntese (Malterud, 2017a), da innholdet beskriver menneskelige erfaringer.

Tabell 2 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Artikler fra 1995-2020	Forskning eldre enn 1995
Førstegangsfødende	Flergangsfødende
Kvalitative primærstudier	Kvantitative studier Systematiske oversikter
Nordisk språk, engelsk språk	Fødselsomsorg i Afrika og Asia
Kvinner som føder på sykehus eller hjemme	Kvinner som skal ha et elektivt keisersnitt

### 3.4.3 Søk i fritekst

Etter å ha fastsatt inklusjons- og eksklusjonskriterier, startet arbeidet med å finne kvalitative primærstudier først med et søk i fritekst, som en forberedelse til det systematiske litteratursøket i databasene. Da det kan være best å gå åpent ut for å finne artikler som kunne blitt oversett i et systematisk søk (Malterud, 2017 b), ble eksisterende forskning rundt temaet undersøkt. I arbeidet med prosjektskissen hadde allerede en aktuell artikkel blitt identifisert i Google Scholar med søkeordene «childbirth education preparation», i et søk som var avgrenset fra 1995 til 2020, og var etter inklusjonskriteriene.

Etter inklusjons- og eksklusjonskriterier ble det utført søk i BMC Pregnancy and Childbirth. Her ble ulike søkeord benyttet, for å gå bredt ut for å finne artikler som kunne være relevant for problemstillingen. Søkeord som “prepared childbirth” og “childbirth education” ble til å begynne med benyttet, noe som ga 2441 og 5133 treff i BMC. Disse treffene var i stor grad kvantitative artikler, og for å innskrenke treffet ble søkeordet “qualitative” lagt til. Dette ga 1156 treff på “prepared childbirth qualitative” og 2157 treff på “childbirth education qualitative”. Ved gjennomgang av disse søkene, er det i første søk, “prepared childbirth qualitative” det gjøres interessante funn, og ved opptelling av resultater som er gjennomgått er dette søket inkludert. Dette presiseres nærmere i screeningsprosessen og i figur 1, som er flytskjema.

Ved gjennomlesning av overskriftene i BMC ble det raskt identifisert hvordan få artikler omhandler førstegangs fødende. Det er også få artikler som er aktuelle på grunnlag av problemstilling. Flere artikler handler om kvinner i Afrika, med et annet kunnskapsgrunnlag enn norske kvinner, og med en annen fødselsomsorg. Det ble funnet få aktuelle artikler som omhandler fenomenet vi undersøker, men vi kunne notere nøkkelord for å bruke videre i det systematiske litteratursøket.

#### 3.4.4 Systematisk litteratursøk

Litteratursøkene ble utført i perioden april til august 2020. Databasene som ble benyttet var Cinahl, Medline, Embase og Maternity and Infant care. Databasene ble valgt da de inneholder kvalitativ forskning, etter råd fra bibliotekar. Bibliotekar rådet oss til å utelukke Pubmed som database, da Medline har samme innhold. Maternity and Infant Care ble valgt da denne databasen er spesifikk for jordmorfagelige artikler. Under gjennomføring av søkene ble den skandinaviske databasen SweMed+ også inkludert, men da dette ga null treff i resultater, ble denne databasen senere ekskludert fra det systematiske litteratursøket.

Vi startet først med å bygge opp et søk rundt førstegangs fødende og kombinere de ulike betegnelse for førstegangs fødende på engelsk med OR og trunkering. OR er et kombinasjonsord og utvider søket ved å få flere treff på ulike former av søkeordet (Helsebiblioteket, 2019). I dette søket er førstegangs fødende kombinert med OR slik: Nulliparas OR primiparas OR nullipar\* OR primipar\* OR primigra\* OR first time mother\*. Her ser en hvordan søket inneholder både kombinasjonsordet OR, og trunkering i form av stjerne på slutten av en betegnelse. Da får en med både entall- og flertallendelse av et tekstord (Helsebiblioteket, 2019) og dette gir oss flere variasjoner av ordet som søkes etter. Eksempelvis ville det i dette søket gitt treff innenfor “first time mother” og “first time mothers”.

Videre ble nøkkelord som ble identifisert i fritekst søket inkludert i søkeordene. Vi identifiserte flere emneord og brukte disse i søkene. Emneord er standardiserte ord som beskriver innholdet i artiklene (Helsebiblioteket, 2016). “Prepared childbirth” og “Childbirth education” var to av emneordene som gikk igjen i artikler vi undersøkte som forberedelse til det systematiske litteratursøket, i fritekst søk. Emneordet “Health knowledge” ble òg benyttet, sammen med “knowledge” alene. Emneordet “Education” og tekstordet

“readiness” ble det satt trunkering ved, for å få med alle variasjonene av disse ordene. Tekstord er ord i tittel, sammendrag eller hele teksten (Helsebiblioteket, 2016), og brukes også får å ikke gi glipp av treff. Disse ble igjen kombinert med AND som avgrenser søkene, da søket må inneholde elementene som blir kombinert med AND (Helsebiblioteket, 2019). Da det var et stort antall treff på kvantitative studier, som ikke er aktuelt for en metasyntese, legges søkeord som “qualitative”, “interview” og “focus group” til, etter råd fra bibliotekar.

I tabell 3 vises søket fra Cinahl, med benyttet søkeord og ulike kombinasjoner. Dette viser hvordan søket ble satt opp. Ettersom artiklene som ble identifisert i fritekst er engelskspråklig, er det systematiske søket satt opp med engelske søkeord.

Tabell 3 - søkelogg fra Cinahl

#	Søkeord og kombinasjoner med AND/OR
S1	(MH “Nulliparas”)
S2	(MH “Primiparas”)
S3	TI ( (nullipar* or primipar* or primigra* ) OR AB ( (nullipar* or primipar* or primigra* ) )
S4	TI “first time mother” OR AB “first time mother”
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4
S6	(MH “Prepared childbirth”)
S7	(MH “Childbirth education”)
S8	(MH “Education”)
S9	(MH “Health knowledge”) OR (MH “Knowledge”)
S10	TI ( (educat* or prepar* or readiness) OR AB ( (educat* or prepar* or readiness) )
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10
S12	S5 AND S11
S13	(MH “Qualitative studies+”)
S14	(MH “Interviews+”)
S15	(MH “Focus group”)
S16	TI ( (qualitative or interview* or “focus group*” or view* or experience* ) OR AB ( (qualitative or interview* or “focus group*” or view* ) )
S17	S13 OR S14 OR S15 OR S16
S18	S 12 AND S17

### 3.4.5 Screeningprosessen

Screeningprosessen innebærer å sortere ut treff som ikke har relevans for problemstillingen (Malterud, 2017a), og en kan på denne måten fokusere på artikler som har relevans for problemstillingen. Artikler med relevans kalles kandidatartikler (Malterud, 2017a), Artikler som ekskluderes kalles “forurensing” (Malterud, 2017a). Før screeningprosessen var startet hadde vi utført søk et søk i Google Scholar. Videre var det utført søk i fritekst og systematisk søk i databaser. Deretter startet gjennomlesning av titler i begge søkene parallelt.

Screeningprosessen bestod av flere trinn. Aller først leste vi gjennom titlene fra søk i fritekst der søkeordene «prepared childbirth qualitative» var brukt, for å vurdere om de var aktuelle for vår problemstilling. Grunnen til at vi leste gjennom titler fra søk i fritekst først, var for å notere nøkkelord til systematisk litteratursøk. I neste trinn ble titlene fra det systematiske søket i databasene gjennomgått. I denne metasyntesen er vi ute etter å finne ut av hva slags kunnskap som styrker førstegangsfødende i fødsel. Vi hadde ikke inkludert søkeord som *empowerment* eller *self-efficacy* i det systematiske søket, og derfor lå fokuset på å finne artikler som påpekte dette, til tross for at det ikke fremkommer i tittel eller abstrakt. Vi tok dette valget etter råd fra bibliotekar og da vi så at dette avgrenset søket i den grad at det var fare for å miste relevant litteratur. I arbeidet med å finne kvalitative primærstudier gjennom søk BMC pregnancy and childbirth og systematisk litteratursøk, er det blitt lest 3757 overskrifter. Av disse var det 512 abstrakter som ble lest. Etter å ha lest 512 abstrakter, var det 112 artikler som, etter inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble valgt ut til å bli lest i fulltekst. Neste trinn var gjennomlesning av artiklene i fulltekst. Videre ble det utført tilleggssøk. Det går ut på å lete i referanselisten i en studie, og identifisere flere relevante artikler. Dette kan en gjøre i flere ledd (Malterud, 2017a), og kan også kalles snøballsøking. Det ble kun utført tilleggssøk i artiklene som ble lest i fulltekst da denne søkestrategien kan føre til skjevheter i materiale som identifiseres (Malterud, 2017a). I tilleggssøket identifiseres fire aktuelle artikler som leses i fulltekst, og dette utgjør derfor 116 artikler lest i fulltekst og screenet for relevans.

Etter å ha lest 116 artikler i fulltekst var det 11 artikler som gjenstod. Disse studiene ble lest gjentatte ganger, og nøye diskutert da vi var usikre på om noen av de fylte inklusjonskriteriene. Studier ble ekskludert da de ikke omhandler spesifikk kunnskap som er sentral for gravide for å føle seg styrket i fødsel, men heller fokuserer på forventninger til fødsel. Etter nøye vurdering satt vi igjen med seks artikler. Disse seks artiklene var våre

kandidatartikler. Nevnt tidligere ble en kandidatartikkel identifisert i Google Scholar (Hallgren et al., 1995), da den ble ansett til å være av god kvalitet og oppfylte inklusjonskriterier. Den ble ikke funnet i det systematiske litteratursøket. Søket i BMC identifiserer en kandidatartikkel, og ved tilleggsøk identifiseres to kandidatartikler. De resterende tre ble funnet i det systematiske litteratursøket. De seks artiklene er videre blitt kritisk vurdert gjennom bruk av sjekklister. Figur 1 viser til screeningsprosessen.

### 3.4.6 Kritisk vurdering av kandidatartikler

Å ta stilling til styrker og svakheter i litteraturgrunnlaget for metasyntesen, er vesentlig for å oppnå et fyldig resultat, og for å ivareta vitenskapelig kvalitet. (Malterud, 2017a). Derfor er en sjekkliste fra The Joanna Briggs Institute (JBI) brukt som hjelpemiddel for å vurdere artiklene. Hensikten er å vurdere den metodiske kvaliteten, og kunne avdekke skjevheter, til tross for å oppfylle kravene satt ved inklusjons- og eksklusjonskriterier (The Johanna Briggs Institute, 2017). Sjekklisten fra JBI er valgt da den er spesifikk for kvalitativ forskning (The Johanna Briggs Institute, 2017). Å vurdere metode og dataanalyse i et kvalitativt primærstudie, gjennom valgte sjekklister, er hensiktsmessig i denne metasyntesen, da det krever at en setter seg nøye inn i metodologien til hver enkelt primærstudie, for å forstå innholdet i de ulike artiklene.

Sjekklisten inneholder ti ulike punkter, med spørsmål som skal besvares. Prosessen ble startet med å oversette spørsmålene til norsk. De ulike spørsmålene innebærer å se om det er sammenheng mellom det filosofiske perspektivet og metodologien. Videre må en se på likhet mellom metodologi og forskningsspørsmålet, og at det samstemmer med datainnsamlingsmetoden. I arbeidet med å kritisk vurdere studiene var det sentralt å undersøke om de kvalitative primærstudiene hadde en fenomenologisk tilnærming til datainnsamling, der en ser på opplevd erfaring (Aveyard, 2019). Deretter kritisk vurderes måten dataen er blitt samlet inn på, og hvordan resultatet av datainnsamlingen blir tolket, sett i sammenheng med metodologien. Å sette seg inn i disse spørsmålene har vært krevende, og en har i tillegg måtte forstå forskeren i primærstudiene, sett ut ifra et faglig og etisk perspektiv. Primærstudiet bør redegjøre for sitt etiske perspektiv, og en må med et kritisk blikk se på forskerens innflytelse på den aktuelle artikkelen, både i form av relasjon til deltakere og rolle i innsamling av data (The Johanna Briggs Institute, 2017). I en metasyntese



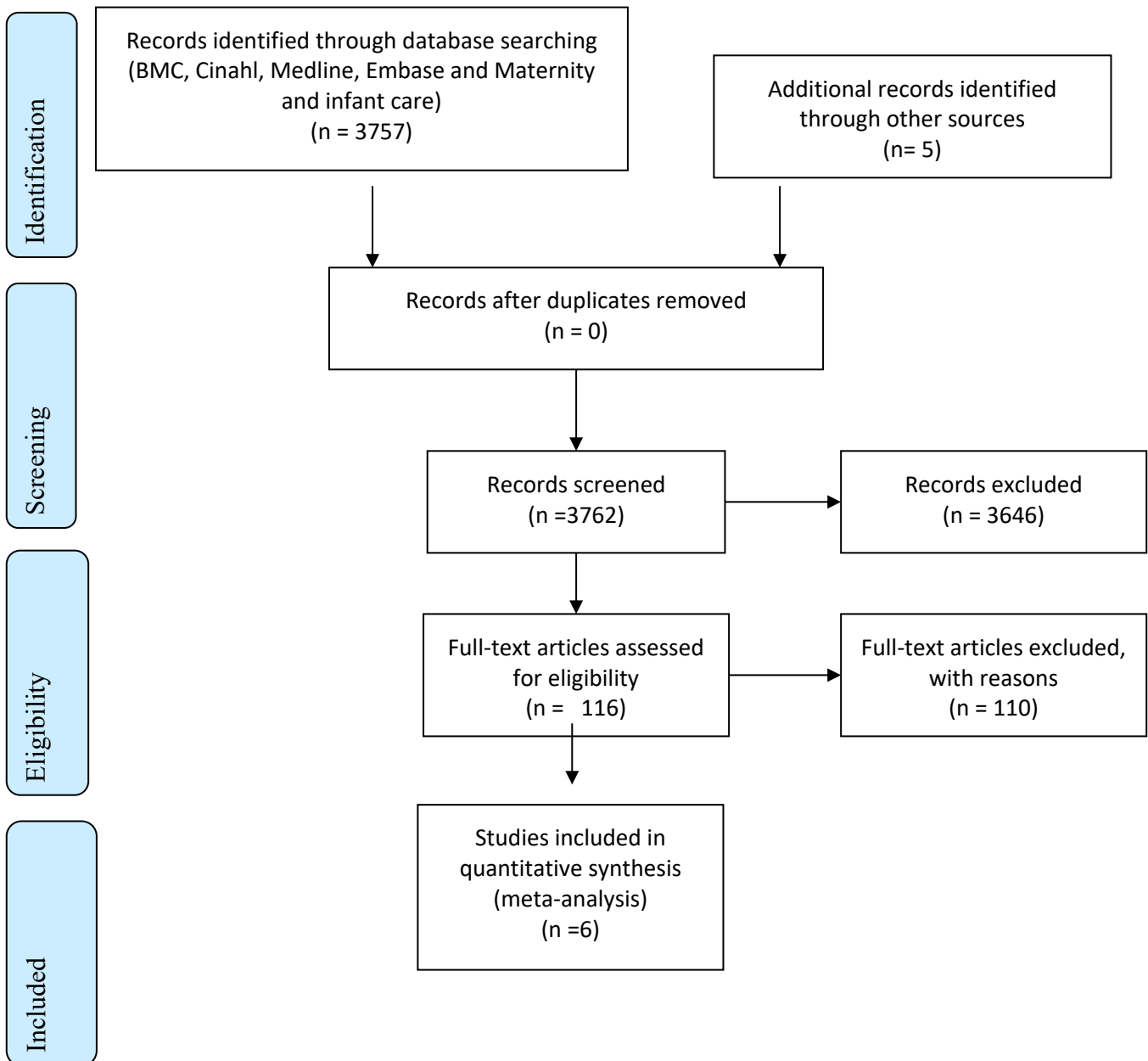
med fyldige, velbegrunnede og tankevekkende resultatet, kan en få et viktig bidrag til oversiktsartikler (Malterud, 2017a). På bakgrunn av dette er det hensiktsmessig å benytte seg av denne sjekklisten.

De seks valgte artiklene ble videre gransket, og vurdert til å være av god kvalitet. Som vedlegg nummer 2 og 2.1 ligger sjekkliste med veiledning til de ti spørsmålene, for å gi innblikk i prosessen, og et ferdig utfylt eksemplar. Begrunnelsen for å inkludere de seks artiklene er at de inneholder en resultatdel som er bærekraftig, noe som er avgjørende for å komme med et bidrag til eksisterende kunnskap, istedenfor kunnskap som allerede er presentert (Malterud, 2017a). Videre er metode gjort godt rede for, og er tydelig presentert, noe vi opplever som sentralt for å kunne vurdere artikkelens kvalitet.

Figur 1 - screeningsprosessen (Moher et al., 2009)



### PRISMA 2009 Flow Diagram



### 3.5 Ethiske overveielser

I en kvalitativ metasyntese, der en trekker ut data fra primærstudier, er hvordan en representerer dette arbeidet sentralt (Aveyard, 2019). Alle referanser må komme tydelig fram, noe vi som forfattere av denne studien har vært opptatt av. Spesielt ens egne ideer bør komme tydelig (Aveyard, 2019), og dette blir tatt hensyn til ved presentasjon av meningsbærende enheter, som videre blir tolket til ulike koder, ved å presentere kodene fra hver studie i en tabell. Videre har vi hatt fokus på det etiske perspektivet i hver av artiklene, blant annet ved å se om det er spesifisert hvordan forskeren i primærstudiet har ivarett personvern og innhentet nødvendige (Malterud, 2017a). Av de seks artiklene som ble inkludert er deltagerne i alle studiene anonymisert, og har fått godkjenning fra etisk komite i de respektive landene.

### 3.6 Datauttrekk og analyse

Etter å ha identifisert og organisert primærstudiene, er det de som legger grunnlaget for analyse og syntese (Malterud, 2017a). Analysen er den mest eksplisitte fortolkningsnivået der forskeren med støtte i relevante teoretiske perspektiver leser data slik at det leder til ny kunnskap (Malterud, 2017a). I en kvalitativ metasyntese har analysen og syntesen like krav til kritisk refleksjon som i andre kvalitative synteser (Malterud, 2017a). I en kvalitativ empirisk primærstudie arbeider vi med mange ulike nivåer av fortolkninger (Malterud, 2017a). Malterud (2017a) beskriver 3 ulike tolkningsnivåer; førsteordens, andreordens og tredjeordens begreper. Førsteordens begrep handler om menneskets forståelse i hverdagslige språk, slik det kommer til uttrykk som empiriske rådata. Andreordenes begreper er resultatet av forskerens systematisk tolkninger av deltakerens førsteordens begreper i lys av teoretisk referanseramme. Deretter gjøres en syntese som skal lede frem til tredjeordens begreper (Malterud, 2017a). Det er viktig at vi til enhver tid tar stilling til hvilket fortolkningsnivå vi arbeider med og dette kan være utfordrende i en metasyntese, der vi skal håndtere nye fortolkningsnivåer uten at vi har tilstrekkelig kjennskap til tolkninger som allerede er gjennomført i primærstudiene (Malterud, 2017a).

### 3.6.1 Tematisk syntese

Vi har valgt å bruke tematisk syntese i tre trinn som vår analysemetode (Thomas & Harden, 2008). Da tematisk syntese er vanlig å bruke for å analysere primærstudier, og en metode for å trekke ut relevant data fra primærstudier, velges denne metoden (Thomas & Harden, 2008). Relevant data er tekst fra resultatavsnittet som danner grunnlaget for analyse og syntese (Malterud, 2017a). Tematisk syntese ble presentert som en metode for kvalitativ metasyntese av Thomas og Harden i 2008. Metoden bygger på metaetnografi, Grounded Theory, og er inspirert av metoder for tematisk analyse av kvalitative primærdataer (Malterud, 2017a). Vi har valgt å gjøre en tematisk analyse, slik mange velger å gjøre i en primærstudie med egne empiriske data, med vekslende grad av teoretisk forankring (Malterud, 2017a). Det er tre trinn i analyseprosessen. Systematisk koding av tekst fra resultatavsnittet, linje for linje. Kodene organiseres i en hierarkisk struktur med fremstilling av deskriptive temaer, og analytiske tema utvikles ved abstrahering av de deskriptive temaene (Malterud, 2017a).

I første steg av tematisk analyse kodes resultatene i primærstudiene. Dette går ut på å lete etter mening i innholdet ved å lese gjennom teksten, linje for linje. Å kode linje for linje var avgjørende for å gjennomføre det som er sett på som en nøkkeloppgave i analyse av kvalitativ forskning; nemlig oversettelse av begreper fra en studie til en annen (Thomas & Harden, 2008). Her valgte vi å dele artiklene mellom oss, lese gjennom og merket det vi synes var hovedbudskapet i teksten, også kalt meningsbærende enheter. Vi brukte Word for å notere ned relevant innhold fra resultatdelen i de ulike artiklene. Deretter møttes vi for å diskutere funnene i fellesskap, og sette navn på kodene fra de ulike primærstudiene. Hver av oss hadde markert med farger de artiklene vi leste linje for linje. Et eksempel på meningsbærende enhet i teksten lyder som

følgende: *“The women told about various ways in which to use their learned coping strategies. They described this as a process where they worked towards a goal, which was birth”* (Aune et al., 2015). Denne teksten fikk koden “Kunnskap om mestringsstrategier”. I tabell 5 presenteres en meningsbærende enhet fra hver av artiklene, og videre hvordan denne enheten er blitt kodet. En meningsbærende enhet innebærer å skille relevant tekst, fra tekst som ikke er relevant for det aktuelle studiet. En meningsbærende enhet skal ses i lys av problemstillingen (Malterud, 2017 b). Meningsbærende enheter systematiseres gjennom koding (Malterud, 2017 b). Videre viser tabell 6 de ulike kodene identifisert i primærstudiene og er markert med ulike farger for å illustrere hvordan vi jobbet

for å samle og sortere kodene fra primærstudie og videre i en kodebank, som er neste trinn av analyseprosessen.

Tabell 5 - Meningsbærende enheter

Meningsbærende enheter	Koder
Beginning with the consensus that many women had felt unprepared for the third stage, the conversation turned to issues around receiving the syntocinon or ergometrine injection to facilitate placenta delivery	Kunnskap om fødselens tredje fase
At the beginning of labour, first-time mothers experienced alternative pain relief as relaxing and comfortable	Kunnskap om alternativ smertelindring
<i>“I tried to do it for a few hours, and it was a little upsetting that I was not able to do it naturally. I think some of the descriptions that we talked about were accurate as far as being like menstrual cramps, but much more severe, but it is hard to describe (laughter)</i>	Kunnskap om smerteintensitet
The women told about various ways in which to use their learned coping strategies. The described this as a process where they worked towards a goal, which was birth	Kunnskap om mestringsstrategier
They were aware that childbirth is accompanied by pain and that the fact there are no guarantees about the result. The child was on focus, which brought about good feelings	Kunnskap om smerter Barnet i fokus
<i>“If I hadn’t gone to the antenatal classes I wouldn’t know the breathing”</i>	Kunnskap om pusteteknikker

Tabell 6 - Koder analysert i primærstudier

Primærstudie	Koder
Aune et. al. (2015)	Følelsesmessig styrke/ kunnskap om fødselens første fase/informasjon om fødselsprosessen/Kunnskap fra egen mor /Kunnskap om mestringsstrategier/positiv holdning til fødsel/ snakke med andre om fødselsprosessen /Kunnskap om smerter
de Quattro (2019)	Troen på egen fødekropp/Troen på egen intuisjon/Opplevd sensasjon i andre fase/Kunnskap om fødselens tredje fase/Underlivet etter fødsel/Kunnskap om bruk av ulike teknikker/Kunnskap om fødselsprosessen/Fikk selvtillit og opplevde støtte ved fortellinger fra andre kvinner
Savage (2006)	Troen på egen intuisjon/Troen på egen fødekropp/Kunnskap fra egen mor/Kunnskap om smerteintensitet/Tilbakeholdt informasjon fra venner, familie og helsepersonell/Kunnskap om ulike teknikker i fødsel/Kunnskap formidlet fra et støttende miljø/Kunnskap om ulike alternativer for smertelindring/Kunnskap om normal fødsel gir redsel for å “ikke klare det”/Kunnskap om fødselssmerter/Fødselshistorier fra andre kvinner
O’Hare & Fallon (2011)	Kunnskap om pusteteknikk/Kunnskap om fødselens første fase/Kunnskap om fødemiljøet/Kunnskap om fødselens uforutsigbare natur/kommunikasjon/ Kunnskap om fødselskomplikasjoner/
Hallgren et. al. (1995)	Opplevelse av meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet/fødsel som en gledelig, men skremmende begivenhet/ /Takler ikke bekymringsfull informasjon/ Kunnskap om fødselsvarighet/ kunnskap om fødselssmerter/Barnet i fokus/Kunnskap om fødselen som normal prosess/
Nilsson et.al (2013)	Troen på egen fødekropp/Kunnskap om fødselssmerter/Kunnskap om alternativ smertelindring/Kunnskap om mestringsstrategier/Kunnskap om smertelindring/Kunnskap om vaginal ruptur/Kunnskap om fødemiljøet

I trinn to av tematisk analyse skal en finne likheter og forskjeller mellom kodene, for å gruppere de i en hierarkisk struktur. I denne prosessen skal det opprettes nye koder for å fange innholdet av disse gruppene og kodingen, noe som vil lede til utvikling av deskriptive temaer (Thomas & Harden, 2008). Ifølge Thomas og Harden (2008) blir koder opprettet for å fange betydningen og innholdet i hver setning. Koder kan struktureres som hierarkiske koder eller frie koder. Etter å ha utviklet kodene kan de samles i “kodebank”, slik at det fremstår strukturert. Nye koder kan utvikles ved behov. Kodene ble lagt i “kodebank” etter hvert som vi gikk igjennom studiene. Dette trinnet gjennomførte vi ved å ha en dialog og diskusjon om kodene. Deretter ble kodene som var sortert i fargekoder fordelt i

lignende temaer i en “kodebank” som ble utviklet til deskriptive temaer. I denne prosessen var vi opptatt av å ikke ekskludere koder.

Det tredje trinnet går ut på å generere analytiske temaer, og dette stadiet beskrives som det mest utfordrende i kvalitativ syntese, da det er avhengig av vurdering og innsikt hos forskeren (Thomas & Harden, 2008). Gjennom diskusjon kom flere abstrakte og analytiske temaer frem. Prosessen gjentas frem til de deskriptive temaene er tilstrekkelige for å kunne utvikles til analytiske temaer som kan besvare problemstillingen vår (Thomas & Harden, 2008).

Tabell 7 viser kodebank og hvilket primærstudie kodene er blitt analysert, hvilke deskriptive temaer som ble identifisert og videre hvordan disse temaene ble generert i analytiske temaer, som danner grunnlaget for resultater i metasynthesen. Første kolonne viser de ni deskriptive temaene, andre kolonne viser kodebank, mens tredje kolonne viser tilhørende primærstudie til deskriptivt tema og kodebank. Fjerde kolonne viser de fire analytiske temaene som ble utviklet.

Tabell 7 - Kodebank, tilhørende primærstudier med deskriptive og analytiske temaer

Deskriptive temaer	Kodebank	Primærstudier	Analytiske temaer
<b>Å kjenne til fødselens ulike faser og prosess</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnskap om fødselens første fase</li> <li>• Informasjon om fødselsprosessen</li> <li>• Kunnskap om fødselens tredje fase</li> <li>• Kunnskap om fødselens uforutsigbarhet natur</li> <li>• Kunnskap om fødselsvarighet</li> <li>• Underlivet etter fødsel</li> <li>• Kunnskap om vaginal ruptur</li> </ul>	Aune et al., (2015), de Quattro (2019), O`Hare & Fallon (2011), Hallgren et al., (1995) & Nilsson et al., (2013)	<p>Kunnskap om fødsel som normal prosess og fødselens ulike faser</p> <p>Historier fra andre fødekvinne og tillit til egen mor</p>
<b>Troen på kroppens indre styrke og intuisjon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Følelsesmessig styrke</li> <li>• Positiv holdning til fødsel</li> <li>• Troen på egen fødekropp</li> <li>• Troen på egen intuisjon</li> <li>• Opplevelse av meningsfullhet, forståelighet og håndterbarhet</li> <li>• Fødsel som en gledelig begivenhet, men skremmende begivenhet</li> <li>• Takler ikke bekymringsfull informasjon</li> <li>• Barnet i fokus</li> </ul>	Aune et al., (2015), de Quattro (2019), O`Hare & Fallon (2011), Hallgren et al., (1995) & Nilsson et al., 2013	<p>Mestringsstrategier og tro på egen fødekropp</p> <p>Kunnskap om fødselssmerte og ulike alternativer for smertelindring</p>
<b>Fortellinger fra andre fødekvinne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnskap fra egen mor</li> <li>• Snakke med andre om fødselsprosessen</li> </ul>	Aune et al., (2015), de Quattro (2019), Hallgren et al., (1995) & Savage (2016)	
<b>Tillit til egen mor</b>			



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fikk selvtillit og opplevde støtte ved fortellinger fra andre kvinner</li> <li>• Tilbakehold informasjon fra venner, familie og helsepersonell</li> <li>• Kunnskap om formidlet fra et støttende miljø</li> <li>• Fødselshistorier fra andre kvinner</li> </ul>		
<b>Mestringsstrategier styrker førstegangsfødende i fødsel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnskap om mestringsstrategier</li> <li>• Kunnskap om ulike teknikker i fødsel</li> <li>• Kunnskap om pusteteknikk</li> <li>• Kunnskap om avslapping og pusteteknikker</li> <li>• Kunnskap om fødemiljøet</li> </ul>	Aune et al., (2015), de Quattro (2019), O'Hare & Fallon (2011), Hallgren et al., (1995) & Nilsson et al., (2013)	
<b>Uforberedt på fødselssmerter</b>  <b>Kunnskap om ulike alternativer for medisinsk smertelindring.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnskap om smerter</li> <li>• Kunnskap om smerteintensitet</li> <li>• Kunnskap om ulike alternativer for smertelindring</li> <li>• Kunnskap om fødselssmerter</li> <li>• Kunnskap om medisinsk smertelindring</li> <li>• Kunnskap om alternativ smertelindring</li> </ul>	Aune et al., (2015), de Quattro (2019), O'Hare & Fallon (2011), Hallgren et al., (1995) & Nilsson et al., (2013)	
<b>Å kjenne til alternativ smertelindring</b>			
<b>Fødsel som en normal prosess</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnskap om normal fødsel gir redsel for å "ikke klare det"</li> <li>• Kunnskap om fødselen som en normal prosess</li> </ul>	Savage (2006) & Nilsson et al., 2013)	

## 4.0 RESULTATER

I dette avsnittet presenteres artiklene inkludert i denne metasyntesen, og videre resultatet av analyseprosessen. Etter å ha gjennomført analyseprosessen satt vi igjen med fire analytiske temaer.

- Kunnskap om fødsel som normal prosess og fødselens ulike faser
- Historier fra andre fødekvinne og tillit til egen mor
- Mestringsstrategier og tro på egen fødekropp
- Kunnskap om fødselssmerte og ulike alternativer for smertelindring

Temaene blir presentert med sitater fra primærkildene. Disse er ikke oversatt fra originalspråket, som er engelsk i alle artiklene.

### 4.1 Presentasjon av inkluderte artikler

Det er seks artikler inkludert i metasyntesen. De inkluderte artiklene er kvalitative primærstudier, som presenteres i tabell 4. Studiene er utført i vestlige land, og det er til sammen 69 deltakere. Artiklene fokuserer ikke primært på kunnskap som er sentralt for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel, noe som kan være vanlig i en kvalitativ metasyntese (Malterud, 2017a). Studiene er inkludert da vi gjennom analyseprosessen, kan finne kunnskap som er relevant for valgt problemstilling.

Fire av artiklene er intervjustudier av nyere dato. To av artiklene skiller seg ut, den ene på grunn av alder (Hallgren A, Kihlgren M, Norberg A & L, 1995) og den andre på grunn av design (de Quattro, 2019). Vi peker derfor på noen momenter ved de to sistnevnte.

Hallgren et al., (1995) er en eldre artikkel. Vi har valgt å inkludere den i utvalget grunnet designet i form av kvalitative intervjuer med førstegangsfødende og hensikt var svært relevant for vår problemstilling. Studiet beskriver kvinners oppfattelse av fødsel og forberedelser mot fødsel, og tiden etter fødsel. Det kan tenkes at opplevelsen av fødsel ikke har endret seg til tross for artikkelens årstall, og at det er like sentralt i dag, som før, å kjenne til hva slags kunnskap som kan styrke kvinner i fødsel. Artikkelen skrevet av de Quattro (2019), har inkludert kvinner fra to ulike settinger av fødselsforberedende kurs, arrangert i grupper. Kvinnenes partner er i tillegg til stede. I den ene gruppen planlegger kvinnene å føde hjemme. Der er fire førstegangsfødende inkludert. I den andre gruppen

planlegger kvinnene å føde på sykehus, og 10 kvinner som skal føde for første gang er inkludert. Hensikten er å forstå hvordan fortellinger kvinner deler i grupper, er med å produsere kunnskap rundt fødsel. Tidligere studier har undersøkt hvordan disse fortellingene påvirker kvinnen som forteller, men sier lite om påvirkningskraften det har for kvinnene som lytter (de Quattro, 2019). Å se på hva slags kunnskap som produseres i grupper er relevant for vår problemstilling og kan bidra til nyskapende resultater, da fortellingene kommer fra en kontekst som er relevant for førstegangsfødende, og inneholder både praktiske teknikker og fortellinger fra de ulike fasene i fødsel (de Quattro, 2019).

Tabell 9 - Litteraturmatrise

Første forfatter/ år	Land	Formål med studien	Studiens design	Deltakere	Resultater
Aune et. al (2015)	Norge	Hensikten med studien var å oppnå en forståelse av indre faktorer og faktorer i miljø deres som var sentralt for å fremme en normal fødsel og positiv fødselsopplevelse	Kvalitativ. Dybdeintervjuer med fenomenologisk til nærming	Tolv etnisk norske kvinner i alderen 24-34 år. Alle deltakerne hadde født på en fødeavdeling i tilknytning til et sykehus	Funnene inkluderte to hovedtemaer: <i>Trygt miljø</i> og <i>emosjonell styrke</i> . Med forutsigbarhet i hverdagen og nære relasjoner hadde førstegangs fødende tillit til fødselsprosessen, og opplevde emosjonell styrke. Førstegangs fødende hadde en positiv holdning til fødsel, og brukte tilegnende mestringsstrategier for å mestre fødsel. Fra før av hadde de tro på fødsel som en naturlig hendelse, og dette bidro til en positiv fødselsopplevelse.
de Quattro (2019)	Storbritannia	Å undersøke hvordan fødselshistorier fra andre kvinner, gjennom fødselsforberedende kurs, bidrar til å konstruere kunnskap om fødsel.	Kvalitativ. Feministisk etnografi og narrativ analyse	43 deltagere til sammen. 25 deltagere (syv menn og 18 kvinner) i fødselsforberedende kurs for kvinner som planla å føde hjemme. Fire var førstegangs fødende. 18 deltagere (åtte menn og 10 kvinner) i fødselsforberedende kurs for førstegangs fødende som skulle føde på sykehus	Ved historiefortelling, der kvinner forteller sine historier om graviditet og fødsel til hverandre i en gruppe, deles kunnskap, og det skapes forståelse i et trygt miljø. Ved å lytte til andre kvinner som forteller ble forventninger til fødsel formet, praktiske teknikker ble delt og dette skapte et støttende miljø. Ved å navigere seg gjennom ulike påstander om fødsel tilegnet de seg ny kunnskap. Fortellinger er et læreverktøy, der kvinnene gjennom dialog gis mangfoldig kunnskap, og opplever støtte fra andre kvinner. Sammenlignet med kunnskap formidlet fra helsepersonell, gis kvinnene ytterligere ressurser, lett tilgjengelig, ved å bli fortalt historier fra en kontekst hentet fra det virkelige liv.

Hallgren et. al. (1995)	Sverige	Belyse kvinnens oppfatning av fødsel og fødselsforberedelse før og etter opplæring og fødsel	Kvalitativ Tre intervjuer ble gjennomført, to før fødsel og ett etter barnet var født	11 førstegangs fødende med planlagt og ukomplisert svangerskap i alder 21-33 år	Førstegangs fødende tilegnet seg kunnskap om fødsel på forskjellige måter. Frykt blokkerte muligheten til å tilegne seg ny kunnskap, samt kunnskap de ikke hadde reflektert rundt. Mangel på informasjon bidro til en negativ fødselsopplevelse. Kunnskap om fødsel, i tillegg til støtte og bekreftelse fra helsepersonell og partner i fødsel bidro til en bedre fødselsopplevelse enn forventet
Nilsson et. al. (2013)	Sverige	Hensikten med studiet er å beskrive førstegangs fødende sin erfaring fra fødsel, og deres refleksjoner rundt dette	Kvalitativ Innholdsanalyse av 14 nedskrevne fortellinger fra førstegangs fødende	14 førstegangs fødende med normal fødsel og friskt barn	Et hovedtema ble identifisert. Ved å bli styrket, økte førstegangs fødende sin mulighet for en positiv fødselsopplevelse. Videre ble tre kategorier, som alle passet inn under hovedtemaet, identifisert: <i>Å stole på kroppen og møte smerten, interaksjon mellom kroppen og sinn under fødsel</i> og til slutt <i>kontinuerlig støtte</i> . For å ha tillit til fødselsprosessen ønsket førstegangs fødende å bli sett som et individ av helsepersonell og partner. Dersom førstegangs fødende følte seg bekreftet på hennes individuelle behov, var det større mulighet for en positiv fødselsopplevelse
O'Hare & Fallon (2011)	Irland	Å undersøke førstegangs fødende sin erfaring av opplevd kontroll under fødsel og fortolke denne beretningen for å gi en forståelse av opplevd kontroll i fødsel.	Kvalitativ fenomenologisk tilnærming med semistrukturerte intervjuer	9 førstegangs fødende over 18 år som hadde født et barn i løpet av de siste seks ukene før studien startet	Funnene viste at opplevelse av kontroll var sentral for førstegangs fødende i fødsel. Fire temaer ble identifisert: <i>Pust, jeg trodde ikke det var slik det skulle være, kommunikasjon og å følge flyten</i> . Kontroll opplevdes som viktig for førstegangs fødende i fødsel. Indre kontroll var relatert til egen adferd og mestringsstrategier. Ekstern kontroll var relatert til fødemiljøet, hva helsepersonell gjorde og deltagelse i beslutninger. Førstegangs fødende sin opplevelse av kontroll i fødsel var både positiv og negativ.

Savage (2006)	USA	Å forstå hvordan førstegangsfødende tilegner seg kunnskap om fødsel.	Kvalitativ. Dybdeintervjuer med fenomenologisk tilnærming, med et feministisk syn	Ni førstegangsfødende, over 18 år, uten svangerskapskomplikasjoner	Funnene belyste ulik kunnskap om fødsel og problemer rundt kontroll og konflikt i forbindelse med tilegnet kunnskap rundt fødsel. Deltagerne beskrev mor som en sentral person, og hvordan de opplevde å mangle intuisjon relatert til fødsel og morsrolle. Intuisjon relatert til å føde barnet manglet hos flere, og opplevdes som en usikkerhet. Å oppleve at helsepersonell, familie eller venner tilbakeholdt informasjon ga en negativ følelse. Å navigere seg gjennom kunnskap om fødsel var utfordrende. Flere førstegangsfødende tok avgjørelser basert på deres mor eller legens mening. Funnene bidrar til forståelse rundt hvordan førstegangsfødende tilegner seg kunnskap om fødsel.

## 4.2 Kunnskap om fødsel som normal prosess og fødselens ulike faser

Førstegangsfødende beskriver sin opplevelse med fødsel som annerledes enn hva de forestilte seg, men omtaler det likevel ikke som en negativ opplevelse. Selv ved en god fødselsopplevelse var de førstegangsfødende overrasket over varigheten på fødselen. En kvinne hadde hatt rier i 36 timer, men følte seg stolt over egen innsats. Flere kvinner var overrasket over fødselens varighet og opplevelse av eget tidsperspektiv. Det er sentralt å være forberedt å bli utfordret på tålmodighet i prosessen. Førstegangsfødende opplevde at fødsel kan være uforutsigbart og noe som ikke kan planlegges i detalj. Flere kvinner mente det var avgjørende å ta ting “som det kommer”, i en situasjon som var umulig å kontrollere. “It was completely different to what I was expecting.

*They (contractions) were coming every 4 minutes and then they wouldn't stop and come every 7 minutes, they were irregular, this wasn't what was written in the book or what we were told about, so we knew then we had to go in (to the hospital)”* (O'Hare & Fallon, 2011).

Fødsel ble sett på som en naturlig hendelse, også sett i et historisk perspektiv, ved at kvinnene minnet seg selv på at det har blitt født barn i all tid. Den tankegangen kunne virke styrkende for egen mestringstro og evne til å føde barn. Tro på egen kropp og styrke var sentralt for å forberede seg til fødsel. Kunnskap om forberedelser til å tre inn i en fødeboble der kroppen gjør jobben selv, gjorde at førstegangsfødende hadde tro på kroppens styrke. “*Somehow, the body does the work itself. You just have to be part of it. Let your body do the work, because it's actually something natural*”. (Aune et al., 2015). Kunnskap om fødselen som en normal prosess var sentralt for førstegangsfødende, for å føle seg styrket i fødsel, ved å forstå at det som skjer i kroppen ikke var farlig. De gjorde forberedelser ved å opparbeide seg forståelse av fødsel som en normal prosess.

I etterkant av fødsel var kunnskapen de hadde opparbeidet seg sentral for deres positive opplevelse. Flere av kvinnene beskrev hvordan de følte seg selvsikker nok til å være hjemme lengst mulig før de reiste til sykehuset. Å være med familie og venner var betryggende, i tillegg til å være i kjente omgivelser. I den første fasen opplevdes det som trygt og stille å være hjemme. Hjemme kunne de selv styre når de ville spise eller gå på toalettet, i påvente av sterkere rier. Å kjenne til når en må dra på sykehuset, gjennom informasjon tilegnet i svangerskapet, var avgjørende for å kunne gå hjemme lengst mulig. Ved å bli styrket gjennom

kunnskap om fødselens start, hadde flere førstegangsfødende mulighet til å ha en positiv fødselsopplevelse.

Førstegangsfødende opplevde å være uforberedt på den fysiske opplevelsen, med ønske om mer kunnskap om utdrivelsesfasen, for å føle seg bedre forberedt til å presse barnet ut fødselskanalen. Forberedelser til den tredje fasen av fødselen, spesielt forløsning av placenta og injeksjon av Oksytocin, opplevdes også som nødvendig for å føle seg forberedt til fødsel. Tidsvarighet av denne fasen er noe førstegangsfødende var opptatt av. Det fortelles historier om placenta forløst etter en time, men òg etter ni timer. I etterkant av fødsel er smerte i underlivet noe som kom overraskende på flere: «*My friend also said that she was sore down below, and she was surprised by that*» (de Quattro, 2019). Fødekvinne delte erfaring med å helle et glass med vann i underlivet når de måtte tisse, for å unngå svie. Flere ble overrasket over disse detaljene, og savnet mer informasjon om dette fra jordmor.

#### 4.3 Historier fra andre fødekvinne og tillit til egen mor

Førstegangsfødende påpekte at de mottok relevant informasjon underveis i graviditeten, og at de forberedte seg til fødselen ved å delta på kurs eller ved å snakke med andre om fødselsprosessen. Kunnskap som kom fra personer som stod kvinnen nær var særlig viktig for å føle seg styrket i fødsel. Det var sentralt for førstegangsfødende å få ideer og praktisk kunnskap til aktiv fødsel fra andre fødekvinne, venner og familie. I prosessen å navigere seg gjennom kunnskap om fødsel, opplevde førstegangsfødende det styrkende å tilhøre et fellesskap av andre fødekvinne. Å høre positive opplevelser fra andre fødekvinne opplevdes betryggende, slik som “*A really lovely experience even though it was a hospital. I was in the pool and it was really positive*” (de Quattro, 2019). Førstegangsfødende tok et aktivt valg om å ikke være opptatt av andre kvinne sin negative opplevelse. Kunnskap formidlet ved bruk av humor, formet kunnskapen som ble formidlet, og var med å senke skuldrene til førstegangsfødende. Førstegangsfødende opplevde stort utbytte av å lytte til andre kvinne sine historier om fødsel, i en kontekst hentet fra det virkelige liv. De var løsningsorientert, og valgte å engasjere seg i de positive aspektene ved fødsel. I fortellingene ble forberedelser til fødsel beskrevet i detalj. Førstegangsfødende delte òg perspektiv på at når venner, familie og helsepersonell tilbakeholdt essensiell informasjon om fødselsopplevelsen skapte det frykt, ved



at de fikk en følelse av å lettere kunne bli kontrollert til å ta avgjørelser uten informert samtykke.

*“You are operating your whole pregnancy out of fear. I will do whatever the doctor says. I do not know anything. It is terrible. Why do we need to make women afraid? Because we can control them better. Keep people ignorant and down. They are much easier to control. The worst thing they ever did was let us go to college.”* (Savage, 2006). En førstegangsfødende oppsøkte fødestedet med ulike spørsmål, men satt igjen med en følelse av at helsepersonell hadde tilbakeholdt sentral informasjon og var lite løsningsorientert for alternative metoder i fødsel. Ble ikke kunnskapen formidlet på en støttende måte, opplevdes den heller ikke styrkende.

Spesielt trekkes egen mor frem som rådgiver, og flere førstegangsfødende tok beslutninger i samråd med henne. De uttrykte stor tro på mors kunnskap om fødsel og søkte derfor støtte og kunnskap hos henne. *“At 10 o'clock in the morning I called the hospital. Of course, I had talked to my mom first.”* (Aune et al., 2015). Førstegangsfødende rapporterte om jevnlig telefonkontakt med egen mor, der de diskuterte graviditeten, i tillegg til mødrenes egen fødselsopplevelse. De relaterte seg til egen mor og tilknytningen var avgjørende, ved at de opplevde trygghet og fikk formidlet nyttig informasjon. Førstegangsfødende stolte mer på sin mor sin intuisjon enn sin egen. *«You know, it is very easy - 'cause for now, my mom was my intuitive sense. No decision was made without my mom knowing...”* (Savage, 2006). Førstegangsfødende beskrev at de var i jevnlig kontakt med sin mor dersom de følte seg usikre eller hadde spørsmål relatert til fødsel.

#### 4.4 Mestringsstrategier og tro på egen fødekropp

Grunnleggende tro på egen evne til å føde barn, sto sentralt hos førstegangsfødende som hadde en god fødselsopplevelse. Å ha en indre visdom, eller intuisjon ble påpekt som viktig. Intuisjonen guidet de gjennom fødselen, og var en del av prosessen med å stole på kroppen og følelsene sine. Å tilegne seg kunnskap om hvordan lytte til kroppen signaler opplevdes som viktig for flere førstegangsfødende, for å forberede seg til fødsel. De beskrev hvordan de «gikk inn i seg selv», der ingenting annet enn selve fødselen hadde betydning, og at dette var avgjørende for å føle seg styrket. Førstegangsfødende hadde tro på at kroppen gjorde jobben selv. Flere førstegangsfødende ønsket å gå hjemme så lenge som mulig før de reiste til sykehuset. Å føde ble sett på om en naturlig prosess, og det var sentralt å lytte til kroppen; *«That is your body, there is really not a whole lot, sometimes you can do mind-over-matter but – so I do trust that I will be able to follow the contractions and give birth and that my body knows how to do that... I do believe that if I were stranded on a deserted island that I could give birth and follow my body signals, provided that there are not any bad complications I can handle that I can do that»* (Savage, 2006).

Forberedelse gjennom innøvde mestringsstrategier var sentralt, da det bidro til en positiv holdning til fødsel. Førstegangsfødende nevnte pusteteknikk som en nyttig forberedelse, og som noe de selv kunne kontrollere under fødsel. *“The breathing helped amazingly.»* (O’Hare & Fallon, 2011). På fødselsforberedende kurs ble pusteteknikk vektlagt som viktig for å kunne oppnå kontroll under fødsel. *«If I hadn’t gone to the antenatal classes I wouldn’t have known breathing.»* (O’Hare & Fallon, 2011). Førstegangsfødende som ikke hadde benyttet pusteteknikk som forberedelse til fødsel, nevnte at det kunne ha hjulpet de ytterligere med å bevare roen. De beskrev det som et tap i etterkant av fødsel, sett i sammenheng med opplevelse av mindre kontroll. Kunnskap om hvordan en kan bevare kontroll, og bedre mestre fødsel sto sentralt for flere førstegangsfødende. En førstegangsfødende beskrev et ønske om å bevare kontrollen over seg selv, og fryktet at hun skulle “skrike og fremstå som gal” under fødsel. Å bevare kontroll over seg selv i fødsel ble sett på som en faktor de kunne styre selv, da de andre aspektene i fødsel kan være usikre. Ved å tilegne seg mental kunnskap om hvordan en kan oppnå indre kontroll, var førstegangsfødende i bedre stand til å mestre de usikre sidene ved en fødsel.

Førstegangsfødende benyttet flere mestringsstrategier for å føle seg styrket i fødsel. Tidligere erfaringer i livet ble brukt for å tegne paralleller;

*«I encountered a major challenge some years ago. And after this I learned to see things differently and think positively in a way. Face the challenges and be stronger! I didn't think that the birth was going to be a trifle. But I thought I'd handled it, as I had been able to handle other challenges.» (Aune et al., 2015).*

Førstegangsfødende fortalte om flere måter de anvendte innøvde mestringsstrategier. De så på fødsel som en prosess der de jobbet mot et mål, som var fødselen. Å bruke mentale bilder for å håndtere smerten var effektivt. En førstegangsfødende hadde visualisert en smerteboble, og da hun var «inne i denne», mestret hun smerten. Det ga styrke til førstegangsfødende å være i stand til å jobbe med kroppen sin, og ikke imot den. En førstegangsfødende beskrev hvordan hun på forhånd hadde bestemt seg for å si denne setningen underveis i fødsel, og gjenta den til seg selv. Ved å minne seg selv på å jobbe med kroppen, ga det en sterk mestringsfølelse i fødsel. En kvinne oppsøkte fødestedet for å forberede seg mentalt til fødsel, og skape et visuelt bilde. En effektiv selvhjelpsteknikk var å visualisere seg selv i ulike settinger.

*«I read that I should think of a mountain top. That I had to get up and up. I was at the top of the mountain when I started to push. And then I had to get down again. And that was it!» (Aune et al., 2015)*

Dette er en mental selvhjelpsteknikk, tatt i bruk for å mestre fødsel. Det kan være et sentralt poeng å gjøre seg slike forberedelser til fødsel.

Praktiske teknikker og hjelpemidler under fødsler var styrkende for førstegangsfødende å ha kunnskap om. Badekar, TENS-maskin, musikk, levende lys og hypnobirthing var noen av teknikkene som ble nevnt som sentralt for å holde ut i fødsel. En førstegangsfødende fortalte om hvordan hun vandret sidelengs i trappene under aktiv fødsel og stadig endret posisjon for å hjelpe barnet nedover i fødselskanalen. Ved å presentere kunnskap fra et individuelt perspektiv, ble nyttig kunnskap delt videre. Dette var sentralt for førstegangsfødende for å få ideer og praktisk kunnskap til aktiv fødsel.

Selve motivasjonen for å komme seg gjennom fødsel er tanken på et friskt barn som er på vei.

*«It hurt but it was exciting. It was like clearing a path through the jungle, something terribly hard that I managed to do. Then all my fears that I'd burst were over; pain just didn't exist. It was completely breath-taking, quite fantastic, a little child was in it's way out of me and I*

*could help it. I was standing as I gave birth. He was so warm, he was so warm”* (Hallgren et al., 1995).

Ved å tenke på barnet som en mestringsstrategi, ble førstegangsfødende fylt med positive følelser, og dette gjorde tanken på fødsel overkommelig. Å ha kjennskap til hva som er best for barnet styrker førstegangsfødende, da dette er selve motivasjonen i fødsel.

#### 4.5 Kunnskap om fødselssmerte og ulike alternativer for smertelindring

Det var et sentralt poeng at smerteintensiteten i fødsel kom overraskende på flere førstegangsfødende, og enkelte opplevde det som en meningsløs smerte de ikke var forberedt på. Spesielt første fase av fødsel opplevdes mer smertefullt enn forventet. De hadde før fødsel følt seg sikre på å takle smerten i fødsel. Førstegangsfødende som på forhånd hadde bestemt seg for å ikke benytte seg av medisinsk smertelindring, slik som epidural anestesi, men som likevel benyttet seg av det under fødsel på grunn av sterk smerte, kunne oppleve det som et nederlag.

*“I tried to do it for a few hours, and it was a little upsetting that I was not able to do it naturally. I think some of the descriptions that we talked about were accurate as far as like being like menstrual cramps, but much more severe, but it is hard to describe.”* (Savage, 2006).

Selv om de endret mening, opplevde mødrene god smertelindring av epidural anestesi. En førstegangsfødende beskrev at jo lenger inn i fødselsforløpet hun kom, økte behovet for smertelindring, og effekten var tilfredsstillende på smertene. Førstegangsfødende beskrev hvordan medisinsk smertelindring kunne påvirke følelsen av kontroll på en positiv måte. En førstegangsfødende påpekte at hun kunne takle smerten, men ikke følelsen av å miste kontroll, da dette gav en følelse av angst. Ved å ikke legge press på seg selv når det kom til å benytte seg av medisinsk smertelindring, kan være avgjørende for å unngå skuffelse i etterkant av fødsel. Å søke kunnskap om ulike metoder for smertelindring kunne være betryggende for å holde valgmulighetene åpne.

Mange førstegangsfødende ønsket en naturlig fødeprosess, uten medisinsk smertelindring. Det ble påpekt som verken godt for kroppen, den naturlige fødselsprosessen eller barnet. *“Normality is the best for the baby, - and that there are no artificial drugs involved”* (Aune et al., 2015). De påpekte at smerte ikke var farlig, og at en må la kroppen gjøre jobben uten

innblanding av medisinsk smertelindring. Alternativ smertelindring ble beskrevet som avslappende og komfortabelt i fødselens første fase. Videre beskrev førstegangsfødende smerten som en ny opplevelse som ikke kunne sammenlignes med smerte de hadde opplevd tidligere. For en av de førstegangsfødende hadde smerten vært konstant, noe som kom overraskende på henne. Førstegangsfødende beskrev at opplevelsen av kroppens styrke var påvirket av hvor godt de hadde taklet smerten underveis i fødselen.

## 5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres resultater fra denne studien opp mot teoretisk perspektiv i oppgaven og forskning innenfor emnet, i tillegg til annen relevant litteratur. Det har vært et mål for drøftingen å benytte nyere forskning for å gjøre studiet relevant for dagens praksis. Gjennom diskusjon reflekteres det over egen forståelse og antagelser.

### 5.1 Kunnskap om fødsel som normal prosess og fødselens ulike faser

Resultatene viste at førstegangsfødende har en annen opplevelse av fødselen enn hva de forestilte seg på forhånd. De oppdaget at fødselen var av uforutsigbar natur, og umulig å planlegge i detalj. I lys av det funnet kan det tenkes at det er avgjørende å ha kunnskap om fødselen som en naturlig prosess og forløp, slik at førstegangsfødende kan føle seg styrket selv i en uforutsigbar setting. Konkret hva slags kunnskap som behøves er sentralt å kartlegge. Et sentralt funn i våre resultater var hvordan fødsel ble sett på som en naturlig prosess av førstegangsfødende. En oppfattelse er at fødsel er en naturlig biologisk hendelse som enhver normal frisk kvinne vil kunne beherske (Blix, 2017a). Kunnskap om fødsel som en naturlig hendelse kan øke førstegangsfødende sin tro på egen mestringsevne, som igjen kan oppleves som styrkende.

Det er ulikt fra kvinne til kvinne hvordan de anser fødsel som en naturlig hendelse og hva slags kunnskap de baserer det på (Blix, 2017a, s. 51). *WHO definerer normal fødsel som spontan start av fødsel, lavrisiko ved riestart og fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel* (Blix, 2017a, s. 52). Førstegangsfødende sitt kunnskapsgrunnlaget baseres både på taus og eksplisitt kunnskap, ved at de bygger videre på tidligere erfaring samt utveksler kunnskap med en motpart. Taus kunnskap er personlig og bygger på sosiale regler og vurderinger, og tilegnes gjennom erfaring (Thomassen, 2006). Den eksplisitte kunnskapen tilegnes fra personer, samt innhenting av kunnskap fra ulike kilder (Khajehei, Swain & Wen, 2020). Førstegangsfødende kan delta på fødselsforberedende kurs, ha samtaler med nære relasjoner og oppfølging av jordmor eller lege. Resultatene i denne studien viste at det kunne være sentralt å formidle fødselens ulike faser til førstegangsfødende på svangerskapskonsultasjoner eller fødselsforberedende kurs da kunnskap om fasenes forløp kunne virke styrkende. Å ha kunnskap om fødselens første fase og start av aktiv fødsel viste seg positivt for førstegangsfødende sin opplevelse av trygghet, som igjen resulterte i færre tidlige innleggelse på sykehus (Ferguson, Davis & Browne, 2013). Forskning har vist at kvinner som ble lagt inn

på sykehus i en tidlig fase av fødselen, før tre centimeter åpning, hadde økt sjanse for obstetriske intervensjoner (Janssen & Weissinger, 2014). Samt viser forskning at kvinner flest ønsker en fødsel uten obstetriske intervensjoner, for å på best mulig måte kunne bevare kontroll i situasjonen (Skrondal et al., 2020). Videre anbefaler WHO (2012) å redusere obstetriske intervensjoner i fødsel, da det kan ha en negativ innvirkning på kvinners fødselsopplevelse. Ved å tilby førstegangsfødende kunnskap om fødsel som normal prosess, kan en bidra til at de aktivt kan delta som beslutningstaker i egen fødselsopplevelse, i tråd med empowerment tenkning. Her er den eksplisitte kunnskapen sentral, da kunnskap om fødselens faser kan tilegnes, og opplevdes som nyttig kunnskap for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel. På en annen side fortalte førstegangsfødende hvordan kunnskap om fødselens faser ikke hadde vært spesielt nyttig for dem (Dixon, Skinner & Foureur, 2013). De kunne ikke identifisere de ulike fasene, og så heller på fødsel som en kontinuerlig prosess. Førstegangsfødende intervjuet i Dixon et. al. (2012) hadde tilegnet seg noe kunnskap om de ulike fasene, men flere var forvirret når det kom til fødselens start, og videre progresjon i fødselsforløpet. Det kan tenkes at førstegangsfødende trenger ytterligere kunnskap om fødselens første fase og hvordan de kan gjenkjenne fødselens start.

Funn avdekket i denne studien påpekte viktigheten av å kjenne til fødsel som en naturlig prosess. Ved å ha kjennskap til at det som skjer i kroppen ikke var farlig, men en del av prosessen med å føde et barn. Resultatene våre viste videre at førstegangsfødende ikke var forberedt på den fysiske opplevelsen i fødsel. Ved å være lite forberedt på den fysiske opplevelsen kan det tenkes at fødselen blir mer skremmende enn nødvendig, men det kan likevel være vanskelig å forberede seg helt siden en fødsel vil oppleves individuelt fra kvinne til kvinne (Khajehei et al., 2020). Forskning viste at kvinner som ikke fryktet fødsel, hadde større tro på fødsel som en normal prosess (Kringeland, Daltveit & Moller, 2010). God forberedelse kan gi en forståelse av prosessen kroppen må gjennom for å føde et barn, og kunnskapen kan gi kvinnen kontroll i situasjonen (Hollins et al., 2013). Derimot viser forskning at i prosessen med å tilegne seg kunnskap om fødsel og dens faser kunne det oppstå bekymringer som gjorde førstegangsfødende redd for fødsel (Savage 2006 & Hallgren et, al 1995). For førstegangsfødende kan kunnskap om fødsel som normal prosess virke styrkende, men det kan også skape en frykt for å «ikke klare det» (Savage, 2006). Det kan være sentralt i fødselsforberedende kurs og svangerskapskonsultasjoner å vektlegge kvinnens individuelle styrke WHO (2012), og forskning fremhever nødvendigheten av å besvare førstegangsfødende sine spørsmål for å ikke bidra til en negativ

fødselsopplevelse (Kringeland et al., 2010). Ubesvarte spørsmål kan føre til usikkerhet og en følelse av at sentral informasjon blir tilbakeholdt, som igjen kan skape bekymringer.

Resultatene våre viste at førstegangsfødende med kunnskap og tro på fødsel som en normal prosess var usikre på nødvendigheten av å delta på fødselsforberedende kurs, men motivert for ytterligere kunnskap om fødsel. Forskning viste at deltagelse kunne være til hjelp for å forberede seg på fødsel (Fabian et al., 2005). Samtidig viste forskning at det er usikkert om fødselsforberedende kurs hadde en virkning på fødselsprosessen (Ferguson et al., 2013). Likevel kan det tenkes at å ha kunnskap om hva som skjer i kroppen under fødsel gir førstegangsfødende mulighet til å aktivt delta under fødsel, ved å ytre sine ønsker og synspunkter sett i lys av hva slags kunnskap de har, men òg ved å være med på å ta beslutninger. Det er i tråd med empowerment tenking, der formålet er å gjøre kvinnene i stand til å ta beslutninger vedrørende egen helse. Å tilby førstegangsfødende kunnskap om fødsel som normal prosess er sentralt i jordmors arbeid. Dette vektlegges i International Confederation of Midwives sin definisjon av jordmors arbeidsområde, der en skal fremme normal fødsel (ICM, 2008).

Det er i denne studien avdekket lite informasjon om hva førstegangsfødende anser som en normal fødsel, eller hvordan de anser at en normal prosess forløper, og videre hva slags kunnskap om dette som kan være styrkende i fødsel. Det som fremkommer i funn fra denne studiet er at kunnskap om fødsel som normal prosess styrker førstegangsfødende.

Det kan tenkes at spesifikke elementer om kunnskap rundt fødsel som normal prosess har behov for ytterligere forskning, da det kan være et upresist begrep og oppfattes ulikt av ulike kvinner (Blix, 2017a). For å skape bevissthet rundt hva slags kunnskap som gir en følelse av empowerment, er det sentralt å kartlegge hva slags kunnskap rundt fødsel som normal prosess som oppleves styrkende for førstegangsfødende.



## 5.2 Historier fra andre fødekvinne og tillit til egen mor

Sett i lys av resultatene våre kunne historier fra andre fødekvinne virke styrkende og gi økt kunnskap om fødsel til førstegangsfødende. Et fellesskap mellom førstegangsfødende gav mulighet til å utveksle ideer og erfaring. Dette gjorde de bedre rustet til å møte de ulike fasene i fødsel, som igjen styrket førstegangsfødende. Ved å delta i en gruppe som en aktiv part kan det bidra til at kunnskapen gjøres enklere å forstå og huske. Dette kan være et nyttig tilskudd til fødselsforberedende kurs og konsultasjoner hos jordmor der kvinnene får presentert temaer etter retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2019a). Funn fra vår studie påpekte hvordan førstegangsfødende opplevde å høre om andre kvinner sine positive opplevelser fra fødsel som styrkende, men unngikk å lytte til negative historier om fødsel. Studier viste at «skrekk-historier», i form av negative fødselsopplevelser fra andre kvinner var vanlig, og at kvinnene ikke var overrasket når de disse historiene (Kay, Downe, Thomson & Finlayson, 2017). Derimot ønsket kvinner å høre andre kvinner sin positive opplevelser (Kay et al., 2017). Betydning av eksplisitt kunnskap fra andre kvinner står sentralt, der forskning viste at kunnskap delt i fellesskap opplevdes som styrkende ved å utveksle ideer og ha en åpen dialog om fødsel (Teate, Leap, Rising & Homer, 2011). Funn fra vår studie påpekte hvor sentralt det er for førstegangsfødende å få kunnskap i en kontekst hentet fra det virkelige liv, ved å høre andre kvinners fødselsopplevelse. Resultatene våre viste at kunnskap som ble formidlet av en nær relasjon eller personer kvinnen stolte på var et viktig element for å føle seg styrket og forberedt frem mot fødsel. Dette ble støttet av forskning som påpekte at å skape et fellesskap med andre kvinner, i et trygt miljø, opplevdes støttende (Teate et al., 2011). Ved å diskutere og høre positive hendelser fra andre fødekvinne kan førstegangsfødende visualisere fødselens forløp og på den måten forberede seg, noe som understøttes av funn fra vår studie. Forskning fra Sverige viste at førstegangsfødende som deltok på fødselsforberedende kurs som del av en gruppe i høyere grad ble tilfredsstillt når det kom til informasjon om fødsel, sammenlignet med de som deltok på individuelle konsultasjoner (Andersson, Christensson & Hildingsson, 2013). På en annen side kan det tenkes at å legge for stor vekt på andre kvinners fødehistorie kan skape et urealistisk bilde av egen fødsel, og en forventning til at det skal bli likt. Et eksempel på det kan være hvis den andre kvinnen opplevde en fødsel uten obstetriske intervensjoner eller hvis uforutsette hendelser oppstod. Å sammenlikne seg for mye med andre kan tenkes å være styrkende for enkelte, men det kan skape en frykt for å «ikke klare» å mestre fødsel som en naturlig prosess (Savage, 2006). Ved å delta i en gruppe som del av fødselsforberedende kurs

kan førstegangsfødende dele forventninger og erfaringer, men det stiller krav til hvilken informasjon som deles. Formålet med gruppen bør være å øke førstegangsfødende sin forståelse og kunnskap som fremhever positive fødselsopplevelser. Når førstegangsfødende fikk mulighet til å lære av andre kvinner, i en gruppe, viste forskning flere fordeler i form av stress reduksjon og høyere selvtillit (Heberlein et al., 2016). I tillegg bidro kunnskapen til at kvinnene deltok i større grad som aktiv beslutningstaker i fødsel, og begrunnet dette med hvordan de i gruppen fikk svar på ulike spørsmål de ikke hadde tenkt på som relevante (Heberlein et al., 2016). Sett i sammenheng med empowerment, er eksplisitt kunnskap sentralt for å føle seg styrket i fødsel. Eksplisitt kunnskap er fortellingene som ble delt mellom fødekvinnene, og formidles gjennom ord fra en person til en annen (Hislop, 2013). I samtalen ble selve opplevelsen av å føde barn satt ord på. Det var kunnskap om de positive fødselsopplevelsene som styrket førstegangsfødende i fødsel. Det kan tenkes at det er behov for ytterligere forskning rundt konkrete temaer som deles i grupper mellom førstegangsfødende og hva de anser som nyttig kunnskap i forberedelse til fødsel.

I egen oppvekst kan egen mor anses som en viktig person som kvinnene kan oppsøke for å lære og få støtte. Svangerskap og fødsel er mer enn kun en biologisk hendelse, men også en viktig overgang fra en sosial status til en annen, fra “kvinne” til “mor” (Blix, 2017a). Tillit til egen mor kan gi økt følelse av trygghet, som igjen kan virke styrkende på kvinnenes mestringsfølelse og tro på egen evne til å føde, et viktig poeng sett i lys av resultater fra vår studie. På en annen side viste forskning at kvinner ikke ønsket å snakke med sin mor om fødsel, og deres mor hadde heller ikke ønsket å dele sine erfaringer fra egen fødsel (Kay et al., 2017). Derimot fremhevet resultater fra vår studie mor som en sentral person gjennom graviditet og fødsel. Førstegangsfødende kan se sin egen fødselsopplevelse i lys av sin mors fødselsopplevelse (VandeVusse, 1999), og støtte fra mor kunne gi førstegangsfødende trygghet og høyere selvtillit (Khajehei et al., 2020).

### 5.3 Mestringsstrategier og tro på egen fødekropp

Resultatene våre viste at troen på egen fødekropp og forberedelse gjennom innøvde mestringsstrategier være sentralt, da dette bidro til en positiv holdning til fødsel. Forskning viste at kvinner med høy mestringsevne hadde større sannsynlighet til å benytte seg av ulike mestringsstrategier, særlig i krevende situasjoner (Howarth & Swain, 2019). Funn i vår studie viste at førstegangsfødende med en positiv fødselsopplevelse hadde tro på egen evne til å føde barn. Det kan sees i sammenheng med hvordan de stolte på kroppen sin, og fødsel som naturlig prosess, som også var et sentralt funn i vår studie. Kvinner som mottar støtte og tilegner seg kunnskap i fødselsforberedelsene har større sannsynlighet for å oppleve mestring og økt følelse av kontroll (Howarth & Swain, 2019). Økt følelse av kontroll kan tenkes å styrke førstegangsfødende, ved å oppnå større makt i egen fødselsopplevelse. Gjennom makt over egen situasjon tar en i bruk sine indre ressurser, samt tillært kunnskap (Manger & Wormnes, 2015). I tråd med anbefalinger fra WHO (2012) oppnår en større kontroll ved å stole på sin egen kropp, og gjøre forberedelser til fødsel i form av mestringsstrategier. Gjennom mestringsstrategier kan førstegangsfødende få en innvirkning på egen fødselsopplevelse, ved å øke sine egne ressurser og gi en følelse av empowerment (Manger & Wormnes, 2015).

En studie fra Australia påpekte at førstegangsfødende kvinner med lavere mestringsfølelse i fødsel korrelerte med økt redsel for å føde og fødselsdepresjon (Howarth & Swain, 2019). Studien konkluderte med at kvinner kunne ha nytte av å lære mestringsstrategier og utvikle selvtillit i egne evner (Howarth & Swain, 2019). I resultatene fra vår studie ble innøvde mestringsstrategier fremhevet som styrkende kunnskap for førstegangsfødende. Eksplisitt kunnskap om mestringsstrategier kan utvikles gjennom fødselsforberedende kurs, og fra tilgjengelig materiale på internett (Sanders & Crozier, 2018). Det er individuelt i hvor stor grad førstegangsfødende anvender mestringsstrategier, og hvilke strategier som passer best er unikt for kvinne til kvinne. På bakgrunn av dette, kan det tenkes at det er av stor betydning at forberedelsen og oppfølging har fokus på hvilken kunnskap førstegangsfødende selv ønsker og mener er best, og passer deres individuelle behov (Howarth & Swain, 2019). Her kan taus kunnskap spille en rolle, da denne kunnskapen tilhører erfaringer gjort tidligere i livet knyttet til hvordan personen har håndtert svært krevende hendelser. Gjennom fødselsforberedelse kan kvinner få hjelp til å finne fram til tidligere erfaringer om mestringsstrategier som kan være nyttige under fødselsforløpet.

For å føle seg styrket i fødsel tok førstegangsfødende i bruk pusteteknikker, og resultatene i vår studie viste at dette var avgjørende for opplevelse av kontroll i fødsel. For å håndtere smertene i fødsel benyttet førstegangsfødende en teknikk der de visualiserte seg selv i ulike situasjoner. Dette redusere frykt, og førte til økt mestringsevne (Howarth & Swain, 2019). Å bevare roen og ha selvtillit til egen innsats underveis i fødsel var teknikker førstegangsfødende kunne styre selv, og som ble sett på som viktig da andre aspekter i fødsel var mer usikre og uforutsigbare. Sett i sammenheng med empowerment, er kontroll avgjørende for mestringstro, der førstegangsfødende kan ha tro på å mestre fødsel.

Resultatene våre viser at førstegangsfødende er motivert til å sette seg realistiske mål og tilegne seg kunnskap samt lære seg ulike mestringsstrategier hvis de føler seg kompetente. Det kan ses i lys av å ha tro på egen mestringsevne og intuisjon. Funn i vår studie påpeker at det sentralt for førstegangsfødende å ha en indre visdom eller intuisjon. Dette kan forstås som taus kunnskap, det som eksisterer inne i mennesker, skapt av erfaringer i livet (Thomassen, 2006). Det kan være vanskelig for førstegangsfødende å sette ord på sin egen visdom, ved at den eksisterer inne henne. Mennesker har et grunnleggende behov og et ønske om mestre utfordringer (Manger & Wormnes, 2015). Imidlertid er dette avhengig av ens tro på seg selv, egen kompetanse og evner til å nyttiggjøre seg av kunnskap ved behov (Manger & Wormnes, 2015). Ved å rette fokus inn på de kroppslige aspektene i en fødsel og lytte til egen intuisjon, som i dette tilfellet kan tolkes som troen på egen evne til å føde et barn, kan det gi kvinnene mulighet til å få kontroll ved å stole på prosessene kroppen gjennomgår i en fødsel. Ved å tro på at kroppen mestrer fødselen kan kvinnen oppleve mindre smerte og frykt under fødsel (Howarth & Swain, 2019). Funn fra vår studie påpeker hvordan førstegangsfødende bruker tanken på et friskt barn som motivasjon. Forskning viser at motivasjon rundt fødselsopplevelsen er mer kompleks (Skrondal et al., 2020). Kvinner med en positiv fødselsopplevelse har en føler følte de hadde prestert godt, og hatt tro på sin egen styrke (Skrondal et al., 2020). For å oppnå følelse av styrke under fødsel kan førstegangsfødende med kunnskap og mental forberedelse ta en mer aktiv rolle under fødsel, og benytte kroppens egne ressurser (Oslo jordmor og ultralydklinikk, 2019). Den eksplisitte kunnskapen tilegnes gjennom personer og ved øvelse, og innlærte teknikker kan hjelpe kvinnen til å være tilstede i øyeblikket. Mestring kan på denne måten styrke kvinnen. For å sikre følelsen av mestring må kunnskapen filtreres mellom god og dårlig kunnskap, samt at det settes i sammenheng (Oslo jordmor og kvinnesenter, 2020).

Det kan tenkes at kvinner som har opplevd krevende hendelser i livet kan benytte uhensiktsmessige mestringsstrategier, for å mestre fødsel. Uhensiktsmessige mestringsstrategier knyttet til tidligere livserfaringer kan være lite heldig for måten de mestrer fødselen på. Taus kunnskap er vanskelig å formulere med ord, da den er erfaringsbasert og knyttet til kontekst og intuitiv (Thomassen, 2006). En fødsel kan være vanskelig å beskrive med ord, da det er en kroppslig følelse. Ved å ta utgangspunkt i kvinnens tidligere erfaringer kan det være hensiktsmessig å vise kvinnen ulike mestringsstrategier, slik at de kan finne sin egen måte å gjøre det på, uten å definere det med ord, men kun med handling. Slik bygges det på den tause kunnskapen. Våre funn viser at tidligere livserfaringer og måten de har blitt mestret, kan danne grunnlaget for måten kvinnen forholder seg til fødsel på. Likevel beskrev enkelte kvinner at fødselen forløp annerledes enn de hadde forventet, men at det ikke nødvendigvis førte til en negativ opplevelse. Resultatene våre viste at førstegangsfødende var takknemlig for at de ikke visste hva som ventet de i fødsel.

#### 5.4 Kunnskap om fødselssmerte og ulike alternativer for smertelindring

Opplevelsen av fødselssmerte er unik og individuell, og kan være vanskelig å beskrive med ord. Fødselssmerte påvirkes av en rekke psykososiale faktorer som frykt, forventninger og tidligere erfaringer (Talbot, 2012). Fødselssmerten er for mange kvinner den mest intense smerten de vil oppleve i livet (Thomson, Feeley, Moran, Downe & Oladapo, 2019). Resultatene i vår studie viste at smerteintensiteten i fødsel kom overraskende på flere førstegangsfødende, og enkelte opplevde smerten som meningsløs. Flere førstegangsfødende hadde på forhånd bestemt seg for å ikke benytte seg av epidural anestesi, men hadde ombestemt seg underveis i fødsel. Fødselssmerte beskrives av kvinner som overveldende og annerledes enn forventet (Karlsdottir, Halldorsdottir & Lundgren, 2014). Vanlige årsaker til at kvinner kunne ønske medikamentell smertelindring før fødsel var redsel for smerter, behov for å ivareta kontrollen og ønske om en smertefri fødsel (Thomson et al., 2019). Epidural smertelindring ble beskrevet som effektiv mot smerter, men var ikke nødvendigvis assosiert med en positiv fødselsopplevelse, ved å minske kvinnes følelse av kontroll (Thomson et al., 2019). Beskrivelser fra førstegangsfødende i vår studie fremhever god smertelindring ved bruk av epidural anestesi og påpeker at dette kunne påvirke følelsen av kontroll på en positiv måte. På en annen side beskriver resultatene våre hvordan førstegangsfødende som hadde bestemt seg for å ikke ta epidural anestesi, men som endret mening underveis i fødsel, kunne føle på nederlag i etterkant av fødsel. Det til tross for at

kvinnene opplevde god smertelindring av epidural anestesi. En årsak til at kvinner endret mening underveis i fødselen kan være fordi de har vært lite forberedt til hvordan mestre fødselssmertene, eller mangel på kunnskap om aktuelle smertelindringsmetoder (Ulvund, 2017). Våre funn viser at førstegangsfødende ønsket informasjon om valg av smertelindring under fødsel, og ville medvirke i beslutninger, slik at de kunne foreta et informert valg. Kunnskap om smerter og ulike smertelindringsmetoder kan virke betryggende for førstegangsfødende, ved å gi de flere valgmuligheter. På den måten kan førstegangsfødende styrkes i fødsel. Det er i tråd med empowerment tenkning der en selv er beslutningstaker vedrørende egen helse (WHO, 1998). WHO (1998) påpeker at empowerment er sentralt for livskvalitet. Fødsel ble ansett som en livsendrende erfaring for kvinner (Sanders & Crozier, 2018), og ved å være i stand til å ta informerte valg, øker førstegangsfødende sin mestringsevne ettersom hun kan bevare kontrollen over situasjonen.

Resultatene våre viste at førstegangsfødende hadde et ønske om naturlig fødsel, uten medisinsk smertelindring. De hadde en positiv innstilling til fødselen på forhånd og så fødselssmertene som en del av å føde barn. Våre funn påpeker at kunnskap om fødsel som normal prosess og tro på egen fødekropp var sentralt for å føle seg styrket i fødsel. Førstegangsfødende påpekte at smertene ikke var farlig og at en må la kroppen gjøre jobben uten innblanding av medisinsk smertelindring. Å stole på at kroppen vet hva den skal gjøre er et viktig funn i denne studien, og dette understøttes av forskning (Karlsdottir et al., 2014). Sett i sammenheng med taus kunnskap som er integrert i individet (Thomassen, 2006), der avanserte handlinger utføres uten å være i stand til å sette ord på handlingen eller hvordan en utførte det, kan førstegangsfødende la kroppen styre i fødsel. Riene og smerten kommer og går, og det kan være vanskelig å reflektere over handlingen som utføres for å takle smerten. Samtidig visste førstegangsfødende at smertene ikke var farlig, og stolte på kroppen ved hjelp av taus kunnskap. Resultatene våre viste at førstegangsfødende sin oppfattelse av kroppens styrke ble satt i sammenheng med hvor godt de taklet smertene. Ifølge Ulvund (2017) vurderte kvinner som fødte uten medikamentell smertelindring, fødselssmertene som noe meningsfullt, ved at de opplevde mestring og påpekte at fødselen hadde gjort de sterkere. Derav kan en se smerteopplevelsen i forbindelse med fødsel som unik og kompleks (Ulvund, 2017). Opplevelsen av mestring relatert til fødselssmerter knyttes til individuelle faktorer og opplevelse av støtte fra omgivelsene (Ulvund, 2017). Resultatene våre viste at kunnskap om alternative smertelindringsmetoder var sentralt for førstegangsfødende, spesielt i fødselens første fase. Slik kunnskap kan innebære

mestringsstrategier og puste- og avslapningsteknikker (Aune et al., 2015; O'Hare & Fallon, 2011). Funn i vår studie viste at mestringsstrategier hjalp førstegangsfødende med å takle smertene under fødsel. Ved å ha en positiv innstilling til fødselen på forhånd og anse fødselssmertene som en naturlig del av fødselsprosessen, bidro det til at de håndterte mestret smertene. Å ha tillit til egen kropp var avgjørende (Karlsdottir et al., 2014). Ved å fokusere på hva de kunne kontrollere, som for eksempel innlærte pusteteknikker følte førstegangsfødende kontroll i fødselsforløpet til tross for at uforutsigbare hendelser kunne oppstå.

## 5.5 Metodediskusjon

I dette punktet diskuteres styrker og svakheter ved denne metasyntesen.

Som masterstudenter er vi begge uerfarne innen forskningsområdet, noe som har vært en utfordring og som kan være en svakhet i oppgaven. Vi har fått hjelp av bibliotekar ved OsloMet til å utføre systematiske litteratursøk noe vi anser som en styrke. I søkeprosessen ble det ikke undersøkt duplikater, da vi ikke hadde hørt om dette før vi var godt i gang med både søke- og screeningsprosessen. Vi kan derfor ikke vise til antall artikler som ble ekskludert på grunn av samme funn i flere databaser. Vi anser ikke at dette ville hatt noe betydning for våre resultater. For å illustrere dette står denne ruten tom i PRISMA flytskjema, ved figur 1.

Vi har vært to personer som har arbeidet med denne oppgaven, og ser på dette om en styrke. Vi har sittet sammen og hatt en kontinuerlig dialog om prosessen. Gjennom diskusjon har vi opparbeidet oss en felles forståelse for innholdet i artiklene og den systematiske fremgangsmåten. Å være to personer som utfører analysen har vært nyttig. Tolkningen av studiene har vi utført hver for oss, men også sammen. Vi har samarbeidet gjennom denne prosessen, jobbet systematisk og fulgt tematisk syntese i tre trinn som analysemetode. Dette anses som en styrke.

Artiklene inkludert i denne studien er skrevet på engelsk, og vi er klar over at dette kan medføre tapt informasjon og innhold da dette ikke er vårt morsmål. Vi har vært påpasselig med å forsikre oss at innhold ikke er gått tapt ved å diskutere innhold og mening i artiklene, men vi er klar over at misforståelser kan forekomme. Derfor ser vi det som en styrke at vi har inkludert direkte sitater fra flere av kvinnene i de ulike studiene i presentasjon av resultater.

Vår studie bygger på 6 artikler og innsikt i noe få menneskers erfaring og opplevelser. Vi har vurdert disse artikler til å være av god kvalitet. 4 av de inkluderte artiklene har likt perspektiv og fortolkningsnivå, mens to har ulike perspektiver og fortolkningsnivåer. Vi er klar over at datainnsamling med ulike karakter kan gi tilgang til kunnskap av ulike karakter. Vi anser at dette ikke har en stor påvirkning da det er balanse i valget av artiklene, og de fleste artiklene inkludert i denne metasyntesen har likt perspektiv og fortolkning.



## 6.0 KONKLUSJON

Formålet med denne studien var å undersøke hva slags kunnskap som var sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel. Hensikten var å belyse hva slags kunnskap om fødsel som kan være med å gi førstegangsfødende en følelse av empowerment, som vi i denne studien har oversatt til styrke. Resultatene våre viste at kunnskap om fødsel som normal prosess og tro på seg selv bidro til å gi førstegangsfødende en positiv holdning til fødsel. Ved å ha kunnskap om forberedelser til å tre inn i en fødeboble opplevde førstegangsfødende tro på kroppens styrke og egen evne til å føde barn. Historier delt i fellesskap med andre fødekvinner opplevdes som betryggende, og de opplevde økt kunnskapsutbytte ved at historiene var hentet fra det virkelige liv. Tillit til egen mor ble ansett som styrkende for førstegangsfødende ved at de delte kunnskap med en nær relasjon. Mestringsstrategier hjalp førstegangsfødende til å oppnå kontroll i fødsel, som igjen gav en opplevelse av mindre smerte og frykt. Kunnskap som hjalp førstegangsfødende til å bevare roen og kontrollere pusten, gjorde de i stand til å mestre de usikre sidene i fødsel. Førstegangsfødende forventet en annen type smerte enn den de opplevde i fødsel, og sa i ettertid at det var vanskelig å konkret forberede seg på fødselssmerten. Hvis realiteten ikke stemte med forventningene til fødselssmerten, var det økt sjanse for at førstegangsfødende benyttet medisinsk smertelindring. Endret de mening underveis i fødsel, kunne det gi en følelse av nederlag i etterkant. Til tross for dette var kunnskap om ulike alternativer for smertelindring betryggende. Kunnskap tilegnet som forberedelse til fødsel gav førstegangsfødende anledning til å være aktiv deltagende i fødsel, som gav en følelse av empowerment. Denne studien avdekket sentrale poenger i hva slags kunnskap som kan styrke førstegangsfødende. Likevel er det behov for videre forskning på konkrete temaer førstegangsfødende opplever som avgjørende for å føle seg styrket i fødsel.

## 6.1 Implikasjoner for praksis

Denne studien kan belyse hva slags kunnskap som er sentral for førstegangsfødende for å føle seg styrket i fødsel. Ved å være oppmerksom på hva slags kunnskap som styrker, kan vi som jordmødre være i stand til å hjelpe kvinnen med sine fødselsforberedelser, og samtidig ta hensyn til individuelle behov. Ved å bevisstgjøre kvinner på hva slags kunnskap om styrker, kan det føre til at flere har tro på seg selv og fødsel som naturlig prosess, som igjen kan motivere til ytterligere forberedelser til fødsel.

Basert på funnene fra denne studien er kunnskap om fødsel som normal prosess styrkende for førstegangsfødende. Det er òg sentralt å ha tro på egen fødekropp. I dagens fødselsomsorg, med økende grad av medisinske intervensjoner, er det avgjørende å kjenne til at kvinner ønsker kunnskap om fødsel som normal prosess for å føle seg styrket. Jordmor på helsestasjon eller fødselsforberedende kurs bør være oppmerksom på å formidle kunnskap om fødsel som normal prosess i svangerskapskonsultasjoner som WHO (2012) anbefaler i sine retningslinjer for omsorg i svangerskapet. Under fødsel kan jordmor tilstrebe å fremme fødsel som normal prosess, noe som er i tråd med nyere forskning. Vår studie påpeker at det er sentralt å fokusere på kunnskap om fødsel som normal prosess og er i tråd med forskning som viser at fødsel med kontinuerlig omsorg fra jordmor bidrar til respektfull pleie, gir effektiv bruk av ressurser, samt bedre utfall for mor og barn i og etter fødsel (Renfrew et al., 2014). For å oppnå dette kan det være behov for å forske videre på hvordan førstegangsfødende anser fødsel som naturlig hendelse, i form av spesifikke elementer rundt fødsel eller konkrete temaer. Et spesifikt element kan være opplevelse av utdrivelsesfasen eller etterbyrdsfasen. Et sentralt funn er hvordan historier fra andre kvinner delt i fellesskap, opplevdes støttende, og dermed styrkende. Det er behov for en arena der gravide kvinner kan møtes for å fortelle sine historier og dermed skape et trygt miljø hvor kunnskap kan utveksles. Svangerskapskonsultasjoner og fødselsforberedende kurs er tradisjonelt ledet av en jordmor, men forskning viser at kunnskap delt kvinner imellom kan føre til at de får svar på problemstillinger de ikke hadde ansett som relevante. Det er behov for ytterligere forskning rundt hva slags kunnskap som deles mellom kvinner, og hvordan dette påvirker førstegangsfødende sin fødselsopplevelse.

## LITTERATURLISTE

- Andersson, E., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2013). Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care – A clinical trial. *Sex Reprod Healthc*, 4(3), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.08.002>
- Askheim, O. P., Starrin, B. & Heyerdahl, C. H. (2010). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015, Jul). Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed. utg.). London: Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Blix, E. (2017a). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2017.
- Blix, E. (2017b). Å fremme normal fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka : Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 424-432). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2017.
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012, Oct). Beyond PICO: the SPIDER tool for qualitative evidence synthesis. *Qual Health Res*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- de Quattro, L. (2019, 2019/11/26). Co-producing childbirth knowledge: a qualitative study of birth stories in antenatal sessions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 437. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2605-z>
- Den Norske Jordmorforening. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre Hentet fra <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M. (2013). Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*, 29(1), 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.001>
- Fabian, H. M., Rådestad, I. J. & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 84(5), 436-443. <https://doi.org/10.1080/j.0001-6349.2005.00732.x>

- Ferguson, S., Davis, D. & Browne, J. (2013, 2013/03/01/). Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women and Birth*, 26(1), e5-e8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.09.003>
- Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S. & Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 126-126. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-126>
- Hallgren A, Kihlgren M, Norberg A & L, F. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. [https://doi.org/DOI:10.1016/0266-6138\(95\)90027-6](https://doi.org/DOI:10.1016/0266-6138(95)90027-6)
- Hallgren, A., Kihlgren M, Norberg A & L, F. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. [https://doi.org/DOI:10.1016/0266-6138\(95\)90027-6](https://doi.org/DOI:10.1016/0266-6138(95)90027-6)
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedy, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. & Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reprod Health*, 16(1), 160-167. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0826-2>
- Heberlein, E. C., Picklesimer, A. H., Billings, D. L., Covington-Kolb, S., Farber, N. & Frongillo, E. A. (2016). Qualitative Comparison of Women's Perspectives on the Functions and Benefits of Group and Individual Prenatal Care. *J Midwifery Womens Health*, 61(2), 224-234. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12379>
- Helsebiblioteket. (2016). Søkeord. Hentet fra 15.10.2020 <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/lage-sokestrategi>
- Helsebiblioteket. (2019). Systematisk litteratursøk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Gravide med et normalt svangerskap bør få tilbudt om et basisprogram med åtte konsultasjoner inkludert ultralydundersøkelse*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/konsultasjoner-i-svangerskapsomsorgen>.
- Helsedirektoratet. (2019b). *Gravide skal få kunnskapsbasert informasjon og ha innflyttelse på oppfølgingen i svangerskapet*. hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/svangerskapsomsorgen-og-informasjon-til-gravide>.
- Hislop, D. (2013). *Knowledge management in organizations : a critical introduction* (3rd ed. utg.). Oxford: Oxford University Press.

- Hollins, M., Joy, C. & Robb, Y. (2013). Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Educ Pract*, 13(6), 512-518.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.013>
- Howarth, A. M. & Swain, N. R. (2019). Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery*, 70, 100-105.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.017>
- ICM. (2008). international Code of Ethics for Midwives. Hentet fra  
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Janssen, P. A. & Weissinger, S. (2014). Women's perception of pre-hospital labour duration and obstetrical outcomes; a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 182-182. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-182>
- Jordmornytt. (2018). Hvordan forberede seg til fødselen. Hentet fra  
<https://jordmornytt.no/hvordan-forberede-seg-til-fodselen/>
- Karlsdottir, S. I., Halldorsdottir, S. & Lundgren, I. (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scand J Caring Sci*, 28(2), 315-327. <https://doi.org/10.1111/scs.12061>
- Kay, L., Downe, S., Thomson, G. & Finlayson, K. (2017). "Engaging with birth stories in pregnancy: a hermeneutic phenomenological study of women's experiences across two generations". *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 283-212.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1476-4>
- Khajehei, M., Swain, J. A. & Wen, Y. (2020). Primiparous women's narratives of confidence in the perinatal period. *British Journal of Midwifery*, 28(1), 42-50.  
<https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.1.42>
- Kringeland, T., Daltveit, A. K. & Moller, A. (2010). How Does Preference for Natural Childbirth Relate to the Actual Mode of Delivery? A Population-based Cohort Study from Norway. *Birth*, 37(1), 21-27. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00374.x>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mackintosh, N., Agarwal, S., Adcock, K., Armstrong, N., Briley, A., Patterson, M., ... Gong, Q. (2020). Online resources and apps to aid self-diagnosis and help seeking in the perinatal period: A descriptive survey of women's experiences. *Midwifery*, 90, 102803. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102803>

- Malterud, K. (2017 b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring : utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2009). The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Int J Surg* <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2010.02.007>
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (2018). Empowerment Hentet fra [https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/11/Utdypning\\_empowerment\\_161118.pdf](https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/11/Utdypning_empowerment_161118.pdf)
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. & Ekström, A. (2013, 2013/09/19). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, 349124. <https://doi.org/10.1155/2013/349124>
- Nolan, L. M. (2014). Myles' Textbook for Midwives E-Book. I J. E. Marshall & M. D. Raynor (Red.). London: London: Elsevier Health Sciences.
- O'Hare, J. & Fallon, A. (2011, 2011/03/01). Women's experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, 19(3), 164-169. <https://doi.org/10.12968/bjom.2011.19.3.164>
- Oslo jordmor og kvinnesenter. (2020). Forberedelse til fødsel. Hentet fra (<https://www.oslojordmor.no/fodselsforberedelse-til-fodselsforberedelse/>).
- Oslo jordmor og ultralydklinikk. (2019). Trenger jeg å gå på fødselsforberedende kurs? Hentet fra <https://www.jordmorklinikken.no/trenger-jeg-a-ga-pa-fodselsforberedende-kurs/>
- Positiv fødsel. (u.å). Fødselsforberedende kurs på nett. Hentet fra [https://www.positivfodselsforberedende.no/?gclid=Cj0KCQjwoJX8BRCZARIsAEWBFBMJK8bHR4xqwrVe5TEI6-wYAm44seCGwulr\\_KCN2suo3mJOXAii0tSwaAkF5EALw\\_wcB](https://www.positivfodselsforberedende.no/?gclid=Cj0KCQjwoJX8BRCZARIsAEWBFBMJK8bHR4xqwrVe5TEI6-wYAm44seCGwulr_KCN2suo3mJOXAii0tSwaAkF5EALw_wcB)
- Raynes-Greenow, H., C., Roberts, C. L., McCaffery, K. & Clarke, J. (2007). Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women. *Midwifery*, 23(2), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.06.004>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-

- informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384(9948), 1129-1145.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)
- Sander, K. (2020a). Kunnskap. Hentet fra 24.09.2020  
[https://estudie.no/kunnskapbegrepet/?fbclid=IwAR3JSEo1kYJrrHoP5WY37SR1G\\_F99WUg\\_uP5Py3pfQxV6UJfyTBGbVWVBbfQ](https://estudie.no/kunnskapbegrepet/?fbclid=IwAR3JSEo1kYJrrHoP5WY37SR1G_F99WUg_uP5Py3pfQxV6UJfyTBGbVWVBbfQ)
- Sander, K. (2020b). Mestringstro. Hentet fra <https://estudie.no/mestringstro/>
- Sanders, R. A. & Crozier, K. (2018). How do informal information sources influence women's decision-making for birth? A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 21-26. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1648-2>
- Savage, J. S. (2006, Summer). The lived experience of knowing in childbirth. *The Journal of perinatal education*, 15(3), 10-24. <https://doi.org/10.1624/105812406X118986>
- Skrondal, T. F., Bache-Gabrielsen, T. & Aune, I. (2020, 2020/07/01/). All that I need exists within me: A qualitative study of nulliparous Norwegian women's experiences with planned home birth. *Midwifery*, 86, 102705.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102705>
- Snl.no. (2019). Fenomen. Hentet fra <https://snl.no/fenomen>
- Spicer, R. (2014). My body, my birth, my baby: The experience of childbirth for first-time mothers who have undertaken traditional antenatal education and those who have included hypnosis. *Australian journal of clinical hypnotherapy and hypnosis*, 36(2), 15-32.
- St.meld. nr 12. (2008 -2009). En gledelig begivenhet— Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg Hentet fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009/-id545600/?ch=4>
- Teate, A., Leap, N., Rising, S. S. & Homer, C. S. E. (2011). Women's experiences of group antenatal care in Australia—the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery*, 27(2), 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.03.001>
- The Johanna Briggs Institute. (2017). Critical appraisal checklist for qualitative research. . Hentet fra 20.08.2020  
[https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI\\_Critical\\_Appraisal-Checklist\\_for\\_Qualitative\\_Research2017\\_0.pdf](https://joannabriggs.org/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Qualitative_Research2017_0.pdf)
- Thomas, J. & Harden, A. (2008, 2008/07/10). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-45>

- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S. & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health*, 16(1), 71-20. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ulvund, I. (2017). Fødselssmerte og smertelindring. I A. Brunstad & E. Tegnander. (Red.), *Jordmorboka : Ansvar, funksjon og arbeidsområde*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- VandeVusse, L. (1999). Decision Making in Analyses of Womens Birth Stories. *Birth*, 26(1), 43-50. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1999.00043.x>
- WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Hentet fra <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua> 15.09.2020
- WHO. (2012). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=85BC012D91188C629219C384D825752C?sequence=1> 25.09.2020
- WHO. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>. 15.10.2020
- Åsvoll, H. (2009). *Teoretiske perspektiver på taus kunnskap : muligheter for en taus pedagogikk*. Trondheim: Tapir akademisk forl.



## VEDLEGG 1 - SØKEHISTORIKK



Saturday, October 17, 2020 5:45:10 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S19	S12 AND S17	Limiters - Peer Reviewed; Language: Danish, English, Norwegian, Swedish Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	490
S18	S12 AND S17	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S17	S13 OR S14 OR S15 OR S16	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S16	TI ( (qualitative or interview* or "focus group*" or view* or experience*) ) OR AB ( (qualitative or interview* or "focus group*" or	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display

	view*) )			
S15	(MH "Focus Groups")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S14	(MH "Interviews+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S13	(MH "Qualitative Studies+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S12	S5 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	Display

			Database - CINAHL with Full Text	
S10	TI ( (educat* or prepar* or readiness) ) OR AB ( (educat* or prepar* or readiness) )	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S9	(MH "Health Knowledge") OR (MH "Knowledge")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S8	(MH "Education")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S7	(MH "Childbirth Education")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S6	(MH "Prepared Childbirth")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen -	Display

			Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S4	TI "first time mother*" OR AB "first time mother*"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S3	TI ( (nullipar* or primipar* or primigra* ) OR AB ( (nullipar* or primipar* or primigra* ) )	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S2	(MH "Primiparas")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	Display
S1	(MH "Nulliparas")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	Display

Search Screen -  
Advanced Search  
Database - CINAHL  
with Full Text

Database: Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) <1971 to August 2020>

Search Strategy:

- 
- 1 primiparas.mp. [mp=abstract, heading word, title] (416)
  - 2 nulliparas.mp. [mp=abstract, heading word, title] (352)
  - 3 (nullipar\* or primipar\* or primigra\*).mp. [mp=abstract, heading word, title] (8405)
  - 4 childbirth education.mp. [mp=abstract, heading word, title] (478)
  - 5 prepared childbirth.mp. [mp=abstract, heading word, title] (25)
  - 6 knowledge.mp. [mp=abstract, heading word, title] (12888)
  - 7 health knowledge.mp. [mp=abstract, heading word, title] (98)
  - 8 1 or 2 or 3 (8405)
  - 9 4 or 5 or 6 or 7 (13339)
  - 10 8 and 9 (399)

\*\*\*\*\*

Database: Embase <1974 to 2020 August 15>

Search Strategy:

- 
- 1 nullipara/ (12263)
  - 2 primipara/ (4499)
  - 3 primipara.mp. (5254)
  - 4 nullipara.mp. (12523)
  - 5 first time mother.mp. (69)
  - 6 primigravida/ (8828)
  - 7 primigravida.mp. (10096)
  - 8 (nullipar\* or primipar\* or primigra\*).mp. [mp=title,] (45160)
  - 9 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (45219)
  - 10 childbirth education/ (504)
  - 11 childbirth education.mp. (727)
  - 12 (educat\* or prepar\* or readiness).mp. [mp=title, abstract,] (1147488)
  - 13 prepared childbirth.mp. (50)
  - 14 health knowledge.mp. (4486)
  - 15 education/ (416430)
  - 16 education.mp. (1181110)
  - 17 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 (2278620)
  - 18 9 and 17 (4016)
  - 19 interview/ (210826)
  - 20 interviews.mp. (226437)
  - 21 qualitative studies.mp. (6429)
  - 22 (qualitative or interview\* or "focus group\*" or view\* or experience\*).mp. [mp=title, abstract] (2651968)
  - 23 19 or 20 or 21 or 22 (2651968)
  - 24 18 and 23 (1111)

\*\*\*\*\*

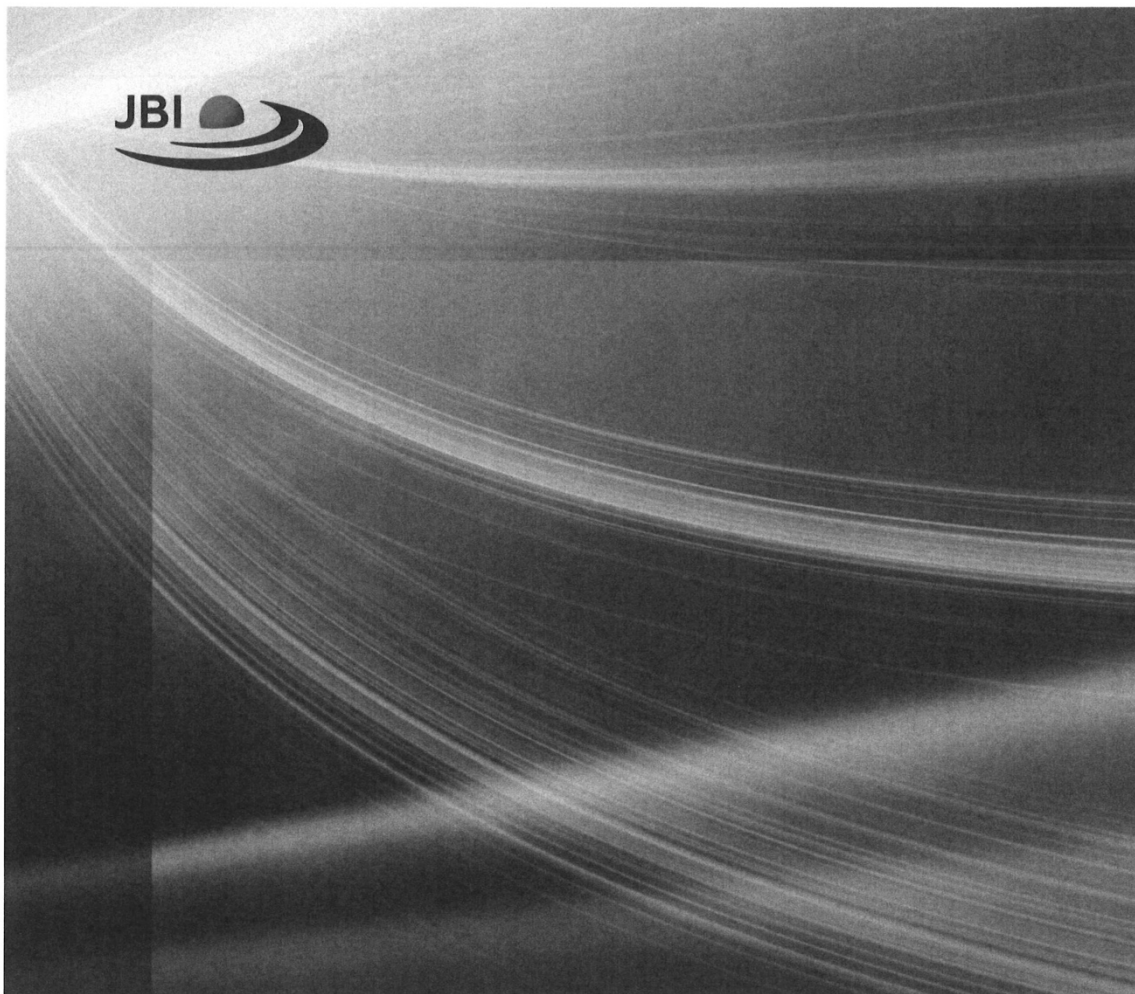
Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to Juni 15, 2020>

Search Strategy:

- 
- 1 Prenatal Education/ (262)
  - 2 first time mother.mp. (52)
  - 3 educat\*.mp. (1043835)
  - 4 Parity/ (25128)
  - 5 primipara.mp. (1049)
  - 6 nullipara.mp. (473)
  - 7 4 or 5 or 6 (26197)
  - 8 (educat\* or prepar\* or readiness).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (2036802)
  - 9 Prenatal Education/ (262)
  - 10 childbirth education.mp. (421)
  - 11 prepared childbirth.mp. (60)
  - 12 education.mp. (914699)
  - 13 Self Efficacy/ (20634)
  - 14 health knowledge.mp. (115038)
  - 15 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 (990468)
  - 16 7 and 15 (2225)
  - 17 8 and 16 (2027)
  - 18 (qualitative or interview\* or view\* or Experience\*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] (1944291)
  - 19 17 and 18 (601)

\*\*\*\*\*





## **CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH**

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

**jbi.global**

CRIICOS Provider Number 00123M

## INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

### JBI Systematic Reviews

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

### JBI Critical Appraisal Tools

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

## JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

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

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

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

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

## DISCUSSION OF CRITICAL APPRAISAL CRITERIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vedlegg 2.1 Eksempel på vår utfylte sjekkliste



**JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research**

Reviewer *Co-producing childbirth knowledge: a qualitative study of birth stories in antenatal sessions* Date *21/8-20*  
 Author *Leah de Quattro* Year *2019* Record Number \_\_\_\_\_

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

Overall appraisal: Include  Exclude  Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

---



---



---

# VEDLEGG 3 – PRISMA SJEKKLISTE

## PRISMA 2009 Checklist

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





## PRISMA 2009 Checklist

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

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

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

Page 2 of 2

## Arbeidsprosessen

Vi har gjennom arbeidet med denne oppgaven vært innforstått med hva vi ønsker å oppnå med denne metasyntesen. I starten av arbeidsprosessen fordelte vi oppgaven innad oss uten å helt diskutere hva vi som var relevant og ha med for å besvare problemstillingen. Vi innså at denne metoden ikke funket etterhvert. Så da endret vi arbeidsmåten underveis i prosessen. Vi satt sammen og skrev, og hadde en felles dialog og mål om hvordan masteroppgaven skulle være.

Vi har hatt en jevn arbeidsfordeling der vi har fordelt oppgaven etter evne og anlegg. En av oss har hatt det overordnede ansvaret for oppgaven, mens den andre har hatt ansvar for det formelle ved oppgaven, Dette viser et eksempel på hvordan vi har vært flinke til å utnytte hverandres kompetanse, styrker og svakheter.

Vi har kommunisert godt, har gitt hverandre konstruktiv kritikk og diskutert hvis ting har vært uforståelig, noe som har forhindrede unødvendige konflikter. Vi har lært av hverandre og vært flinke til å begrunne våre standpunkter. Vi har vært trygge på hverandres dagsform, noe som har gjort det lettere å samarbeide og holde en god tone.