



Høgskolen i Oslo og Akershus

Fakultet for helsefag

Masteroppgave i jordmorfag – Høst 2016

Mellom nærhet og distanse

En kvalitativ studie av dannelse av følelsesmessig bånd til det ufødte barnet hos kvinner innlagt med truende prematur fødsel

Malin Dyrendahl – kandidatnummer: 104

Marthe Dalevoll Macedo – kandidatnummer: 131

Antall ord: 15 454

Hovedveileder: Anne Kaasen

Biveileder: Torill Negaard

Kjære lille ukjente skatt. Jeg lengter etter deg ... Jeg klarer ikke la være å ha et drømmebilde. Du ligger som en liten myk klump i armkroken min og ser på meg med store, mørkeblå øyne. Du kan ikke smile til meg ennå, men det er hos meg du helst vil være. De andre får også holde deg, særlig pappaen din, så klart, men du blir litt urolig hos dem ... Brev til det ufødte barnet (Nylander & Siegert, 2002) s. 214.

Dette brevet er et eksempel på hvordan en gravid kvinne fantaserer om sitt ufødte barn og drømmer om tiden etter fødsel. Vi vet at utviklingen av mor-barn forholdet starter i svangerskapet, og at disse prosessene har betydning for forholdet mellom mor og barn etter fødsel. Etter å ha jobbet med kvinner med risikosvangerskap har vi blitt nysgjerrige på om det å ha en forhøyet risiko i svangerskapet påvirker dannelsen av det følelsesmessige båndet til barnet i magen. Denne interessen legger grunnlaget for valg av tema for vår masteroppgave.

Vi vil først takke våre modige og ærlige informanter som delte sine innerste tanker om barnet de ventet, til tross for at de befant seg i en situasjon preget av frykt og usikkerhet. Deres åpenhet har gitt oss stor respekt for det følelsesmessige båndets styrke og deres instinktive behov for beskyttelse av barnet i magen.

Vi vil takke våre dyktige veiledere fra Høgskolen i Oslo og Akershus, Anne Kaasen og Torill Negaard, for god støtte og veiledning gjennom arbeidet med denne masteroppgaven.

En stor takk rettes til leder og jordmødre ved observasjonsposten for gravide ved det aktuelle sykehuset for godt samarbeid.

SAMMENDRAG

Bakgrunn	Diagnosen truende prematur fødsel innebærer en forhøyet risiko for det ufødte barnet. Risikotilstanden kan påvirke den prenatale tilknytningen.
Formål	Undersøke hvordan gravide kvinner som er innlagt på grunn av truende prematur fødsel beskriver sitt følelsesmessige bånd til det ufødte barnet.
Design og metode	Kvalitativt design, semistrukturerte intervjuer
Resultater	Fire temaer kom frem: <i>Ambivalens i fantasering og distansering, kvalitet og kvantitet, opplevelsen av egen og barnets helse og mestringsstrategier.</i>
Konklusjon	Informantene pendler mellom nærhet og distanse til barnet i magen. Kvinnene bruker mer tid til å tenke på barnet etter innleggelse, og tankene er preget av en høyere grad av bekymring. Mestringsstrategier benyttes for å unngå påvirkning av negative tanker. Fosterovervåkingen har betydning for opplevelsen av barnets helse, men erstatter ikke betydningen av å kjenne fosterbevegelser.
Implikasjoner for praksis	Jordmødre kan hjelpe risikogravide med å forberede seg til det premature barnet. Helsepersonell bør være bevisste på fosterovervåkingens betydning for risikogravide. Kvinnenes behov for å benytte seg av mestringsstrategier bør anerkjennes.
Nøkkelord	Prenatal tilknytning, følelsesmessig bånd, risikosvangerskap, truende prematur fødsel, risiko.

ABSTRACT

In between closeness and distance

– A qualitative study of the formation of emotional bond to the unborn child in women hospitalized because of an increased risk of preterm labor.

Background	An increased risk of preterm labor involves a higher risk for the unborn child, and can affect the prenatal attachment.
Aim	Exploring how pregnant women hospitalized with an increased risk of preterm labor describe their emotional bonding to the unborn child.
Design and methods	Qualitative design, semistructured interviews.
Results	Themes: <i>Ambivalence in fantasizing and distancing, quality and quantity, experience of health and coping strategies.</i>
Conclusion	The participants alternate between feeling close to and distant to the baby. They spend more time thinking about the unborn child after hospitalization, and thoughts are characterized by a higher degree of anxiety. They use coping strategies to avoid impact of negative thoughts. Fetal monitoring is of great significance for their perception of the child's health, but does not replace the importance of fetal movements.
Implications for practice	Midwives can assist women with a high-risk pregnancy to prepare for the premature baby. Medical personnel should acknowledge the women's need to use coping strategies, and the significance of fetal monitoring in caring for women with high-risk pregnancies.
Keywords	Prenatal attachment, emotional bonding, high-risk pregnancy, risk of premature labor, risk.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	BAKGRUNN	7
1.1	Innledning	7
1.2	Aktuell forskning.....	8
1.2.1	Vurdering av prenatal tilknytning gjennom MAAS.....	8
1.2.2	Faktorer som påvirker den prenatal tilknytningen	9
1.3	Oppbygging av oppgaven	11
2.0	TEORETISK FORANKRING	12
2.1	Psykologiske utviklingsprosesser i svangerskapet	12
2.2	Tilknytningsteori	13
2.2.1	Prenatal tilknytning	13
2.2.2	Reva Rubin	14
2.2.3	Fantasibarnet	15
2.3	Risiko.....	16
2.3.1	Prenatal tilknytning i risikosvangerskap	17
3.0	METODE OG VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING	19
3.1	Vitenskapsteori.....	19
3.1.1	Teori som «boksåpner»	19
3.2	Det semistrukturerte intervju	20
3.2.1	Utvalg og rekruttering	20
3.2.2	Troverdighet.....	22
3.2.3	Forforståelse.....	22
3.2.4	Utførelse	23
3.3	Analyse av datamateriale	24
3.4	Etiske vurderinger	26
3.4.1	Frivillighet og samtykke.....	27
4.0	RESULTATER	28
4.1	Ambivalens i fantasering og distansering.....	28
4.2	Kvalitet og kvantitet	32
4.3	Opplevelsen av egen og barnets helse	35
4.4	Mestringsstrategier for å unngå påvirkning av vonde tanker	37
5.0	DISKUSJON	40
5.1	Diskusjon av resultatene	40

5.1.1	Mellom nærhet og distanse.....	40
5.1.2	«Er jeg positiv så går det bra».....	43
5.1.3	«Jeg føler jeg får en liten, sterk gutt».....	44
5.1.4	Implikasjon for praksis	45
5.2	Diskusjon av studiens kvalitet.....	46
5.2.1	Valg av design.....	46
5.2.2	Vår rolle	47
5.2.3	Inklusjonskriterier og utvalg	48
5.2.4	Analyse og resultater	50
6.0	KONKLUSJON	51
7.0	LITTERATURLISTE	52

VEDLEGG

Vedlegg 1	Tilråding fra NSD
Vedlegg 2	Godkjenning fra personvernombudet
Vedlegg 3	Godkjenning fra avdelingsleder ved observasjonspost for gravide
Vedlegg 4	Intervjuguide
Vedlegg 5	Informasjonsskriv

1.0 BAKGRUNN

1.1 Innledning

I 2014 ble det født 3294 premature barn i Norge, og tilsvarte 5,6% av fødslene det året. Et prematurt barn er et barn født før svangerskapsuke 37+0 (Folkehelseinstituttet, 2016). En fødsel som starter mellom svangerskapsuke 22+0 og 33+6 defineres som en *truende prematur fødsel*. Denne grensen er satt som en behandlingsmessig avgrensning fordi en fødsel som starter før uke 34+0 ofte vil forsøkes å stoppes. Truende prematur fødsel er en uklar klinisk diagnose som inkluderer tilstander som kort livmorhals, rikelige kynnere, for tidlige rier og prematur vannavgang, videre kalt PPRM (premature prelabour rupture of membranes) (Michelsen, Ellingsen, Salvesen, & Sjøborg, 2014). Med diagnosen truende prematur fødsel defineres svangerskapet som et risikosvangerskap. For foreldrene kan denne situasjonen være preget av mye engstelse overfor barnet. Kommer det til å overleve? Vil det bli skadet (Haugan & Tryti, 2009)? Risikotilstanden kan gi ulike følelser av stress, dels avhengig av grad av faktisk risiko og dels avhengig av hvor stor trusselen oppleves for kvinnen (Marie Berg, 2010a). Som jordmor er det viktig å kunne møte denne usikkerheten og engstelsen som den gravide kvinnen opplever i et risikosvangerskap med kunnskap og forståelse.

En kvinnes utvikling til å bli mor starter når hun oppdager at hun er gravid. Tanker om barnet som skal komme gjør at hun blir kjent med det nye individet, og utviklingen av det følelsesmessige båndet i svangerskapet legger grunnlag for den videre tilknytningen som skjer når barnet er født (Brodén, 2007). En studie fra Sverige viser at mødres grad av tilknytning i svangerskapet påvirker det observerte mor-barn samspillet etter 12 uker. I studien ble graden av prenatal tilknytning i tredje trimester kartlagt med et spørreskjema, og 12 uker etter fødsel ble ansikt-til-ansikt interaksjon mellom mor og barn filmet. Studien konkluderte med at den prenatale tilknytningen har betydning for det tidlige mor-barn forholdet (Siddiqui & Hägglöf, 2000). Begrepet prenatal tilknytning beskriver prosessene i samspillet mellom mor og barn som er med på å utvikle båndet mellom dem (Brodén, 2007). Det er uenighet i hvorvidt risiko i svangerskapet påvirker den prenatale tilknytningen. Vi vil nå presentere nyere studier som undersøker nettopp dette.

1.2 Aktuell forskning

Vår teoretiske forankring bygger på teori av eldre dato. Vi har derfor valgt å fokusere på nyere studier for å gi et bilde av forskningen som er aktuell i dag. Vi benyttet søkeordene: Prenatal attachment, maternal-fetal attachment, bonding og high-risk pregnancy. Studiene vi presenterer i dette kapittelet er publisert fra år 2008-2016. Etter søk i databasene har vi valgt tre studier som undersøker prenatal tilknytning og den eventuelle betydningen et risikosvangerskap kan ha. Studiene er fra USA, Sverige og Storbritannia. Forskerne har anvendt ulike verktøy for å kartlegge den prenatale tilknytningen, og en av de mest brukte metodene er *Maternal antenatal attachment scale* (MAAS).

1.2.1 Vurdering av prenatal tilknytning gjennom MAAS

MAAS ble utviklet i 1993 av John T. Condon. Dette er en modell som skiller seg fra tidligere modeller fordi den ignorerer de fysiske aspektene ved svangerskapet, men fokuserer på mors tanker. Modellen inneholder to hovedkategorier, *kvalitet* og *intensitet*. Under kvalitet vurderes mors affektive beskrivelser. Fra beskrivelsene kartlegges følelser av nærhet mot distanse, varsomhet mot irritasjon, positive mot negative følelser, lykke mot ubehag og livlig fantasering mot vag fantasering (Condon, 1993). Vi velger videre å bruke begrepet *kvantitet* fremfor intensitet. Begrepet sier noe om mengden tid mor bruker på å tenke på, snakke med, drømme om eller interagere med det ufødte barnet. Ordet intensitet, som brukes i studien, kan på norsk feiltolkes til å handle om tankenes styrke fremfor mengde brukt tid. Ved å bruke denne modellen kan man, ifølge Condon (1993) klassifisere den prenatale tilknytningen i fire kategorier:

1. Sterk, sunn tilknytning
2. Positiv grad av tilknytningskvalitet med lav grad av kvantitet på grunn av distraksjon eller unngåelse
3. Ikke involvert eller ambivalent involvering med lav grad av kvantitet
4. Engstelig, ambivalent eller følelsesløs.

Metoden er også tilpasset slik at fars prenatale tilknytning kan kartlegges, og kalles da *Paternal antenatal attachment scale*, (PAAS). (Brandon, Pitts, Denton, Stringer, & Evans, 2009; Condon, 1993).

I en tverrsnittstudie fra 2015 undersøkes kompleksiteten av prenatal foreldre-tilknytning i svangerskap med risiko for prematur fødsel. Formålet var å sammenligne den materielle og paternelle tilknytningen i en gruppe der kvinnen var innlagt på grunn av risiko for prematur fødsel, med en gruppe friske gravide og deres partnere. De inkluderte i studien var 43 par, der kvinnen var i svangerskapsuke 28-34, og var innlagt i over tre dager på grunn av truende prematur fødsel. Kontrollgruppen bestod av 37 par med et normalt svangerskap. Gjennom bruk av spørreskjema fikk kvinnene i begge grupper kartlagt sin grad av depresjon, angst og opplevd sosial støtte fra partner. Både kvinner og menn fikk gjennom spørreskjemaer svare på MAAS og PAAS. Resultatene viste blant annet at kvinner i risikogruppen hadde signifikant høyere grad av depresjon, særlig alvorlig depresjon og angst i svangerskapet. De fant ingen forskjell i grad av opplevd støtte fra partner. Sammenlagt score for tilknytning med MAAS og PAAS var signifikant høyere for den normale gruppen enn for risikogruppen. En høyere score betyr en høyere grad av prenatal tilknytning. For risikogruppen var både den materielle og paternelle scoren i forhold til kvaliteten av tilknytningen signifikant lavere enn hos den normale gruppen. En lav score betyr en lavere grad av prenatal tilknytning. Graden av kvantitet var lik i de to gruppene. Dette betyr at de brukte like mye tid på å tenke på, drømme om og snakke med barnet. Kvinnene i risikogruppen hadde signifikant flere symptomer på angst og depresjon. Siden kvantiteten var lik, betyr dette at for risikokvinnene er tiden de bruker på å tenke på barnet sitt preget av en høyere grad av angst, ambivalens og bekymring for barnet, enn for kvinnene med normale svangerskap (Pisoni et al., 2016).

1.2.2 Faktorer som påvirker den prenatale tilknytningen

Det er svært motstridende funn i den nyere forskningen rundt hva som påvirker den prenatale tilknytningen. Yarcheski et al. (2008) har gjort en metaanalyse av 72 studier for å identifisere hvilke variabler som påvirker den prenatale tilknytningen. 14 variabler ble presentert og deres betydning for den prenatale tilknytningen ble vurdert. Et av inklusjonskriteriene var at studiene skulle anvende metoder for å kartlegge den prenatale tilknytningen, blant annet MAAS. Resultatene viste at den faktoren som hadde høyest betydning for den prenatale tilknytningen var gestasjonsalder, som betyr at graden av tilknytning vokser i takt med svangerskapslengden. Opplevd sosial støtte hadde moderat betydning. Variabler som ikke hadde noen betydning var angst, selvtillit, depresjon, prenatal diagnostikk, planlagt

svangerskap, mors alder, paritet, etnisitet, sivilstatus, inntekt og utdanning. Denne studien konkluderer med at en forhøyet risiko i svangerskapet ikke påvirker graden av prenatal tilknytning (Yarcheski, Mahon, Yarcheski, Hanks, & Cannella, 2009).

I en studie fra 2008 analyseres forholdet mellom risiko, mestring, psykologisk velvære og mor-barn tilknytning. Studien ble foretatt i Nord-Irland der 87 kvinner som var innlagt på sykehus med svangerskapskomplikasjoner svarte på et spørreskjema. De inkluderte kvinnene var over 18 år, gestasjonsalder >24 uker og det var kvinner med svangerskapskomplikasjoner som hadde vært innlagt i minimum 48 timer. I denne studien presenteres mors opplevelse av å ha en positiv mestringsevne som grunnlaget for en god prenatal tilknytning, og er direkte koblet til både kvaliteten og intensiteten i tilknytningen. Der mødrene har beskrevet vurderingen av egen helse og barnets helse som god ser man også en høy grad av prenatal tilknytning. De gode opplevelsene kan være koblet til en positiv opplevelse av egen mestringsevne. Kvinnens vurdering av risiko og trussel i svangerskapet ser ut til å være viktig i utviklingen av mor-barn forholdet siden hennes opplevelse av risiko påvirker hennes mestringsstrategi. Når en positiv mestringsstrategi er benyttet gir det oss bedre rom for den prenatal tilknytningen. Bruk av en nyttig mestringsstrategi kan bidra til forpliktelse til moderskapet (White, McCorry, Scott-Heyes, Dempster, & Manderson, 2008).

Kvinner innlagt på grunn av truende prematur fødsel befinner seg i en potensielt utfordrende fase i utviklingen av mor-barn forholdet. Hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse av mors følelsesmessige dannelse av bånd til sitt ufødte barn, og hvordan en risikotilstand i svangerskapet eventuelt kan påvirke denne relasjonen.

Vårt formål blir derfor å:

Undersøke hvordan gravide kvinner som er innlagt på grunn av truende prematur fødsel beskriver sitt følelsesmessige bånd til det ufødte barnet.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Vår teoretiske forankring i kapittel 2.0 presenterer begrepene tilknytning, prenatal tilknytning og risiko. Dette bidrar til en økt forståelse for temaet prenatal tilknytning i risikosvangerskap. Videre gjør vi rede for våre metodiske valg og de ulike prosessene i studien. I kapittel 4.0 presenteres resultatene fra våre semistrukturerte intervjuer. Disse resultatene diskuteres i kapittel 5.1. Deretter diskuteres våre metodiske valg, tanker rundt videre forskning og mulig implikasjon for praksis. Avslutningsvis oppsummerer vi våre funn i kapittel 6.0.

2.0 TEORETISK FORANKRING

Teorien som presenteres i dette kapittelet vil vi benytte som et verktøy til å forstå og tolke resultatene. Det vil da være naturlig å anvende tilknytningsteori og teori om det å ha en forhøyet risiko. Innledningsvis presenteres tilknytningsteori og prosesser i svangerskapet som bidrar til tilknytningen. Begrepet *prenatal tilknytning* beskrives og teori fra Reva Rubin (1976) er her sentral. Teorien om prenatal tilknytning har blitt videreutviklet i senere år, men det er først og fremst begrepene som har fått nye navn (Mercer, 2004). Essensen i teorien er den samme og vi velger derfor å forholde oss til den primære teorien. Videre presenteres begrepet *risiko* og dens betydning for fødselsomsorgen og for den gravide kvinnen. Avslutningsvis vil vi se på hvordan det å ha en forhøyet risiko eventuelt kan påvirke den prenatal tilknytningen. Vi har valgt å bruke begrepet *det ufødte barnet* videre i oppgaven fordi våre informanter selv brukte ordet *barn* eller *baby* når de snakket om fosteret. Foster ville vært det korrekte begrepet å benytte seg av, siden fosteret først betegnes som et barn etter fødsel.

2.1 Psykologiske utviklingsprosesser i svangerskapet

Å bli mor er en av livets største overgangsfaser. Graviditeten er en periode hvor det skjer store fysiske, psykiske og relasjonelle forandringer, men disse forandringene kan variere i styrke. Denne perioden blir ofte beskrevet som å være i «ingenmannsland» og kjennetegnes av økt sårbarhet, men også en åpenhet for at det skjer en forandring (Brodén, 2007). For mange kvinner kan denne utviklingen oppleves som tilfredsstillende, mens for andre, for eksempel for risikogravide, kan denne utviklingen skje for raskt og eventuelt oppleves som ukontrollert. Man er i en situasjon der man bare delvis forstår det som skjer, samtidig som man skal ha tillit til at kroppen klarer å gjennomgå forandringene et svangerskap medfører (Olsson, 2010). På grunn av de store forandringene som kommer med det å få barn, er det naturlig å ha ambivalente følelser rundt hvor ønsket barnet er. Hvis kvinnen kan tillate disse følelsene og finne rom for både glede og fortvilelse kan dette fremme graviditetsprosessen (Brodén, 2007). Den gravide må også ha tiltro til sin tolkning av barnets bevegelser og kunne gledes over en fysisk, intim og meningsfull kontakt med barnet (Olsson, 2010).

2.2 Tilknytningsteori

Tilknytningsteoriens oppgave er å beskrive prosessen der barnets livsnødvendige bånd til omsorgspersonen dannes, og båndets betydning for utviklingen av barnets personlighet og samspill med omverdenen. Begrepet *tilknytning* beskriver en åpenhet til å knytte nære følelsesmessige bånd til personer for å få beskyttelse og trøst (Hart & Schwartz, 2009). Tilknytningssystemet er et komplekst atferdssystem som har til hensikt å hjelpe barnet til å opprettholde fysisk kontakt med den voksne for å få beskyttelse mot eventuelle farer. Systemet er konstant i gang, men ikke alltid aktivert. Det blir aktivert dersom det oppstår situasjoner der barnet har behov for trøst, beskyttelse og trygghet. Det som først og fremst bringer systemet tilbake i hvileposisjon er fysisk kontakt med omsorgsgiver. Barnets tilknytning til mor er avhengig av at mor er sensitiv og klarer å respondere på barnets tilknytningsatferd (Broberg, Granqvist, Ivarsson, Mothander, & Thornye, 2008). Tilknytning er et begrep som beskriver en mekanisme som går *fra barn til mor*. I begrepet ligger en avhengighet og et behov for beskyttelse. Dette er dermed ikke et begrep som brukes til å beskrive båndet som går *fra mor til barn*. I utviklingen av mor-barn relasjonen inngår det to ulike subjektive prosesser: Barnets tilknytning til mor og mors dannelse av følelsesmessige bånd til barnet (Madsen, 1996). Vi har valgt å bruke begrepet «følelsesmessige bånd» i denne studien fordi det er mors følelser og tanker om det ufødte barnet vi ønsker å undersøke.

2.2.1 Prenatal tilknytning

Prenatal tilknytning er et abstrakt begrep som innebærer en tett relasjon mellom mor og det ufødte barnet. Den prenatale tilknytningen fungerer som en beskyttelse for barnet under graviditeten da den skal øke mors sensitivitet og hjelpe henne til å ta hensyn til graviditeten i det daglige (Brodén, 2007). Utvikling av mors sensitivitet ovenfor barnet starter allerede prenatalt og er en del av den prenatale tilknytningen. Et begynnende tegn på denne sensitiviteten er at mor reagerer på bevegelsesmønster og døgnrytme. Hun blir kjent med hvordan barnet reagerer på lyd, lys, mat og annen stimuli. Videre tegn på at mor blir mer sensitiv er når hun spontant snakker med barnet og om barnet. Den gravide kvinnen bruker tolkning av barnets bevegelser som en måte å bli kjent med barnet på, og det er bevegelsene som i stor grad forteller den gravide hva slags temperament barnet har. Ved å legge ønsker og egenskaper til barnets atferd menneskeligjør hun barnet. Samspillet mellom mor og barn starter ofte i perioden der hun kjenner spark, hvor mengden og intensiteten av

fosterbevegelser påvirker den prenatale tilknytningen. De fleste snakker mye med barnet når de er alene, enten høyt eller som en taus dialog. Når samspillet har hatt tid til å utvikle seg vil mor beskrive det som toveiskommunikasjon. Hun opplever at barnet reagerer på hennes bekymring eller stryk på magen, og responderer på hennes kontakt (Brodén, 2007). Selv om begrepet prenatal tilknytning ikke har vært fremstilt før i nyere tid har prosessene en mor går igjennom for å danne et følelsesmessig bånd til barnet lenge vært diskutert. Den prenatale tilknytningen har vært beskrevet som en prosess der den gravides psykiske energi var følelsesmessig investert i fosteret. Det ufødte barnet ble dermed mer menneskelig for kvinnen ettersom svangerskapet gikk fremover (Brandon et al., 2009).

2.2.2 *Reva Rubin*

En av banebryterne i konstruksjonen av teorien om prenatal tilknytning er Reva Rubin. Hun utforsket kvinnens vei inn i moderskapet og konkluderte med at den postnatale mor-bar bindingen var en konsekvens av prenatale prosesser. Ved fødsel er det allerede som om mor og barn kjenner hverandre, og det er en følelse av delte opplevelser, felles historie og delt tid på et intimt og dypt plan (Rubin, 1976). Rubin presenterte begrepet *binding-in*, som handler om tilknytningen mellom mor og barn. Vi har videre valgt å bruke begrepet prenatal tilknytning, som er det nyere begrepet som omhandler de samme prosessene (Brandon et al., 2009).

Rubin har identifisert fire faser i utviklingen til å oppnå morsrollen. To av fasene er rettet mot det mål å beskytte barnet sitt. De andre to fasene er rettet mot henne selv og hennes bånd til barnet. Arbeidet med disse fasene skjer samtidig og gjennom hele svangerskapet (Berg & Premberg, 2010; Rubin, 1976):

1. *Å finne en sikker vei for seg selv og barnet gjennom svangerskap og fødsel* forteller oss at behovet og ansvaret for å beskytte seg selv og barnet veier tungt i svangerskapet.
2. *Å forsikre seg om at betydningsfulle mennesker i livet aksepterer barnet* ser ut til å være avgjørende for et vellykket svangerskap.
3. *Å kunne gi av seg selv* vil si at den gravide kvinnen i en periode bruker tid på å vurdere hva barnet kan gi henne og hva barnet vil kreve av henne. I denne prosessen

utvikles viljen til å gi av sin tid, omsorg og nærhet til et barn som er helt avhengig av henne.

4. *Å kunne knytte seg til det ufødte barnet* er grunnleggende for den prenatala tilknytning.

I første trimester er det, ifølge Rubin, så godt som ingen følelsesmessig bånd med barnet. Da skal man jobbe med å akseptere svangerskapet i seg selv, som er en forutsetning for den prenatala tilknytningen. Det begynnende fokuset på det som skjer i henne og med barnet gjør at kvinnen retter oppmerksomheten innover. Hun får da mindre energi til det rundt henne og fokuset på det ufødte barnet bekymrer kvinnen. I andre trimester opplever kvinnen barnets bevegelser og Rubin kaller denne perioden for «*quickening*». Plutselig føles svangerskapsforløpet raskere og alle oppgaver i svangerskapet tas mer alvorlig. Det er i denne fasen man begynner å kjenne behov for «å bygge rede» gjennom å handle klær og nødvendig utstyr til det ventede barnet. Det skjer også hormonelle forandringer der østrogen- og progesteronnivået øker. Dette fører ifølge Rubin til bedre selvfølelse og kroppsbilde. Utseende og selvfølelse forbedres og kvinnen er stolt av seg selv og kroppen. Denne følelsen av godhet og selvspekt knyttes til barnet og det er barnets fortjeneste at kvinnen føler seg bra. Barnets verdi blir mer og mer betydningsfull og en følelse av eierskap utvikles. Hun engasjerer seg i å «lage en bra baby» (Rubin, 1976).

Mot slutten av andre trimester er den gravide kvinnen så bevisst på barnet sitt og knytter så mye mening til barnet at hun føler at hun har noe veldig kjært, veldig viktig for henne og noe som gir henne stor glede og stolthet (Rubin, 1976) s. 379.

2.2.3 *Fantasibarnet*

Fantasien er en verdifull hjelp når en skal forberede seg mentalt på nye og ukjente situasjoner i livet, i denne sammenhengen å forberede seg til foreldrerollen. Fantaseringen setter for alvor i gang når mor kjenner barnets bevegelser og barnet markerer sin tilstedeværelse.

Fantasibarnet blir da en kombinasjon av et produkt fra mors fantasi og personen hun begynner å bli kjent med gjennom bevegelse, opplevelse av døgnrytme og barnets måte å reagere på ytre stimuli. Betydningen av fantasien undervurderes ofte. Gamle erfaringer og faktiske opplevelser vi har hatt bidrar til at vi fantaserer om barnet i magen. Bildet man får av barnet oppleves som virkelig og kan vekke følelser hos gravide. Fantasien bidrar til at man kan reise

inn i framtiden og forestille seg ulike situasjoner med barnet. Forestillinger om barnet i magen er ikke alltid bevisste, men skjer intuitivt og bidrar til at man får en relasjon til det ufødte barnet. De forandrer seg gjennom svangerskapet og blir mer konkrete og personlige. Det har vist seg at førstegangsfødende er mer opptatte av graviditeten og mer villige til å dele tanker om fantasibarnet med andre. De bruker mer tid på forestillingene om barnet, mens andregangsfødende tenker mer på omgivelsene rundt (Brodén, 2007). Selv om svangerskapet er preget av en viss usikkerhet, som det ofte er for kvinner med truende prematur fødsel, er det mentale bildet av barnet som regel vedvarende. Man ser at kvaliteten i tankene og tid brukt til å fantasere når sin topp i syvende måned. Deretter legger den blivende mor fantasiene til side for å forberede seg på det faktiske barnet, og fremmer dermed tilknytningen. Dersom barnet blir født i syvende måned, når fantaseringen om barnet er på topp, kan det være stor avstand mellom det indre bildet av barnet og det premature og sårbare barnet som blir født. Hvis kvinnen får hjelp til å sørge over tapet av sitt fantasibarn og til å skape en mental plass til det virkelige barnet, kan dette fremskynde tilknytningsprosessen (Brodén, 2007).

Kvinner med truende prematur fødsel vil ofte oppleve at de er i en tilstand preget av krise. Graden av opplevd krise er ikke nødvendigvis knyttet til graden av faktisk risiko for barnet (Tandberg, 2009). Vi vil videre presentere begrepet *risiko* og risikoens betydning for tilknytningsprosessene som skjer i svangerskapet.

2.3 Risiko

Begrepet *risiko* betyr muligheten for at en hendelse skal inntreffe sammenlignet med muligheten for at hendelsen ikke inntreffer. I dagens samfunn regjerer en risikofokusering og denne holdningen preger fødselsomsorgen. I følge Marie Berg (2010b) eksisterer det to grunnleggende syn på fødsel: Et *biomedisinsk-patogent* perspektiv og et *naturlig-salutogent* perspektiv. I det biomedisinske perspektivet råder en tanke om det biologiske, hormonelle og fysiologiske forandringene i graviditeten, og en «verstefallstenkning» med patologisk forhåndsinnstilling. Dette medisinske perspektivet har sine røtter i naturvitenskapen der man er ute etter å forstå naturfenomener og forklare årsakssammenhenger (Thomassen, 2006). Det naturlig-salutogene perspektivet har blitt ansett som rådende i jordmødres ontologi, og ser på graviditet og fødsel som en naturlig prosess der medisinsk intervensjon kun skal finne sted der det er høyest nødvendig. I denne dimensjonen er kvinnens opplevelse og erfaring sentral

(Marie Berg, 2010b). Dette perspektivet lener seg mer mot en humanvitenskapelig filosofi der man ser mennesket som et erfarende subjekt som ikke kan beskrives som summen av sine deler (Thomassen, 2006). I noen tilfeller har det biomedisinske perspektivet tatt mer plass enn det naturlige perspektivet, som for eksempel i omsorgen for kvinner med truende prematur fødsel. Båndene til naturlige prosesser og tradisjoner blir da til dels erstattet med forventning om fremskritt og lit til teknologien (Marie Berg, 2010b).

Kvinner som gjennomgår et risikosvangerskap er i en eksponert og sårbar situasjon. Begrepet risikosvangerskap betyr at det er en økt sannsynlighet for at kvinnen eller hennes kommende barn vil utsettes for komplikasjoner relatert til svangerskap eller fødsel. Gravide som tilhører denne gruppen krever spesiell omsorg utover det vanlige tilbudet. Bestanddelen av kvinner som faller inn i «risiko» gruppen er stadig økende (M. Berg, 2010). WHO anslår at andelen gravide med en tilstand eller risikofaktor som krever spesiell omsorg utover det vanlige tilbudet er om lag 25% av alle gravide (Helsedirektoratet, 2005). Det at flere kvinner defineres som risikogravide betyr ikke nødvendigvis at flere gravide har en høyere risiko. Økningen kan forklares ved at fødselsomsorgen i høy grad er organisert ut fra et biomedisinsk perspektiv som forsøker å oppdage og behandle sykdom og komplikasjoner. Ordet risiko brukes selv om risikoen er lav. En konsekvens av dette er at det som tidligere ble kalt «normalt svangerskap» nå betegnes som «lavrisiko svangerskap» (M. Berg, 2010).

2.3.1 Prenatal tilknytning i risikosvangerskap

I et svangerskap preget av risiko følger ikke kvinnen alltid den vanlige overgangsprosessen til å bli mor, og svangerskapet kjennetegnes ofte av et tap av de «vanlige» svangerskapsopplevelsene. Kvinnen befinner seg i en truende situasjon og er svært bevisst på at hun selv og barnet lever med en høyere risiko enn «de andre» (Marie Berg, 2010a). Hvis hun har flere barn fra før blir hun svært bevisst på at innleggelsen begrenser hennes tilgjengelighet for barna som er hjemme. Hun kan også føle at hun feiler i oppgaven med å beskytte sitt ufødte barn og er mislykket, siden hun ikke engang kan være gravid, som alle andre (Raphael-Leff, 2005). Det er uenighet om en risikosituasjonen kan gi en negativ påvirkning av mors dannelsesmessige bånd til barnet. Likevel har det vist seg at hun følelsesmessig er mer urolig og ambivalent. Hun har lavere selvtillit og større følelse av

mislykkethet, og det uforutsigbare i situasjonen gjør at usikkerheten råder (Marie Berg, 2010a).

Tap av kontroll er en del av opplevelsen for kvinner med risiko. Risikotilstanden kan gi ulike følelser av stress, dels avhengig av grad av faktisk risiko og dels avhengig av hvor stor trusselen oppleves for kvinnen. Innlagte gravide kan ofte føle på hjelpeløshet, ensomhet, uvisshet og uro for barnet. Engstelsen for barnet er sentral og spørsmålet blir hvordan risikosituasjonen påvirker den samtidige overgangen til å bli mor (Marie Berg, 2010a). Mors dannelse av følelsesmessig bånd til barnet i svangerskapet kan påvirke samspillet med barnet etter fødsel. Mødrenes opplevelse av det nyfødte barnet varierer i stor grad. Det finnes dem som umiddelbart knytter seg til barnet, og de som føler seg engstelige når barnet er rundt dem og forsøker å beskytte seg ved å holde en viss distanse. De som har kjent på motstridende følelser i svangerskapet kan ha en ambivalens som henger igjen både i fødsel og etter, og oppleve at de ikke mestrer samspill og en relasjon til barnet etter fødsel. Kvinner med et risikosvangerskap der risikoen faller mer på barnets velvære sliter ofte med selvanklagelser og de kan kjenne på tanker om at de ikke har lykket i deres ansvar med å beskytte barnet (Berg & Premberg, 2010).

3.0 METODE OG VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for våre metodiske valg for denne oppgaven. Innledningsvis beskriver vi studiens vitenskapsteoretiske plassering og hvilken teoretisk tilnærming vi vil bruke for å belyse temaet. Videre presenteres det semistrukturerte intervju og hvilke metodiske valg vi har gjort for å på best mulig måte svare på formålet med studien.

3.1 Vitenskapsteori

Med vårt formål om å undersøke hvordan gravide kvinner innlagt på grunn av truende prematur fødsel beskriver sitt følelsesmessige bånd til det ufødte barnet, vil vi plassere oss i det humanvitenskaplige paradigmet. Vi vil forstå og fortolke menneskelige fenomener heller enn å forklare naturfenomener eller årsakssammenhenger (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015; Thomassen, 2006). Vi har valgt å benytte oss av en fenomenologisk tilnærming. *Fenomenologi* er et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver. Den beskriver verden slik den oppleves av informantene ut fra forståelsen om at den virkelige virkeligheten er det mennesker oppfatter (Kvale et al., 2015). Vårt mål er å komme så nær som mulig en presis beskrivelse av *hva* kvinnene opplever. Formålet med den fenomenologiske analysen er å blottlegge erfaringens vesen. Fenomenets vesen finner vi ved å forstå hvordan fenomenet oppleves av en person og hvilken mening det har for personen (Polit & Beck, 2012).

3.1.1 Teori som «boksåpner»

Fenomenet vi ønsker å undersøke passer inn i en mer flytende ontologi. Altså, en tanke om at omverdenen forandrer seg alt etter aktørens fortolkning. Med en flytende ontologi er man spesielt opptatt av forandringer og nye betydninger av kjente fenomener. Den gravide kvinnen er i en fase der store deler av hennes liv forandres. Med en uventet risiko kombinert med de allerede omfattende psykologiske prosessene kvinnen går gjennom, vil hennes verden mest sannsynlig oppleves som at den er i forandring. Gjennom Høyers teori om tilnærminger til teoretisk forankring var «boksåpner» en tilnærming som egnet seg for vår studie. Vi har brukt

teorien som et verktøy for å forstå et tema. Teorien har dermed åpnet opp for forståelsen av fenomenet (Høyer, 2011).

3.2 Det semistrukturerte intervju

Kvalitativ forskningsmetode brukes for å undersøke og beskrive menneskers opplevelse og forståelse av et fenomen, og vil derfor være hensiktsmessig i vår oppgave (Malterud, 2011). Vi valgte å gjøre semistrukturerte intervjuer slik at vi på best mulig måte kunne få frem kvinnenes refleksjoner og beskrivelser av hennes følelsesmessige bånd til barnet i magen. Ved bruk av semistrukturert intervju gis intervjueren mulighet til å være mer fleksibel og til å stille oppfølgingsspørsmål. Intervjuene ble dermed mer som en samtale der informanten var fri til å snakke (Malterud, 2011). Vi ønsket presise beskrivelser av spesifikke situasjoner for å få så rike beskrivelser som mulig. Vi inntok en utforskerrolle og forsøkte å følge opp det som ble sagt med spørsmål rettet mot meningen bak det som ble beskrevet (Kvale et al., 2015).

3.2.1 Utvalg og rekruttering

Vi utførte et bekvemmelighetsutvalg med inklusjonskriterier som beskrevet i neste avsnitt. Dette fordi det var få innlagte kvinner som oppfylte kriteriene, og vi måtte benytte oss av de informantene som var tilgjengelige i perioden vi gjorde intervjuene. Med en fenomenologisk tilnærming skulle alle informantene ha opplevd et fenomen, altså risikosvangerskapet, og måtte ha evnen til å uttrykke hvordan det var å oppleve dette fenomenet (Polit & Beck, 2012).

Informantene ble rekruttert i kraft av at de var pasienter på observasjonspost for gravide ved et universitetssykehus. Det ble innledningsvis ikke satt et bestemt antall informanter, da antallet var avhengig av mengden informasjon som kom frem fra de ulike informantene og antall pasienter som var innlagt i inklusjonsperioden. På grunn av prosjektets rammer ble det anslått et behov på 4-6 informanter. Jordmødrene på avdelingen ble informert både skriftlig og muntlig slik at de kunne varsle oss når det var inneliggende kvinner som oppfylte de gitte kriteriene. Vi hadde gjennom inklusjonsperioden hyppig kontakt med ansvarsjordmor og sørget for at alle potensielle informanter fikk informasjon om studien. De potensielle informantene fikk kort informasjon fra jordmor og utlevert informasjonsskriv (se vedlegg 5). Jordmødrene spurte om det var i orden at vi som studenter fikk komme inn med ytterligere

muntlig informasjon. Kvinnene fikk tid til å vurdere om de ville være med og ble oppfordret til å selv ta kontakt med jordmor eller oss dersom de ønsket å delta. Totalt ble fem kvinner inkludert i studien. Siden vi selv tar ekstravakter på avdelingen har vi ved to tilfeller vært involvert i pleien for de inkluderte kvinnene. I tilfellene der vi har rekruttert dem selv har vi gjort kvinnene spesielt oppmerksomme på at studien ikke er en del av behandlingen og at det ikke ville få noen konsekvenser dersom de ikke ønsket å delta.

For å forstå den prenatale tilknytningen mellom mor og barn i svangerskap der det er en økt risiko for prematur fødsel, ønsket vi å inkludere kvinner som var innlagt på observasjonspost for gravide på grunn av premature rier, PPRM eller cervixinsuffisiens. Meningen som vi ønsket å finne var rettet mot det å ha en forhøyet risiko for et negativt utfall, og hvordan følelser som utløses av en slik situasjon eventuelt påvirker det følelsesmessige båndet mor har til barnet sitt. For å treffe en gruppe som ofte er preget av en høyere grad av uvisshet i forhold til fortsettelsen av svangerskapet valgte vi kvinner med truende prematur fødsel. Grensen for gestasjonsalder ble satt til minimum 23+0 og maksimum 33+6. Det er denne avgrensningen Norsk Gynekologisk Forening har satt ved sin definisjon av truende for tidlig fødsel i sin Veileder i fødselshjelp (Michelsen et al., 2014). Kvinnene måtte være over 18 år. Det ble satt en grense på minimum 48 timer siden innleggelse ved rekrutteringstidspunktet, for at kvinnene skulle få tid til å reflektere over den nye situasjonen. Vi valgte å intervju kvinner som var innlagt på sykehus. De innlagte gravide er ute av sitt vante miljø, har hyppigere overvåkning av barnet og må forholde seg til en større gruppe helsepersonell. Som en del av vår forforståelse har vi erfaring med at kvinnene uttrykker at de har mer «tid til å tenke» når de er innlagt.

Kvinnene måtte kunne forstå og snakke norsk da intervjuene foregikk på norsk. Dette for å unngå risikoen for å mistolke kvinnens utsagn på grunn av språkvansker. Jordmødrene hadde mulighet til å unnlate å rekruttere kvinner dersom de vurderte at påkjenningen ville være for stor. Kjente psykiske sykdommer ble satt som eksklusjonskriterie, men det var ikke nødvendig å ekskludere noen på grunn av dette. Tre potensielle informanter ble ekskludert av jordmor da de vurderte at kvinnene var i en så vanskelig sosial og medisinsk situasjon at å spørre om å vurdere deltakelse ville være en stor belastning. Tre kvinner sa nei til deltagelse

fordi de følte det som en stor påkjenning i situasjonen de befant seg i. En av dem uttrykte at hun ikke hadde fått sortert tankene sine selv enda og derfor ikke ville snakke med andre om det.

3.2.2 Troverdighet

Det finnes mange ulike begreper for å vurdere i hvilken grad en studie er troverdig i kvalitativ forskning. Begrepet gyldighet (engelsk: credibility) handler om i hvilken grad man kan stole på at resultatene i studien er sanne. Påliteligheten (engelsk: dependability) sier noe om stabiliteten av data over tid, altså om resultatene ville vært de samme dersom studien ble utført med samme inklusjonskriterier i en annen kontekst til en annen tid. Bekreftbarheten (engelsk: confirmability) handler om forskerens objektivitet og nøytralitet og styrkes dersom forskeren gjør rede for sin egen rolle. Overførbarheten (engelsk: transferability) beskriver i hvilken grad resultatene av studien kan overføres til andre, lignende grupper (Lincoln & Guba, 1985). Vi vil i kapittel 5.2 diskutere i hvilken grad vi oppnår troverdighet.

Det å oppnå *metning* vil si at man vurderer at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. For vår studie vil et *metningspunkt* si at informantene ikke kommer med ny informasjon under intervjuene. På forhånd kan man derfor ikke bestemme hvor mange informanter det er behov for da datainnsamlingen ofte avsluttes når forskeren oppnår metning. På grunn av studiens rammer hadde vi ikke mulighet til å fortsette datainnsamlingen frem til metning ble oppnådd, men likevel opplevde vi samsvar i en del av informantenes utsagn, selv om de var få. I følge Malterud er antall informanter tilfredsstillende dersom resultatavsnittet er rikt og presenterer troverdige historier som kan utgjøre en forskjell, uavhengig av oppnådd metning (Malterud, 2011).

3.2.3 Forforståelse

Som et ledd i å synliggjøre vår rolle vil vi nå legge frem vår forforståelse. Som jordmorstudenter har vi vært involvert i pleie av kvinner med risikosvangerskap, og har dermed dannet oss en forforståelse og en viss forutinntatthet i forhold til mors utvikling av

følelsesmessig bånd til barnet. Siden det var viktig at vi i arbeidet med intervjuene og analysen var åpne for nye og uventede fenomener var vi bevisste på å unngå forhåndsformering av kategorier, forventede svar eller resultater. I startfasen av dette prosjektet var vår forforståelse at kvinner med risikosvangerskap ofte tok avstand fra tilknytningsprosessene for å unngå å knytte seg til et barn som kanskje ikke ble en realitet. Vi så for oss at kvinnene ville uttrykke skyldfølelse over situasjonen hun og barnet befant seg i. Etter gjennomgang av tidligere forskning har vi sett at det er motstridende funn i spørsmålet om en risikotilstand påvirker den prenatale tilknytningen (Pisoni et al., 2016; Yarcheski et al., 2009). Ved å tilstrebe en «bevisst naivitet» har vi forsøkt å ta avstand fra forforståelsen og søkt etter å hente inn så nøyaktige og forutsetningsløse beskrivelser som mulig. Vi var kritiske til vår forforståelse og bevisste på dens mulige påvirkning av intervjuene og analysen.

3.2.4 Utførelse

En viktig del av forberedelsene til intervjuene var å kartlegge og reflektere rundt vår forforståelse og diskutere hva vi ønsket å oppnå med intervjuene. En intervjuguide ble utarbeidet før intervjuene (se vedlegg 4). Denne ble utformet etter ulike tema der vi hadde forberedte spørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål. I vårt litteratursøk fant vi ulike modeller for å kartlegge prenatal tilknytning (Brandon et al., 2009; Maas, Vreeswijk, Braeken, Vingerhoets, & van Bakel, 2014). Vårt formål var ikke å «måle» tilknytningen på noen måte, men heller utforske hvilke tanker kvinnene har om det følelsesmessige båndet til det ufødte barnet. Temaene i de ulike kartleggings-modellene har blitt brukt som inspirasjon til å formulere kjernes spørsmål. Spørsmål rettet mot mors opplevelse av egen helse og barnets helse er inspirert av White et al. (2008). Margareta Brodén (2007) har presentert intervjuer i sin bok og vi har hentet noen av spørsmålene fra disse intervjuene. Gjennom samtale med psykologspesialist Gro Vatne Brean som har erfaring med ulike typer tilknytningsproblematikk i svangerskapet, har vi forsikret oss om at spørsmålene som stilles vil kunne hente informasjon om dannelsen av det følelsesmessige båndet til det ufødte barnet.

Intervjuene ble utført på observasjonspost for gravide i perioden kvinnene var innlagt. Etter at informert samtykke var innhentet ble det avtalt en tid for intervjuet. Vi sørget for å unngå forstyrrelser ved å informere personalet på avdelingen. Intervjuene startet med noen lite

meningsladde spørsmål, som for eksempel «hvordan opplever du det å være innlagt»? Dette for at informanten skulle bli trygg i situasjonen (Kvale et al., 2015). Etersom det bygget seg opp en samtale ble mer meningsladde spørsmål stilt, for eksempel «i hvilken grad ser du på barnet som friskt»? Intervjuene hadde en varighet på 30-60 minutter og resulterte i rike beskrivelser. Kvinnene ble oppfordret til å beskrive, eller fortelle mer om spesifikke situasjoner som ble nevnt. Vi er to personer som utførte denne studien og vi byttet på rollene i intervjusituasjonen. Den ene utførte intervjuene og den andre var tilstede som observatør. Observatørens rolle var å hjelpe til med å vurdere om svarene var utdypende nok, og hadde anledning til å komme med oppfølgingsspørsmål dersom det var aktuelt.

Lydopptakene ble transkribert for å gjøre det innhentede materialet tilgjengelig for analyse. Formålet var å fange opp samtalen i en form som representerte det informanten hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2011). Da vi er to personer som har delt på transkripsjonsoppgaven ble vi på forhånd enige om hvordan vi ønsket å transkribere, og bestemte oss for å gjøre en ordrett transkripsjon.

3.3 Analyse av datamateriale

Vi har benyttet oss av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). Dette valget ble gjort fordi fokuset var på det *latente innholdet*, altså analyse av det teksten faktisk handler om og tolkning av den underliggende meningen. I noen tilfeller har kvinnene selv uttrykt nøyaktig hva den opplevde meningen var, men i andre tilfeller har vi selv måtte legge ord på meningen i uttalelsene. I disse tilfellene har vi søkt validering av vår fortolkning underveis i intervjuet. Viser til et eksempel fra intervju med Nina, i uke 32 med PPRM:

Intervjuer: Tror du det gjorde noe med forholdet mellom deg og barnet? Det at du kjente bevegelse?

Nina: Mm... Nei, altså... Det her er jo min andre graviditet, så ting har gått litt mer på automatikk i hodet. Når jeg kjenner spark så tenker jeg «så fint! Jeg vet at han beveger på seg i alle fall». Og det har vært en veldig befriende følelse. Det å vite at det skjer noe der inne og at han ikke bare ligger stille. Det er jo en trygghet for meg.

Intervjuer: Stemmer det at du tar det som et tegn på at ting er bra?

Nina: Mhm.

Intervjuer: ... Og at det er en god følelse?

Nina: Ja, absolutt.

Vår intervjuguide er delt inn i forskningstemaer med ulike spørsmål og oppfølgingsspørsmål. I analyseprosessen har vi valgt å analysere intervjuene som en helhet og har dermed gått vekk fra forskningstemaene i intervjuguiden. Vår analyseprosess bestod av å gå gjennom det transkriberte materialet og markere og fjerne irrelevant informasjon. Deretter trakk vi ut meningsbærende enheter fra intervjuet og satt disse inn i et skjema. Videre kondenserte vi de meningsbærende enhetene før vi utviklet koder på en måte som bevarte det latente innholdet. Vi grupperte kodene i kategorier ved å sammenligne kodene basert på ulikheter og likheter. Kodene ble gruppert med den hensikt å danne kategorier som var utfyllende på den måten at kodene fikk frem det som kunne sies om kategorien. Samtidig var det viktig at kodene kun passet i én kategori, altså er kodene *trofaste* til sin kategori. Graneheim og Lundman (2004) beskriver at kvalitative forskere ofte benytter seg av sub-kategorier i sin innholdsanalyse. Vi valgte og ikke inkludere sub-kategorier fordi det ikke var behov for å sortere våre koder ytterligere. Kategorier som inneholdt en felles underliggende mening ble samlet i et felles tema. Nedenfor presenteres et eksempel fra vår analyse av én meningsbærende enhet:

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Kategori	Tema *
Det som er litt skummelt med det er at da får vi hvert fall ikke den umiddelbare forelskelsen som man tror man skal få da ... Fordi da blir det jo litt mer avstand mellom mor og baby i den første tiden. Men jeg vet jo ikke hvordan det blir. Jeg vet ikke hva jeg skal forberede meg på enda	Det blir mer avstand mellom mor og baby og derfor kommer ikke den umiddelbare forelskelsen og det er skummelt.	Redd for at avstanden mellom mor og barn etter fødsel skal utsette forelskelsen til barnet.	Tanker om barseltid forandret	Kvalitet og kvantitet i tanker om barnet har forandret seg etter innleggelse

*Det er flere koder og kategorier som fører frem til temaet. Vi har valgt å presentere én meningsbærende enhet som eksempel på vår analyseprosess.

3.4 Ethiske vurderinger

Det ble søkt om godkjenning fra Regional etisk komité (REK), men etter høring ble det vedtatt at det ikke var behov for godkjenning. Det ble da sendt søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) og tilrådingen følger som vedlegg (se vedlegg 1). Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved det aktuelle sykehuset (se vedlegg 2). Det ble avholdt møte med avdelingslederen på observasjonsposten for gravide og skriftlig godkjenning ble innhentet (se vedlegg 3). Vi hadde ikke behov for direkte identifiserbare personalia fra deltakerne. For å beskytte deres anonymitet har vi begrenset forhåndsuthentede opplysninger til svangerskapsuke, innleggelsesårsak og antall innleggelsesdøgn. I transkripsjonene har vi gitt informantene fiktive navn.

Vi har fulgt NSDs regler for hvordan datamaterialet skal håndteres. Båndopptakeren ble oppbevart i et låsbart skap utilgjengelig for utenforstående. De transkriberte intervjuene inneholdt ikke personidentifiserbare opplysninger og ble oppbevart på PC som var passordbeskyttet. Datamaterialet blir slettet etter sensur som foreligger i desember 2016.

Det er en naturlig del av omsorgen for kvinnene å åpne for samtale om barnet i magen. Selv om temaet kan oppleves som sårt kan det å sette ord på tankene og bli møtt med anerkjennelse være til hjelp. Kvinnene ble avslutningsvis spurt hvordan de opplevde det å svare på spørsmålene, og vi fikk positive tilbakemeldinger.

... Og så er jeg veldig for at det blir forsket på, i alle fall når man er i denne situasjonen så er det veldig interessant at noen bryr seg om det aspektet, fordi jeg har ikke visst at det fantes engang egentlig. Og det tror jeg nok det er mange som ikke vet ... Maria, i uke 26 innlagt med PPRM

Forskning rundt et slikt sensitivt tema representerer en potensiell intervensjon som kan bidra til psykisk uro (Malterud, 2011). Disse overveielsene har vi tatt hensyn til blant annet gjennom samtale med psykologspesialist Gro Vatne Brean (samtale gjennom telefon og epost, 09.03.2016). Hun var tilgjengelig for oss dersom det skulle oppstå situasjoner vi ikke hadde nok kompetanse til å ta imot. Det aktuelle sykehuset har et team som fungerer som støtteapparat for gravide kvinner i krise. Vi hadde mulighet til å kontakte dem ved behov. En

utfordring i denne typen forskning er at man kan komme for nær informantene, vise for stor forståelse og dermed miste den analytiske holdningen (Kvale et al., 2015). Dette har vi begrenset ved å ha minst mulig kontakt med informanten før og etter intervjuet.

3.4.1 Frivillighet og samtykke

Deltakelse i denne studien er basert på frivillighet og informert samtykke. Et gyldig samtykke skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart. Vi ga ut et informasjonsskriv med nødvendig informasjon om hva studien innebar, hvordan data skulle samles og håndteres slik at de på bakgrunn av det kunne ta et informert valg. I informasjonsskrivet ble det gjort rede for mulige fordeler og ulemper ved å delta i prosjektet. Ved å bruke jordmødre i avdelingen til rekruttering av potensielle informanter ønsket vi å begrense en følelse av press i forhold til å bli med i studien (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014).

4.0 RESULTATER

Vi har kommet frem til fire temaer som har tre til fem underordnede kategorier. Disse presenteres innledningsvis som en tabell før vi redegjør for hvert tema.

Ambivalens i fantasering og distansering	Kvalitet og kvantitet	Opplevelsen av egen og barnets helse	Mestringsstrategier for å unngå påvirkning av vonde tanker
<ul style="list-style-type: none">•Fantasibarnet•Tanker om seg selv som mor•Samspill mellom mor og barn•Distanse•Forskjell på første- og andregangsfødende	<ul style="list-style-type: none">•Miljøforandringer•Kvalitet•Kvantitet•Tanker om barseltid	<ul style="list-style-type: none">•Sammenheng mellom egen og barnets helse•Betydningen av spark og bevegelse•Betryggende med fosterovervåkning•Støtte fra helsepersonell	<ul style="list-style-type: none">•Fort ut av vonde tanker•Her og nå•Fokus på mål•Bevisst positiv innstilling

4.1 Ambivalens i fantasering og distansering

Dette temaet beskriver prosessen der kvinnene fantaserer om det ufødte barnet og i hvilken grad de tar avstand fra denne fantaseringen i situasjonen de befinner seg i. Kategoriene under dette temaet er: Fantasibarnet, tanker om seg selv som mor, samspill mellom mor og barn, distanse og forskjell på første- og andregangsfødende.

En viktig del av intervjuene var kvinnenes forestillinger om barnet de venter. De fleste av våre informanter gir rike beskrivelser av *fantasibarnet* og dets personlighet og utseende. De håper barnet ligner på seg selv, på partner eller søsken eller at barnet har samme personlighetstrekk som seg selv. De uttrykker glede over å se familielikheter på ultralydbilder og ultralyden bidro til at de så barnet som et familiemedlem. Kvinnenes bevissthet om barnets døgnrytme kan tolkes som at de prøver å bli kjent med barnet i magen. Hanna, som var andregangsfødende i uke 29 med PPROM, kunne ikke beskrive sine bilder av det ufødte barnet. Hun uttrykte ambivalente følelser rundt det å skulle få en gutt, og snakket om at det var vanskelig å se at hun kunne bli like glad i det ufødte barnet som i barnet hjemme. I denne sammenhengen sier hun:

... Nå får vi en gutt, men det å ha en jente ... Det er noe spesielt mellom mor og datter. Det blir sikkert spesielt mellom mor og sønn også, men det å ha en datter er noe alle har en fantasi om at er veldig fint, da ...

Kvinnernes mentale bilde av barnet inneholder en forestilling om en «stor» baby. Dette kan tyde på at informantene enda ikke ser for seg barnet som det premature barnet som det mest sannsynlig kommer til å bli. Maria, som var i uke 26 innlagt med PPROM, sa følgende:

Observatør: Jeg tenker litt på de bildene du har av barnet ... Når du snakker med han eller tenker på han, ser du på han som en stor baby eller liten baby?

Maria: Det har ikke falt meg inn at han ikke skulle være stor, på en måte. Før vannavgangen så falt det meg ikke inn at han ikke skulle være «normal».

For å kartlegge kvinnernes behov for å gjøre forberedelser for barnet ble kvinnene spurt om de har begynt å gjøre forberedelser hjemme. For Maria var det skuffende å miste muligheten til å gjøre disse forberedelsene. De resterende kvinnene uttrykker ikke skuffelse over mangel på forberedelser, men overlot dette til familien. Vi tolker dette til at redebyggingen ikke var avgjørende for deres prenatale tilknytning.

Kvinnernes tanker om seg selv som mor var ulike fra første- til andregangsfødende.

Førstegangsfødende hadde tydelige tanker om hva som var viktig for dem som blivende mødre. Andregangsfødende trakk frem de elementene som de synes var viktigst som mor, men sa også at de ville være mor til det ufødte barnet på samme måte som til barnet hjemme. Beskrivelsene av seg selv som mor var tydelig preget av et behov for å gi trygghet. Ønske om å være tilstedeværende og behovet for å være nær barnet tolker vi som et ønske om å beskytte barnet. Nina, som var i uke 32 innlagt med PPROM, uttrykker:

Intervjuer: Hva slags mamma tenker du at du blir da?

Nina: Ganske avslappet. Det er viktig for meg å gi masse trygghet da. At barna mine kjenner at de har en veldig trygg person rundt seg og at de også skal kjenne seg trygge. En glad mamma. En mamma som er der.

Betydningen av barnets bevegelse har vi delt i to ulike kategorier og tema ut fra den latente meningen. På én side har bevegelsene betydning for *samspeillet mellom mor og barn*, og på en annen side handler det om bekreftelse på barnets velvære. Det å berøre magen beskrives som deres måte å ta kontakt med barnet på. De uttrykker at barnets spark ikke bare er et tegn på at barnet lever, men en måte barnet søker kontakt med mor på, og at barnet ønsker at mor responderer. Flere av informantene sa at de vet at barnet reagerer på deres stemme og på deres berøring av magen. Mors behov for å respondere viser at hennes sensitivitet for barnets signaler har økt og hun anser kommunikasjonen som toveis. Maria, som var i uke 26 innlagt med PPRM, snakket om samspeillet med barnet og uttrykker at hun har måtte endre måte å kommunisere med barnet på til å snakke fremfor å berøre magen. Dette fordi berøringen kunne trigge rier. I samtale om dette sa hun:

Jeg våkner noen ganger av at jeg holder begge hendene over magen. Fordi jeg gjør det ubevisst. Det er jo min måte å kontakte ham på. Han sparker meg og da kjenner jeg at da må jeg ta på tilbake på en måte.

Hun svarer på spørsmål om opplevelsen av det første sparket og uttrykker:

Intervjuer: Tror du det første sparket gjorde noe med forholdet mellom deg og barnet i magen?

Maria: Det gjorde det litt mer virkelig, og jeg turte å være litt mer trygg på at «ok, denne skal vi få møte!» Men det jeg følte for ham, det forandret seg ikke. Den følelsen hadde jeg allerede der.

Å kjenne spark gir kvinnene en følelse av glede, befrielse, trygghet, takknemlighet og virkeliggjør situasjonen. Nora, i uke 29 med PPRM, sa at hun vet godt hvilken side barnet liker å ligge på, og at hun blir redd for at barnet blir klemt når hun ligger på siden. Hun gjør da endringer for at barnet skal ha det bra. Det tolker vi som at hun kjenner det ufødte barnet og ønsker å beskytte det mot ubehag. Kvinnene uttrykker at de vet hva som skal til for å få respons fra barnet. Nina, i uke 32 med PPRM, uttrykker at hennes måte å kjenne på magen for å få respons skiller seg fra helsepersonellens måte å kjenne på magen:

Intervjuer: Du sa du blir urolig hvis du kjenner mindre liv. Hva gjør du da for å få en respons fra barnet ditt?

Nina: Jeg pleier å ta på magen og kjenne etter «hva som er hva», ikke sånn hvor hode ligger, men stryke meg over magen.

Det kom frem at alle kvinnene kunne beskrive perioder med *distanse* fra noe ved nærheten til barnet, samspillet eller situasjonen de befant seg i. De fleste beskrev enkelte situasjoner de tok avstand fra i tilfelle noe skulle skje med barnet, som for eksempel innkjøp av klær og utstyr. Sara var innlagt på grunn av blødning og premature rier som startet allerede i uke 23, og det ble da lagt inn cerclage. Hun så på filmer av premature barn på internett for å forberede seg, men hun måtte se filmer av barn som var litt større enn hennes, fordi det var for tøft å se virkeligheten. Det kom frem i intervjuene at de kvinnene som hadde hatt tidligere episoder i svangerskapet med økt risiko, da hadde tatt avstand fra barnet i magen. Dette tolker vi som en beskyttelsesmekanisme i forhold til utvikling av følelsesmessig bånd til et barn som kanskje ikke blir realitet. Sara sa:

Jeg hadde en periode fra uke 24 til 29 som var kjempevanskelig fordi jeg hadde rier og blødninger og jeg var kjemperedd. Da måtte jeg ta litt avstand fra alt. Jeg klarte ikke å forholde meg til babyen eller glede meg over svangerskapet.

Hanna, i uke 29 med PPRM, skilte seg ut i denne kategorien ved å ha gjentagende utsagn om distansering fra barnet i magen. Hun beskriver at hun ikke har hatt så mye tid til følelsesmessige reaksjoner i svangerskapet, men at hun har et konkret, realistisk forhold til det. Hun uttrykker at hun ikke har så mye med det ufødte barnet å gjøre og at hun ikke klarer å relatere seg til at barnet skal komme. Hun ønsker ikke så mye fokus på dette barnet før det er født på grunn av barnet hun har fra før. På en annen side beskriver hun situasjoner der hun blir rørt og følelsene rundt det ufødte barnet får større plass. Dette tolker vi til at distansen er en form for «mur» for å beskytte seg mot å kjenne på usikkerheten. Hun uttrykker:

Jeg begynner å gråte veldig når jeg snakker med mamma og ser det fra hennes perspektiv ... I sted så jeg en datter som kom med en gave og blomster og da kjente jeg at jeg begynte å gråte ... De følelsene kommer når de kommer. Noen

ganger trigges de og noen ganger ikke. Det er også deilig når de ikke trigges. Begge deler er fint å kjenne på.

Det viste seg å være en *forskjell på første- og andregangsfødende* i deres grad av fantasering og distansering. For andregangsfødende var det enighet i at det gikk mye energi til å tenke på barnet som var hjemme. De uttrykte dårlig samvittighet for å være borte fra barnet, og at det var vanskelig å plutselig bli «revet bort» hjemmefra. Mye fokus gikk på å forberede en myk overgang for hele familien. Det kom frem at andre svangerskap var preget av mer automatikk og at det fra starten var mindre bekymring enn i første svangerskap. Den lavere graden av bekymring ble forklart med at siden første svangerskap gikk bra ville neste også gjøre det. Bekymringen for barnet i magen har likevel kommet frem etter innleggelse. Andregangsfødende uttrykker at de selv klarer å slappe av når de vet at det første barnet har det bra. Hanna, i uke 29 med PPRM, sier at fokuset er på det første barnet før det ufødte barnet. Under intervjuet snakket hun om overgangen fra ett til to barn og uttrykte:

Den dagen jeg ble lagt inn snakket jeg med mamma og fortalte at noen ganger har jeg bare lyst til å droppe hele denne unge nummer to og bare være fornøyd med den ene vi har. Men den følelsen hadde jeg mer i går og ... I dag er jeg mer avslappet.

Temaet ambivalens i forhold til fantasering og distansering forteller oss at kvinnene hele tiden pendler mellom nærhet og distanse og fra noe konkret til noe usikkert. Vi tolker resultatene til at graden av opplevd risiko har betydning for hvilken vei pendelen går.

4.2 Kvalitet og kvantitet

Etter innleggelse og forandring av omgivelse har kvantiteten i tankene om barnet økt og kvaliteten forandret seg. Under dette temaet kommer kategoriene: Miljøforandringer, kvalitet, kvantitet og tanker om barseltid.

Flere kvinner opplevde påvirkning fra *miljøforandringer* etter innleggelse. Mindre hverdagsimpulser gjør at fokuset i stor grad rettes mot egen situasjon og svangerskapet. En kvinne uttrykker at hun opplever det som betryggende å være innlagt siden det er lettere å holde seg i ro når det er færre impulser. Reduksjonen av hverdagsaktiviteter og impulser beskrives som utfordrende siden det da er vanskelig å skyve bort negative tanker. Det medisinske miljøet i avdelingen og medpasienters situasjon og historier påvirker kvinnenes tanker. Flere av kvinnene deler rom i avdelingen og snakker med medpasienter på fellesrommet. De deler derfor historier med hverandre. Hanna, i uke 29 med PPRM, sier i samtale om dagen hun ble lagt inn:

Men selvfølgelig får jeg jo tid til å tenke på sånne ting som mindre fostervann og det at han ligger i seteleie. Jeg vet ikke hvilke komplikasjoner det kan gi, men jeg får høre historier i gangene om andre som må skynde seg inn på føden fordi navlesnor har surra seg litt fast.

Kvinnene forteller at de bruker mer tid til å tenke på barnet i magen etter at de ble innlagt, altså har kvantiteten økt. De bruker mer tid til å kjenne etter barnets bevegelser og å tenke på mulige komplikasjoner etter innleggelse på grunn av mye tid til overs. Sara, i uke 30 innlagt med cervixinsuffisiens, sier:

Intervjuer: Bruker du mer eller mindre tid til å tenke på barnet nå etter at du ble innlagt?

Sara: Jeg tenker nok enda mer på det når jeg er innlagt ... Som sagt tidligere så går jeg og er usikker hele tiden på om det skal gå bra.

Tre kvinner uttrykker at det etter innleggelse er en daglig bekymring for at svangerskapet skal gå galt og at barnet skal dø. Dette tolker vi som en forandring i tankenes *kvalitet*. Tankene var nå preget av større grad av bekymring og på mulige negative utfall enn før innleggelse. Nina, i uke 32 med PPRM, svarer i en samtale om en situasjon som gjorde henne ekstra bekymret for barnet:

Så kommer jo tanker opp ... Det gjør det jo nesten daglig ... Hva om noe hender? Hva om ting skjer eller han ikke overlever eller dør i magen ... Det er jo daglige tanker på sånne ting ...

En av informantene har motstridende følelser rundt fortsettelsen av svangerskapet. Hun forteller at selv om det er greit å korte ned svangerskapet på grunn av prematur vannavgang, så har hun et ønske om at babyen skal være frisk når den kommer.

Det var enighet blant informantene om at *tankene om barseltiden har forandret seg* etter innleggelsen. Flere kvinner uttrykker at de er redde og usikre for barnets helse og vet ikke hva fremtiden vil gi dem. Hanna, i uke 29 med PPRM, snakker om usikkerheten rundt barseltiden og sier:

Jeg er litt redd for å få en sånn puslete unge som på en måte ikke greier seg så bra da. Men jeg har liksom ikke tenkt at det skulle være min situasjon, men jeg vet ikke helt om det blir min situasjon heller.

På grunn av situasjonen er kvinnene forberedt på en annerledes barseltid enn forventet, der de trenger å ta til seg mye kunnskap fra helsepersonell. Maria, i uke 26 med PPRM, uttrykker det slik:

Intervjuer: Har tankene om den første tiden etter fødsel forandret seg etter innleggelsen?

Maria: Du ser jo for deg at det blir, jeg ante ikke hva det var, men kanskje to dager da, det er i alle fall det jeg har sett for meg i hodet at man blir i forhold til fødsel. Så kommer man seg hjem og da begynner din jobb hjemme. Og da er du på egenhånd. Men nå blir det å lære seg å både tilpasse seg barnet her og der da, og det er jo litt annerledes.

Hanna, i uke 29 innlagt med PPRM, forteller at hun er forberedt på at det blir prematur fødsel, men ikke på å ha et prematurt barn. Hun uttrykker bekymring for utsatt forelskelse mellom mor og barn etter fødsel på grunn av avstanden i den første tiden da barnet må være på nyfødtavdelingen i en lengre periode.

Temaet kvalitet og kvantitet beskriver hvordan kvantiteten har økt som en konsekvens av risikosituasjonen og innleggelsen. Tankenes kvalitet er preget av en høyere grad av bekymring og kvinnene opplever usikkerhet i forhold til barseltiden.

4.3 Opplevelsen av egen og barnets helse

Kvinnene beskriver en sammenheng mellom opplevelsen av barnets helse og egen helse med indre og ytre faktorer. Kategoriene under dette temaet er: Sammenheng mellom egen og barnets helse, betydningen av spark og bevegelse, betryggende med fosterovervåkning og støtte fra helsepersonell.

Informantene føler seg friske selv og de uttrykker at det er en merkelig følelse å måtte være innlagt. Kvinnene beskriver en *sammenheng mellom egen og barnets helse* og sier at siden de selv er friske, både fysisk og psykisk, så er barnet friskt. De «bare vet» at barnet er friskt, men de er innlagt, og noen bevisst sengeliggende, fordi det er det beste for barnet. Maria, i uke 26 med PPRM, snakker om opplevelsen av egen og barnets helse:

Jeg tenker at det er ikke han, det er ikke jeg, men omgivelsene rundt han som ikke er så bra. Så forhåpentligvis når jeg ligger litt, og han blir passet på så kan han få litt mer tid der inne.

Kvinnene beskriver at *spark og bevegelse fra barnet har stor betydning*, og tolkes som en bekreftelse på at barnet har det bra. Alle sier at de er mer vare på bevegelse og mer bekymret ved manglende bevegelse enn de var før innleggelse. De er også mer bevisste på å kjenne etter fordi de er i en situasjon med økt risiko. Det blir sagt at hyppige påminnelser fra helsepersonell om å kjenne etter liv gjør at de er mer bevisste på bevegelse, og det å kjenne etter liv beskrives som en jobb. Maria, i uke 26 med PPRM, snakker om forestillinger om barnet sitt:

... Jeg kjenner, og føler at han er sterk fordi han gir meg så mye spark og sånn. Så jeg føler jeg har en sterk liten gutt, selv om han kanskje blir en liten sterk gutt.

Ved bekymring på grunn av manglende spark har kvinnene strategier for å få barnet til å bevege seg. De legger fra seg det de driver med, kjenner etter, bruker tid, spiser noe eller stryker på magen. Dersom de da får spark dempes bekymringen for barnets velvære. Noen av informantene uttrykker en usikkerhet hvis barnet beveger seg mer enn normalt. De er alle vare for forandringer i bevegelsesmønsteret. Sara, i uke 30 med cervixinsuffisiens, snakker om usikkerheten rundt forandringer i bevegelsesmønster:

Noen ganger sparker babyen veldig mye og da har jeg også blitt usikker på om det er normalt eller ikke. Jeg tenkte en dag at dette ikke var normalt og begynte å tro at noe var galt.

Kvinnene opplever det som *betryggende med fosterovervåkning*. Dette inkluderer bekreftelse på barnets velvære gjennom ultralyd, CTG, auskultasjon og infeksjonsprøver. Planlagte undersøkelser og det å vite at jordmor skal komme inn for å lytte med doppler er betryggende, og samtidig en forutsigbarhet kvinnene beskriver behov for. Flere kvinner beskriver en bekymring når det er lenge siden jordmor har lyttet eller tatt CTG. Nina, i uke 32 med PPRM, snakket om bekymring i en situasjon der hun kjente mindre liv:

Intervjuer: Hva gjorde det med deg, når du kjente på den bekymringen?

Nina: Jeg ble jo stresset ... Så kommer jo alle de fæle tankene og ... Oi, når var sist jeg kjente han bevege seg, og nå har de ikke tatt CTG på flere timer og kanskje hjertet har stoppet.

Tilbakemeldinger på fosterlyd har betydning for opplevelsen av barnets helse, men ut ifra informantenes beskrivelser ser vi at fosterovervåkingen ikke erstatter betydningen av å kjenne spark. Maria i uke 26 med PPRM snakker om bekreftelse på barnets velvære:

Intervjuer: Hvilke tegn er det du kjenner etter for å vite at barnet har det bra?

Maria: Det er jo fra det jeg får tilbakemeldinger på i forhold til hjerterytme ... Jeg kan kun vite det jeg får beskjed om fordi jeg er ikke utdannet i det her. Så det er det jeg belager meg på. Og bevegelsene hans. At jeg kjenner han. Hadde jeg ikke kjent bevegelse da hadde det vært noe helt annet. Da hadde jeg hatt mye mer problemer med å føle meg trygg på at han fortsatt har det bra.

Informantene uttrykker at *støtte fra helsepersonell* har stor betydning og de beskriver en følelse av å være i trygge hender. En kvinne nevner også at det å snakke med sykepleier fra nyfødtavdelingen om hva de kan forvente i forhold til det å få et prematurt barn beroliget henne. Sara, i uke 30 med cervixinsuffisiens, svarer:

Intervjuer: Hvordan opplever du det å være innlagt?

Sara: Det har vært veldig fint. Alle er så støttende og sier at det kommer til å gå bra. En jordmor sa at hun hadde troen på at dette skulle gå bra. Det betyr mye at de sier det.

Dette temaet forteller oss at kvinnene opplever at deres fysiske og psykiske helse påvirker barnet. Fosterovervåkingen har stor betydning for kvinnenes opplevelse av barnets helse, og helsepersonell har derfor en viktig rolle. Likevel beskrives barnets bevegelser som avgjørende for at kvinnene skal kunne stole på at barnet har det bra.

4.4 Mestringsstrategier for å unngå påvirkning av vonde tanker

Kvinnene benytter seg av ulike mestringsstrategier for å unngå at negative tanker skal påvirke dem, og videre påvirke barnet. Kategoriene i dette temaet er: Fort ut av vonde tanker, her og nå, fokus på mål og bevisst positiv innstilling.

Kvinnene beskriver at de kommer seg *fort ut av vonde tanker* og at de bevisst unngår å grave seg for dypt ned. Maria, i uke 26 med PPRM, forteller sin historie fra den dagen vannet gikk:

Når jeg forstod alvoret i situasjonen gikk jeg kjapt i kjelleren og kom kjapt opp igjen, for da ble jeg stressa for å være der nede for lenge. Det turte jeg ikke ...

Flere informanter bruker troen som hjelp for å minske bekymring og til å holde vonde tanker unna. På denne måten føler de at de slipper å ta alle bekymringene selv, men kan gi dem bort. Noen av kvinnene unngår å snakke med familien om sine bekymringer siden de da ser situasjonen fra familiens perspektiv og blir stresset. De vil unngå stress siden de er redde for at det skal påvirke barnet.

Fire kvinner uttrykker at det er viktig å forholde seg til det som er *her og nå*, som innebærer å ta en dag om gangen og mulige komplikasjoner som de kommer. Noen uttrykker takknemlighet for hver dag som gravid og føler seg heldig som i det hele tatt kan få barn. For flere informanter var det viktig å ha *fokus på mål* i innleggelsesperioden. For Maria, i uke 26 med PPRM, var det viktig å komme seg ut av vonde tanker og heller sette seg delmål. Da hun fortalte om dagen vannet gikk sa hun:

Da knakk jeg litt sammen. Mannen min var der og vi kom oss rett ut av det igjen og ble mer fokusert på å holde roen og satse på at «ok, hvis vi klarer oss til lungemodningssprøyta». Og så ble det lungemodningssprøyte nummer to. Så jeg var veldig der at jeg måtte få de tingene på plass sånn at han hadde mest mulig sjans da. Det var det jeg fokuserte på.

Følelsen av å ha kommet langt i svangerskapet gjorde at Nora, i uke 29 med PPRM, følte seg trygg på at det skulle gå bra. Hun så på barnet som sterkt først etter uke 34 og hadde dermed som mål å komme seg dit:

Intervjuer: Hvordan synes du det er å være innlagt?

Nora: Jeg tenker ikke på det å være innlagt. Jeg tenker hele tiden på at babyen ikke må komme nå, men vente til uke 34. Jeg tenker ikke over innleggelsen.

Å ha en *bevisst positiv innstilling* var for flere av informantene en mestringsstrategi. Var de positive selv, så skulle svangerskapet gå bra. Noen var opptatt av å være optimistisk rundt svangerskapets fortsettelse, og mente at man ikke må la bekymringene for i morgen ødelegge for dagen i dag. Det å ikke la seg stresse av ukontrollerbare omstendigheter ble beskrevet som viktig for å beskytte seg selv og barnet. Maria, i uke 26 med PPRM, hadde en bevisst omstilling med fokusert tankeprosess for å ikke la følelsene sine ta overhånd:

Jeg har lært meg å putte det i bokser, på en måte. Det har alltid vært en tankemåte jeg har brukt for å kontrollere sinne og sorg, og det gjør jeg nå også. Nå legger jeg de tingene jeg ikke kan kontrollere bort i en boks og prøver å ikke åpne den boksen. Åpner jeg den boksen så kan det bli oversvømmelse. Men hvis jeg lar boksen stå som den er, så holder jeg meg til den boksen som jeg er trygg på, som nå er det å holde seg i ro, så klarer jeg å fokusere på det.

5.0 DISKUSJON

Vi vil i dette kapittelet først diskutere studiens viktigste funn. Deretter diskuteres studiens kvalitet ved å drøfte valgene som er tatt i forhold til den metodiske tilnærmingen.

5.1 Diskusjon av resultatene

5.1.1 Mellom nærhet og distanse

Alle våre informanter kunne beskrive situasjoner der de tok avstand fra følelsesmessig involvering med det ufødte barnet, på grunn av risikoen barnet var utsatt for. Et av våre viktigste funn var at kvinnene pendlet mellom nærhet og distanse, og mellom noe konkret og noe usikkert i forholdet til det ufødte barnet. Begrepet *nærhet* til det ufødte barnet beskriver i hvilken grad kvinnene tør å engasjere seg i barnet på et følelsesmessig plan. I begrepet *distanse* ligger kvinnens behov for avstand på grunn av usikkerheten. Med denne usikkerheten følger en ambivalens. På en side vil de være nære, men på en annen side vil de beskytte seg selv mot å komme for nær et barn som kanskje ikke blir realitet. Informantene hadde i noen sammenhenger ambivalente beskrivelser av bildene av det ufødte barnet og tankene om tiden fremover. Denne ambivalensen så vi som naturlig i intervjusituasjonen. Mange av tankene ble til mens de snakket og ambivalens kan forventes i en reflekterende prosess (Kvale et al., 2015). I et øyeblikk beskrives deres fantasier om det ufødte barnet, og i et annet øyeblikk beskrives situasjoner der de ikke har klart å forholde seg til barnet på grunn av risikoen. Vi vet at en kvinne med et risikosvangerskap ofte er mer følelsesmessig urolig og ambivalent (Marie Berg, 2010a). Ambivalensen rundt båndet til barnet i magen kom sterkest frem blant andregangsfødende. De beskrev det som utfordrende å være borte fra barnet hjemme og at fokuset først og fremst var på det første barnet. Andregangsfødendes følelse av utilstrekkelighet som mor bekreftes også i teorien (Raphael-Leff, 2005).

Det var et bredt spenn i graden av ambivalens blant informantene. For én kvinne kom ambivalensen til syne gjennom usikkerhet rundt motivasjonen for fortsettelsen av

svangerskapet, og motstridende følelser til det å få en gutt. Andre kvinner uttrykte stor glede og takknemlighet for å være gravide og for barnet de ventet. Som Brodén (2007) beskriver er ambivalente følelser en naturlig del av svangerskapet. Å få et barn, uavhengig av om det er første eller andre barnet, kommer med omstillinger. Dersom kvinnene ikke hadde gitt plass til disse følelsene kunne de kommet frem gjennom bekymring eller som en depresjon. I vår kultur er det ikke alltid sosialt akseptert å gi uttrykk for negative tanker og følelser rundt svangerskapet (Brodén, 2007). Selv om ambivalensen kom sterkest frem fra én informant kan det tenkes at andre unnlot å dele disse tankene.

Det mentale bildet av det ufødte barnet utvikles i løpet av svangerskapet og denne fantasien er en viktig del av dannelsen av et følelsesmessig bånd til barnet i magen (Brodén, 2007). Våre informanternes uttrykte glede over å gjenkjenne egne ansiktstrekk under ultralydundersøkelse, og tankene om seg selv som tilstedeværende og trygg mor, er eksempler som viser at deres fantasi er aktiv og fylt av optimisme. Rubin beskriver det å knytte seg til det ufødte barnet som en av de fire fasene for å oppnå morsrollen, og ser på andre trimester som en viktig periode i utviklingen av bånd mellom mor og barn (Rubin, 1976). Våre informanternes rike beskrivelser av barnets positive personlighetstrekk og utseende sammenligner vi med Rubins beskrivelse av mødres investering i å «lage en bra baby». I følge Rubins teori blir barnet mer og mer virkelig i siste trimester, og kvinnene ser vekk fra fantasibarnet og fokuserer på det virkelige barnet (Brodén, 2007). Våre kvinner snakket om barnet i magen som et fullbåret barn og uttrykte at de før innleggelse ikke klarte å forestille seg barnet som noe annet enn normalt stort. To av kvinnene som ikke klarte å forestille seg det premature barnet var enda ikke i tredje trimester, så det kan tenkes at prosessen der fokuset flyttes over til virkelige barnet ikke hadde begynt.

Samspillet mellom mor og det ufødte har stor betydning for graden av prenatal tilknytning. Graden av samspill sier noe om kvinnenens følelsesmessige investering i barnet i magen. De fleste av våre informanter opplevde meningsfulle samspill med barnet. De kjente barnet bevege seg og visste at barnet trengte at de responderte. De valgte å ligge i den stillingen som de visste at barnet likte best. De strøk seg på magen og tenkte at barnet kjente varmen. Dette viser en høy grad av sensitivitet for barnet, og viser at selv om det virkelige barnet mest

sannsynlig ikke blir som fantasibarnet så stikker båndet til barnet i magen dypere enn som så. I en studie fra 2011 beskrives begrepet «emotional cushioning» (Cote-Arsenault & Donato, 2011). Dette er en beskyttelsesmekanisme der mødre som har mistet et barn i svangerskap eller fødsel tidligere og har blitt gravide på nytt, beskytter sine egne følelser ved å unngå for dyp involvering med det ufødte barnet. Disse kvinnene knyttet den følelsesmessige avstanden til engstelsen for utfallet av svangerskapet. Vi finner likheter til Cote-Arsenault & Donatos studie der de fant sammenheng mellom grad av avstand fra det ufødte barnet og grad av opplevd risiko. Våre informanter tok større avstand fra barnet i perioder der usikkerheten for utfallet tok større plass. De som hadde hatt perioder med høy risiko tidligere beskrev at de da ikke klarte å forholde seg til barnet. Ved intervju tidspunktet var det derimot mindre grad av avstand fra barnet for de fleste. De tok heller avstand fra omstendighetene som de ikke kunne kontrollere, men i mindre grad avstand fra barnet. En kan spekulere rundt hvorvidt den økte kvantiteten i tankene om barnet etter innleggelse gir økt oppmerksomhet og tid til samspill mellom mor og barn.

En studie sammenlignet den prenatal tilknytningen blant kvinner som ble gravide ved hjelp av in-vitro fertilisering (IVF) med kvinner som ble naturlig gravide. Studien fant at kvinner som bearbeidet de ambivalente følelsene rundt svangerskapet tidlig i svangerskapet hadde en høyere grad av prenatal tilknytning senere i svangerskapet. Ambivalens tidlig i svangerskapet er normalt, men det er viktig at kvinnen registrerer og bearbeider dette tidlig (Hjelmstedt, Widström, & Collins, 2006). Det kan diskuteres når grensen mellom en naturlig ambivalens og en bevisst eller ubevisst distanse til barnet krysses. Informantene synes det var vanskelig å se for seg barnet som prematurt og klarte ikke forholde seg til hvordan det ville være å få et prematurt barn. To kvinner hadde opplevd situasjoner tidligere i svangerskapet med en plutselig trussel mot fortsettelsen av svangerskapet, og beskrev da at de «ikke klarte å forholde seg til svangerskapet eller babyen». De måtte ta avstand. Denne avstanden var for de fleste mindre tilstede ved intervju tidspunktet. Derfor tolkes fire av kvinnenes ambivalens som en del av det å ha en forhøyet risiko, mens for en av kvinnene kan det tenkes at den ikke var bearbeidet tidligere i svangerskapet og ble forsterket etter innleggelse.

Vi fant at kvinnene brukte mer tid på å tenke på barnet i magen etter at de ble innlagt. Tankenes kvalitet har også forandret seg til å være preget av mer usikkerhet og bekymring. Disse funnene stemmer overens med studien til Pisoni et al. (2015) som sier at tiden kvinner med risikosvangerskap bruker på å tenke på barnet sitt preges av en høyere grad av angst, ambivalens, og bekymring for barnet. Våre informanter sier at de bruker *mer* tid til å tenke på barnet, mens Pisoni et al. finner lik grad av kvantitet. Om de kvalitative forandringene i kvinnenens tanker påvirker den prenatala tilknytningen til barnet kan vi ikke trekke noen slutninger om i vår studie. En kan spekulere i om tanker preget av mer bekymring og usikkerhet i seg selv kan forårsake at det følelsesmessige båndet og forestillingene om barnet blir forandret i negativ retning.

5.1.2 «Er jeg positiv så går det bra»

Det kom tydelig frem i denne studien at kvinnene benyttet seg av mestringsstrategier for å unngå påvirkning av negative tanker. Reva Rubins (1976) fase om å finne en sikker vei for seg selv og barnet kan knyttes opp mot våre informanters benyttelse av mestringsstrategier, som for mange var å ha en bevisst positiv innstilling. For våre informanter var det viktig å ha en positiv innstilling til svangerskapet på grunn av risikoen de var utsatt for. Kvinnene opplevde at deres positive innstilling påvirket svangerskapet. Den gravide ønsker å beskytte barnet som ligger i magen, og føler et stort ansvar for å ikke utsette barnet for fare. Dette knytter vi opp mot at flere av våre informanter har gitt uttrykk for et ønske og et mål om at barnet skal være i magen lengst mulig, slik at barnet har det beste utgangspunktet for å kunne klare seg. Dette med tanke på at barnet blir født prematurt og de komplikasjonene som prematuritet kan medføre. Situasjonen de befinner seg i er preget av en større grad av uforutsigbarhet og følelsesmessig uro. Følelsene som oppstår kan for noen oppleves som overveldende. Det å ikke la seg stresse av omstendigheter de ikke kan kontrollere var en bevisst mestringsstrategi for noen av kvinnene.

I en studie fra 2011 ble mors prenatala stressnivå kartlagt gjennom blodprøver og sammenlignet barnets kortisolnivå etter blodprøve 24 timer etter fødsel. Studien konkluderte med at en høyere grad av stress i svangerskapet sees i sammenheng med en økt

kortisolrespons fra den nyfødte etter blodprøve. Nyfødte av mødre med høyere kortisolnivå i svangerskapet brukte mer tid på å roe seg ned etter stress enn barn av kvinner som opplevde mindre stress i svangerskapet (Davis, Glynn, Waffarn, & Sandman, 2011). Utfallet hos den nyfødte utsatt for høyt kortisolnivå prenatalt var avhengig av tidspunkt for økningen i maternelt kortisolnivå. For eksempel er svangerskapsuke 30-32 en sårbar periode på grunn av utviklingen av barnets kortisolreseptorer, og dermed reaksjonen på trussel (Humphreys, 2015). Det at våre informanter hadde et sterkt behov for å unngå stress, og deres tanker om at deres stress påvirker det ufødte barnet tolker vi som en instinktiv beskyttelsesmekanisme. På samme måte som de *bare vet* at barnet er friskt så *bare vet de* at de må unngå å la seg selv bli stresset. Det å finne en mestringsstrategi gir en forpliktelse til moderskapet og er hensiktsmessig for tilknytningen (White et al., 2008). En truende prematur fødsel kan oppleves som en krise. Det er store ulikheter i hvordan mennesker håndterer en krisesituasjon. Et menneskes fortid og bagasje er avgjørende for hvordan krisen oppleves og håndteres (Hillgaard, Ravn, & Keiser, 1999). Vi har ingen informasjon om våre informanters historie. Deres anvendte mestringsstrategier kan være et resultat av tidligere erfaringer.

5.1.3 «Jeg føler jeg får en liten, sterk gutt»

White et al. (2008) fant i sin studie at mors opplevelse av egen og barnets helse som god er forbundet med en høy grad av prenatal tilknytning. Våre informanter beskrev at de så på seg selv og barnet som friske, og det var en forbindelse mellom egen og barnets helse. Barnets bevegelser er en viktig faktor for kvinnenens opplevelse av barnets helse, og det er viktig at kvinnene kan stole på egen tolkning av barnets bevegelser. Opplevelsen av disse sparkene gir en umiddelbar lettelse og tanke om at barnet har det bra, men samtidig gir forandring i bevegelsesmønster eller mangel på bevegelse en større bekymring enn tidligere. Informantene beskriver at de er mer vare på bevegelse og at det å kjenne etter spark blir som en jobb. Denne overgangen fra spark som et tegn på at barnet har det bra og som en måte å søke kontakt på, til en opplevelse av mer uro og bekymring rundt bevegelsesmønsteret, setter vi i sammenheng med forandringen i kvaliteten rundt tankene om barnet. På samme måte som betydningen av fosterbevegelser forandrer seg ser vi en forandring i betydningen av fosterovervåkingen. Fosterovervåkingen har stor betydning for kvinnene, større enn vi forestilte oss ut fra vår forforståelse. Likevel erstatter ikke fosterovervåkingen betydningen av å kjenne fosterbevegelse for våre informanter. Forutsigbarheten i forhold til når jordmor kommer inn

for å lytte, eller at det skal tas ultralyd hjelper kvinnene til å føle trygghet. De blir også engstelige når det er lenge siden det er tatt CTG eller lyttet med doppler. Det kan tenkes at kvinnene da mister noe av tilliten til å tolke barnets velvære gjennom egen kropp, og lener seg mer mot det medisinsk-tekniske.

Kvinnenes søken etter bekreftelse av barnets velvære gjennom fosterovervåkning er et eksempel på hvordan kvinner innlagt på grunn av risiko i svangerskapet flyttes mer over mot den medisinske retningen enn den naturlige, som er viktig i jordmødres ontologi. Sett fra det naturlige perspektivet er graviditet en naturlig prosess der medisinsk intervensjon kun skal finne sted der det er høyest nødvendig (Marie Berg, 2010b). Når det er spørsmål om truende prematur fødsel er medisinsk intervensjon både riktig og viktig. Det medisinske trenger en større plass i omsorgen for disse kvinnene. Båndet til de naturlige prosessene i svangerskapet kan da erstattes med lit til teknologien. Vår erfaring tilsier at det ofte er tolkning av CTG som er avgjørende for når gynekologene beslutter at svangerskapet må avsluttes. Overvåkingen har derfor stor «makt», og det er forståelig at den betyr mye for kvinnene. Siden helsepersonell må tolke informasjonen fra fosterovervåkingen, blodprøver eller ultralydundersøkelser får tilbakemeldingene fra helsepersonell stor verdi. Likevel holder informantene fast ved de vanlige svangerskapsopplevelsene, og det å kjenne etter bevegelse får plutselig en enda større betydning etter innleggelse. Det er også noe helsepersonell ønsker at den gravide er sensitiv for, så det blir på en måte hennes oppgave. Kanskje er det nettopp det at kun mor kjenner barnets bevegelser som gir henne en følelse av at hennes opplevelser ikke kan erstattes av teknologien, og hun er derfor viktig i omsorgen for det ufødte barnet.

5.1.4 Implikasjon for praksis

Funnene i denne studien har gitt oss en ny forståelse for kompleksiteten rundt risikosvangerskap. Et viktig funn i vår studie var kvinnenes mestringsstrategier for å unngå påvirkning av negative tanker. Den gravide kvinnen setter seg for eksempel delmål og mål som hun fokuserer på. Jordmor kan støtte kvinnen i dette og delta i hennes målsetting, ved for eksempel å markere milepælene og dele hennes glede over å ha nådd et mål.

Vi ser at det ufødte barnet både rommer det virkelige barnet og fantasibarnet. Som beskrevet tidligere ser flere av kvinnene for seg barnet som normalt stort, og har problemer med å forestille seg det premature barnet. Kvinnene beskrev samtale med sykepleier på nyfødtavdelingen som positivt i forhold til forberedelse til en annerledes barseltid. Fra tidligere arbeidserfaring vet vi at kvinnene i noen tilfeller får se et prematurt barn som er på størrelse med det barnet de venter. Dette som et ledd i forberedelsene til den kommende tiden. Vi tenker dette er et tilbud som bør tilbys oftere. Det vil kunne hjelpe kvinnene til å gi litt slipp på fantasibarnet og se det virkelige barnet, og dermed bidra til en raskere tilknytning i neonatalperioden. Jordmødre bør ha dialog med nyfødtavdelingen slik at de kan legge til rette for samtale og omvisning.

Betydningen fosterovervåkingen hadde for informantene var et funn som kom noe overraskende på oss. Det er viktig at jordmødre gir informasjon til kvinnene om at fosterovervåkingen i seg selv ikke er en behandling. Jordmødrene har en viktig oppgave i å trygge mødrene i deres tolkning av fosterbevegelser, og løfte frem deres viktige rolle i omsorgen for det ufødte barnet. Dette bidrar også til å bevare det naturlige perspektivet som er viktig i jordmødres ontologi.

5.2 Diskusjon av studiens kvalitet

I kapittel 3.0 ble vår metode presentert, og tydelige beskrivelser av metode bidrar til å styrke studiens gyldighet (engelsk: *credibility*). Vi vil nå diskutere styrker og svakheter ved våre metodiske valg. For å øke studiens bekreftbarhet (engelsk: *confirmability*) vil vi deretter diskutere vår rolle. Ved å diskutere inklusjonskriterier, utvalg, analyse og resultater gir vi leseren mulighet til å vurdere studiens overførbarhetsverdi (engelsk: *transferability*) og pålitelighet (engelsk: *dependability*).

5.2.1 Valg av design

I planleggingsfasen stod gruppeintervjuer som et alternativ til semistrukturerte intervjuer. Vi så for oss en synergieffekt, slik at informantene ville spille på hverandre og gi rike

beskrivelser som en gruppe. Av erfaring vet vi at gravide kvinner ofte deler sine opplevelser med andre. Det er mulig at informantene ville opplevd det som positivt å snakke om temaet sammen med andre som var i en lignende situasjon. Beskrivelsene vi etterspurte var personlige, og vi vurderte at verdifull informasjon kunne gått til spille dersom kvinnene ikke ville dele sine erfaringer i et gruppeintervju. Vår informanter var ulike både i personlighet og i forhold til kulturell og religiøs bakgrunn. Det var en stor grad av refleksjon i intervjuene og kvinnene tok seg tid til å tenke før de svarte. Å gjennomføre gruppeintervjuer var praktisk utfordrende da det var få innlagte pasienter som oppfylte kriteriene til samme tid.

5.2.2 *Vår rolle*

Vår rolle som jordmorstudenter i dette prosjektet har hatt sine fordeler og ulemper. For informantene kan det oppleves som lettere å dele sine tanker med en person som har kunnskap om svangerskapets kompleksitet. På en annen side står en i fare for å miste den analytiske holdningen dersom bakgrunnskunnskapen og forforståelsen ikke blir lagt til side. Ved å bruke «boksåpner» som teoretisk tilnærming har vi brukt teorien for å utvide vår kunnskap og forståelse for temaet. Dette har hjulpet oss til å åpne opp for resultatene som kom frem og legge forforståelsen til side. Likevel var en del av vår forforståelse, som handlet om at kvinnene ville uttrykke skyldfølelse for situasjonen de befant seg i, bekreftet av litteraturen (Berg & Premberg, 2010). Dette styrket vår forutinntatthet i intervjuene. Ingen av informantene uttrykte skyldfølelse spontant, men vi synes det var utfordrende å finne spørsmål som rettet seg mot fordeling av skyld, uten å påvirke informantenes svar. Derfor vet vi ikke om de opplevde skyldfølelse.

Med student-tittelen kan det være utfordrende å oppnå tillitt fra informantene. For å kunne oppnå tillit til kvinnene har vi fokusert på å gi god muntlig informasjon, samt utformet et tydelig informasjonsskriv og rekruttert kvinnene på en profesjonell måte. Det har vært en utfordring at vi begge har jobbet på observasjonsposten for gravide på det aktuelle sykehuset vi har rekruttert kvinnene fra, også under rekrutteringstidspunktet. Vi har derfor vært bevisste på våre roller som jordmorstudenter når vi var på jobb, og når vi var i avdelingen i forbindelse med studien. Vi har forsøkt å unngå å ha ansvar for kvinnene i forkant og etterkant av intervjuene, men det har ved noen anledninger vært praktisk vanskelig på grunn av logistikk i

avdelingen. Vi var bevisste på at vi ikke tok initiativ til samtale om intervjuene med kvinnene i etterkant for å bevare en profesjonalitet og for å kunne ha tydelige roller. Vi ser at vi kunne søkt om godkjenning og rekruttert ved et annet sykehus for å slippe utfordringene som en dobbeltrolle kan medføre.

5.2.3 Inklusjonskriterier og utvalg

I denne studien ønsket vi å undersøke hvordan en situasjon med forhøyet risiko for prematur fødsel og følelsene som utløses av denne situasjonen, eventuelt påvirket det følelsesmessige båndet til det ufødte barnet. Vi valgte derfor å inkludere kvinner innlagt med premature rier, prematur vannavgang eller cervixinsuffisiens. I datainnsamlingsperioden viste det seg å være utfordrende å få nok informanter da det var få innlagte kvinner som oppfylte inklusjonskriteriene. Siden selve diagnosen ikke hadde betydning for formålet, men det heller rettet seg mot det å ha en forhøyet risiko for prematur fødsel vurderte vi å utvide inklusjonskriteriene. Vi diskuterte inklusjon av kvinner med preeklampsi som var under svangerskapsuke 34, og som stod i fare for å bli forløst prematurt. Etter å ha hatt omsorg for disse kvinnene i forbindelse med vakter på avdelingen så vi at disse kvinnene var fysisk ustabile og at situasjonen var svært usikker. De forstod ofte ikke selv hvor dårlige de var, og i mange tilfeller innså de ikke at de ville få et prematurt barn før de var på vei til operasjonsstuen. Vi vurderte det som uetisk å inkludere disse kvinnene på grunn av deres tilstand, og vurderte at refleksjonene rundt det følelsesmessige båndet til barnet kanskje ikke stod i fokus på det tidspunktet.

Avgrensningen rundt svangerskapslengde ble satt fra uke 23+0 til 33+6 på bakgrunn av Norsk Gynekologisk Forenings definisjon av truende prematur fødsel (Michelsen et al., 2014). I litteraturen finner vi beskrivelser av tredje trimester som en periode der den gravide er sliten og ser frem til fødsel, samtidig som bekymringene forandrer seg (Brodén, 2007). Vi ønsket å snakke med kvinnene før dette naturlige skiftet av fokus hadde begynt. Informantene som var fokusert på å sette seg mål vurderte fødsel etter uke 34 som trygt. Vi ser for oss at usikkerheten rundt situasjonen hadde vært mindre dersom vi hadde intervjuet kvinnene etter uke 34. Dersom vi hadde inkludert kvinner frem til uke 37 kunne vi hatt flere informanter, men ville kanskje ikke truffet den usikkerheten som vi var ute etter.

Vi opplevde samsvar i fire av informantenes utsagn, mens en av kvinnene skilte seg ut ved å uttrykke en større grad av distanse til det ufødte barnet. Dersom vi hadde inkludert flere kvinner kan det tenkes at deres utsagn hadde samsvart mer med kvinnen som skilte seg ut, enn med de fire andre. Påliteligheten (engelsk: dependability) i denne studien kunne derfor vært styrket dersom vi hadde hatt flere informanter. Da ville sannsynligheten for å få liknende resultater i en studie med samme formål og metode vært økt.

Inklusjonskriteriet om 48 timers innleggelse før rekruttering var til tider utfordrende. Mangelen på inneliggende kvinner som oppfylte kriteriene gjorde at vi ville inkludere flest mulig, før de eventuelt gikk i fødsel. Grensen ble satt for at kvinnene skulle få tid til å reflektere rundt den nye situasjonen, og danne seg noen tanker om dette før de skulle forholde seg til å eventuelt delta i studien. Det viste seg at noen av informantene også hadde behov for tid til å vurdere om de ville delta. En kvinne uttrykte at hun hadde behov for å sortere egne tanker før hun kunne dele dem med andre.

Seks potensielle informanter er ikke inkludert i denne studien da de selv, eller jordmor, vurderte deltagelse som en for stor påkjenning. Det hadde vært interessant å inkludere disse kvinnene for å forstå hvilke tanker de hadde i denne tiden som var preget av usikkerhet. Det kan tenkes at det for noen hadde vært godt å dele sine tanker og bekymringer. I følge psykologspesialist Gro Vatne Brean er ikke dette et tema som er farlig å snakke om. Hun mener at dersom tankeprosessen om det følelsesmessige båndet til barnet i magen ikke har begynt enda, så er det på tide at det skjer på grunn av trusselen om prematur fødsel (samtale gjennom telefon og epost, 09.03.2016). Selv om intervensjonen kan bidra til psykisk uro så er ikke dette nødvendigvis en uønsket hendelse. Selv kvinner som står i fare for å miste sitt ufødte barnet har behov for å gå gjennom disse tilknytningsprosessene (Brodén, 2007). Likevel er dette et sårt tema og for noen vanskelig å snakke om, spesielt med ukjente mennesker.

5.2.4 *Analyse og resultater*

Som nevnt er det viktig å analysere intervjueteksten med åpenhet for å ta imot det som kommer frem når man bruker en fortolkende fenomenologisk tilnærming (Polit & Beck, 2012). Dette var vi bevisste på gjennom analyseprosessen. Det har vært en fordel å være to personer som har vært tilstede i intervjusituasjonene og samarbeidet om analysen. Dette har vært en kvalitetssikring av at meningen bak informantenes beskrivelser tolkes rett. Temaene som viste seg var ikke som forventet i studiens startfase. Vår analyseprosess har vært preget av perioder der temaene har fremstått som klare, men også perioder med tvil om temaene var tydelige nok. Vi har derfor flere ganger måtte se på kodene og temaene på nytt, og nye forståelser har kommet frem. Da vi så vekk fra det manifeste innholdet og fokuserte på det latente og fortolkede meningsbærende innholdet kom våre fire temaer tydelig frem.

Etter å ha jobbet med denne kvalitative studien har det for oss åpnet seg dører til et svært interessant tema. Vi opplever at vi har berørt dybden i temaet, noe som er målet, og fordelene med kvalitativ forskning. Fra vårt ståsted ville det være interessant å gjøre en studie med kvantitativ tilnærming der en bruker spørreskjema med kartleggingsverktøy, for eksempel MAAS, for å måle og klassifisere den prenatale tilknytningen. Dette fordi vi så et spenn i vårt materiale og tenker at en studie med et større utvalg ville gitt resultater med større overførbarhetsverdi. Med denne tilnærmingen kunne en gjort et statistisk skille mellom første- og andregangsfødende, og undersøke i hvilken grad den målte prenatale tilknytningen skilte seg i disse gruppene.

6.0 KONKLUSJON

Et av de viktigste funnene i denne studien handler om kvinnenes ambivalens i deres fantasering og distansering til det ufødte barnet. De befinner seg i en situasjon der de pendler mellom nærhet og distanse, og mellom noe konkret og noe usikkert. Vi tolker resultatene til at graden av opplevd risiko har betydning for hvilken vei pendelen går. Våre informanter kunne beskrive en sammenheng mellom perioder med økt risiko og en større grad av distanse til det ufødte barnet. Det at de fleste brukte tid på samspill viser at de turte å knytte seg til barnet til tross for den opplevde trusselen. Våre resultater viser at kvinnene bruker mer tid på å tenke på barnet etter innleggelse, og vi knytter dette til det å være i en tilstand med økt risiko og endring av miljø. Tankene var preget av en høyere grad av bekymring og uro for det ufødte barnet og de uttrykte en usikkerhet for hvordan barseltiden kom til å bli. Studien peker på kvinnenes mestringsstrategier for å unngå påvirkning av negative tanker. Dette setter vi i sammenheng med behovet for å finne en sikker vei for seg selv og det ufødte barnet gjennom svangerskapet, som er et ledd i den prenatala tilknytningen.

Våre informanter beskrev opplevelsen av egen og barnets helse som god, og hadde en oppfatning av at deres egen fysiske og psykiske helse påvirket utfallet av svangerskapet. De hadde tiltro til egne opplevelser av barnets bevegelser, men samtidig opplevde de en større grad av bekymring dersom bevegelsesmønsteret forandret seg. I omsorgen for kvinner med risikosvangerskap får det medisinske perspektivet en større plass, og kvinnenes lit til teknologien er et eksempel på hvordan deres fokus rettes mot det medisinske. Likevel ser vi at kvinnene holder fast i de naturlige svangerskapsprosessene, og deres egne opplevelser av barnets spark lar seg ikke erstatte av teknologien. Den gravide kvinnens tanker om barnet i magen og opplevelsen av barnets bevegelser har betydning for hennes dannelses av følelsesmessig bånd. Vår studie indikerer at både tankene og opplevelsen av bevegelse er preget av en høyere grad av uvisshet og uro enn før innleggelse. Det følelsesmessige båndet til barnet i magen kan derfor bære preg av større grad av bekymring for risikogravide enn for friske gravide.

7.0 LITTERATURLISTE

- Berg, M. (2010). Midwifery Relationships with Childbearing Women at Increased Risk In M. Kirkham (Ed.), *The Midwife-Mother relationship* (Vol. 2, pp. 174-189). New York: Palgrave Macmillan.
- Berg, M. (2010a). Vårdande vid barnfödande med økade risker. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *At stødja och stærka* (Vol. 2, pp. 145-168). Lund: Studentlitteratur AB.
- Berg, M. (2010b). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *At stødja och stærka* (Vol. 2, pp. 29-44). Lund: Studentlitteratur AB.
- Berg, M., & Premberg, Å. (2010). Att bli førelder. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *Att stødja och stærka* (Vol. 2, pp. 69-84). Lund: Studentlitteratur AB.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment *Journal of prenatal & perinatal psychology & health : APPPAH*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083029/>
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., Mothander, P. R., & Thornye, O. (2008). *Tilknytningsteori : betydningen af nære følelsesmæssige relationer*. København: Hans Reitzels forl.
- Brodén, M. (2007). *Graviditetens muligheder : en tid hvor relationer skabes og udvikles* (2. udg. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167-183. doi:10.1111/j.2044-8341.1993.tb01739.x
- Cote-Arsenault, D., & Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 29(1), 81-92. doi:10.1080/02646838.2010.513115
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Waffarn, F., & Sandman, C. A. (2011). Prenatal maternal stress programs infant stress regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 119-129. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02314.x
- Folkehelseinstituttet. (2016). Medisinsk fødselsregister og abortregisteret - statistikkbanker. Retrieved from <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon : tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugan, B., & Tryti, U. (2009). Fra en fødeavdeling til nyfødtavdeling. In B. S. Tandberg & S. Steinnes (Eds.), *Nyfødtsykepleie* (Vol. 1, pp. 98-111): Cappelen Damm As.
- Helsedirektoratet. (2005). Retningslinjer for svangerskapsomsorgen Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/393/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen-fullversjon.pdf>

- Hillgaard, L., Ravn, L., & Keiser, L. (1999). *Sorg og krise* (2. udg. ed.). København: Gyldendal.
- Hjelmstedt, A., Widström, A.-M., & Collins, A. (2006). Psychological Correlates of Prenatal Attachment in Women Who Conceived After In Vitro Fertilization and Women Who Conceived Naturally. *Birth*, 33(4), 303-310. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00123.x
- Humphreys, A. (2015). Prenatal maternal stress: Neurological and physiological impacts on offspring. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*. Retrieved from <http://search.proquest.com.ezproxy.hioa.no/docview/1758601488/citation/4B7F7A0847B84C1EPQ/5?accountid=26439>
- Høyer. (2011). Hva er teori, og hvordan forholder teori seg til metode? In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap* (Vol. 4). Danmark: Munksgaard.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- Maas, A. J. B. M., Vreeswijk, C. M. J. M., Braeken, J., Vingerhoets, A. J. J. M., & van Bakel, H. J. A. (2014). Determinants of maternal fetal attachment in women from a community-based sample. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 32(1), 5-24. doi:10.1080/02646838.2013.853170
- Madsen, S. A. (1996). *Bånd der brister - bånd der knyttes : intervention ved forstyrrelser i den tidlige mor-spædbarn-relation*. København: Hans Reitzel.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Michelsen, T., Ellingsen, L., Salvesen, K., & Sjøborg, K. (2014). Truende for tidlig fødsel, Veileder i fødselshjelp. Retrieved from <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-fodsels-hjelp-2014/Truende-for-tidlig-fodsels/>
- Nylander, G., & Siegert, H. M. (2002). *På vei : unnfangelse, svangerskap, fødsel*. Oslo: Gyldendal fakta.
- Olsson, P. (2010). Vårdande under graviditet. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *At stødja och stærka* (Vol. 2, pp. 45-68). Lund: Studentlitteratur AB.
- Pisoni, C., Garofoli, F., Tziella, C., Orcesi, S., Spinillo, A., Politi, P., . . . Stronati, M. (2016). Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(5), 771-776. doi:10.3109/14767058.2015.1017813
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Raphael-Leff, J. (2005). *Psychological processes of childbearing* (4th ed. ed.). London Anna Freud Centre.

- Rubin, R. (1976). Maternal tasks in pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 1(5), 367-376. doi:10.1111/j.1365-2648.1976.tb00921.x
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Siddiqui, A., & Hägglöf, B. (2000, 7//). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378378200000761>
- Tandberg, B. S. (2009). Møtet med familien på nyfødtavdeling. In B. S. Tandberg & S. Steinnes (Eds.), *Nyfødtsykepleie 1* (Vol. 1, pp. 225-243). Oslo: Cappelen Damm As.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105812515&site=ehost-live>
- Yarcheski, A., Mahon, N. E., Yarcheski, T. J., Hanks, M. M., & Cannella, B. L. (2009). A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 708-715. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.013>



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

Vår dato: 20.05.2016

Vår ref: 48509 / 3 / AGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.04.2016. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 19.05.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>48509</i>	<i>Prenatal tilknytning i risikosvangerskap</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Tine Schauer Eri</i>
<i>Student</i>	<i>Marthe Dalevoll Macedo</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Agnete Hessevik

Kontaktperson: Agnete Hessevik tlf: 55 58 27 97

Vedlegg: Prosjektvurdering

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



FORMÅL

Formålet er undersøke hvordan gravide kvinner innlagt på grunn av truende prematur fødsel beskriver sitt følelsesmessige bånd til det ufødte barnet.

REKRUTTERING

Rekruttering skjer ved at jordmødrene gir studentene beskjed når de har inneliggende kvinner som oppfyller kriteriene. Personvernombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekrutteringen, og at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas. Vi forutsetter at jordmødrene som skal bistå i rekrutteringen gjør en nøye vurdering av potensielle informanter slik at de kun spør kvinner som er helsemessig rustet til å delta i forskning. Jordmødrene vil spørre de potensielle informantene om tillatelse til at studentene kan gi utfyllende informasjon. Vi anbefaler at kvinnene mottar det skriftlige informasjonsskrivet i forkant og får god tid til å ta en avgjørelse om de ønsker å delta eller ikke. Dersom det er mulig, anbefaler vi at de som ønsker å delta selv tar kontakt med studentene.

Vær oppmerksom på at dere kun kan innhente opplysninger om tilstanden kvinnen er innlagt for og svangerskapsuke etter at informantene har samtykket til deltakelse.

FORSKNING PÅ SÅRBAR GRUPPE

Pasienter regnes som sårbare grupper i forskning. Studentene er bevisst dette, og har planlagt tiltak for å redusere belastningen. Ved nøye rekruttering av informanter og ved å legge vekt på frivilligheten og at pasienter ikke skal føle seg presset, kan belastningen reduseres. Å registrere så få direkte og indirekte personopplysninger som mulig vil også redusere personvernbelastningen.

Når intervjuer tar for seg svært sensitive tema, kan dette vekke vonde følelser og enkelte informanter kan ha behov for oppfølging i etterkant. Studentene har meldt at de vil være tilgjengelig for samtale direkte i etterkant av intervjuet og viser til at informantene senere kan få oppfølging fra jordmødre på observasjonsposten og et støtteteam for gravide ved [REDACTED]

Studentene vil informere om at det som kommer fram i en slik samtale ikke inngår i forskning, og at de ikke har en behandlende rolle. Personvernombudet påpeker at en slik dobbeltrolle kan være problematisk, og anbefaler at dere isteden sørger for at informanten vet hvor hun kan henvende seg, eller eventuelt ber en jordmor følge opp informanten i etterkant.

Vi viser også til vår temaside for forskning på sårbare grupper:
<http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/sarbar.html>

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er hovedsakelig godt utformet. Vi ber imidlertid om at følgende tilføyes:

- Oppgi også kontaktinformasjon til daglig ansvarlig for prosjektmeldingen, Tine Schauer Eri (i tillegg til veileder, Anne Kaasen - eventuelt må dere gi beskjed til personvernombudet om endring av daglig ansvarlig)
- Vi anbefaler at dere oppgir hvor informanten kan henvende seg dersom hun i etterkant vil trenge videre oppfølging.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

DATASIKKERHET

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

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 20.12.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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



PERSONVERNOMBUDETS TILRÅDING ANNEN FORSKNING

Til: [redacted] seksjonsleder ved Barsel,

Kopi: Jordmorstudenter Marthe Dalevoll Macedo og Malin Dyrendahl

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Randi kristoffersen

Dato: 9.mai 2016

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger

Saksnummer/ Personvernnummer: 16-083

Personvernombudets tilråding til innsamling og behandling av personopplysninger for prosjektet ” Mor-barn tilknytning i risikosvangerskap”

Prosjektbeskrivelse:

Vi vet at tilknytningen som skjer i svangerskapet legger grunnlag for den videre tilknytningen som skjer når barnet er født. Etter å ha vært deltagende i behandlingen av gravide kvinner med risikosvangerskap opplever vi at disse kvinnene gir uttrykk for sine tanker om barnet i magen på en måte som i noen tilfeller skiller seg fra beskrivelsene vi har hørt fra friske gravide. Formålet med denne studien er å undersøke hvordan gravide kvinner med et risikosvangerskap beskriver sin relasjon til barnet i magen. Vi vil bruke et kvalitativt design med åpne intervjuer av gravide kvinner som er innlagt på observasjonspost for gravide på grunn av en tilstand som potensielt kan føre til prematur fødsel eller intrauterin fosterdød. Det vil stilles åpne spørsmål om kvinnens tanker rundt det å bli mor, hennes forberedelser og tanker om barnet med det formål å utforske hvordan hun opplever sin relasjon til barnet i magen. Vi vil utforske hvordan risiko, innleggelse og fokus på medisinske komplikasjoner kan forstyrre tilknytningen som skjer i svangerskapet. Kunnskap om kvinners opplevelse av dette er nødvendig for å gi optimal omsorg og veiledning til gruppen.

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er personvernombudets tilråding av prosjektet.



Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Personopplysningsloven § 31, ny helseregisterlov § 5, har Datatilsynet, ved oppnevning av personvernombud, fritatt sykehuset fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud. Databehandlingen tilfredsstiller forutsetningene for melding gitt i personopplysningsforskriften § 7-27, og er derfor unntatt søknad om konsesjon.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Databehandlingsansvarlig er Høyskolen i Oslo og Akershus ved adm. dir. Det forutsettes av prosjektet godkjennes av NSD. Tilrådning fra NSD bes ettersendt når den foreligger.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen/klinikken ved [REDACTED] har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
4. Behandlingen av helseopplysningene er av vesentlig interesse for samfunnet og behandlingen er ubetenkelig ut fra etiske, medisinske og helsefaglige hensyn.
5. Data lagres som oppgitt i meldingen (vedlagt).
6. Kodeliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat nedlåst på adgangsbegrenset rom på HIOA, det samme gjelder for lydopptak som er å anse som direkte identifiserbare opplysninger.
7. Hensynet til pasientens integritet og konfidensialitet synes tilfredsstillende ivaretatt.
8. Vedlagte samtykke benyttes.
9. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.
10. Prosjektsslutt er 27.10.2016. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 20.12.2016, da skal data slettes eller anonymiseres ved at kodelisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Randi Kristoffersen
Seniorrådgiver personvern og biobank
[REDACTED]
Forskning og innovasjon

Epost: [REDACTED]

Web: [REDACTED]

Elektronisk signatur

SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET

[Redacted]
Avdelingsleder, Observasjonspost for gravide
[Redacted]

Det søkes med dette om tilgang til å intervju innlagte pasienter ved observasjonspost for gravide i forbindelse med vår masteroppgave.

Tema: Prenatal tilknytning i risikosvangerskap.

Hensikt: Undersøke hvordan gravide kvinner med et risikosvangerskap beskriver sin tilknytning til barnet i magen.

Metode: Semistrukturert dybdeintervju. Vi ønsker å gjennomføre intervjuene i avdelingen i perioden kvinnen er innlagt. For å få kontakt med aktuelle informanter ønsker vi bistand fra jordmødrene i avdelingen med rekrutteringen. Vi vil selv informere informantene muntlig og skriftlig om studien. De vil få tid til å lese igjennom informasjonen slik at de på bakgrunn av dette kan ta et informert valg. Det skal på ingen måte legges noe press på informantene om deltagelse. Vi anslår at 3-5 informanter vil være tilstrekkelig. Intervjuene vil foregå i perioden 9. mai til 17. juni 2016.

Inklusjonskriterier: For å beskrive tilknytningen mellom mor og barn i risikosvangerskap ønsker vi å inkludere kvinner som er innlagt på observasjonspost for gravide på grunn av en tilstand som potensielt kan føre til prematur fødsel eller intrauterin fosterdød.

Gestasjonsalder 23+0 -33+6.

Informantene må kunne snakke norsk.

Eksklusjonskriterier: Kjente psykiske sykdommer før svangerskapet.

Etiske overveielser: Studien er basert på frivillighet og informert samtykke. Vi har sendt søknad til Regional Etisk komite og saken gjennomgås i REK den 27. april.

Se prosjektplan for ytterligere etiske overveielser.

Vedlegg: Prosjektplan for masteroppgave, Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt og intervjuguide.

Jeg godkjenner med dette at studentene Malin Dyrendahl og Marthe Dalevoll Macedo rekrutterer informanter til sitt mastergradsprosjekt fra observasjonspost for gravide.

[Redacted] 5/5-16

Sted / dato

[Redacted]

Signatur / stempel

INTERVJUGUIDE

Åpningsspørsmål:

Hvordan har svangerskapet vært til nå?

Hvor lenge har du vært her?

Hvordan opplever du det å være innlagt?

Kan du fortelle om den gangen du oppdaget at du var gravid?

Hvilket ord er det naturlig for deg å bruke når vi snakker om det ufødte barnet? Barn/foster?

Forskningstema	Intervjuspørsmål	Oppfølgingspørsmål
Tolkning av barnets signaler	Kan du beskrive så nøyaktig som mulig første gangen du kjente barnet sparke?	Hva tenkte du?
		Gjorde det noe med forholdet mellom deg og barnet?
	Hva tenker du nå, når du kjenner at barnet ditt beveger seg?	Hva gjør du når barnet sparker?
		Tenker du at barnet merker dine responser?
		Hva betyr det?
	Merker du at barnet reagerer på lyd?	
	Er det noe barnet reagerer spesielt på?	Hva gjør du når du får en reaksjon?
Forestillinger om barnet	Har du dannet deg noen bilder av hvordan barnet ser ut?	
	Hva slags personlighet tror du han/hun har?	
	Har du lagt merke til noen døgnrytme?	
Forberedelser	Har du begynt å kjøpe inn noe til barnet?	Kan du beskrive første gang du kjøpte noe til barnet?
	Kan du fortelle om hvilke forberedelser du har gjort hjemme?	
	Hva slags mamma tenker du at du kommer til å bli?	Hva er viktig i den første tida?
Opplevelse av egen helse og barnets helse	Har du vært til ultralydundersøkelser privat?	Hvorfor valgte du/dere det?
		Hvordan var det å se barnet?
	Har du vært til noen ultralydundersøkelser nå, etter du ble innlagt?	Hvordan var det å se barnet?

		Hvis bekymring: Hva gjør denne bekymringen med båndet du har med barnet ditt?
	Føler du deg frisk selv?	
	I hvilken grad ser du på barnet som friskt?	Hvis aktuelt: Kan du beskrive en situasjon der du følte at bekymringen for barnet økte?
	Bruker du mer eller mindre tid til å tenke på barnet nå, etter at du ble innlagt?	
	Har tankene forandret seg noe fra før innleggelsen?	Hva betyr det for deg?
Opplevd sosial støtte	Hvilke personer tenker du at blir viktige i barnets liv?	Snakker du med dem om tanker og forventninger?
		Føler du at du har god støtte fra denne personen i forhold til situasjonen du er i nå.
	Har noen andre enn deg kjent barnet sparke?	Kan du beskrive situasjonen?
Forventninger	Hva tenker du om tiden fremover?	
	Hva gleder du deg til?	
	Hvordan var det for deg å svare på disse spørsmålene?	
	Er det noe du ønsker å si noe mer om?	

Utdypende spørsmål

Dersom det er behov for å få en klarere beskrivelse av meningen bak det som ble sagt:

- Du nevnte tidligere noe om Vil du prøve å si litt mer om det?
- Hva skjedde i den episoden du nevnte?
- Hvilken del av denne situasjonen opplevde du som?

Validering

Husk å repetere de meningsladde utsagnene underveis i intervjuet og spør om det var dette hun mente å få frem / om du har forstått henne riktig.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

PRENATAL TILKNYTNING I RISIKOSVANGERSKAP

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke hvordan gravide kvinner som er innlagt på observasjonspost for gravide beskriver sitt følelsesmessige bånd til barnet i magen. Formålet med studien er å få en ytterligere forståelse for hvordan det å ha en tilstand der risikoen for premature fødsel er forhøyet eventuelt påvirker de tankene man har om barnet.

Du mottar denne forespørsel siden du er gravid imellom uke 23 og 34 og er innlagt på observasjonsposten for gravide på grunn av en forhøyet risiko for prematur fødsel.

Dette er et mastergradsprosjekt fra Jordmorutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Ved deltagelse i denne studien vil det settes opp en dag og tid til en samtale der vi ønsker å snakke med deg om hvilke tanker du har om barnet i magen.. Samtalen vil finne sted på sykehuset i perioden du er innlagt og vil vare i ca 30-60 minutter.

Samtalene blir tatt opp med lydopptaker og vil i ettertid skrives ned. Deltagelse i denne studien vil ikke ha noen konsekvenser for observasjon eller behandling av din tilstand.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Det er kun opplysninger om hvilken tilstand du er innlagt for og hvilken uke i svangerskapet du er i som er nødvendige i forkant av samtalen.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Temaet vi ønsker å snakke med deg om kan oppleves som følelsesladd. For deg kan dette være en mulighet til å sette ord på tanker angående barnet du venter. Vi vil være tilgjengelige for videre samtale samme dag som intervjuet dersom det er ønskelig. Informasjonen som kommer frem i en eventuell etter-samtale vil ikke benyttes i forskning, og vi vil heller ikke ha noen behandlende funksjon.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg, eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Malin Dyrendahl på mail [REDACTED] eller Marthe Dalevoll Macedo på mail

[REDACTED] Vår veileder for prosjektet er Anne Kaasen som kan kontaktes på mail:

[REDACTED]

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Vi intervjuer flere kvinner i samme situasjon som deg, og informasjonen analyseres for å få en dypere forståelse for relasjonen mellom mor og barnet i magen. Det vil ikke være mulig å kjenne igjen dine utsagn i vår oppgave. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Vi vil makulere/slette datamaeriale innen 20.12.2016, da dette er dato for prosjektslutt.

GODKJENNING

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Saksnummer: 48509.

Prosjektet er godkjent fra Personvernombudet ved [REDACTED]
saksnummer: 16-083.

Prosjektet er godkjent av avdelingsleder ved Observasjonsposten for gravide, [REDACTED]
[REDACTED]

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med blokkbokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

Sted og dato

Signatur

Rolle i forskningen