MASTEROPPGAVE

Masterstudium i jordmorfag

Oktober 2016

JORDMORS OPPLEVELSE ETTER TRAUMATISKE FØDSLER

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Kandidatnummer: 120/115

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Veiledere: Anne-Karin Valle/Anne Margrethe Fylkesnes

Antall ord: 13 508

SAMMENDRAG

Hensikt: Hensikten med studien er å utforske hvilke opplevelser jordmødre har i etterkant av en traumatisk fødsel.

Metode: Et systematisk søk etter kvalitative studier, i utvalgte databaser, identifiserte syv relevante artikler. Resultatene ble syntetisert ved å bruke en metaetnografisk tilnærming beskrevet av Noblit og Hare.

Resultat: "Overveldet av følelser", "Et vendepunkt" og "Behovet for støtte" fremkom som hovedtema. En traumatisk fødsel kunne føre til at jordmødre ble overveldet av følelser, som kunne gå utover deres mestringsevne. Hendelsen var for mange et vendepunkt, personlig eller profesjonelt, og kunne føre til ulike konsekvenser. Støtte var en betydningsfull faktor for hvordan jordmødrene opplevde hendelsen i ettertid.

Konklusjon: Jordmødre kan oppleve å bli følelsesmessig overveldet etter en traumatisk fødsel, men støtte kan avgjøre hvilken følger hendelsen får.

Implikasjoner for praksis: Oppfølgingsprogram og et støttende arbeidsmiljø som bidrar til læring bør implementeres slik at jordmødre bedre mestrer tiden etter traumatiske hendelser.

Nøkkelord: Jordmødre, Traumatiske fødsler, Støtte, Metaetnografi

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to explore what experiences midwives have after a traumatic birth.

Methods: A systematic search for relevant qualitative studies revealed seven articles. The results was synthetised using a metaethnogaphic approach described by Noblit and Hare.

Results: “Overwhelmed by feelings”, “a turningpoint” and “the need for support” emerged as the main themes. A traumatic event could lead to midwives experiencing many feelings, which could go beyond their ability to cope. The event was for many a turningpoint either personal or professional, and could lead to different consuequenses. The support was a crucial factor for how the midwives experienced the aftermath.

Conclusion: Midwives could feel they became emotional overwhelmed after an traumatic event, support determined what consequences the event had on the midwife.

Implication for practice: Follow-up programs and a supportive work environment which contribiutes to learning should be implemented, so midwifes can cope in the aftermath.

Keywords: Midwives, Traumatic birth, Support, Metaetnography

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG **1**

INNHOLDSFORTEGNELSE **3**

TABELLER OG FIGURER **5**

1 INNLEDNING **6**
1.1 BAKGRUNN 6
1.2 HENSIKT OG FORMÅL 8
1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN 8
1.4 PROBLEMSTILLING 8
1.5 OPPBYGGING AV OPPGAVEN 9

2 TEORETISK FORANKRING **10**
2.1 STRESS, VURDERING OG MESTRING 10
2.1.1 Vurderingsprosessen *11*
2.1.2 Mestringsstrategier *12*

3 METODE **13**
3.1 METAETNOGRAFI SOM METASYNTESE 13
3.2 HERMENEUTIKK SOM VITENSKAPSFILOSOFISK GRUNNLAG 15
3.2.1 Forforståelse *16*
3.3 SØKESTRATEGI 17
3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier *20*
3.3.2 Søkelogg *21*
3.4 VURDERING AV ARTIKLENES KVALITET 23
3.5 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER 26
3.6 DATAANALYSE 27

4 RESULTATER **31**
4.1 OVERVELDET AV FØLELSER 31
4.2 BEHOVET FOR STØTTE 33
4.3 ET VENDEPUNKT 35

5 DISKUSJON **38**
5.1 UFORMELL OG FORMELL STØTTE 38
5.1.1 Uformell støtte *39*
5.1.2 Formell støtte *39*
5.2 NÅR OVERVELDELSEN VARER 41
5.2.1 Mentalt overveldet *41*
5.2.2 Kliniske konsekvenser *44*
5.3 METODEDISKUSJON 46
5.3.1 Intern validitet *46*
5.3.2 Ekstern validitet *48*
5.4 RELEVANS FOR PRAKSIS 49
5.5 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING 50

6 KONKLUSJON **52**

LITTERATURLISTE 53
VEDLEGG 1 - SØKEHISTORIKK 58
VEDLEGG 2 – EKSKLUDERTE ARTIKLER SOM BLE LEST I FULLTEKST..... 63
VEDLEGG 3 - KILDE OM DATABASENE..... 64
VEDLEGG 4 – SJEKKLISTE EKSEMPEL 65

Tabeller og figurer

Tabell 1 - Metaetnografiens 7 trinn 15
Tabell 2 - Søkestrategi 19
Tabell 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier 20
Tabell 4 - Karakteristikk av inkluderte artikler 24
Tabell 5 - Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse 27
Tabell 6 - Synteseoversettelse 30

Figur 1 - Flytdiagram 22

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Håndtering av kritiske og kompliserte fødsler er en del av jordmorprofesjonen. Slike hendelser medfører sjelden alvorlige konsekvenser, bortsett fra en umiddelbar stressreaksjon. Hos noen vedvarer denne stressreaksjonen og påvirker jordmor i ettertid. Fra eget arbeidsmiljø har vi hørt om traumatiske fødsler, og dette vekket vår nysgjerrighet på jordmors opplevelse av det. Vi antar at jordmødrenes emosjonelle helse blir påvirket og at jordmødre kan utvikle skyldfølelse og dårlig selvbilde, og samtidig bli usikker på seg selv og sin rolle.

Traumatiske hendelser trenger ikke å oppstå som et resultat av en stor katastrofe, men det er hendelser som bærer med seg risiko for å utløse en stressreaksjon. Lazarus & Folkman (1984) definerer psykologisk stress som et forhold mellom personen og omgivelsene, som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hennes ressurser og setter hennes velbefinnende i fare. En traumatisk hendelse kan beskrives som ubehagelig, og kan komme av skade, vold eller emosjonelt sjokk. Hendelsen kan være farlig og emosjonelt overveldende, noe som viser seg ved at ofrene blir lamslåtte og deres forsvarsmekanismer fungerer ikke slik de skal. En slik reaksjon vil kunne føre til at kroppen reagerer med en "fight" eller "flight" mekanisme. Ved en traumatisk fødsel vil jordmor sørge for omsorg og støtte til kvinnen og familien hennes, og noen ganger er det ikke før etter hendelsen at jordmor opplever en egen reaksjon (Calvert & Benn, 2015).

Det har vært en stor utvikling av interessen for menneskets respons på hendelser utenfor det normale spekteret. Soldater i krig har vært starten på forskernes interesse for den menneskelige responsen på traumatiske hendelser. Det har vært en stor utvikling i hvordan en ser på menneskers reaksjoner etter traumatiske hendelser. Forskjellen på hvordan menneskets reaksjoner på traumer ble oppfattet under borgerkrigen i USA som endte i 1865, og etter terrorangrepet i New York i 2001 viser dette. I løpet av borgerkrigen ble soldater som viste emosjonell fortvilelse etter å ha vært vitne til menneskelig lidelse og død sett på som psykisk defekte. Under terrorangrepet i New York ble derimot de emosjonelle

reaksjonene blant redningspersonell sett på som en normal og forventet reaksjon (Morrisette, 2004). Videre har forskere koblet responsen på traumatiske hendelser til nye grupper, for eksempel helsepersonell. Gjennom forskning på helsepersonell har fenomenet "second victim", utviklet seg. "Second victim" er helsepersonell som har blitt utsatt for en uforutsett traumatisk hendelse, medisinsk feil eller skade på pasienten. Helsepersonellet blir dermed et offer i den forstand at de blir traumatisert av hendelsen (Scott et al., 2009). Sheen, Spiby & Slade (2015a) gjorde en stor kvantitativ studie som undersøkte jordmors opplevelse etter traumatiske fødsler. Resultatene fra denne studien viste at 1 av 6 engelske jordmødre hadde hatt traumatiske opplevelser, og at 1 av 20 led av klinisk posttraumatisk stress.

Jordmor har ofte et selvstendig ansvar for oppfølging av gravide i svangerskapet, ved fødsel og i barseltid. I 2013 var det 692 uønskede hendelser som ble meldt til kunnskapssenterets meldeordning i Norge. Av disse var 169 hendelser av den karakter at den gav betydelig skade på mor som følge av blødning, uterusruptur, perinealrifter og operative forløsninger. 43 barn døde og 94 fikk betydelig skade, hvor av flest tilfeller skyldtes fosterasfyksi (Saastad, Kirschner & Flesland, 2014). En norsk studie undersøkte tilfeller av fødselsskade hvor det ble søkt om kompensasjon, og fant at i 90% av tilfellene skyldes skaden menneskelig svikt. Ofte skyldes feilen feiltolkning, manglende overvåkning eller at kompetent personell ikke ble kontaktet (Andreasen, Backe, Jørstad & Øian, 2012). Traumatiske fødsler er antagelig noe alle jordmødre vil oppleve i løpet av karrieren. Ved slike hendelser er jordmor opptatt av å ta vare på fødekvinnen, men vi antar at opplevelsen også vil prege jordmor. Arbeidet som jordmor er fylt med glede og ydmykhet i møte med fødselen av et nytt liv. Vi har selv vært med på fødsler, og har tatt i mot flere barn. Møtet med fødekvinnen og det nye livet har vært givende og spennende. Men arbeidet som jordmor involverer også fødsler som ikke går som en hadde ønsket eller tenkt. Kjernen i fagtradisjonen til jordmødre er å verne om den naturlige fødselsprosessen, og møtet med traumatiske fødsler kan være overveldende, men likevel noe jordmødre skal evne å håndtere. Omsorgen som jordmor skal gi innebærer blant annet forebyggende tiltak, observasjoner av patologiske tilstander hos mor og barn, tilkalling av nødvendig legehjelp og utøvelse av førstehjelp (Kringeland, 2010).

1.2 Hensikt og formål

Hensikten med denne studien er å bidra til større innsikt i hvordan jordmødre opplever tiden etter en traumatisk fødsel, og hvordan de mestrer opplevelsen i etterkant. Vi vil fremme en større forståelse for hvordan traumatiske hendelser virker inn på jordmors mentale helse og hvordan arbeidsmiljøet spiller inn på opplevelsen.

En metasyntese over jordmødres opplevelse etter traumatiske fødsler vil kunne synliggjøre hva som allerede eksisterer av forskning på temaet, og med dette bidra til en større innsikt. Samtidig vil vi kunne se eventuelle sammenhenger på tvers av flere studier. Formålet med denne studien er å bidra med forskningsmateriale som kan belyse jordmors opplevelse i etterkant av traumatiske fødsler. Ved å se på opplevelsen og hva jordmor har behov for kan vi belyse hvilken type oppfølging som er hensiktsmessig å tilby jordmødre. Dette kan bidra til utvikling av oppfølgingsmodeller for jordmødre etter traumatiske fødsler.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å se på det mentale og sosiale aspektet ved jordmors opplevelse av traumatiske hendelser. Hendelsen har vi begrenset til situasjoner som kan oppstå på fødestuen. Vi avgrenser en traumatisk fødsel til å omhandle hva jordmødre selv opplever som traumatisk. Vi er interessert i hvilke opplevelser jordmor har i ettertid, og ikke under selve hendelsen. Med ettertid mener vi at den umiddelbare stressreaksjonen er forbi, men vi begrenser ikke mer utover dette.

I denne studien fokuserer vi på jordmors opplevelse og det mellom-menneskelige aspektet. Begrepet opplevelse viser at vi er interessert i erfaringer og tanker jordmødre har. Dette begrepet velger vi å omhandle både hva jordmødre opplever mentalt og psykososialt, og faktorer som kan forme opplevelsen vil derfor spille inn på opplevelsen. I denne studien går vi ikke inn på de juridiske krav og prosesser rundt en traumatisk fødsel, som også kan være en belastning for jordmor.

1.4 Problemstilling

Hvilke opplevelser har jordmødre i etterkant av traumatiske fødsler?

1.5 Oppbygging av oppgaven

I innledningen har vi presentert bakgrunn for temaet, hensikt og formål, avgrensning og problemstilling. Kapittel 2 inneholder en presentasjon av oppgavens teoretiske forankring. Her gjør vi rede for Richard Lazarus sin teori om mestring. Vi kommer til å anvende teorien som en boksåpner for å sette et perspektiv på funnene i denne studien. I kapittel 3 gjør vi rede for valg av metode, og vi beskriver søkestrategi og dataanalyse. I samme kapittel presenteres hermeneutikk som vitenskapsfilosofisk ståsted, samt forskningsetiske overveielser. I kapittel 4 presenterer vi nye tolkninger som ble identifisert gjennom metaetnografien, og funnene fra primærartiklene. I kapittel 5 diskuteres hovedfunnene i studien opp mot studiens hensikt, det teoretiske perspektivet og annen relevant litteratur. Videre diskuterer vi metodevalgene, hvordan studien er relevant for praksis, og forslag til videre forskning. Til slutt konkluderer vi med å besvare forskningsspørsmålet.

2 Teoretisk forankring

Vårt utgangspunkt for denne studien er at jordmorfaget hovedsakelig er en humanistisk disiplin, og temaet er bevisst valgt ut i fra et humanvitenskaplig standpunkt. Opplevelsesdata er nødvendig for å få en større og dypere forståelse for ulike tema innen jordmorfaget, og målet er å forstå menneskelige ytringer (Sinclair & Bryar, 2011). I denne studien ønsker vi å se på jordmødres subjektive erfaringer. Da vi tok stilling til hvordan vi skulle anvende begrepet teori, valgte vi å se på teorien som en boksåpner. Ved å anvende teorien som en boksåpner til virkeligheten, kommer vi til å bruke teorien og annen litteratur til å kretse inn fenomenet som studeres (Høyer, 2011). Funnene fra analysen åpnet opp for hvilken teori som skulle anvende. Teorien ble valgt på bakgrunn av det som var relevant for hensikten med studien og funnene i syntesen. Teorien er valgt for å gi materialet en dypere mening og for å avgrense til et perspektiv som vi kunne studere funnene gjennom (ibid). Etter vi var ferdig med syntesen av materialet ble det tydelig for oss at resultatene skulle diskuteres opp mot en mestringsteori.

2.1 Stress, vurdering og mestring

Teorien vi har valgt å bruke er utviklet av Richard S. Lazarus gjennom flere tiår (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 2006). Deler av teorien er utarbeidet i samarbeide med Susan Folkman. Lazarus har blitt kalt en av fagets mest innflytelsesrike personer, og han har studert betydningen av begrepet "vurdering" som forklaring på hva stress er og hva mestring innebærer. Det er to aspekt ved Lazarus teori som vi velger å fremheve i dette kapittelet: vurderingsprosesser og mestringsstrategier. Vi velger å fokusere på dem fordi de er relevante for funnene våre. Teorien anvendes i diskusjonskapittelet for å trekke paralleller til funnene fra syntesen ved å se dem i et mestringsperpektiv. Årsaken til at vi velger en mestringsteori er fordi funnene viser at mestring er en stor del av jordmors opplevelse etter traumatiske fødsler.

2.1.1 Vurderingsprosessen

Lazarus sin mestringsteori bygger på en kognitiv forståelse av situasjonen personen befinner seg i. Dette betyr at det er personens egne tanker om situasjonen en er i, som er grunnlaget for opplevelsen av stress. Vurderingsprosessen er det som skjer mellom en gitt hendelse og reaksjonen vår på den gitte hendelsen. Samspillet mellom faktorer ved personen og den situasjonen en befinner seg i, avgjør hvordan en reagerer og handler, altså hvordan en mestrer situasjonen. Det finnes ulike betingelser for mestring (Lazarus, 2006). Forutsetningene en jordmor har for å håndtere stress baseres ut fra variablene i vurderingsprosessen. Både de ytre variablene, som for eksempel arbeidsmiljøet, og de indre variablene, i form av for eksempel personlige ressurser, er avgjørende for jordmors evne til å mestre den traumatiske opplevelsen (ibid).

For å beskrive vurderingsprosessen, skiller Lazarus mellom primær-og sekundærvurderingen. Likevel understreker han at i virkeligheten foregår primær- og sekundærvurderingen samtidig. I primærvurderingen tillegges situasjonen eller hendelsen mening ut fra kjennetegn ved hendelsen, sammen med indre faktorer i personen selv. Om personen oppfatter denne kognitive vurderingen som belastende, kan det vurderes til å handle om en trussel, et tap eller en utfordring. Allerede her kan det komme opp mange følelser, og personen vil ha en sterk opplevelse av stress. I sekundærvurderingen foregår personens vurdering av mulighetene for å håndtere den aktuelle hendelsen. Her kan en lete etter tidligere erfaringer og finne ut om en har tilstrekkelige kunnskaper og nødvendige ferdigheter som en kan gjøre nytte av for å håndtere hendelsen. Svarene på disse spørsmålene avgjør hvordan en velger å håndtere hendelsen (Lazarus, 2006).

Det finnes det noen betingelser for vurderingsprosessen. Betingelsene kan kalles variabler, og deles inn i personvariabler og miljømessigevariabler. Personvariablene samspiller med de miljømessigevariablene og påvirker våres reaksjoner i kraft av vurderingsprosessen. Personvariablene er; mål og målhierarkier, forestillinger om selvet og verden, og personlige ressurser. Mål og målhierarki omhandler motivasjon, at noe står på spill. Dersom det oppstår konflikt mellom ulike mål må en vurdere hva som er viktigst og eventuelle konsekvenser eller utfall. Forestillinger om selvet og verden handler om hvordan vi oppfatter oss selv og vår plass i omgivelsene. Personlige ressurser kan omhandle intelligens, økonomi, sosiale ferdigheter, utdanning, utseende, støttende relasjoner, god helse og så

videre. De kan være medfødt eller noe vi erverver oss. De miljømessigevariablene er; krav, restriksjoner, muligheter og kultur. Krav omhandler press fra sine sosiale omgivelser. Restriksjoner er i motsetning til krav hva man ikke må gjøre. Muligheter handler mye om timing, og forutsetningen en har for å gripe mulighetene. Kultur er forskjeller mellom for eksempel ulike samfunn (Lazarus, 2006).

2.1.2 Mestringsstrategier

Mestring handler om måten en håndterer stressende livssituasjoner på. Når mestringen er ineffektiv vil nivået av stress være høyt. Når mestringen er effektiv vil nivået av stress helst være lavt. Samtidig vil god mestring si at en person presser seg selv hardt, og det igjen henger sammen med et større potensial for stress, selv om en er god til å håndtere det (Lazarus, 2006).

Revurderingen vil komme som et steg etter vurderingsprosessene dersom hun opplever at hun har de nødvendige ressursene til å mestre situasjonen. Da kan en ved å revurdere situasjonen, endre opplevelsen til å være en utfordring i stede for en trussel. Når en person er sikker på sine egne mestringsevner, er sjansen større for at en ser hendelsen som en utfordring fremfor en trussel. Revurdering er en effektiv form for mestring, og er kanskje den mest effektive mestringsstrategien (Lazarus, 2006). Dette fører oss videre inn på ulike mestringsstrategier.

Lazarus mestringsteori skiller mellom to typer mestringsstrategier som mennesker bruker i en stressende situasjon. Disse er problemorientert og følelsesorientert mestring. Problemorientert mestring er aktive og direkte strategier, og personen forholder seg aktivt og direkte til situasjonen eller problemet. Emosjonelt orientert mestring er rettet mot å regulere følelsene som knyttes til hendelsen ved for eksempel å unngå å tenke på trusselen eller å revurdere den (Lazarus, 2006). Den kan i blant være en nødvendig mestringsstrategi, og strategien kan betraktes som å unngå, unnvike eller flykte fra ubehaget. Når vi skiller mellom ulike mestringsstrategier i oppgaven, gjør vi dette for å prøve å forstå hvorfor jordmødre handler som de gjør. Dette er et kunstig skille fordi en som oftest bruker flere strategier på en gang, og en bytter mellom strategier for å tilpasse seg og for å øke mulighetene for mestring (Lazarus, 2006).

3 Metode

Metode betyr å følge en spesiell vei mot et mål. Det handler om hvordan vi går frem for å innhente pålitelig og relevant informasjon, og hvordan vi analyserer informasjonen (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Det er forskningsspørsmålet som leder vei til hvilken metode som er relevant. I denne studien handler forskningsspørsmålet om jordmors opplevelse etter traumatiske fødsler. Begrepet opplevelse viser at vi er interessert i erfaringer og tanker mennesker har om et tema. På bakgrunn av dette vil kvalitative primærstudier bidra til å besvare problemstillingen. Kvalitativ forskning brukes for å undersøke og beskrive sosiale prosesser, opplevelser og erfaringer, slik individet oppfatter og uttrykker det (Berg & Munthe-Kaas, 2013).

3.1 Metaetnografi som metasyntese

Vi har anvendt metaetnografi som tilnærming til metasyntese. Metaetnografi er en av seks måter å gjøre en metasyntese på (Polit & Beck, 2012). Denne metoden er beskrevet i Noblit & Hares bok ”Meta-Ethnography: Synthetsizing Qualitative Research” fra (1988). Den baserer seg ikke bare på sammenslåing av data, men også fortolkning av data. Formålet med å gjøre en metaetnografi er å samle og syntetisere data fra inkluderte primærstudier og ende opp med nye tolkninger og ny innsikt om et spesielt fenomen på tvers av flere studier (Noblit & Hare, 1988).

Våren 2016 utførte vi et litteratursøk hvor vi identifiserte flere studier som omhandlet jordmor etter traumatiske hendelser i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Vi så det derfor hensiktsmessig å gjøre en metasyntese av kvalitative studier for å gi en større bredde i perspektivet ved å sammenfatte flere resultater til ett resultat. Ved å integrere funnene og forståelsen i de enkelte studiene vil dette lede oss frem til en mer presis tolkning av fenomenet (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Samtidig vil dette bidra til at eksisterende forskning blir lettere tilgjengelig for dem som arbeider innen fødselsomsorgen. Aveyard (2014) sier at det er hensiktsmessig å sammenfatte og analysere eksisterende forskning på et

tema, og det er en profesjonell plikt å holde seg faglig oppdatert. Om en sammenfatter studier, blir forskning mer overkommelig ved at du kan lese én studie i stedet for, for eksempel syv. I tillegg kan én enkelt studie gi oss et misvisende bilde på et fenomen, fordi det er én av mange. Derimot vil flere studier slått sammen ha potensiale til å gi oss et mer komplett bilde av et fenomen (Aveyard, 2014; Berg & Munthe-Kaas, 2013).

Noblit & Hares (1988) innfallsvinkel til metasyntese av kvalitative studier inneholder syv trinn. De første tre er pre-analytiske og handler om å velge fenomenet en ønsker å studere, bestemme hvilke studier som er relevant for syntesen, og å lese studiene flere ganger. Trinn fire til seks er analyseprosessen, hvor en identifiserer fellestrekk på tvers av primærstudiene, ser etter sammenhenger, oversetter studiene til hverandre og bestemmer hvordan de er i slekt, for deretter å syntetisere oversettelsene. Trinn syv innebærer å formidle syntesen til leserne. I utgangspunktet brukte vi de syv trinnene til å lage en overordnet plan for oppgaven. I løpet av prosessen har de vært et aktivt arbeidsverktøy. Vi har forsøkt å følge trinnene systematisk. Samtidig sier forfatterne selv (Noblit & Hare, 1988) at trinnene er overlappende og ofte parallelle. Vi beskriver prosessen vår i forhold til trinnene i tabell 1.

Tabell 1 - Metaetnografiens 7 trinn

7 trinn	Kort om prosessen vår	Når
1. Oppstart	Temaet vi ønsket å studere ble bestemt, og forskningsspørsmålet definert. Søkestrategi ble utarbeidet i samarbeide med bibliotekar, og søk i 4 databaser ble utført (tabell 2)	Mai 2016
2. Avklare hva som er relevant å inkludere	Vi utviklet inklusjon- og eksklusjonskriterier (tabell 3). Etter gjennomgang av 720 tittel og abstrakt, og deretter 17 i fulltekst, ledet kriteriene oss frem til syv inkluderte artikler (figur 1).	Mai/Juni 2016
3. Lese studiene	De syv inkluderte primærstudiene ble lest flere ganger. Artiklene ble kritisk vurdert gjennom sjekklister fra kunnskapssenteret (vedlegg 4 og 5) og en tabell med presentasjon av studiene ble utviklet (tabell 4).	Juni/August 2016
4. Avgjøre hvordan studiene er relatert til hverandre	I denne fasen ble metaforer, sitat og fremvoksende tema fra artiklene identifisert. Vi kunne se sammenlignbare tema på tvers av studiene.	August/September 2016
5. Oversette studiene til hverandre	Det ble valgt en indeksartikkel (Halperin et al., 2011) som utgangspunkt for oversettingen av studiene til hverandre. Denne sammenligningen gjorde at det ble dannet et helhetsbilde av fenomenet.	August/September 2016
6. Syntetisere oversettelsene	Vi utførte syntese av resultatene fra trinn fire og fem, og kom frem til en overordnet tolkning av fenomenet (tabell 6).	August/September 2016
7. Resultat: Uttrykke og forklare syntesene	I resultatdelen av metasyntesen blir resultatene og tolkningene presentert. Vi går tilbake til primærartiklene for å bekrefte tolkningene med resultatene fra primærartiklene.	September/Oktober 2016

3.2 Hermeneutikk som vitenskapsfilosofisk grunnlag

Paradigmet vi bygger vår studie på, er moderne hermeneutikk som er videreutviklet av Hans-Georg Gadamer (Thomassen, 2006). Gadamer beskriver hermeneutisk filosofi som erfaringens vei. Dette kan forstås ved hjelp av den hermeneutiske spiral, som er veien en går i utviklingen av ny kunnskap. I metaetnografien kan vi trekke paralleller til den

hermeneutiske spiral gjennom to eksempler. For det første har vi ved å lese studiene gjentatte ganger, fått en større innsikt for hver gang, fordi vi har fått en ny forståelse ved å lese de andre inkluderte studiene. For det andre har vi gått flere runder i de syv trinnene, noe som har økt forståelsen for fenomenet og metoden.

Målet er å se på delene i teksten i lys av helheten, og helheten i lys av delene (Nåden & Braute, 1992). Vår forståelse av materialet vil da utvikle og endre seg etterhvert som vi analyser nye deler i tekstene. Helheten vil være de inkluderte studiene og delene i disse. Forskerne som har gjort studiene, er også en del av helheten. De er mennesker som har egne verdier, meninger og følelser som er med på å farge deres synspunkter (ibid). I lys av hermeneutikken kan vi si at formålet med å gjøre en metasyntese til denne problemstillingen, er å smelte sammen ulike horisonter til en ny og bredere horisont, noe som reduserer faren for vilkårlige tolkninger (ibid). Horisonter er, i hermeneutikken, den kunnskapen og erfaringen forskeren har, og det ståstedet han ser verden fra. En kan også si at horisonten er teksten, eller materialet vi jobber med. Alle disse delene, eller horisontene, smelter sammen til helheten (ibid). De inkluderte primærstudiene er hver for seg deler av vår studie. Slått sammen til nye tolkninger vil de bidra til å gi oss en bredere horisont av innsikt i opplevelsen til jordmødre etter traumatiske fødsler.

3.2.1 Forforståelse

Vi har skrevet ned vår forforståelse av temaet for å bli bevisst våre egne forutinntatte tanker og fordommer rundt temaet. Ved å skrive ned vår forforståelse kan det hjelpe oss til å skille mellom egne oppfatninger og innholdet og budskapet i tekstene (Nåden & Braute, 1992). Vi er to jordmorstudenter i sluttfasen av utdanningen. Vi har lite arbeidserfaring bak oss, og ingen av oss har stått i det vi karakteriserer som en traumatisk fødsel. Likevel har vi gjort oss mange refleksjoner over situasjoner vi har vært involvert i. Det faktum at vi ikke har stått i en slik hendelse, mener vi er en fordel når vi skriver denne oppgaven. Dette fordi vi ikke har noen sterk emosjonell bakgrunn til temaet, og dermed kan være mer nøytral i vår tolkning av materialet.

3.3 Søkestrategi

Vi har utført et planlagt systematisk litteratursøk. Polit & Beck (2012) beskriver dette som å lete etter forskning på et utvalgt forskningsspørsmål ved bruk av en systematisk og beskrevet datainnsamling. I slike studier bruker en metoder som er reproduserbare for å sikre at studien blir så gjennomsiktig som mulig, slik at leseren kan forstå utviklingen frem til konklusjonen (ibid). Ved å gjøre dette prøver vi å unngå feilkilder og villedende konklusjoner som kan komme av et feil utvalg av forskning, eller skjevheter i prosessen.

I dette avsnittet redegjøres det for valg av søkestrategi, søkeord og kombinasjoner. Hvordan dette er blitt utført i praksis vil bli tydeliggjort gjennom flytskjemaet, figur 1, og beskrevet i søkeloggen. Søkestrategiene i denne studien har vært å gjøre planlagte søk med en fastlagt søkestrategi tilpasset den enkelte database. Søket skulle foregå i fire databaser. I tillegg gjorde vi manuelle søk ved å gå gjennom referanselister. Ved å anvende flere strategier blir søket vårt mer grundig, og vi øker da sjansen for å fange opp det som finnes av aktuelle primærartikler for vår problemstilling (Aveyard, 2014). I følge Polit & Beck (2012) er kompetanse om litteratursøk og databaser av stor betydning ved uthenting av primærkilder. Derfor utførte vi innledende søk i samarbeid med en bibliotekar ved HiOA, som hadde spesialkompetanse på litteratursøk. Vi fikk anbefalt relevante databaser og råd om hvordan vi kunne utforme søkestrategien. Søket ble utført i databasene, og søkeordene ble tilpasset etter hvilken database vi brukte, fordi søkeord i databaser kan variere. Etter flere runder med søk i databasene, for å bli godt kjent med dem før det endelige søket, endte vi opp med flere aktuelle søkeord, synonymer og kombinasjoner. Dette ble en prosess med prøving og feiling for å dekke søket bredt og samtidig spesifikt nok. Vi opplevde at dette utgjorde et godt grunnlag før det endelige søket ble utført. I det endelige strategiske søket ble forskningsspørsmålet delt inn i tre blokker med engelske begrep for jordmor, traumatisk hendelse og utfall/fenomen. Under hver blokk ble det lagt til både brede og spesifikke synonymer som omhandler blokken med OR, og til slutt ble de tre blokkene satt sammen med AND. Dette utgjorde søket i databasene, i tillegg til begrensingene for årstall, abstrakt og språk. Bibliotekaren som hjalp oss i det innledende søket, bekreftet vår endelig søkestrategi ved å se over søkestrategien. Dette bidrog til å kvalitetssikre søkene som vi til slutt utførte på egen hånd. Søkestrategien er presentert i tabell 2.

For å finne aktuelle primærstudier ble det søkt i databasene: Maternity & Infant care, MEDLINE, PsychInfo og Cinahl. Valget falt på disse fordi de dekker en stor bredde forskning innen sykepleie- og jordmorfag og inneholder mange kvalitative studier. Samtidig dekker de både jordmorfag og psykologi, noe som var relevant for forskningsspørsmålet. Antall databaser ble valgt fordi dette var håndterbart i forhold til oppgavens begrensning, men vi var åpne for å utvide dersom vi fikk et lite tilfredsstillende treff. Dette ble ikke nødvendig.

Tabell 2 - Søkestrategi

Jordmor		Traumatisk hendelse		Fenomen		Begrensninger
Midwife OR midwives OR Midwi* OR Obstetric nursing OR Nurse midwifes OR midwifery culture OR Labour and delivery nurse	**AND**	Obstetric labor complications OR Critical care OR Emergencies OR Critical illness OR Adverse events OR Delivery complications OR Traumatic childbirth OR Traumatic events OR Traumatic birth OR Unexpected events OR Trauma OR Critical incident OR Emotional trauma OR stressfull childbirth situations OR indirect exposure to trauma OR birth injury OR medical errors OR critical OR critical events OR critical births	**AND**	Experience* OR Second victim OR Adaptation OR Traumatic stress OR Social support OR Coping OR Emotional distress OR Emotional health OR debriefing OR Concerns OR Guilt OR Empathy OR Professional Burn-out OR psychological OR adaptation psychological OR psychological factors OR well-being OR coping behavior OR trust OR resilience OR coping strategies OR compassion fatigue OR secondary traumatic stress OR existential concerns OR blame OR guilt OR shame OR psychology OR feeling OR emotions OR mental processes OR emotional process	**AND**	- 2006-2016 - språk (engelsk, norsk, dansk, svensk) - må inneholde abstrakt

3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I tabell 3 presenterer vi kriteriene for inkludering, som ble satt før søk i databasene ble utført, samt begrunnelsen for dem. Bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier er avgjørende for å forsikre oss om at studien er relevant for problemstillingen (Aveyard, 2014). Flere av kriteriene blir satt på grunn av oppgavens begrensning. Når en utfører en metasyntese, skal man optimalt finne all tilgjengelig forskning på emnet (ibid). Vi har måttet begrenset antall databaser, og vi har heller ikke søkt etter upublisert litteratur eller snakket med eksperter på området. Kriteriene vi har satt opp, er dermed en kombinasjon av praktiske begrensninger og begrensninger som hjelper oss å sile ut relevante studier for forskningsspørsmålet.

Tabell 3 - Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier	Begrunnelse
Kvalitative forskningsartikler og mixed methods, ulik metodologi	Kvantitative forskningsartikler	Vi ønsker en større forståelse for jordmors opplevelse, derfor vil kvalitative studier være riktig studiedesign.
Omhandler jordmor, (obstetric nurse, nurse midwifes, L&D nurse)	Annet helsepersonell, fødekvinnen, fødeparet, jordmorstudenter	Ønsker å se spesifikt på jordmors opplevelse, og andre som kan ha lignende arbeidsoppgaver. Labour & Delivery nurse har f.eks like oppgaver som jordmor, foruten å forløse barnet.
I etterkant av kritiske hendelser i et udefinert tidsrom	Under selve hendelsen	Vi ønsker å undersøke emosjoner og refleksjoner jordmor har i etterkant
Traumatiske hendelser i fødesituasjonen på sykehus	Svangerskap, barsel og hjemmefødsler	Oppgavens begrensning
Artikler publisert fra januar 2006	Eldre artikler	Oppgavens begrensning, samt funnet lite forskning på tema før 2006
Primærstudier	Sekundærstudier, bøker, fagartikler, annen litteratur	Oppgavens begrensning ift tid. og vi ønsker primært å studere primærdata som er så nært som mulig til informantene.
Norsk, engelsk, dansk og svensk	Andre skriftspråk	Oppgavens begrensning. Oversettelse ville blitt for omfattende.

3.3.2 Søkelogg

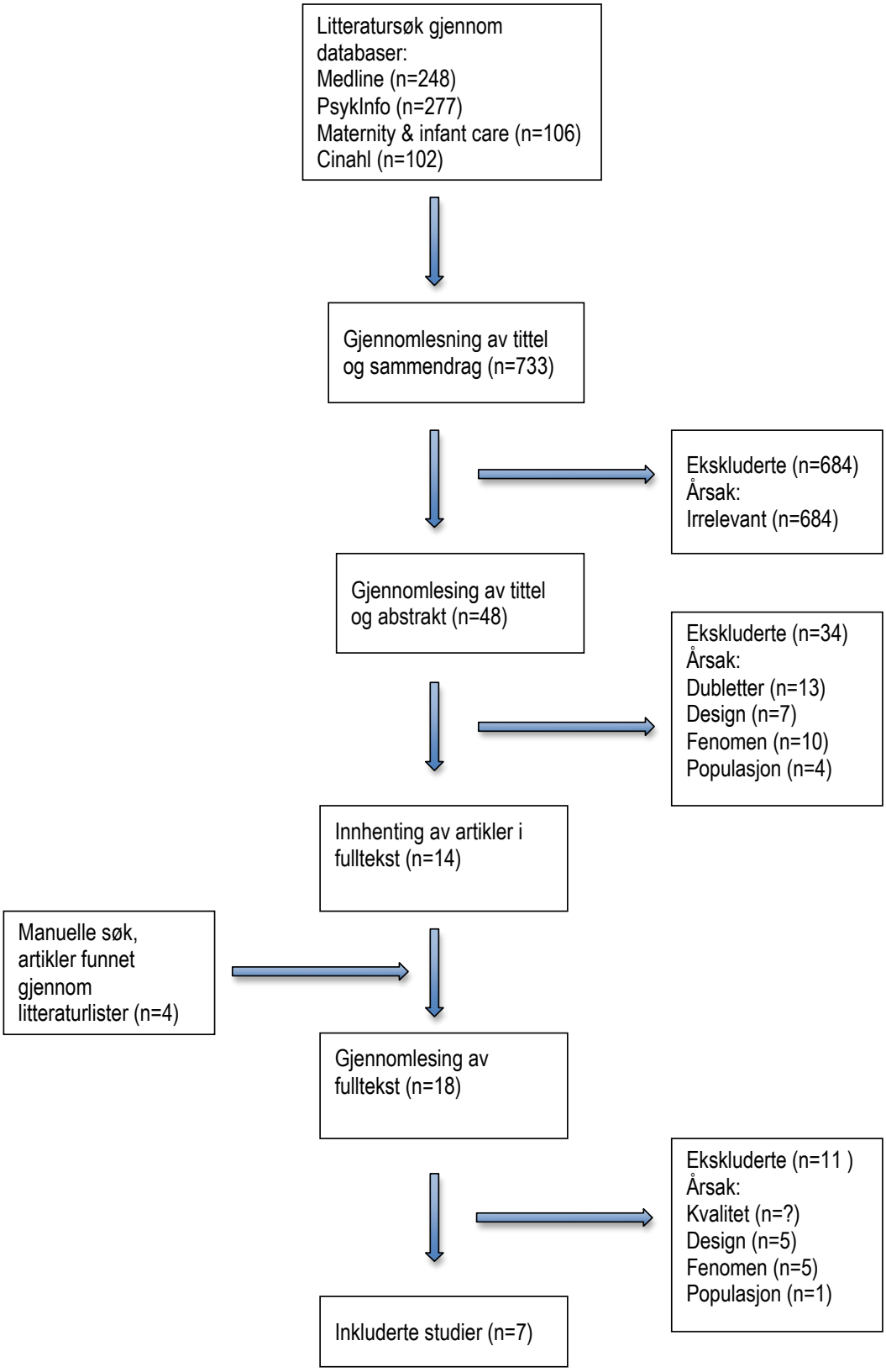
Underveis i søkeprosessen ble det ført søkelogg, og det ble utgangspunktet til flytdiagrammet (figur 1). Nedenfor beskriver vi søkeprosessen, som tydeliggjøres gjennom flytdiagrammet. Søket ble utført av begge kandidatene, og dette var med på å øke sjansene for at alle tilgjengelige studier ble identifisert. Vi velger her å forklare den videre prosessen med begrepene første, andre og tredje fase for å gjøre prosessen tydelig.

I første fase delte kandidatene seg og gikk gjennom funnene fra to databaser hver. Artiklene ble ekskludert på bakgrunn av manglende relevans ved å lese tittel. Der artikkelens tittel gav en uklar forståelse av innhold, ble abstraktet lest. 684 artikler ble ekskludert og 35 inkludert videre til neste runde.

I andre fase leste begge kandidatene abstraktene i artiklene (n=35). Denne fasen gjorde vi dobbelt, ved at begge kandidatene gikk gjennom alle 35 hver for seg. Eksklusjon ble gjort på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Etter at begge kandidatene hadde ekskludert artiklene hver for seg, ble de inkluderte artiklene sammenlignet. Kandidat 1 inkluderte 11 artikler, og kandidat 2 inkluderte 13 artikler. Alle de 11 artiklene til kandidat 1 var blant de 13 til kandidat 2. De artiklene som det var uenighet om ble inkludert. Etter andre fase ble dermed 13 artikler tatt med videre til fase tre.

I tredje fase ble de 13 artiklene funnet og lest i fulltekst. Her kom også de inkluderte artiklene fra det manuelle søket og gjennomgangen av referanselistene inn. Alle referanselistene til de 13 artiklene fra databasesøket ble gjennomgått av begge kandidatene, og 4 artikler ble inkludert gjennom manuelle søk. Det endte til slutt med at 17 artikler ble lest i fulltekst av begge kandidatene. De ble vurdert gjennom kriterier for inklusjon og eksklusjon, og 10 artikler ble ekskludert. Ekskluderte artikler i fase tre, og årsak til eksklusjonen er utdypet i vedlegg 2. Vi satt da igjen med 7 artikler som ble inkludert i studien. Det var 2 av de 7 inkluderte artiklene som ble inkludert fra det manuelle søket. Begge kandidatene var i denne fasen enige om hvilke artikler som til slutt skulle inkluderes med i studien. Søkelogg fra to av de fire databasene er lagt som vedlegg (vedlegg 1), samt et eget vedlegg (vedlegg 3) som kort presenterer databasene og hvilke inkluderte artikler som ble funnet i hvilken database.

Figur 1 - Flytdiagram



3.4 Vurdering av artiklenes kvalitet

I en metasyntese skal man vurdere datamaterialet kritisk, på den måten kan man kartlegge kvaliteten og innholdet av studien. Samtidig hjelper det oss å vurdere relevansen i forhold til problemstillingen (Aveyard, 2014). En av ulempene ved den metaetnografiske metoden er at den ikke gir noen råd om utvelging av studier og metodisk kvalitetsvurdering (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Vi valgte å vurdere kvaliteten på artiklene etter at de var blitt inkludert i metasyntesen. Grunnen til dette er at Noblit & Hare (1988) anbefaler å inkludere alle relevante studier uten å ta hensyn til kvalitet. Dette støttes av Aveyard (2014) som presiserer at det ikke er sterk enighet om hva som er god kvalitet i en kvalitativ studie, og anbefaler derfor å ikke ekskludere på bakgrunn av kvalitet. Polit & Beck (2012) fremhever to grunnleggende faktorer som bør være til stede i inkluderte studier. Disse er kravet om å ha benyttet kvalitativ metode, samt at resultatene blir støttet av rådata. Disse faktorene var til stede i alle de inkluderte studiene. Da vi skulle vurdere de inkluderte primærstudiene kritisk, kontaktet vi nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og de anbefalte oss å bruke de sjekklistene som vi har anvendt (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2016). Tre av de syv artiklene var av metoden "mixed method". Dette er studier med en kvalitativ og en kvantitativ del (Polit & Beck, 2012). Kriteriet for å inkludere studier av metoden "mixed method" var at det var et klart skille mellom den kvalitative og den kvantitative delen. Vi valgte å kvalitetsvurdere den kvalitative delen og ikke den kvantitative delen, fordi vi skulle bruke utelukkende den kvalitative delen som materiale i syntesen. Ut ifra vurderingene i sjekklisten skal kvaliteten på studier vurderes til lav, middels eller høy kvalitet. Våre primærstudier ble vurdert til høy kvalitet, bortsett fra en som ble vurdert til middels kvalitet (vedlegg 5). Noen vil mene at studier med middels eller lav kvalitet bør ekskluderes, eller eventuelt tillegges mindre vekt i for eksempel syntesen eller resultatene. Vi valgte å ikke ekskludere artikkelen med middels kvalitet i dette tilfellet, blant annet fordi alle artiklene hadde sammenlignbare funn. Vi har lagt like mye vekt på alle artiklene, både i resultat og diskusjon. Om vi hadde funnet artikler med lav kvalitet, ville vil i det tilfellet gjort en vurdering om eksklusjon.

Arbeidsprosessen med å kvalitetsvurdere ble utført av begge kandidatene. Kandidat 1 vurderte først kvaliteten på primærartiklene ved hjelp av sjekklistene, deretter utførte kandidat 2 den samme vurderingen på bakgrunn av kandidat 1 sine vurderinger. Spørsmål ved punkter som var uklare, ble diskutert mellom kandidatene til slutt.

Tabell 4 - Karakteristikk av inkluderte artikler

Forfatter (år) LAND	Formål	Metode	Utvalg	Hovedfunn og karakteristikk av traumatisk fødsel	Kvalitet og begrunnelse
Halperin, Goldblatt, Noble, Raz, Zvulunov & Wishnitzer (2011) ISRAEL	Målet var å undersøke kliniske livstruende fødselssituasjoner, som jordmødre opplevde som ekstremt stressende, og undersøke hvordan jordmødre håndterer slike opplevelser.	Kvalitativ. Individuelle semistrukturerte dybdeintervju	18 jordmødre fra 6 ulike fødeavdelinger i Israel	-Første tema fokuserte på reaksjonene jordmor hadde etter stressende fødselssituasjoner og påvirkningen det har på jordmor. Underkategoriene var: 1.hvordan fungere profesjonellt i en uforutsigbar virkelighet 2.emosjonelle reaksjoner 3.fysiske reaksjoner 4.langtidseffekt Underkategoriene var 1.problemer med å håndtere 2.reaksjoner fra kollegaer 3.følelser rundt støtte fra ledelsen 4.forslag for imøtekommelse av uttalte behov **Traumatisk hendelser:** Barnet døde, mor døde, skulderdystoci, hysterektomi, tredje og fjerde grads rift, andre kompliserte fødsler	Høy. Nesten alle kriterier er møtt. Et teoretisk rammeverk og forforståelse er ikke presentert, men studien har ellers en god metodedel. Formål, resultat og konklusjon samsvarer.
Beck & Gable (2012) USA	Målet er å undersøke hvordan sykepleier/jordmor beskriver opplevelsen av å være tilstede under kritiske fødselssituasjoner.	Mixed methods. I den kvalitative delen ble jordmor bedt om å skrive ned sin detaljerte opplevelse av hendelsen.	322 Labour & Delivery sykepleiere svarte på den kvalitative delen	Innholdsanalysen avdekket seks tema; 1.forstørret eksponering for traumatiske fødsler 2.vansker med å opprettholde en profesjonell rolle sammen med traumatiserte pasienter 3.tunge tanker om hva som skulle vært 4.formidling i etterkant av hendelsen 5.hjemsøkt av post traumatisk stress symptom 6.revurdering av videre karriere **Traumatisk hendelser:** Neonatal død, maternell død, skulderdystoci	Høy. Høy score på de fleste sjekkpunkt, samsvar mellom formål, resultat og konklusjon. Rikt datamateriale. Forskers ståsted ikke gjort rede for. Saturasjon av data er ikke nevnt, men stort antall deltakere. Valg av populasjon er begrunnet.
Goldbort, Knepp, Mueller & Pyron (2011) USA	Målet var å beskrive essensen i en uventet, traumatisk fødsel og fastslå hvilken innflytelse opplevelsen har på intrapartum sykepleiere.	Kvalitativ. Semistrukturert e inviduelle intervju	9 intrapartum sykepleiere som tilsammen delte 27 narritiv.	Temaet var "bak lukkede dører" og hadde seks underkategorier: 1.følelsen av kaos 2.forvent det uventede 3.Problemer med å glemme 4.Alle hender på dekk 5.Å bli 6.Kjærligheten for obstetrikk **Traumatisk hendelser:** Gjenopplivning av nyfødt, skulderdystoci, postpartumblødning, tang/vakuum som ender med keisernitt, andre kompliserte fødsler	Middels. Studien har middels metodisk kvalitet, fordi den ikke viser verktøy som er brukt for å indentifisere STSD i narrativene. Datainnsamling er gjort rede for, men dataanalysen virker mangelfull forklart. Mangler konklusjon.

Sheen, Spiby & Slade (2015) ENGLAND	Målet er å undersøke opplevelsen til jordmor etter traumatiske fødselssituasjoner, samt tilføre innsikt i opplevelsene og responsene til jordmødre med og uten posttraumatiske stress symptom.	Kvalitativ. Semi-strukturerte telefon intervju	35 jordmødre deltok. Deltakerne er delt i to kategorier; høyt og lavt nivå av stress (symptom på PTSD)	Fødselssituasjonene som jordmødrene hadde opplevd var av lik karakteristikk. Følelsesmessig opprørt, selvbebreidelse og sårbarhet av prosedyrene for etterforskning ble rapportert. Jordmødrene med høyt stressnivå rapporterte i større grad at det personlige aspektet var berørt. Begge gruppene satte pris på å snakke om det med kollegaer, men at støtte fra ledelsen var manglende. **Traumatisk hendelser:** Traumatisk perinatale hendelser	Høy. Datainnsamling og analyse er tydelig beskrevet. Funn i resultatkapittelet understøttes med relevante sitat fra hele 26 av 35 informanter, og forskerens ståsted og forforståelse er diskutert.
Beck, LoGiudice & Gable (2015) USA	Hva er opplevelsen til jordmor som er tilstede under traumatiske fødsler?	Mixed methods. I den kvalitative delen ble jordmødrene spurt om å beskrive opplevelsen sin.	246 jordmødre svarte på den kvalitative delen av studien.	Innholdsanalysen kom frem til seks tema: 1.følelsen av være maktesløs og hjelpeløs 2.symptom på posttraumatisk stress 3.støtte fra teamet eller mangelen på støtte 4.frykten for å bli saksøkt 5.innvirkningen på jordmorpraksisen 6.å gå videre **Traumatisk hendelser:** Føtale og neonatale dødsfall, gjenopplivning av nyfødte, skulderdystoci	Høy. Høy score på de fleste sjekkpunkt. Formål, resultat og konklusjon samsvarer. Begrunnet populasjon. Saturasjon av data er ikke nevnt, men stort antall deltakere. Valg av populasjon er begrunnet.
Schøder, Jørgensen, Lamont & Hvidt (2016) DANMARK	Målet er å undersøke bekymringer jordmor har som egen skyldfølelse, påført skyld, skam og eksistensielle bekymringer.	Mixed methods. I den kvalitative delen ble individuelle semi-strukturerte intervju gjennomført	14 respondenter fra den kvantitative undersøkelsen ble utplukket til å delta (6 obstetrikere og 8 jordmødre)	Hovedfunnene fra undersøkelsen var frykt for å bli tildelt skyld (fra pasient, kollegaer og ofisiell klage), egen skyldfølelse og eksistensielle bekymringer. **Traumatisk hendelser:** Hvor mor eller barn led alvorlige eller livstruende skader i forbindelse med fødsel	Høy. Studien har en gjennomgående godt forklart metode, foruten en noe uklar beskrevet dataanalyse. Studiens tema understøttes av relevante sitat, som samsvarer med konklusjon. Studien svarer tydelig på formålet.
Calvert & Benn (2015) NEW ZEALAND	Målet er å undersøke effekten en traumatisk opplevelse har på jordmor	Kvalitativ. Data ble innsamlet ved hjelp av narrativ intervju	16 jordmødre deltok i studien	Funnene fra studien kommer frem til emosjoner som sorg og tap, samt opplevelsen av mobbing/psykisk/sosial vold. Støtteapperat, debriefing. **Traumatisk hendelser:** Neonatal død, maternell død, preeklampsi, setefødsel, fostervannsemboli	Høy. Formål og resultat samsvarer. Datainnsamling er godt beskrevet, men intervjuguide for andre bolk intervju er ikke gjort rede for. Knyttet opp mot et relevant teoretisk perspektiv.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Etikk er et viktig aspekt ved all vitenskapelig forskning, og det er krav om at alle studier skal gjøre en etisk overveielse (Forsberg & Wengstöm, 2015). Når vi gjør en metasyntese, vil det være naturlig å undersøke om primærartiklene har ivaretatt etiske problemstillinger. I kvalitative studier blir etiske aspekt blant annet ivaretatt ved at deltakerne gir sitt frivillige informerte samtykke til å delta i studien (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014). Forfatterne i de inkluderte primærstudiene skriver at de har skaffet etisk godkjenning og informerte samtykke fra deltakerne. I tillegg er dataene anonymisert. Når studien bygger på primærforskning utført av andre, foreligger det ikke noe krav om søknad til formelle instanser (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, udatert).

Det er ikke naturlig å innhente samtykke fra forfatteren av primærstudiene for å inkludere dem i en metasyntese. Ved å publisere en artikkel har forfatteren samtykket til dens spredning og bruk. Det er derimot den som utfører metasyntesen sitt ansvar, å bevare integriteten i den originale studien (Major & Savin-Baden, 2010). Når man gjør en sekundærstudie basert på andres forskning, viser man respekt for andre forskeres arbeid ved å blant annet bruke primærsitat og henvise korrekt. Det er personer som har beskrevet sine refleksjoner og personlige erfaringer i primærartiklene, derfor er det mest etisk forsvarlig å gjengi resultatene fra primærartiklene konsist og korrekt, samtidig som de hele tiden knyttes opp mot selve problemstillingen i metasyntesen.

I Nürnbergkodeksen § 2 fastslås det om forsøkets nytteverdi (Ruyter et al., 2014). Forskning skal kunne gi resultater som har nytteverdi for samfunnet. Unødvendig eller unyttig forskning med dårlig kvalitet er dermed en form for uetisk forskning (ibid). Bak metodevalget vårt for denne masteroppgaven ble det etiske aspektet også vurdert. Gjennom et litteratursøk kunne vi se at det fantes nyere forskning på området vi ønsket å studere. Dette ble bekreftet når vi etter innsamling av materiale satt igjen med syv artikler fra etter 2011. For å vise at resultatene har nytteverdi har vi et kapittel om implikasjon i praksis mot slutten av oppgaven.

3.6 Dataanalyse

Analyseprosessen i en metaetnografi, er en kompleks og fortolkende oppgave som involverer å forsiktig skrelle bort lag for lag av overflaten i studiene for å finne kjernen. Samtidig skal en gjøre minst mulig skade på materialet ved å bevare terminologien som primærforfatterne av studiene har benyttet (Polit & Beck, 2012). Gjennom hele analyseprosessen har kandidatene sittet sammen og diskutert og kommet frem til løsninger. Materialet ble tekstredusert ved å markere meningsbærende utdrag i hver enkelt artikkel (tabell 5).

Tabell 5 - Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse

Datamateriale fra Schrøder et al., 2016	**Oversettelse og tekstreduksjon av Schrøder et al., 2016**
All participants in the interview study expressed a continued awareness and sense of caring for the child and the parents a long time after the birth.	Følelse av omsorg for dem en lang stund etterpå.
Datamateriale fra Halperin et al., 2011	**Oversettelse og tekstreduksjon av Halperin et al., 2011**
Colleagues´ reactions played a significant role in shaping the participants experience of the stressful event. Wheras some colleagues were supportive, others blamed them for the tragic consuequenses and even mocked their baheaviors, rather than helping them to reconstruct their shattered sense of professional self- reliance.	Kollegaenes reaksjon spilte en stor rolle i å forme jordmorens opplevelse etter den kritiske hendelsen. Noen kollegaer var støttende og hjelpsomme, andre mobbet og skyldte på dem.

Etter å ha lest artiklene gjentatte ganger kunne vi begynne å se konturene av hva som gikk igjen av emner. Våre første tanker om emner var "jordmødrene hadde mange følelser i etterkant", "god støtte og fravær av støtte fra ledere og kollegaer" og "hendelsen påvirket det profesjonelle livet videre som jordmor". Først laget vi tankekart for hver av studiene for å få en visuell oversikt over innholdet. For å lage struktur satte vi funnene fra tankekartene inn i tabeller. Tabellene bestod da av meningsbærende utdrag i form av temaer, fraser og utsagn fra deltakerne. Dette gav oss en bekreftelse på de emnene vi hadde en antagelse om, samtidig som det gav oss oversikt over om det var andre emner som vi burde inkludere. På dette stadiet vurderte vi et fjerde emne: "positive erfaringer". Etter videre diskusjon mellom kandidatene integrerte vi det under emnet om hvordan "hendelsen påvirket det profesjonelle livet videre

som jordmor". Vi brukte de tre emnene som utgangspunkt for videre analysering. Vi var bevisst på at denne inndelingen av emner så tidlig i prosessen kunne bidra til å farge våre tolkninger til slutt. Ved at vi var bevisst på dette har vi vært åpne for nye emner underveis i analyseprosessen.

Etter en vurdering av de syv artiklene var vi enige om at Halperin et al. (2011) hadde et rikt datamateriale og høy kvalitet på metodedelen (vedlegg 4). Denne studien ble derfor valgt som indeksartikkel, og den ble utgangspunktet for den videre sammenligningen av studiene (Larun & Malterud, 2007). Etter å ha identifisert emnene i indeksartikkelen gikk vi videre til neste artikkel og skrev inn meningsbærende utdrag som var av lik karakter (Halperin et al., 2011; Sheen, Spiby & Slade, 2015b). Vi gjorde det samme med resten av artiklene en etter en. Det ble synlig at primærstudiene i hovedsak var forbundet til hverandre med sammenfallende likheter. Det ble dermed hensiktsmessig å gjøre en gjensidig oversettelse (reciprocal) av studiene. De studerte samme fenomen og hadde innhold som på tvers av hverandre hadde lik metaforisk betydning. Dette ble begynnelsen på den endelige tabellen. Studiene ble listet horisontalt og emnene vertikalt. Det siste trinnet i konstruksjonen av den endelige en var å sammenfatte en overordnet forståelse av innholdet i emnene ved å studere emnene på tvers av studiene. Ut ifra dette utviklet vi de nye tolkningene som vist i tabell 6. Nedenfor tabellen er det en kort forklaring om hva vi har tenkt i utviklingen av tolkningene. Da syntesen og de nye tolkningene var utviklet, gikk vi tilbake til primærstudiene og fant frem de vesentlige punktene under hvert tema for å gjøre rede for dem i resultatkapittelet. Tolkningene svarer på problemstillingen ved at alle er betydningsfulle deler av opplevelsen til jordmor etter traumatiske hendelser. Gjennom resultatkapittelet kommer det i større grad beskrivelser som viser hvordan tolkningene svarer på problemstillingen. Som fremstilt i tabell 6, kom vi frem til tre nye tolkninger basert på funnene fra syntesen. Nedenfor presenterer vi kort hvordan vi har kommet frem til de ulike tolkningene.

1. Overveldet av følelser

I alle artiklene kom det frem at jordmødrene satt igjen med mange følelser etter den traumatiske hendelsen. Følelser som for eksempel dyp sorg, skam og skyldfølelse ble beskrevet. Mange av jordmødrene beskriver følelsene i lang tid etterpå, og for noen har det utviklet seg til symptom på posttraumatisk stress. De tunge følelsene virker inn på jordmor både profesjonelt og personlig, derfor tolker vi jordmor til å være overveldet av følelser.

2. Behovet for støtte

Tidlig i synteseprosessen kom det frem at støtte virket positivt inn på opplevelsen etter en traumatisk fødsel. Etter nøye gjennomlesing og synteseoversettelse tolker vi støtte som en grunnleggende faktor i tiden etter en traumatisk fødsel. I primærartiklene kommer det frem at støtte fra kollegaene formet opplevelsen i ettertid, og vi tolker derfor dette til å svare på problemstillingen vår om hva jordmødre opplever etter traumatiske fødsler.

3. Et vendepunkt

I primærartiklene ser vi at en traumatisk fødsel kan gå tungt innpå jordmødre. Fordi det beskrives både praksisendringer, personlige endringer og positive endringer, tolket vi dette til et større og overordnet ord, nemlig vendepunkt, fordi det omfatter flere områder av livet til jordmoren.

Tabell 6 - Synteseoversettelse

Halperin et al., (2015)	Sheen et al., (2015)	Schrøder et al., (2016)	Calvert & Benn (2015)	Beck et al., (2012)	Beck & Gable, (2015)	Goldbort et al., (2011)	Vår tolkning
Intens empati med fødekvinnen. Emosjonelt overveldet. Lære å mestre følelsene profesjonelt og personlig.	Skyldte på seg selv og tenkte på hva som kunne blitt gjort annerledes	Følte omsorg for dem i lang tid etterpå. Opplevelsen av skyldfølelse.	Anerkjenne kontra undertrykke følelsene.	Følelsen av dyp sorg og skyld. Symptom på posttraumatisk stress.	Følelsen av å ha sviktet som jordmor. Sette spørsmålstegn til egne handlinger.	Sterke og varige inntrykk. Symptom på posttraumatisk stress.	Overveldet av følelser.
Kollegaenes reaksjon spilte en stor rolle i å forme opplevelsen i ettertid. Støtte styrker, fravær av støtte bidrar til ensomhet.	Snakke med kollegaer med like traumatiske erfaringer. Snakke om det reduserte personlige følelser av skyld.	Bekymringer for hva andre tenkte om dem.	Tillitsfulle relasjoner. Forventninger om å fortsette arbeidsdagen etter den traumatiske hendelsen.	Det som hjalp var støtte fra kollegaer.	Det å dele tanker og følelser med kollegaer har betydning for opplevelsen.	Å gå gjennom det sammen, opplevelsen av å være et team.	Støtte – en grunnleggende faktor.
Langtidsvirkning er vanskelig for jordmødre og overvinne, det påvirket deres evne til å jobbe og påvirket deres private liv.	Hendelsen påvirker deres profesjonelle liv: kunne føre til økende defensiv praksis. Aksepterer at traumatiske fødsler er uunngåelig.	Oppnåelse av en mer ydmyk og sterkere forståelse av yrket og livet som helhet. Positive aspekt som personlig og profesjonell utvikling.	Endrer praksis etter den traumatiske hendelsen.	Mistet tilliten til fødselsprosessen opplevde høyere grad av mistenksomhet mot det som kunne gå galt.	Noen vurderte å slutte etter å ha opplevd traumatiske fødsler.	De traumatiske opplevelsene ble en del av erfaringen. Prøvde å ikke bli komfortabel, var alltid forberedt på det som kunne gå galt.	Et vendepunkt.

4 Resultater

Resultatene i metaetnografien er en beskrivelse av hvilke opplevelser jordmødrene har i etterkant av en traumatisk fødsel. Under punkt 4.1; *Overveldet av følelser*, inngår hva jordmødrene opplever av følelsesspekteret etter en traumatisk fødsel, og hvordan de beskriver følelsene de har opplevd. Punkt 4.2; *Behovet for støtte*, belyser på hvilken måte jordmødrene har behov for støtte. Punkt 4.3; *Et vendepunkt*, forklarer at den traumatiske hendelsen kan være et vendepunkt i jordmorpraksisen, samtidig som det kan prege privatlivet til jordmødre. Primærartiklene svarer på problemstillingen, hvilke opplevelser jordmødre har etter traumatiske fødsler, gjennom disse tre kategoriene. Den første kategorien omhandler tydelig det emosjonelle aspektet mens de to siste kategoriene berører mer det kognitive aspektet. De tre kategoriene vil nå bli beskrevet og utdypet, ved hjelp av konkrete eksempler og sitat fra primærstudiene.

4.1 Overveldet av følelser

Studiene viser at jordmødre blir påvirket emosjonelt ved å oppleve en traumatisk fødsel. Funnene viste en betydelig emosjonell innvirkning på jordmor, og alle studiene hadde dette med som et sentralt tema. En traumatisk fødsel kan gi sterke inntrykk som setter spor, og for noen kan disse følelsene bli så overveldende at de overgår evnen til å mestre hverdagen som jordmor.

En jordmor beskriver sin reaksjon etter en traumatisk fødsel; "Jeg følte meg forferdelig, et slikt tap. Jeg var trist, jeg gråt med kvinnen - det var slik det var - en meget dyp sorg" (Halperin et al., 2011, s. 390, egen oversettelse). I Beck, LoGiudice & Gable (2015) var sorg en følelse som ble beskrevet ofte. Sorg blir beskrevet i alle primærartiklene, og sorgen kunne komme til uttrykk gjennom gråt i lang tid etterpå ved minnet av hendelsen. Gråten kunne komme umiddelbart eller sammenhengende, i ren fortvilelse (Beck & Gable, 2012). Andre følelser som ble rapportert var angst, sinne, frykt, nummenhet og sjokk (Beck & Gable, 2012; Beck et al., 2015). De traumatiske hendelsene kunne også utfordre troen på deres personlige kompetanse, noe som kunne føre til ensomhet og følelse av mislykkethet (Halperin et al.,

2011). Følelsen av skyld og skam ble også nevnt som følelser jordmødrene hadde etter traumatiske fødsler (Schrøder, Jørgensen, Lamont & Hvidt, 2016). Noen jordmødre opplevde også endringer i hvordan de følte seg, og i den generelle sinnstemningen etter den traumatiske hendelsen. Dette varierte i alvorlighet, noen kjente på dårligere humør, mens andre rapporterte om alvorlige konsekvenser for deres psykologiske helse (Sheen et al., 2015b).

Jordmødrene uttrykte en vedvarende bevissthet og følelse av omsorg for barnet og foreldrene i lang tid etter fødselen, samtidig som de hadde dyp empati med kvinnen (Schrøder et al., 2016). Det kunne være en intens empati i relasjonen mellom jordmor og kvinnen, og identifiseringen med kvinnen kunne gjøre at følelsene ble forsterket (Halperin et al., 2011). En jordmor beskrev at hun fortsatt tenkte på en spesiell kvinne og barnet hennes hver gang hun kjørte gjennom byen deres, selv 12 år etter hendelsen (Schrøder et al., 2016).

Noen jordmødre kunne oppleve å bli så overveldet av den traumatiske hendelsen at de opplevde symptom på posttraumatisk stress. Flere av de inkluderte studiene har funn som ligner symptomer på posttraumatisk stress. Symptomene på posttraumatisk stress er påtrengende gjenopplevelse, unngåelse og hyperaktivering (Figley, 2002). Påtrengende gjenopplevelse handlet om at de spilte hendelsen om og om igjen, eller at lyder utløste sterke tilbakeblikk. Unngåelser kunne være at de unngikk fødestuer der de hadde opplevd traumatiske fødsler. Hyperaktivering ble beskrevet som forstyrret søvn og mareritt om traumatiske fødsler eller døde pasienter (Beck & Gable, 2012; Beck et al., 2015; Goldbort, Knepp, Mueller & Pyron., 2011; Sheen et al., 2015b; Schrøder et al., 2016). Eksempler på påtrengende gjenopplevelse var spontane tilbakeblikk når jordmødrene gjenkjente sammenlignbare situasjoner med tidligere traumatiske opplevelser (Beck & Gable, 2012).

> Når jeg hører en fødekvinne skrike kommer det "flashback" til en kvinne som hadde et keisersnitt uten bedøvelse, og til klageropene av en mor når vi utførte gjenoppliving av hennes baby på fødestuen. Jeg føler at jeg aldri vil få disse lydene og bildene ut av hodet mitt, selv om det skjedde for mer enn 10 år siden (Beck & Gable, 2012, s. 257, egen oversettelse).

Flere av jordmødrene rapporterte at en stor del av tankevirksomheten dreide seg rundt om de kunne gjort noe annerledes (Schrøder et al., 2016; Beck & Gable 2012; Sheen et al., 2015b; Goldbort et al., 2011). "Jeg klandret meg selv, om det faktum av om jeg kunne ha gjort noe med det? Det var den overveldende følelsen av om jeg kunne ha gjort noe annerledes" (Sheen et al., 2015b, s.66, egen oversettelse). Denne følelsen hadde sammenheng med tankene om de hadde sviktet fødekvinnen og sviktet i jobben sin som jordmor. Flere av narrativene beskriver også hendelser som skjedde 20-40 år tilbake i tid. Minnene fra opplevelsen brakte frem sterke følelser i lang tid etterpå. En jordmor forteller, "Jeg kan ikke glemme det. Jeg kan ikke glemme det. Jeg kan fortsatt se kvinnens ansikt. Jeg kan ikke glemme det..." (Sheen et al., 2015b, s. 67, egen oversettelse).

En jordmor fortalte om en fødsel som endte med at barnet ble funksjonshemmet. På grunn av skyldfølelsen i etterkant hadde hun problemer med å glede seg over utviklingen til sitt eget barn (Schrøder et al., 2016). Dette viser hvordan slike hendelser preger jordmødre, også utover det profesjonelle planet. Andre beskriver også utfordringene med å skille det profesjonelle fra det private (Calvert & Benn, 2015). Slike hendelser kunne prege personlige relasjoner, for eksempel familielivet (Halperin et al., 2011; Sheen et al., 2015b). Det kunne også virke inn på deres personlige liv ved at de fikk en reel angst for at noe skulle skje dem selv eller noen de kjente. De fikk en generell angst for at noe uventet kunne skje, eller en angst for mangel på kontroll (Sheen et al, 2015b).

4.2 Behovet for støtte

I primærartiklene kommer det tydelig frem at behovet for støtte etter en traumatisk fødsel virket positivt inn på opplevelsen. I dette kapittelet presenteres det kognitive og emosjonelle aspektet rundt opplevelsen av støtte, eller henholdsvis mangelen på støtte. I Halperin et al. (2011) kommer det frem at de jordmødrene som fikk støtte ble styrket (empowered), mens de som ikke fikk støtte kunne oppleve ensomhet, avvisning og traume.

For mange av jordmødrene var det verdifullt å snakke med kollegaer om hendelsen i etterkant, og gjerne med andre som hadde lignende erfaringer (Sheen et al., 2015b). Gjennom samtale opplevde de å få en bekreftelse som kunne redusere skyldfølelsen, og som også kunne bidra til å sette den traumatiske hendelsen i et større perspektiv. En jordmor beskrev at støtten

bidrog til at byrden ble løftet av skuldrene (ibid). En annen jordmor trengte bekreftelsen på at ikke alt var hennes feil (ibid). Flere opplevde at det hjalp å dele tanker og følelser med kollegaer (Beck & Gable, 2012). Jordmødrene fortalte at de delte følelsene sine med både familie og kollegaer, men at dette ikke alltid lindret problemene med å mestre følelsene og bekymringene i ettertid (Halperin et al., 2011). Noen av jordmødrene hadde behov for å søke profesjonell hjelp (ibid). De som opplevde god støtte fra omgivelsene følte at sorgen deres ble bekreftet, og at de både fikk emosjonell og praktisk hjelp. Støtten kunne komme fra kollegaer, ledelsen og familien (Calvert & Benn, 2015). Reaksjonene til kollegaene spilte en stor rolle i å forme jordmors opplevelse av den kritiske hendelsen (Halperin et al., 2011). "Jeg jobber med fantastiske kollegaer ... De er grunnen til at jeg har vært i stand til å takle disse traumatiske opplevelsene og fortsette å ha det godt i jobben min som jordmor" (Beck et al., 2015, s. 21, egen oversettelse). "... og heldigvis var jeg på en enhet der vi kan snakke sammen, gråte sammen og komme oss gjennom det sammen, det var veldig støttende" (Goldbort et al., 2011, s. 378, egen oversettelse). Noen jordmødre reflekterte over hvordan de vonde følelsene minsket med tiden. Dette var spesielt når det ble tilrettelagt for gode fødselsopplevelser i ettertid (Sheen et al., 2015b). Ut ifra dette vises viktigheten av at kollegaer og ledere tilrettelegger for gode opplevelser, og er med å styrke den faglige selvtilliten til jordmødrene.

De som ikke opplevde støtte fra kollegaer kunne oppleve at skylden for hendelsen ble lagt på dem, mens andre kunne bli mobbet og baksnakket for måten de håndterte situasjonen på (Halperin et al., 2011), noe Calvert og Benn (2015) kaller brudd i tillitsfulle relasjoner. Jordmødrene som rapporterte dette hadde en intens følelse av eksklusjon, avvisning og ensomhet, og deres økende trengsel kunne få konsekvenser for deres evne til å fungere profesjonelt (Halperin et al., 2011; Beck et al., 2015). En jordmor i Schøder et al. (2016) reflekterte over noe hun følte var beskyldninger og skråblikk fra kollegaer, men det at kollegaene dømte henne kunne også relateres til at hun dømte seg selv for hendelsen. En annen jordmor beskriver at hun følte at ingen snakket direkte til henne, men at hun ble sett på med mistenksomhet (Calvert & Benn, 2015).

Mangel på støtte fra ledelsen var ofte rapportert. Involveringen fra ledelsen gjaldt som oftest å fastslå omfanget og årsaken til det som gikk galt, og ikke den direkte traumatiske innflytelsen på jordmødrene (Sheen et al., 2015b). Noen opplevde ledelsen som ikke tilgjengelig, og at

ledelsen verken anerkjente eller forstod påvirkningen hendelsen hadde på jordmor (ibid). Støtte fra ledelsen var mangelfull eller fraværende i noen tilfeller (Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2015b), og varierende i Halperin et al. (2011).

Flere av studiene antyder at jordmødrene opplevde det problematisk at de ikke fikk rom til å kjenne på følelsene etter traumatiske hendelser. Flere jordmødre uttrykker kravet om å fortsette å jobbe, og de opplevde å måtte undertrykke følelsene sine i ettertid. I Calvert & Benn (2015) skriver forfatteren at undertrykkelse av følelser er en form for kvalt sorg, og når støtte ikke er tilgjengelig kan noen av jordmødrene føle at det er forventet at de skal undertrykke følelsene og fortsette arbeidet (ibid). Flere jordmødre beskriver å undertrykke følelsene som kravet om å gå rett fra en traumatisk fødsel uten å debriefe hendelsen, og inn til en ny fødende uten å virke anfektet (Calvert & Benn, 2015; Beck & Gable, 2012; Beck et al., 2015).

> Etter en navlesnorprolaps, måtte jeg ta på meg en maske og møte et annet par i fødsel, og late som om de var de eneste i tankene mine. Dette splittet personligheten min til å fortsette å jobbe når jeg så gjerne ville dra (Beck et al., 2015, s. 21, egen oversettelse).

4.3 Et vendepunkt

Gjennom syntesen så vi at den traumatiske hendelsen kunne føre til endring av praksis og endring i jordmødrenes personlige liv. Vi valgte å tolke denne endringen som et vendepunkt.

Å være jordmor under en traumatisk fødsel, kan i etterkant lede til tap av selvtillit. Fordi mange jordmødre identifiserer seg med den profesjonelle rollen, kan dette føre til tap av profesjonell selvtillit (Calvert & Benn, 2015). Tap av profesjonell selvtillit kunne føre til at jordmødrene ikke ønsket å si sin mening i kliniske diskusjoner og ble mer tvilende til seg selv. (ibid). En jordmor i Calvert og Benn (2015, egen oversettelse) beskriver det slik i forhold til å miste selvtilliten; "Jeg var veldig trygg på hva jeg gjorde og hvordan jeg praktiserte. Etter denne hendelsen ble jeg litt selvbevisst. Når jeg har omsorg for kvinner er jeg litt bekymret. Jeg mangler selvtillit." Flere av jordmødrene fortalte at de hadde mistet tilliten til fødselsprosessen som en naturlig prosess. De var mer forsiktige og mistenkelige

etter å ha opplevd en traumatisk fødsel (Beck et al., 2015). En jordmor forteller; "Hvis noen hadde en følelse, smerte eller stikk overreagerte jeg. Du vet - når det kanskje ikke var noen grunn for bekymring, bekymret jeg meg fordi jeg ikke ville noe skulle gå galt igjen, du vet - jeg var overnervøs" (Sheen et al., 2015b, s. 67, egen oversettelse).

Mange jordmødre forteller at de har vurdert å slutte som jordmor, de har byttet jobb eller endret karriere (Beck et al., 2015; Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2015b; Schrøder et al., 2016). En jordmor begynte å jobbe i ledelsen i ettertid av en traumatisk fødsel fordi hun ønsket å ha minst mulig direkte, følelsesmessig kontakt med traumatiske fødselssituasjoner. I stedet ønsket hun å være en ressurs for andre som opplevde lignende hendelser (Beck & Gable, 2012). En annen ble lærer i sykepleie fordi hun visste at hun ikke ville være i stand til å jobbe 30 år i yrket som jordmor, både fysisk og mentalt (ibid). I Goldbort et al. (2015) beskriver jordmødrene tankene rundt det å slutte samt årsaken for å bli i yrket, på tross av de traumatiske opplevelsene. Kjærligheten til faget, kollegaer og relasjonen til fødekvinnene var verdifulle aspekt som veide opp for de negative opplevelsene. Det måtte være en personlig tilfredsstillelse i det de gjorde (ibid).

Noen jordmødre så på den traumatiske hendelsen som en del av veien mot det å bli en erfaren jordmor. De vonde erfaringene er en del av læringsprosessen samtidig som det kan være med på å øke evnen til å respondere adekvat på fremtidige fødsler (Goldbort et al., 2011). I Sheen et al. (2015b) forteller en jordmor at hun forsøkte å snu den traumatiske hendelsen hun hadde opplevd til noe hun kunne lære fra. Hun brukte hendelsen som et hjelpemiddel for å takle lignende situasjoner. Dette hjalp henne til å håndtere stressende situasjoner bedre, og med det økte selvtilliten hennes. Fremtidig praksis kunne på den måten forbedres etter en traumatisk fødsel (ibid). Å føle seg forpliktet til å lære fra den traumatiske hendelsen og å bli en bedre jordmor var beskrevet av flere jordmødre. For andre hadde opplevelsen skapt en større ydmykhet, samt gitt dem en dypere forståelse av jordmorprofesjonen og livet generelt (Schrøder et al., 2016).

I Sheen et al. (2015b) beskriver jordmødrene det å akseptere at kritiske hendelser kommer til å skje fordi det er en del av jordmorfaget. Alle hendelser kan ikke forebygges, og det kommer alltid til å være mennesker med begrensninger i møtet med livet. For noen av jordmødrene kunne det komme opp eksistensielle spørsmål i etterkant av en traumatisk fødsel, hvor en

reflekterer over å stå i skjæringspunktet mellom liv og død. Noen jordmødre reflekterte over om det fortsatt var verdt å stå i yrket som jordmor, etter å ha opplevd vonde hendelser. Samtidig kunne de reflektere over sin egen vei i livet og et ønske om å skape mening ut av hendelsen (Schrøder et al., 2016).

5 Diskusjon

I denne studien har vi undersøkt jordmors opplevelse etter traumatiske fødsler. Funnene fra de inkluderte artiklene tilsa at det var hensiktsmessig å se studien i lys av et mestringsperspektiv, fordi dette var et underliggende tema i hva jordmødrene opplevde. I diskusjonen bruker vi Lazarus sin teori for å få frem mestringsperspektivet, samtidig som vi også trekker paralleller til annen forskning. I kapittel 5.1 diskuterer vi behovet for støtte, og i hvilken grad uformell eller formell støtte er den mest hensiktsmessige. I kapittel 5.2 diskuterer vi overveldelsen jordmor kan oppleve etter traumatiske fødsler, og utfordringene som kan dukke opp når overveldelsen varer. Her belyser vi diskusjonen om hvorfor noen jordmødre opplever symptomer på posttraumatisk stress, mens andre kommer styrket ut. Videre diskuterer vi praktiske følger en traumatisk fødsel kan føre med seg for jordmødre. I kapittel I kapittel 5.3-5.5 diskuteres metodiske styrker og svakheter, relevans for praksis, samt forslag til videre forskning.

5.1 Uformell og formell støtte

Sosial støtte har som formål å gi råd og veiledning, og gjennom emosjonell støtte bidra til å opprettholde og styrke personens identitet, selvfølelse og mestringsstrategier (Hanssen, 2010). Støtte kan også gjøre det lettere å danne seg et korrekt inntrykk av hvor alvorlig problemet egentlig er, og hvor hensiktsmessige reaksjonene ens er (Lazarus, 2006).

I dette kapittelet skiller vi mellom uformell og formell støtte. Med uformell støtte menes støtte fra kollegaer som ikke er organisert. Med formell støtte mener vi en organisert og kontrollert form for støtte fra ledere. I de inkluderte studiene var uformell støtte mest utbredt,. Med det som utgangspunkt diskuterer vi hva som er den mest hensiktsmessige formen for støtte. Jordmødrene som ble intervjuet uttrykte at uformell samtale med kollegaer hadde positiv virkning på opplevelsen etter en traumatisk fødsel (Halperin et al., 2011; Sheen et al., 2015b; Beck & Gable, 2012; Calvert & Benn, 2015; Goldbort et al., 2011). Samtidig var formell støtte lite omtalt i de inkluderte studiene, noe som som støttes av Christoffersen &

Teigen (2016) som hevder at jordmødre savner et tilbud om oppfølging etter kritiske hendelser.

5.1.1 Uformell støtte

På bakgrunn av funnene kan vi se at støtte fra kollegaer virker positivt på selvtilliten og gir emosjonell styrke til jordmødrene. I følge Halperin et al. (2011) er kollegial støtte essensielt for å kunne reflektere rundt hendelsen og prosessere den. Vi mener det er nødvendig for jordmor å reflektere over hendelsen både alene og sammen med kollegaer, for å kunne lære av den. For flere av jordmødrene var det viktig å snakke om hendelsen, gjerne med kollegaer som hadde hatt lignende opplevelser (Sheen., et al., 2015b). For det første hjalp dette jordmødrene å sette hendelsen i perspektiv, og for det andre gav det henne anerkjennelse for at hendelsen ikke var hennes feil (ibid). Dette tolker vi til at jordmødre håndterte stress ved å bruke en følelsesorientert mestringsstrategi. Dette er en strategi som i ettertid søker å endre opplevelsen av situasjonen (Lazarus, 2006).

5.1.2 Formell støtte

I et høringssvar fra Den norske jordmorforening (NOU 2015:11, 2016) som omhandlet alvorlige hendelser i helsesektoren, uttrykker organisasjonen sitt standpunkt rundt forebygging og oppfølging. De skriver at alle virksomheter skal ha prosedyrer for oppfølging etter kritiske hendelser. Dette innebærer systematisk oppfølging av helsepersonell og gjennomgang av feil i den hensikt å lære (ibid). Samtidig viser studien til Christoffersen & Teigen (2016) at svært få sykehus i Norge har rutiner for oppfølging etter kritiske hendelser, og det avhenger av ledelsen hvilken oppfølging som blir gitt. Studien konkluderer med at innarbeidede rutiner for oppfølging av jordmødrene er viktig, deriblant rutiner for debriefing, systematisk sortering av hendelsesforløpet, tverrfaglig gjennomgang og formell rapportering. Videre nevnes også viktigheten av å vite hva jordmødre går igjennom for å utvikle oppfølgingsmodeller (ibid). For å lære av hendelsen er det behov for å strukturere hendelsesforløpet. Dette kan gjøres ved faste rutiner på debriefing, med mulighet til å avklare hendelsesforløpet, gjerne som en tverrfaglig klinisk gjennomgang (ibid). Umiddelbar debriefing etter hendelsen kan være problematisk å gjennomføre av praktiske utfordringer ved skiftordningen. Det kan også tenkes at ikke alle ønsker eller evner å snakke om hendelsen før

de har fått det litt på avstand. En fødeavdeling må også ha tilgjengelige ressurser for jordmor slik at hun kan prosessere hendelsen, forbli trygg i rollen som jordmor og komme styrket ut av opplevelsen. Vi mener det viktigste er at lederne anerkjenner opplevelsen til jordmor, følger opp, og lager individuelle avtaler.

Noen former for formell støtte kan bidra til å fremme skyldkultur på arbeidsplassen. Denne formelle støtten kan være i form av transaksjonsledelse som Christoffersen & Teigen (2016) beskriver som en ledelsesatferd som er opptatt av prosedyrer og årsak til hendelsen, samt hvem som eventuelt kan lastes hendelsen. En av primærartiklene beskriver at fokuset til lederne var å kartlegge omfanget av hendelsen, i stedet for påvirkningen hendelsen hadde hatt på jordmor (Sheen et al., 2015b). På avdelinger med transaksjonsledelse er fokuset i stor grad på statistikk. Sykehus måler resultater i form av hvor mange uheldige hendelser, for eksempel antall tredje- og fjerdegrads rifter, fødeenheten har i løpet av et år. Det vil være mer hensiktsmessig dersom ledere på fødeenheter har fokus på å ivareta jordmødrene. Dette fokuset på å plassere skyld kan ta fokuset vekk fra å støtte jordmødre og hjelpe dem å lære. Tiden etter traumatiske hendelser kan oppleves vanskelig for jordmødre uavhengig av reell og faktisk skyld i hendelsen. I tilfeller hvor skyld og ansvar blir forsøkt lagt på jordmødre, opplever mange å miste tilliten internt, samt å stå alene i situasjonen (Christoffersen & Teigen, 2016). I resultatdelen vår kommer det også frem at kollegaenes negative reaksjoner og mangel på støtte virker inn på jordmødrenes opplevelse og er med på å øke skyldfølelsen etter den traumatiske hendelsen (Halperin et al., 2011). Dette viser at både ledere og kollegaer kan påvirke kulturen på arbeidsplassen både i positiv og negativ retning.

Avslutningsvis kan vi se at både formell og uformell støtte har sine fordeler. Selv om funnene våre i metasyntesen framstiller den uformelle kollegastøtten som viktig, ser vi derimot at dette ikke trenger å bety at kollegastøtte er den mest hensiktsmessige formen for støtte. Disse resultatene kan heller handle om mangel på lederstøtte eller oppfølgingsprogram blant jordmødrene i de aktuelle studiene. Derfor kan vi ikke nødvendigvis trekke en konklusjon om at kollegastøtte er den mest hensiktsmessige, men videre forskning bør utforske hvilken type oppfølging som kan komme jordmødrene til gode. Selv om kollegastøtte ikke nødvendigvis er den mest hensiktsmessige, er den likevel svært betydningsfull. Et trygt og støttende arbeidsmiljø dannes av personene som er i miljøet. En god kollega, er derfor noe alle jordmødre bør tilstrebe å være

5.2 Når overveldelsen varer

Som presentert i teorikapittelet har mennesker ulike personlige- og miljømessige variabler som innvirker på vurderingsprosessen, og hvordan de ender opp med å reagere på en traumatisk hendelse. Vi har blant annet sett at en traumatisk fødsel kan utløse psykologisk stress. Risikoen for at overveldelsen av det psykologiske stresset skal vare, er dermed også avhengig av jordmors personlige ressurser. Vurderingsprosessen avgjør hvilken mestringsstrategi jordmødrene bruker. Jordmødrene i studiene har brukt både følelsesfokusert og problemfokusert mestringsstrategi som presentert i Lazarus (2006). Når jordmødrene utvikler symptom på posttraumatisk stress, kan det virke som om overveldelsen har overgått mestringsstrategiene. Vi har sett symptom på posttraumatisk stress blant jordmødrene i de inkluderte studiene, og velger derfor å diskutere dette sentrale funnet under navnet *når overveldelsen varer*. Noen kommer derimot styrket ut av situasjonen og klarer å lære av hendelsen, og her ser vi at overveldelsen kan bidra til positive konsekvenser. Hva som er forskjellen på jordmødrene som får symptom på posttraumatisk stress, og de som klarer å snu situasjonen til å lære fra den, er en interessant diskusjon som vil bli belyst her.

5.2.1 Mentalt overveldet

For noen av jordmødrene går overveldelsen på bekostning av hennes mentale helse, og det kan utvikle seg til symptomer på posttraumatisk stress. Posttraumatisk stress er ikke en uvanlig reaksjon etter traumatiske hendelser. Mange av menneskene som opplever symptom på posttraumatisk stress kommer seg likevel i de påfølgende månedene, men for en signifikant undergruppe vedvarer symptomene (Ehlers & Clark, 2000). I de inkluderte studiene kommer dette til uttrykk gjennom eksempler hvor jordmødrene spiller hendelsen om igjen , eller at spesielle kontekster fremkaller sterke følelser (Beck & Gable, 2012) I noen tilfeller overskrider dermed situasjonen hennes ressurser og evne til å mestre hverdagen som jordmor. Symptomene på posttraumatisk stress er påtrengende gjenopplevelse, unngåelse og hyperaktivering. Det brukes ulike begrep for å forklare denne lidelsen, blant annet posttraumatisk stresslidelse, sekundær traumatisk stress, "secondary victim", "compassion fatigue" og utbrenthet. Symptomene er likevel de samme uavhengig av hva en kaller dem (Figley, 2002). For å være konsekvent i benevnelsen i denne studien velger vi å bruke "symptom på posttraumatisk stress". Dette gjør vi fordi vi vil anerkjenne at jordmødrene har disse symptomene, men på den annen side vil vi unngå å sette en diagnose.

Vi mener at en av grunnene til at overveldelsen etter en traumatisk fødsel kan utvikle seg til symptom på posttraumatisk stress er fordi jordmødrene ofte har en spesiell nær relasjon til kvinnene. Gjennom de inkluderte studiene ser vi at den spesielle empatien jordmødrene kan ha til fødekvinnene forsterker følelsene etter en traumatisk fødsel. Samtidig rapprterer jordmødre at mye av jobbtilfredsheten handler om å utvikle meningsfulle relasjoner til kvinnene (Sullivan, Lock & Homer, 2011; Rice & Warland, 2013). Forskning viser at en empatisk relasjon øker sjansen for emosjonelt stress når en er vitne til eller har omsorg for traumatiserte pasienter (Rice & Warland, 2013). Relasjonen jordmødre har til kvinnene er ofte ulik andre relasjoner blant helsepersonell (Kirkham, 2010). I resultatene uttrykker jordmødrene en genuin omsorg for kvinnene, hvor bryr seg om dem i lang tid etter den traumatiske fødselen (Schrøder et al., 2016). Vi antar derfor at denne nære relasjonen kan være kilde til å prege jordmødres emosjonelle helse når de opplever traumatiske hendelser.

Disse funnene støttes av Christoffersen og Teigen (2016) som har sett at jordmødre har vanskeligheter med å legge traumatiske hendelser bak seg. Med grunnlag i både vår studie og annen litteratur, antar vi at noen jordmødre står i reel fare for å utvikle symptom på posttraumatisk stress etter å ha opplevd en traumatisk fødsel. Ledere og jordmødre på fødeenheter bør derfor ha kunnskap om symptomene på posttraumatisk stress for å gjenkjenne dette hos kollegaer. Samtidig bør det være en lav terskel for å henvise videre til instanser som kan hjelpe jordmødre som opplever symptomer på posttraumatisk stress.

Jordmødrene beskrev følelser som skyld og skam etter traumatiske fødsler (Schrøder et al., 2016). I følge Lazarus (2006) vitner skyld om en umoralsk handling eller tanke som den involverte personen har gjort seg skyldig i. Skam beskriver han som et uttrykk for nederlag i forhold til å leve opp til sine egne idealer (ibid). Begge disse følelsene vil være tunge å bære etter en traumatisk fødsel, og vi antar at det kan prege hvordan jordmor møter fødekvinnene, kollegaer og ledere i etterkant. Det vil være en stor belastning dersom en føler skyld på bakgrunn av valg og prioriteringer en har gjort i en fødsel. I tillegg kan skyld og skam forsterkes av en skyldkultur på arbeidsplassen. Dette vil på ingen måte gagne jordmødrene eller arbeidsmiljøet.

Noen av jordmødrene i studiene klarte å snu overveldelsen til noe positivt. På bakgrunn av dette ser vi at overveldelsen ikke er ensbetydende negativ, men også har potensiale til positiv endring. Noen jordmødre ønskte å lære av hendelsen og bli en flinkere jordmor, andre såg at de kunne bidra til å hjelpe andre i lignende situasjoner (Beck & Gable, 2012; Goldbort et al., 2011; Sheen et al., 2015b; Schrøder et al., 2016). I flere av studiene beskriver jordmødre at de har kommet styrket ut etter den traumatiske fødselen. Dette står i kontrast til funnene av jordmødre som beskriver at overveldelsen har hatt en destruktiv innflytelse på dem, og at det har gått utover deres mentale helse. Hva som gjør at noen jordmødre kommer styrket ut og klarer å leve med stresset kan ha flere grunner. Dette diskuterer vi videre.

Med grunnlag i funnene, kommer det frem at jordmødrene mestret stresset etter opplevelsen dersom de opplevde støttende omgivelser. Dette kan bidra til at jordmødre kommer styrket ut etter hendelsen. I et mestringsperspektiv kan støtte fra omgivelsene bidra til en positiv endring av opplevelsen, fra at hun oppfatter opplevelsen som en trussel, til hun oppfatter den som en utfordring. Utfordring er, i følge Lazarus (2006), en form for positivt stress hvor personer som føler seg truet blir entusiastiske og ser frem til å gå i kamp eller overvinne hindringer. Dersom hun tar opplevelsen som en utfordring kan det tenkes at hun ønsker å lære av hendelsen, eller ønsker å bidra til en endring, for eksempel en ny prosedyre for å hindre at noe lignede skal skje igjen.

Hensikten med denne studien var å forstå hva jordmødre opplever etter traumatiske hendelser, og et av funnene var at jordmødrene i disse internasjonale studiene utviklet symptom på posttraumatisk stress. Dette funnet kom overraskende på oss som jordmorstudenter. Spørsmålet vi har stilt oss i etterkant er, når blir reaksjonen og ettervirkningene sykt? Finnes det noen mellomting mellom å komme styrket ut av hendelsen, og kan det være noen mennesker som bruker lengre tid enn andre på håndtere ettervirkningene? Å oppleve stress over lang tid antas å være en stor belastning, og vi vil tenke at utbrenthet er et mulig utfall for mange jordmødre. Kanskje er dette en mellomting mellom å komme styrket ut av hendelsen og utvikle posttraumatisk stresslidelse. Denne tilstanden har derimot ikke blitt rapportert i artiklene, og det vil derfor være vanskelig å komme med en konklusjon om dette.

5.2.2 Kliniske konsekvenser

I resultatkapittelet kan vi lese om jordmødre som forteller at de mistet tilliten til fødselsprosessen som en naturlig prosess, og at de kunne være mer forsiktige og mistenkelige etter en traumatisk fødsel (Beck et al., 2015). Dette blir uttalt som en bekymring for at noe lignende skulle skje igjen. Dette ser vi i sammenheng med tapet av selvtillit som jordmor, slik mange jordmødre i primærstudiene beskrev. Noen fortalte at de var overnervøse ved nye fødsler, noe som kunne føre til overreagering ved mistenkelige tegn i fødselen (Sheen et al., 2015b; Calvert & Benn, 2012). Det viste seg også at flere jordmødre ble engstelige og satt inn flere intervensjoner etter å ha opplevd en traumatisk fødsel. Jordmødrene som setter inn ekstra, kanskje unødvendige, intervensjoner i fødsler etter å ha opplevd en traumatisk hendelse kan antas å anvende en problemfokusert mestringsstrategi (Lazarus, 2006).

Problemfokusert mestringsstrategi har som mål å endre det problematiske forholdet mellom person og miljø. Dette gjør en person ved å tilegne seg informasjon om hva som må gjøres, og foretar handlinger deretter (Lazarus, 2006). Dette kan komme til uttrykk i at en jordmor setter inn intervensjoner for å forebygge at det skal skje en lignende traumatisk fødsel. Vi tolker det som at jordmor ser på en ny fødsel som en trussel på at en traumatisk hendelse kan skje igjen. Dette kan ses i sammenheng med defensiv praksis (Schrøder, 2010). Defensiv praksis utøves når jordmor foretar mange, kanskje unødvendige prøver og undersøkelser ut ifra frykten for å gjøre feil eller få en klagesak mot seg. I et høringssvar som omhandlet alvorlige hendelser i helsesektoren skriver Den norske jordmorforening at man blir lettere kritisert for handlinger man har unnlat å gjøre, enn å iverksette tiltak (NOU 2015:11, 2016). Videre skriver de at erfaringene fra fødselshjelpen, i Norge andre vestlige land, er at for mange intervensjoner fører til uheldige hendelser (ibid).

Et eksempel på en slik intervensjon kan være økt bruk av ctg, eller unødvendige innkomst ctg. Ctg betyr kardiotokografi, og registrerer fosterets puls sett i sammenheng med riene. Innkomst ctg ble introdusert på 1980 tallet som et screening verktøy for føtalt-stress (Blix, 2013). Denne norske studien konkluderer med at det ikke er evidens som støtter at innkomst ctg på lav-risiko kvinner er nyttig. Innkomst ctg forhindrer ikke uventede hendelser, er dårlig til å forutse disse utfallene og kan til og med øke risikoen for ytterligere intervensjoner (Blix, 2013). Denne studien viser til resultat om 20% økt risiko for keisersnitt ved unødvendig bruk av denne intervensjonen (ibid). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer 2.8 står det om

sykepleiernes plikt til å ivareta pasientens verdighet og sikkerhet i møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen (Norsk sykepleieforbund, 2016). Den økte teknologibruken, som flere intervensjoner kan bringe med seg, utfordrer tidligere kunnskaper, jordmorens selvstendighet og hennes identitet som jordmor (Christoffersen & Teigen, 2016). Sett i et slikt lys kan en økning av unødvendige intervensjoner i fødselsprosessen føre til en endring av jordmors fagtradisjon. I teorikapittelet presiserer vi at oppgaven er skrevet fra et humanvitenskaplig standpunkt. Ved å ta dette standpunktet sier vi at vi ønsker å se på fødselen som en naturlig prosess, og at jordmor skal gripe inn bare når det er nødvendig (Sinclair & Bryar, 2011). Flere intervensjoner kan gradvis øke tilnærmingen til den medisinske modellen som har sin rot i naturvitenskapen, og ser på fødselen som en medisinsk tilstand der risiko, symptom og sykdom er sentrale begrep (ibid). Vi mener det er viktig å bevare jordmors fagtradisjon ved å unngå unødvendige intervensjoner. Traumatiske hendelser kan ikke alltid forutses eller forebygges, og vi mener det er viktig å ta vare på jordmødrene slik at de ikke blir engstelige og går over til en defensiv praksis. Læring og debriefing i arbeidsmiljøet vil kunne gi et trygt fødetilbud til kvinner.

Tverrfaglig, teambasert simuleringstrening betraktes som et verktøy for å oppnå økt pasientsikkerhet (Christoffersen & Teigen, 2016). Det bidrar til læring av fiktive, akutte hendelser basert på reelle situasjoner som kan oppstå i en fødeavdeling, samt utvikling av rutiner. Målet er å heve både individuell og tverrfaglig kompetanse, samt forbedre kommunikasjon, samarbeid og varslingsrutiner (ibid). Flere jordmødre i Christoffersen & Teigen (2016) nevnte at ved å delta på simuleringstrening følte de seg tryggere på at de ville mestre en kritisk situasjon. Vi kan anta at de vonde erfaringene kan sees på som en del av læringsprosessen, samtidig kan den være med på å øke evnen til å respondere adekvat på fremtidige traumatiske hendelser. Å lære av hendelsen kan bidra til gjenvinnelse av selvtillit og en dypere forståelse for jordmorprofesjonen (Schrøder et al., 2016). På den måten kan vi tenke at sim trening kan bidra til å ikke gjøre unødvendige intervensjoner, og derfor hindre at jordmortradisjonen går mot den medisinske modellen.

5.3 Metodediskusjon

Validitet er et kvalitetskriterium og henviser til i hvilken grad valgene i studien er nøyaktige og etablerte, og i hvilken grad metoden måler det den er beregnet til å måle (Polit & Beck, 2012). Ifølge Christoffersen et al. (2015) skilles det mellom intern validitet (troverdighet) og ekstern validitet (overførbarhet). I dette kapittelet vil både styrker og svakheter ved metodevalgene diskuteres i lys av intern og ekstern validitet.

5.3.1 Intern validitet

Intern validitet kan vurderes ved å stille krav til i hvilken grad metoden måler det den er beregnet til å måle, og utførelsen av den (Polit & Beck, 2012). I dette underkapittelet drøftes valg av metode og fremgangsmåter i forskningsprosessen. Forskningsspørsmålet vårt kan best undersøkes gjennom kvalitativ forskning, fordi vi ønsker å forstå erfaringer og opplevelser. Vi bestemte oss for å gjøre en metasyntese, med en metaetnografisk tilnærming. Denne metoden egner seg for å syntetisere kvalitativ forskning, men metoden er noe mangelfullt beskrevet og gir rom for tolkning av dataanalysen, dette kan svekke validiteten (Atkins et al., 2008).

Vi valgte å søke etter studier som omhandlet jordmødre, men dette gav oss et begrenset antall treff i databasene. Vi valgte derfor å inkludere artikler som også omhandlet sykepleiere med lignende arbeidsoppgaver. Tyngdepunktet i denne studien er jordmor-kvinne relasjonen, og ettersom sykepleierne som jobbet med fødekvinnene også innehar denne relasjonen, mener vi dette er grunn til å inkludere også disse studiene. Vi har inkludert mixed methods studier ettersom antall treff i databasene var begrenset, og det ville blitt et for lite antall studier uten å inkludere dem. Totalt har vi valgt å inkludere syv artikler, og årsaken til at vi ikke identifiserte flere studier kan skyldes at vi valgte å begrense søket til fire databaser. Dette gjorde vi på grunn av studiens begrensing og etter anbefaling fra veilederne. Hadde vi valgt et større antall databaser er det en mulighet for at flere studier ville blitt inkludert. Optimalt ville det vært bedre å inkludere en homogen gruppe med kun jordmødre, og rene kvalitative studier. Det er en svakhet ved vår studie at studiene som omhandler sykepleiere og mixed methods har blitt inkludert i stor grad for å øke antallet inkluderte studier.

Søket i databasene ble filtrert til å kun vise artikler med abstrakt. Begrunnelsen for dette var at

oppsøking av abstrakt på artikler er en tidkrevende prosess. Ved å begrense søket på denne måten kan vi likevel ha mistet noen aktuelle artikler, fordi kvalitative artikler ikke alltid har abstrakt tilgjengelig i databasene (Christoffersen et al., 2015). For å finne flere aktuelle artikler gikk vi gjennom referanselistene til de 17 artiklene som ble lest i fulltekst, men vi ser i ettertid at flere artikler kunne blitt inkludert om dette hadde blitt gjort på de 35 artiklene som ble gjennomgått i den tidligere fasen.

I første fase av inkluderingsprosessen delte vi de 720 artiklene likt mellom oss for å ekskludere artikler som var irrelevante. Dersom begge hadde gått gjennom alle artiklene fra søket hver for seg, kunne flere artikler kanskje blitt inkludert. I de to neste fasene ble alle artiklene gjennomgått av begge kandidatene. Dette har bidratt til at vi har funnet mest mulig relevant forskning, noe som styrker den interne validiteten. Dessverre oppdaget vi etter inkluderingsfasen at blant de 17 artiklene som ble lest i fulltekst, var det en artikkel som ble ekskludert på grunn av fenomen (Rice & Warland, 2012), men som likevel imøtekom inklusjonskriteriene. Etter å ha lest denne artikkelen grundig i etterkant, fant vi ingen nye funn som ikke allerede hadde blitt funnet i de inkluderte artiklene. Ettersom vi ikke identifiserte noen nye temaer i denne studien, mener vi at inkludering av denne ikke ville forandret resultatet eller konklusjonen. Derimot bekrefter den funnene i denne masteroppgaven, og kunne skapt en større tyngde.

Vi har forsøkt å gjøre denne studien gjennomsiktig og pålitelig ved å presentere søkestrategi, søkehistorikk og redegjørelse for valgene som ble tatt. I denne metasyntesen har vi foretatt et grundig søk, og tilstrebet at prosessen skal være så transparent som mulig. Det er en styrke at vi har vært to kandidater i både planlegging og utførelsen av studien. Dette har bidratt til å styrke påliteligheten til funnene våre, men kvalitativ forskning vil alltid være preget og farget av den som utfører studien (Polit & Beck, 2012). Dersom noen andre skulle utføre denne studien på ny, vil derfor resultatet trolig ikke bli helt likt, og studien ikke være hundre prosent reproduserbar. Ettersom to kandidater har utført syntesen, er dette likevel med på å styrke påliteligheten av resultatene fordi to har kommet frem til lignende tolkninger. Inkluderingsprosessen preges av mer objektivitet, noe som trolig ville ført til lik inkludert forskning. Det er også verdt å nevne at primærartiklene er skrevet på engelsk, og språket kan være en kilde til misforståelse og tap av informasjon. Vi anser oss selv til å ha god språkforståelse, og har brukt ordbok for å sikre en god oversettelse. Ved å skrive ned

forforståelsen vår før vi startet, samt være bevisste på å ikke føre resultatene etter den, blir studiens resultater mer pålitelige.

5.3.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet er et uttrykk for hvordan kunnskapen vi har kommet frem til kan overføres til andre sammenhenger og populasjoner (Malterud, 2011). Vi vil i dette underkapittelet drøfte overføringsverdien til to faktorer, nemlig inkludering av artikler med sykepleiere, og artiklenes ulike definisjon på traumatiske fødsler.

To av primærstudiene bruker ulike navn på sykepleiegruppene, nemlig "Labour and delivery" sykepleiere og intrapartum sykepleiere. "Labour and delivery" sykepleiere har omsorg for kvinnen både før, under og etter fødsel. De utfører prosedyrer og undersøkelser på lik linje som jordmødre, men det er den ansvarlige legen som har det overordnede ansvaret. I andre stadie av fødselen, er det fødselslegen som forløser barnet. En oversikt over alle sykepleie spesialistgrupper i USA, viser ingen gruppe som heter intrapartum sykepleiere (Johnson & Johnson services, 2016). Det kan det virke som om Goldbort et al. (2011) har brukt begrepet intrapartum sykepleiere om "Labour and delivery" sykepleiere. Etter å ha satt oss inn i dette yrket, hadde det mange likhetstrekk til jordmorfaget og arbeidsoppgavene er relativt like. Både jordmødre og disse sykepleierne kan utvikle en nær relasjon til kvinnene. Funnene i de inkluderte studiene var sammenlignbare, og dette gir oss grunnlag til å tro at resultatet ikke hadde blitt annerledes om vi bare hadde inkludert studier med jordmødre. Videre kan studiens funn ha noe overføringsverdi til annet helsepersonell innen fødselsomsorgen, som har anledning til å utvikle en relasjon til fødekvinnen.

Alle de inkluderte studiene kommer fra land med vestlig preg. Fødetilbudet vil derimot variere i forskjellige land, og variasjonen vil være enda større i land utenfor vesten. Man kan hevde at jordmødre kan oppleve traumatiske hendelser ulikt i ulike land. I stor grad vil det handle om ulikheter i forhold til jordmors ansvarsområde, samt hva som er kulturelt eller sosialt akseptert. Det er vanskelig å si i hvilken grad studien har overføringsverdi til ikke-vestlige land, men vi antar at hovedtrekkene er overførbare. Vi har i denne studien funnet tre gjennomgående temaer i de inkluderte artiklene. Dette er basert på forskning fra ulike land og kulturer, ulike fødetilbud og ulike grupper helsepersonell innen fødselsomsorgen. Vi har brukt

en norsk forskningsstudie (Christoffersen & Teigen, 2016), som understøtter funnene våre i diskusjonen av resultatene. Avslutningsvis mener vi at denne studien er overførbar til norske og vestlige forhold.

Forskningsstudiene som er blitt inkludert i denne metasyntesen har definert en traumatisk fødsel på ulike måter, men alle har til felles at hendelsen oppstår akutt og er av alvorlig karakter. Hendelsene beskrevet i primærstudiene var neonatal død, neonatal skade, mødredødsfall, skulderdystoci, neonatal gjenopplivning, postpartum blødning, tredje- og fjerdegrads rift, hysterektomi, forsøk på instrumentell forløsning med tang eller vakuum som ender med akutt keisersnitt, preeklampsi, setefødsel, fostervannsemboli, fødsel hvor mor eller barn fikk skader eller ble livstruende skadet av fødselen, samt andre kompliserte fødsler. Det finnes ikke noe entydig definisjon på hva en traumatisk fødsel er, og noen av disse hendelsene vil for noen oppleves som ikke-traumatiske. Eksempler på dette kan være setefødsel, tredje- og fjerdegrads rift og postpartum blødning. Det er ikke definert detaljert karakteristikk, som for eksempel mengde blødning eller hvorfor setefødselen ble sett på som traumatisk. På grunnlag av dette vil det ikke være mulig å skille de traumatiske hendelsene fra hverandre på en mer detaljert måte. Vi velger derfor å forholde oss til Calvert og Benn (2015) sin definisjon, hvor traumatiske hendelser defineres som farlige og risikofylte, og som i ettertid kan utløse en stor stressreaksjon. Vi mener derfor at alle jordmødrene i de inkluderte studiene opplevde hendelsene som traumatiske. På dette grunnlag mener vi at studien er overførbar til ulike traumatiske hendelser, også for jordmødre i svangerskapsomsorgen og barselenheter.

5.4 Relevans for praksis

Denne studien kan bidra til å skape økt oppmerksomhet rundt dette temaet, og vi håper det kan komme produktive diskusjoner som gir rom for refleksjon. Individuelle refleksjoner kan øke bevisstheten rundt hvordan jordmødre opptrer som kollegaer, og bidrar til et godt og trygt arbeidsmiljø. Diskusjoner i arbeidsmiljøet vil kunne bidra til nye forslag angående retningslinjer eller oppfølging av jordmødre etter traumatiske fødsler. Ved å ha gjennomført denne studien har vi bidratt til å danne en bredere horisont av kunnskap og innsikt i hvilke opplevelser jordmødre har etter traumatiske hendelser. Dette er et viktig grunnlag før utarbeidelse av oppfølgingsmodeller.

Christoffersen og Teigen (2016) presiserer viktigheten av innarbeidede og gode rutiner for oppfølging av jordmødre, og for å utvikle en slik oppfølgingsmodell er det viktig å vite hva jordmødrene går gjennom. Studiens resultat antyder en mangel på oppfølging fra ledere, noe vi mener er overførbart til norske forhold. Vi mener derfor at et økt fokus på uformell og formell støtte vil være hensiktsmessig, og denne studiens funn antyder at støtte kan være en avgjørende faktor for både trivsel og større sjanse til å forbli i yrket.

Jordmødrenes opplevelser og behov bør vurderes individuelt etter en traumatisk fødsel, og de bør tilbys oppfølging i tilfeller hvor jordmoren har behov for dette. Utfordringen til lederen vil mest sannsynlig være å oppdage at jordmoren har blitt "traumatisert" av hendelsen. Det kan diskuteres i hvilken grad medarbeidere ønsker eller våger å snakke om sårbare følelser med en leder, fordi ledere er med på å bestemme over stillingen og autonomien til jordmødrene. Fordi det ikke utgjør noen trussel å fortelle om det til likestilte, er dette kanskje årsaken til at kollegial støtte var viktig for jordmødrene i primærstudiene. Tillit kan tenkes å være en avgjørende faktor for hvem en velger å søke støtte fra. Derfor vil et arbeidsmiljø som preges av tillit og åpenhet kunne være en arbeidsplass hvor jordmødre kjenner seg trygge.

5.5 Forslag til videre forskning

Denne metasyntesen kan synliggjøre behov for videre forskning. Studien har rettet lys på et tema det er forsket en del på internasjonalt, men det mangler bredde i forskningen blant jordmødre i Norge. Mangel på støtte til jordmødre som stadig jobber i mer komplekse situasjoner er et problemområde som trenger å bli anerkjent. Videre forskning kunne derfor fokusert på hvilken oppfølgingsmodell som kommer jordmødrene mest til gode etter en traumatisk fødsel, samt utprøvelse av hvordan det fungerer i praksis. En slik studie kunne vært utført ved å intervjue jordmødre for å finne ut hva de mener er god støtte, og hvilken oppfølgingsmodell de ønsket å ha på deres arbeidsplass. En forskningstudie med mål om å identifisere måter å tilrettelegge for mestring blant helsepersonell, kunne også vært aktuelt. Studier på hvilke verktøy, for eksempel simuleringstrening, som bedre ville utrustet jordmødre til å håndtere traumatiske fødsler ville vært hensiktsmessig. Slike studier kunne bidratt til å redusere risikoen for pasientskade, og kunne vært en fordelaktig studie som ville kommet både helsepersonell, fødekvinnene og pårørende til gode.

Vi har identifisert at symptomer påposttraumatisk stress blant jordmødre kan være en konsekvens av å oppleve en traumatisk fødsel. Vi har ikke funnet publiserte primærstudier basert på dette temaet fra Norge, og derfor hadde det vært interessant å undersøke om denne delen av resultatet er overførbart til Norge. Videre studier kunne også sett på i hvilken grad arbeidsmiljøet bidrar til å forebygge eller fremme symptom på posttraumatisk stress. Videre hadde det vært spennende å gjennomføre en kvantitativ studie på antall jordmødre i Norge som faktisk bytter jobb eller stilling, enten eksternt eller internt, etter en traumatisk fødsel. Om det viste seg å være en stor gruppe, kunne dette bidratt til et økt fokus og bedre ivaretakelse av jordmødre.

6 Konklusjon

I denne studien har vi syntetisert eksisterende kvalitativ forskning for å bidra til en større innsikt i hva jordmødre opplever og hvordan de mestrer opplevelsen i tiden etter en traumatisk fødsel. Vi har belyst at jordmødre har potensiale til å oppleve sterke følelser etter en traumatisk fødsel, hvor noen kan oppleve symptomer på posttraumatisk stress. Samtidig mestrer andre jordmødre å snu opplevelsen og kommer styrket ut av den. Som følge av en traumatisk fødsel kan også noen jordmødre komme til å endre praksis som følge av redsel for nye traumatiske fødsler.

Støtte fra kollegaer hadde positiv innvirkning på opplevelsen til jordmødre etter traumatiske fødsler. Etter gjennomgang av annen litteratur, stilte vi oss kritiske til om dette var den mest hensiktsmessige formen for støtte. Funnet om at kollegastøtte er viktig er fortsatt like gjeldende, men formell støtte har positive aspekt ved seg som vil forme opplevelsen og gjøre at jordmor kan komme styrket ut etter hendelsen. Det er viktig å forstå hva jordmødre opplever etter traumatiske fødsler for å kunne bidra til gode og hensiktsmessige oppfølgingsprogram. Det har denne studien bidratt til.

Ettervirkningene etter en traumatisk fødsel vil være et viktig fokus på fødeavdelinger og blant ledere, for å unngå negative følger som kan være med å påvirke pasientsikkerhet og den normale fødselsprosessen. I denne studien har vi sett at arbeidsmiljøet spiller en viktig rolle i å forme jordmødres opplevelse etter en traumatisk fødsel. Dette setter et større krav til jordmødre og ledere i å være støttende kollegaer rundt jordmødre som har opplevd en slik hendelse.

Litteraturliste

Andreasen, S., Backe, B., Rolf Gunnar, J., & Oian, P. A. L. (2012). A nationwide descriptive study of obstetric claims for compensation in Norway.(Report). *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 91*, 1191.

Atkins, S., Lewin, S., Smith, H., Engel, M., Fretheim, A., Volmink, J., & Health Systems Research Unit. (2008). Conducting a meta-ethnography of qualitative literature: lessons learnt. doi: 10.1186/1471-2288-8-21

Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3rd ed. ed.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Beck, C. T., & Gable, R. K. (2012). A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 41*(6), 747-760. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01386.x

Beck, C. T., LoGiudice, J., & Gable, R. K. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. *J Midwifery Womens Health, 60*(1), 16-23. doi: 10.1111/jmwh.12221

Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*.

Blix, E. (2013). The admission CTG : is there any evidence for still using the test? *Acta Obstet Gynecol Scand, 92*(6), 613-619. doi: 10.1111/aogs.12091

Calvert, I., & Benn, C. (2015). Trauma and the Effects on the Midwife. *International Journal of Childbirth*, *5*(2), 100-112.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.

Christoffersen, L., & Teigen, J. (2016). Jordmødres forventninger til lederatferd etter kritiske hendelser. I Døving, E., Elstad, B., & Storvik, A (Red.), *Profesjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforl.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*(4), 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. ed.). Stockholm: Natur och kultur.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441. doi: 10.1002/jclp.10090

Goldbort, J., Knepp, A., Mueller, C., & Pyron, M. (2011). Intrapartum nurses' lived experience in a traumatic birthing process. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, *36*(6), 373-380.

Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., & Liebergall Wischnitzer, M. (2011). Stressful childbirth situations: a qualitative study of midwives. *Journal of midwifery & women's health, 56*(4), 388. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x

Hanssen, I. (2005). Interkulturell sykepleie. I Kristoffersen, N,.J Nordtvedt, F., Skauh, E. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, 1*, 78-105. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Høyer, K. (2011). Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig til metode? I Koch, L., & Vallgårda, S. (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg. ed.). København: Munksgaard.

Johnson & Johnson services (2016) *The campaign for nursing future. Explore specialities*. Hentet 17. oktober 2016 fra: https://www.discovernursing.com/explore-specialties#.WAUiOlfvj0Y

Kirkham, M. (2010). *The Midwife-mother relationship* (2nd ed. ed.). New York: Palgrave Macmillan.

Kringeland, T. (2010). Jordmorvirksomheten. I Brunstad, A., Tegnander, E (Red.), *Jordmorboka*, Oslo: Akribe, cop. 2010.

Larun, L., & Malterud, K. (2007). Identity and coping experiences in Chronic Fatigue Syndrome: A synthesis of qualitative studies. *Patient education and counseling*, *69*(1), 20-28.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser: en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.

Major, C. H., & Savin-Baden, M. (2010). *An introduction to qualitative research synthesis : managing the information explosion in social science research*. London: Routledge.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo,Universitetsforl.

Morrisette, P (2004) *The pain of helping: Psychological injury of helping professionals*. New York, NY: Routledge.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2016). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. Hentet 16. juni 2016 fra: http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler

Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies* (Vol. 11). Newbury Park, Calif: Sage Publications.

Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. ([Rev. utg.]. Oslo. Hentet 11. oktober 2016 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

NOU 2015:11. (2016). *"Med åpne kort"* Høringssvar fra Den norske jordmorforening om forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Hentet 11. oktober 2016 fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/9706c61326f941e08a7253e175fa9729/tjh_dn_jormorforening_alvorlige.pdf

Nåden, D., & Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i sjukepleieforskning*. Oslo: Universitetsforl.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (udatert). Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK. Hentet 11.oktober 2016 fra: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n

Rice, H., & Warland, J. (2013). Bearing Witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth (Vol. 26, pp. S39-S39).

Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Saastad E, Kirschner R, Flesland Ø. (2014) *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid. Notat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten 2014*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 95*(7), 735-745. doi: 10.1111/aogs.12897

Schrøder, K. (2010). *Den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv* (Doctoral dissertation).

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care, 18*(5), 325. doi: 10.1136/qshc.2009.032870

Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2015a). Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout. *International Journal of Nursing Studies, 52*(2), 578-587. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006

Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2015b). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies, 53*, 61.

Sinclair, M., & Bryar, R. M. (2011). *Theory for midwifery practice* (2nd ed. ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Sullivan, K., Lock, L., & Homer, C. S. E. (2011). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery, 27*(3), 331-335. doi: 10.1016/j.midw.2011.01.007

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Search for: limit 68 to (abstracts and yr="2006 -Current")
Results: 106
Database: Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) <1971 to April 2016>
Search Strategy:
---

1 Midwives.de. or midwife.mp. (12490)
2 Midwifery.de. or midwifery.mp. (16754)
3 nurse midwifes.mp. or Nurse-midwives.de. (268)
4 obstetric nursing.mp. (33)
5 obstetric nursing.mp. (33)
6 midwifery culture.mp. (7)
7 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 (23633)
8 (Emergencies or Labour complications).de. or obstetric labour complication.mp. (1747)
9 Critical care.de. or critical care.mp. (337)
10 emergency.mp. (4344)
11 critical illness.mp. or Critical illness.de. (89)
12 adverse event.mp. (161)
13 Delivery - complications.de. or delivery complication.mp. (16)
14 traumatic childbirth.mp. (27)
15 traumatic event.mp. (47)
16 traumatic birth.mp. (96)
17 unexpected event.mp. [mp=abstract, heading word, title] (13)
18 unexpected trauma.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1)
19 (Medical errors or Critical incidents).de. or critical incident.mp. (352)
20 emotional trauma.mp. [mp=abstract, heading word, title] (20)
21 stressful childbirth situations.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1)
22 indirect exposure to trauma.mp. [mp=abstract, heading word, title] (0)
23 Birth injuries.de. or birth injury.mp. (371)
24 Critical care.de. or critical care.mp. (337)
25 critical event.mp. (8)
26 critical birth.mp. (2)
27 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 (7152)
28 experience.mp. or Experiences.de. (12953)
29 second victim.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1)

30 (Emotions or Social support or Adaptation).de. or adaptation.mp. (6259)
31 psychological adaptation.mp. (13)
32 coping.mp. or Coping.de. (1033)
33 emotional distress.mp. [mp=abstract, heading word, title] (138)
34 emotional health.mp. [mp=abstract, heading word, title] (112)

35 emotional processes.mp. [mp=abstract, heading word, title] (5)
36 Cognition.de. or cognition.mp. (846)
37 emotional process.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1)
38 mental process.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1)
39 cognitive process.mp. [mp=abstract, heading word, title] (4)
40 cognition process.mp. [mp=abstract, heading word, title] (0)
41 cognition psychology.mp. [mp=abstract, heading word, title] (0)
42 cognitive psychology.mp. [mp=abstract, heading word, title] (7)
43 Debriefing.de. or debriefing.mp. (198)
44 concern.mp. [mp=abstract, heading word, title] (3293)
45 guilt.mp. or Guilt.de. (290)
46 empathy.mp. or Empathy.de. (192)
47 professional burnout.mp. (6)
48 burnout.mp. or Stress - psychological.de. or Burnout.de. (1362)
49 Psychosocial factors.de. or psychological factors.mp. (502)
50 psychology.mp. or Psychology.de. (1317)
51 well being.mp. (2116)
52 coping behavior.mp. [mp=abstract, heading word, title] (2)
53 trust.mp. or Trust.de. (2415)
54 Coping strategies.de. or coping strategies.mp. or Adaptation - psychological.de. (1852)
55 coping strategy.mp. (19)
56 compassion fatigue.mp. [mp=abstract, heading word, title] (14)
57 fatigue.mp. or Fatigue.de. (430)
58 secondary traumatic stress.mp. [mp=abstract, heading word, title] (8)
59 existential concerns.mp. [mp=abstract, heading word, title] (2)
60 existential.mp. [mp=abstract, heading word, title] (35)
61 blame.mp. [mp=abstract, heading word, title] (216)
62 shame.mp. [mp=abstract, heading word, title] (121)
63 feelings.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1407)
64 resilience.mp. [mp=abstract, heading word, title] (129)
65 emotional pain.mp. [mp=abstract, heading word, title] (18)
66 emotional process.mp. [mp=abstract, heading word, title] (1)

67 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or
47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66
(29249)
68 7 and 27 and 67 (231)
69 limit 68 to (abstracts and yr="2006 -Current") (106)

Search for: limit 66 to (abstracts and yr="2006 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish))
Results: 248
Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to May Week 3 2016>
Search Strategy:
---
1 midwife.mp. or Midwifery/ (18327)
2 Midwifery/ or midwi*.mp. (27389)
3 obstetric nursing.mp. or Obstetric Nursing/ (2861)
4 nurse midwifes.mp. or Nurse Midwives/ (6296)
5 midwifery culture.mp. (5)
6 Obstetric Labor Complications/ or obstetric labour complication.mp. (15573)
7 critical care.mp. or Critical Care/ (52190)
8 emergencies.mp. or Emergencies/ (44781)
9 critical illness.mp. or Critical Illness/ (22286)
10 adverse event.mp. (14648)
11 delivery complication.mp. (24)
12 traumatic childbirth.mp. (24)
13 traumatic event.mp. (2079)
14 traumatic birth.mp. (87)
15 unexpected event.mp. (137)
16 unexpected trauma.mp. (9)
17 critical incident.mp. (1053)
18 emotional trauma.mp. (313)
19 stressful childbirth situations.mp. (1)
20 indirect exposure to trauma.mp. (3)
21 birth injuries.mp. or Birth Injuries/ (4845)
22 medical error.mp. or Medical Errors/ (14236)
23 Critical Care/ or critical.mp. (490330)
24 critical events.mp. (1201)

25 critical event.mp. (1892)
26 critical birth.mp. (5)
27 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25or 26 (581939)
28 experience.mp. (451683)
29 experiences.mp. (124407)
30 second victim.mp. (45)
31 adaptation.mp. or Adaptation, Physiological/ (237782)
32 Stress, Psychological/ or traumatic stress.mp. (103945)
33 social support.mp. or Social Support/ (65846)
34 coping.mp. (35236)
35 emotional distress.mp. (4192)
36 emotional health.mp. (1321)
37 emotional processes.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word,
keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier]
(666)
38 Emotions/ or emotional processes.mp. or Cognition/ (120155)
39 emotional process.mp. (52)
40 mental process.mp. or Mental Processes/ (11243)
41 cognitive process.mp. (842)
42 cognition process.mp. (9)
43 cognition psychology.mp. (1)
44 cognitive psychology.mp. (901)
45 Counseling/ or debriefing.mp. (32557)
46 concerns.mp. (95402)
47 guilt.mp. or Guilt/ (7322)
48 empathy.mp. or Empathy/ (17256)
49 Burnout, Professional/ or professional burn out.mp. (8234)
50 psychological factors.mp. or Psychology/ (30528)
51 well-being.mp. (42745)
52 coping behavior.mp. (562)
53 trust.mp. or Trust/ (22486)
54 coping strategies.mp. (7842)
55 coping strategy.mp. (1226)
56 compassion fatigue.mp. or Compassion Fatigue/ or Fatigue/ (22442)
57 secondary traumatic stress.mp. (117)
58 Existentialism/ or existential concerns.mp. (1681)

59 blame.mp. (3707)
60 shame.mp. or Shame/ (3576)
61 feelings.mp. (22045)
62 resilience.mp. (9570)
63 emotional pain.mp. (309)
64 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or
47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 (1228654)
65 1 or 2 or 3 or 4 or 5 (29838)
66 27 and 64 and 65 (424)
67 limit 66 to (abstracts and yr="2006 -Current" and (danish or english or norwegian or swedish)) (248)

Vedlegg 2 – Ekskluderte artikler som ble lest i fulltekst

Ekskludert etter å ha lest i fulltekst	**Årsak**
Mollart, L., Newing, C., & Foureur, M. (2009). Midwives' emotional wellbeing: impact of conducting a structured antenatal psychosocial assessment (SAPSA). *Women Birth, 22*(3), 82-88. doi: 10.1016/j.wombi.2009.02.001	Fenomen (Frå litt.liste) Undersøker effekten av strukturerte svangerskapspsykososiale vurderinger (SAPSA) på jordmødres emosjonelle velvære
Beck, T. C. (2013). The Obstetric Nightmare of Shoulder Dystocia: A Tale from Two Perspectives. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing, 38*(1), 34-40. doi: 10.1097/NMC.0b013e3182623e71	Design (Strategisk søk, medline) Sekundæranalyse av to kvalitative studier
Cauldwell, M., Chappell, L. C., Murtagh, G., & Bewley, S. (2015). Learning about maternal death and grief in the profession: a pilot qualitative study. *Acta Obstet Gynecol Scand, 94*(12), 1346-1353. doi: 10.1111/aogs.12760	Populasjon (Manuelt søk) Undersøker ikke opplevelsen til jordmødrene, men hvordan jordmødrene reflekterte hvordan det var mulig å være forberdt til en slik hendelse, og hvordan ansatte best kan støttes etterpå.
McCool, W., Guidera, M., Stenson, M., & Dauphinee, L. (2009). The pain that binds us: midwives' experiences of loss and adverse outcomes around the world. *Health Care Women Int, 30*(11), 1003-1013. doi: 10.1080/07399330903134455	Fenomen (Strategisk søk, medline) Undersøkte sammenhenger mellom opplevelsene mellom ulike nasjoner.
Puia, D. M., Lewis, L., & Beck, C. T. (2013). Experiences of Obstetric Nurses Who Are Present for a Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 42*(3), 321-331. doi: 10.1111/1552-6909.12040	Design (Strategisk søk, medline) Er en sekundærstudie på materiale fra en tidligere kvalitativ studie, begge samme forfattere.
Rice, H., & Warland, J. (2013). Bearing witness: midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery, 29*(9), 1056-1063. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.003	Fenomen (Strategisk søk, medline) Ønsket å utforske jordmødrenes erfaringer med å være vitne til en traumatisk fødsel. *vi tolket dette til *under* hendelsen
Symon, A. G., McStea, B., & Murphy-Black, T. (2006). An exploratory mixed-methods study of Scottish midwives' understandings and perceptions of clinical near misses in maternity care. *Midwifery, 22*(2), 125-136. doi: 10.1016/j.midw.2005.05.005	Fenomen (Strategisk søk, medline) Ønsker å forstå jordmødres forståelse og erindring av nestenulykker.
Schrøder, K. (2010). *Den traumatiske fødsel fra jordemoderens perspektiv* (Doctoral dissertation).	Årsak: Design. Er en doktorgradsavhandling, som inkluderer en kvalitativ studie på jordmødre.
Hill, J. E., White, S., Hutti, M. H., Polivka, B., Clark, P. R., Cooke, C., . . . Clemens, S. (2014). The Meaning, Experiences, and Behaviors of Nurses Caring for Women With a Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 43*(S1), S76-S77. doi: 10.1111/1552-6909.12456	Fenomen (Strategisk søk) En kvalitativ studie som undersøkte opplevelsen til obstetrisk sykepleiere, anestesisykepleiere og akutt sykepleiere etter perinatal død.
Ben-Ezra, M., Palgi, Y., Walker, R., Many, A., & Hamam-Raz, Y. (2014). The impact of perinatal death on obstetrics nurses: a longitudinal and cross-sectional examination. *Journal of perinatal medicine*, *42*(1), 75-81.	Design (Strategisk søk, medline) Denne studien er en kvantitativ studie som ser på prevalens av psykiatriske diagnoser blant ”obstetric nurses” etter perinatal død.

Vedlegg 3 - Kilde om databasene

(Høgskolen i Oslo og Akershus, udatert)

Database	**Kjennetegn ved databasen**	**Antall treff**	**Aktuelle artikler**
Medline	Dekker medisin, sykepleie og andre helsefag. 5600 tidsskrifter	248	Halparin, Goldblatt, Noble, Raz, Zvulunov & Wishnitzer (2011) Beck & Gable (2012)
Maternity & Infant care	Dekker obstetrikk, jordmorfag, fødsel og barsel	106	Schøder, Jørgensen, Lamont & Hvidt (2016)
PsychInfo	Referanser til artikler innen psykologi og psykiatri. Ikke fulltekst.	277	Sheen, Spiby & Slade (2015) Beck, LoGiudice & Gable (2015)
Cinahl	Hovedvekt på sykepleie, spesielt sterk på kvalitativ forskning	102	Ingen nye artikler identifisert utover de som var identifisert i databasene over
Gjennomgang av referanselister fra studier lest i fulltekst (13)			Goldbort, Knepp, Mueller & Pyron (2011) Calvert & Benn (2015)

Vedlegg 4 – Sjekkliste eksempel

Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., & Liebergall Wischnitzer, M. (2011). Stressful childbirth situations: a qualitative study of midwives. Journal of midwifery & women's health, 56(4), 388. doi: 10.1111/j. 1542-2011.2011.00030.x

SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	**Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?**	X		
Kommentar:	Har et godt beskrevet formål.			
2	**Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?**	X		
Kommentar:	Korrekt valgt studiedesign (kvalitativ): fordi forfatterne ønsker å utforske og forstå et fenomen.			
3	**Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?**	X		
Kommentar:	Konteksten er klar. Miljø/sammenheng: hvor jm i Israel arbeider, hvilke arbeidsoppgaver. Bakgrunnen er relevant for studiens tema og sier noe om tidligere forskning.			
4	**Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?**			X
Kommentar:	Teoretisk rammeverk Ikke presentert			
5	**Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?**	X		
Kommentar:	Valg av populasjon er relevant for problemstillingen og rekrutteringen er beskrevet. Antall deltakere ble valgt på bakgrunn av saturasjonsprinsippet. Alder er oppgitt, ikke kjønn.			
6	**Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?**	X		
Kommentar:	Datainnsamlingen er beskrevet. Det kommer tydelig frem hvordan de har samlet inn data gjennom intervju, lydopptak og transkripsjon. Sted og kontekst for intervju er forklart. Intervjuguide ligger vedlagt. Antall forskere per intervju er ikke gjort rede for.			
7	**Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?**	X		
Kommentar:	Dataanalysen er tydelig beskrevet og gjort på en systematisk måte. Hvordan forskerne har kommet frem til og blitt enige om kategorier og tema. Induktiv fremgangsmåte, prøvd å legge forforståelse til side, gjort en tematisk analyse. Det er klare sammenhenger mellom kategorier og tema ift sitater som er presentert. Imidliertidig er det får sitater presentert til å ha 18 deltakere.			
8	**Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?**	X		
Kommentar:	I artikkelens disksujon underbygger forskerne resultatene med annen forskning på tema, f.eks hvor fenomenet understøttes av forskning på andre grupper helsepersonell. Resultatene er ikke drøftet med intervjuobjektene for å understøtte.			
9	**Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?**	X		
Kommentar:	Det er samsvar mellom resultater og konklusjon. Konklusjonen kommer også med forslag til tiltak, program, utdanning og videre forskning på tema basert på resultatene fra studien.			
10	**Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?**		X	
Kommentar:	Det er ikke forklart hva deres forforståelse er, men de har nevnt at de prøver å holde sin forforståelse på et lavt nivå gjennom analysen av data. Forfatternes faglige bakgrunn er presentert på slutten av artikkelen.			

*Basert på User's Guides for an article reporting the results of qualitative research in health care. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ.User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

* Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiiative#13 – February 2004. http://www.ahfmr.ab.ca/creba/forms/submission.pdf

Goldbort, J., Knepp, A., Mueller, C., & Pyron, M. (2011). Intrapartum nurses' lived experience in a traumatic birthing process. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 36(6), 373-380.

SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	**Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?**	X		
Kommentar:	Formålet er godt beskrevet.			
2	**Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?**	X		
Kommentar:	Kvalitativ design. Semistruktuerte intervju - intervjuguide er presentert. Intervjuguide bestod av 2 spørsmål, narrativ.			
3	**Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?**			X
Kommentar:	Var mangelfull bakgrunn for tema, var kort forklart og fokuserte mer på symptomer for STSD. Miljø og sammenheng for studien er mangelfullt presentert.			
4	**Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?**	X		
Kommentar:	Ikke knyttet opp mot et teoretisk rammeverk, men nevnes at de bruker husslers 1964 sin deskriptive fenomenologi for å forstå opplevelser. Knyttes opp mot et større kunnskapsgrunnlag ift STSD og symptomer på dette.			
5	**Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?**	X		
Kommentar:	Valg av populasjon er beskrevet n=9 intrapartum sykepleiere. Informantenes alder og kjønn er oppgitt. Rekrutteringstrategi er lite forståelig. Grad av arbeidserfaring er beskrevet. Antall informanter ble valgt gjennom saturasjonsprinsippet.			
6	**Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?**	X		
Kommentar:	Datainnsamlingen er beskrevet.			
7	**Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?**		X	
Kommentar:	Dataanalysen er beskrevet, men virker mangelfull. Ikke klar sammenheng mellom data som er samlet inn, og tema som forskeren har kommet frem til, 3 av 6 tema hadde data som underbygger dem (nr 1,2 og 3). Fortolkning av data er ikke forståelig/tydelig.			
8	**Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?**		X	
Kommentar:	Det er presentert symptomer på STSD i introduksjonen, deretter trekkes konklusjoner i "clinical implications" til at resultatene viser (uten å vise metoden for å kunne trekke slike konklusjoner) at disse 9 intrapartum nurses har symptomer på STSD. Diskuterer andre informasjonskilder (behov etter en traum.hendelse, impl. for ledere).			
9	**Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?**		X	
Kommentar:	Studien har ikke konklusjon presentert. I "clinical implication" er likevel forfatternes tolkning av resultatene dikutert, men dreier seg mest om hva spl har behov for og hva spl ledere bør følge opp spl ift til resultatene. Fordi formålet med studien ikke sier noe om dette vurderer vi dette punktet til uklart.			
10	**Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?**	X		
Kommentar:	Det er diskutert at forskerne prøver å legge egen forforståelse til side under intervju og analyse for å la informantenes egne forklaringer og mening komme til syne. Forskerne holdt seg åpne for informantenes meninger og hadde i tillegg et kritisk blikk på bias som kunne oppstå. Bias for studien er presentert.			

*Basert på User's Guides for an article reporting the results of qualitative research in health care. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ.User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

* Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiiative#13 – February 2004. http://www.ahfmr.ab.ca/creba/forms/submission.pdf

Samlet kvalitetsvurdering av studiene (intern validitet) – kan anvendes for alle sjekklistene

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt. Eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakhetene faktisk kunne ha endret studiens konklusjon.	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Svakhetene kan innebære at studiens konklusjon er gal.	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn. Hva som er «nesten alle», «noen» og «få» kan variere noe fra oppsummering til oppsummering, men skal dokumenteres i rapporten.