



Masteroppgave i jordmorfag

MAJO 5900

Oktober, 2019

Hvordan opplever jordmødre å samtale med den gravide om vold – En systematisk oversikt over kvalitative studier

Kandidat nr: 906

Antall ord: 14438

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultetet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

Da er en reise mot å bli jordmor snart ved veis ende, og det har vært noen spennende og lærerike år på godt og vondt. Jeg har hele veien vært målbevisst og ikke angret på mitt valg.

Å skrive denne masteroppgaven har vært en lang prosess, og arbeidet har vært både spennende og lærerikt, og samtidig utfordrende. Jeg har gjennom dette arbeidet fått mulighet til å fordype meg i et tema som jeg selv synes er vanskelig, men svært viktig. Jeg har fått økt kunnskap om de ulike aspektene rundt vold, noe som vil komme godt med senere i arbeidslivet. Utfordringene har vært relatert til selve skriveprosessen, og i den forbindelse vil jeg gi en stor takk til alle som har hjulpet meg på veien.

Først vil jeg takke mine medelever for gode konstruktive tilbakemeldinger underveis i skrivearbeidet. En spesielt stor takk til medelev Maylen for støttende og oppmuntrende samtaler i en tid preget med usikkerhet og frustrasjon.

Videre vil jeg takke mine to veiledere, Lena og Mirjam for konstruktive og faglige tilbakemeldinger.

Jeg vil spesielt rette en stor takk til min mor som har hjulpet meg gjennom denne skriveprosessen med korreksjon av oppgaven, og gode innspill. I tillegg må jeg takke både henne og min samboer for all støtte, oppmuntring, tålmodighet og omsorg gjennom årene som student. De har vært mine bautasteiner gjennom studietiden, og uten dem hadde veien vært mye vanskeligere å gå. Takk for at dere har hatt troen på meg hele veien, og oppmuntret meg til å gjennomføre dette studiet.

Sammendrag

Bakgrunn:

Jordmødre anbefales å snakke med gravide kvinner om deres voldserfaringer.

Hensikt:

Hensikten med studien er å få oversikt over tidligere forskning og sammenfatte en systematisk oversikt over hvordan jordmødre opplever å samtale med den gravide om vold.

Metode:

Studien er en kvalitativ systematisk litteraturstudie med en oppsummering av 13 kvalitative primærstudier.

Resultater:

Jordmødre beskrev partnervold som sensitivt, vanskelig og tabubelagt tema, og utfordrende å snakke om med den gravide om. Jordmødre var ambivalente til om voldskartlegging kommer under deres ansvarsområde, men alle kjente at de har en moralsk plikt til å adressere voldsspørsmålet. De beskrev en rekke barrierer som gjør kartleggingen av vold blant gravide utfordrende, som mangel på tid, kunnskaper og retningslinjer, mangel på personvern og tilstedeværelse av kvinnenens partnere, samt kultur og usikkerhet rundt juridiske aspekter og dokumentasjon.

Konklusjon:

Jordmødre opplever samtalen om vold i nære relasjoner med gravide som utfordrende.

Nøkkelord: Midwi, midwifery, Midwives, Violence, Spouse abuse, domestic violence, Intimate partner violence, routine enquiry, Conversation,

Summaery

Background:

Midwives are advised to talk to pregnant women about their experiences of violence.

Purpose:

The purpose of the study is to gain an overview of previous research and to summarize a systematic review of how midwives experience talking to the pregnant woman about violence.

Method:

The study is a qualitative systematic literature study with a summary of 13 qualitative primary studies.

Findings:

Midwives described partner violence as a sensitive, difficult and taboo topic, and challenging to talk to the pregnant woman about. Midwives were ambivalent about whether violence mapping comes under their responsibilities, but everyone knew they had a moral duty to address the issue of violence. They described a number of barriers that make the mapping of violence among pregnant women challenging, such as lack of time, knowledge and guidelines, lack of privacy and the presence of women's partners, as well as culture and uncertainty around legal aspects and documentation.

Conclusion:

Midwives experience the conversation about violence in close relationships with pregnant women as challenging.

Key words: Midwi, midwifery, Midwives, Violence, Spouse abuse, domestic violence, Intimate partner violence, routine enquiry, Conversation.

Innhold

| | |
|--|---|
| Forord | 2 |
| Sammendrag | 3 |
| Summaery | 4 |
| 1.0 Innledning | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema..... | 7 |
| 1.2 Hensikt og formål med studien | 7 |
| 2.0 Teori | 9 |
| 2.1 Vold i nære relasjoner | 9 |
| 2.2 Forekomst av vold i nære relasjoner..... | 9 |
| 2.2 Risikofaktorer for kvinner utsatt for vold i nære relasjoner | 10 |
| 2.3 Konsekvenser av vold for den gravide og hennes ufødte barn | 11 |
| 2.4 Rutinemessig kartlegging av vold i svangerskapsomsorgen | 12 |
| 2.5 Lover som jordmor må følge i sitt arbeid | 14 |
| 3.0 Metode | 15 |
| 3.1 Litteraturstudie..... | 15 |
| 3.2 Systematisk litteraturstudie med et narrativt sammendrag..... | 16 |
| 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 17 |
| 3.3.1 Tabell nr: 1 skjema over inklusjons- og eksklusjonskriteriene | 18 |
| 3.3.2 Tabell nr 2: Spiderskjema | 18 |
| 3.4 Søkeprosessen..... | 19 |
| 3.4.1 Flytskjema for systematisk litteratursøk, figur 1..... | 22 |
| Identification | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| Eligibility | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| Included | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| Screening | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| 3.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler/Utvelgelsesprosessen | 23 |
| 3.4 Forforståelse..... | 25 |
| 3.5 Etske overveielser/Litteraturstudiens etiske hensyn | 26 |
| 4.0 Resultat | 28 |
| 4.0.1 Tabell nr 3: Presentasjon av inkluderte studier og deres kvalitet..... | 28 |
| 4.1 Oppsummering av de inkluderte artiklene | 36 |
| 4.2 Jordmor | 37 |
| 4.3 Kvinnene..... | 39 |
| 4.4 Kontekst/omgivelser | 40 |

| | |
|--|-----------|
| 5.0 Diskusjon | 43 |
| 5.1 Jordmor | 43 |
| 5.2 Kvinnene..... | 44 |
| 5.3 Kontekst/Omgivelsene | 46 |
| 5.4 Metode diskusjon | 49 |
| 6.0 Konklusjon | 52 |
| 6.1 Implikasjon for praksis og videre forskning..... | 52 |
| 7.0 Litteraturliste | 54 |
| 8.0 Vedlegg | 61 |
| 8.1 Vedlegg 1 - Søkehistorikk | 61 |
| 8.2 Vedlegg 2 - Kvalitetsvurdering av inkluderte studier | 63 |

1.0 Innledning

I dette kapittelet vil jeg presentere oppgavens bakgrunn, og dens formål, samt problemstillingen min.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som jordmor student har jeg vært i praksis på en helsestasjon i svangerskapsomsorgen som følger opp kvinner fra ulike kulturer i svangerskapet. Jordmødrene på helsestasjonen hadde lang erfaring innenfor yrket som jordmor og hadde begynt å få en utvidet erfaring med å snakke med gravide om vold. De har hatt mange alvorlige og mindre alvorlige saker som hadde dukket opp når de brakte temaet på bane. Som student i praksis ble jeg «skånet» for konsultasjoner med de kvinnene som ble utsatt for vold, og jordmor begrunnet dette med at de var redde for at kvinnene ikke ville fortelle dem situasjonen sin dersom jeg ble med. Som kommende jordmor kjente jeg på en stor forståelse for dette valget samtidig som jeg kjente at det hadde vært en stor og viktig lærdom for meg å ta del i. Jeg fikk være med å observere når jordmødrene brakte temaet på banen hos gravide kvinner som kom på førstegangskonsultasjoner, og fikk også prøve å stille spørsmålet selv. Å bringe temaet på banen opplevdes utfordrende og vanskelig både fordi jeg følte jeg ikke hadde tilstrekkelig kunnskaper om de ulike aspektene rundt vold i nære relasjoner, og hvordan man bør respondere og håndtere situasjonen når vold avdekkes.

På bakgrunn av erfaringer i praksis og fordi jeg av personlige og helsemessige grunner ønsker å arbeide på helsestasjon en gang i fremtiden, var tematikken interessant for meg å utforske videre. Det foreligger et ønske om bedre kunnskap rundt temaet og hvilke konsekvenser vold har for den gravide kvinnen og hennes ufødte barn, samt hvordan jeg som kommende jordmor kan snakke med gravide kvinner om vold på en god måte.

1.2 Hensikt og formål med studien

En studie fra 2017 viser at under halvparten av jordmødre som arbeider med gravide tar opp temaet vold under svangerskapskonsultasjonen. Dette til tross for at de nasjonale retningslinjene som sterkt anbefaler å snakke med den gravide om vold. Jordmødre oppgav at vold er et vanskelig og sensitivt tema å bringe på banen (Helsedirektoratet, 2018; L. Henriksen, 2017). På bakgrunn av dette er det ønskelig å få bedre forståelse og økt kunnskap om hvordan helsepersonell opplever å snakke med den gravide om vold. Økt forståelse og kunnskap kan bidra til å finne ut hvilke tiltak som kan iverksettes slik at det blir lettere for

helsepersonell å bringe temaet på banen, avdekke flere voldstilfeller og yte bedre helseomsorg for den gravide og hennes ufødte barn. Samtidig kan det øke bevisstheten for hvordan man snakker om det som er vanskelig. Formålet med denne studien er å få oversikt over tidligere forskning og lage en sammenfattende systematisk litteraturstudie over temaet hvordan jordmødre opplever å samtale med den gravide om vold. På bakgrunn av dette kom jeg frem til følgende problemstilling:

Problemstilling: *Hvordan opplever jordmødre å samtale med den gravide om vold?*

2.0 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere studiens teoretiske rammeverk, og jeg har valgt å bruke teori som representasjon. Teori kan, ifølge Høyer (2011), beskrives som en abstrakt måte å se virkeligheten på. Teori blir oppfattet som det man vet for øyeblikket, og setter ikke spørsmålsteget ved hva fenomenet er. Teori viser gjerne til eksisterende forskning om et emne. Ettersom jeg har valgt teori som representasjon vil jeg i dette kapitlet ha fokus på teori om vold i nære relasjoner, hvordan vold defineres, forekomsten av vold i nære relasjoner, risikofaktorer, samt hva slags konsekvenser vold har for den gravide kvinnen og for hennes ufødte barn. I tillegg vil jeg presentere hvordan vold i nære relasjoner kartlegges i svangerskapsomsorgen, samt det juridiske aspektet som jordmor må følge i kartleggingen av vold.

2.1 Vold i nære relasjoner

Vold mot kvinner er et verdensomspennende helseproblem og defineres som brudd på kvinners rettigheter. Dette omfatter i særlig grad vold i nære relasjoner og vold av seksuell karakter (Verdens Helseorganisasjon, 2017). Partnervold er en type adferd som påfører den utsatte både fysisk og psykisk skade, og som utføres av en nåværende eller tidligere partner. Handlinger som seksuell tvang, psykisk og fysisk mishandling og en kontrollerende adferd faller under voldsdefinisjonen (Verdens Helseorganisasjon, 2013).

I følge Johnson (2006) finnes det to former for vold i nære relasjoner; episodisk partner vold og patriarkalsk terrorisme, eller intim terrorisme som det også kalles. Episodisk partner vold er gjerne isolerte hendelser, hvor stress og frustrasjon er årsaken til aggresjon og fysisk voldelig adferd. Denne typen vold kan utføres både av kvinner og menn. Patriarkalsk terrorisme, eller intim terrorisme innebærer et maktforhold mellom partene, hvor mannen gjerne har et behov for å kontrollere kvinnen. Denne type vold er ofte gjentakende og har et økende mønster, og på bakgrunn av dette er denne formen for vold mer helseskadelig for den som blir utsatt.

Selv om både kvinner og menn kan være ofre for partnervold, opplever kvinner i større grad seksuell vold, mer alvorlig fysisk vold og mer tvangsstyring av menn (Verdens Helseorganisasjon, 2013). Denne oppgaven fokuserer på vold mot kvinner utøvd av menn.

2.2 Forekomst av vold i nære relasjoner

Verdens Helseorganisasjon (2017) estimerer at 1 av 3 kvinner har vært i forhold hvor de har opplevd en form for psykisk og/eller seksuell vold fra en partner/eks partner. Tallene på

forekomsten av partnervold varierer i de internasjonale studiene. En systematisk oversikt og metaanalyse fra 2010 viser til rapportert partnervold på mellom 2% - 23% (Shah & Shah, 2010). En metaanalyse fra 2013 om partnervold under graviditet, som inkluderte 92 studier fra 23 ulike land, estimerer en forekomst på 28,4% av emosjonell vold, 13,8 % av fysisk vold og 8 % av seksuell vold. Prevalenstallene i eksisterende norske studier om vold mot kvinner varierer, men det rapporteres om et antall mellom 1-5 % (Lukasse, Henriksen, Vangen & Schei, 2012; Sørbo, Grimstad, Bjørngaard, Schei & Lukasse, 2013). Ifølge flere studier varierer forekomsttallene på bakgrunn av ulik bruk av definisjon på vold, ulik populasjon som studeres, samt ulikt forskningsmateriale og forskningsmetode (Hafrún Finnbogadóttir, Dykes & Wann-Hansson, 2016; James, Brody & Hamilton, 2013). I tillegg er intim partnervold forbundet med frykt, skam og skyldfølelse hos de utsatte kvinnene. De kan sitte med en følelse av at de ikke kan avsløre sine voldserfaringer under svangerskapet. Dette gjør at det foreligger en økt risiko for underrapportering av hendelser (Devries et al., 2010).

Devries et al. (2010) gjorde i sin artikkel en analyse av prevalenstallene for intim partner vold fra 19 forskjellige land. I denne analysen kommer det frem at vold under svangerskapet er mer vanlig enn flere andre komplikasjoner som den gravide blir screenet for under svangerskapskontrollene når man tar prevalenstallene i betraktning. Dette inkluderer preeklampsi som ligger på 2-8 % globalt (Duley, 2009) og svangerskapsdiabetes som ligger mellom 1-5 % i England og USA (Bentley-Lewis, 2009).

Selv om det er vanskelig å anslå forekomsten av intim partner vold, viser studier at vold mot kvinner er et svært utbredt problem. Dette inkluderer også vold mot gravide kvinner.

2.2 Risikofaktorer for kvinner utsatt for vold i nære relasjoner

Risikofaktorene for kvinner som er utsatt for intim partner vold er komplekse, men ifølge (James et al., 2013) er misbruk i forkant av en graviditet den største risikofaktoren for vold under et svangerskap. Flere studier viser til at kvinner som er utsatt for vold har en lav sosioøkonomisk status (Bacchus, Mezey & Bewley, 2004; Bhandari et al., 2008; James et al., 2013).

Kvinner som er i en alder av 24 år eller yngre, er ugifte, født utenfor Europa, har en partner som er født utenfor Europa, som har lav utdanning og er arbeidsledig, har større risiko for å bli utsatt for intim partner vold tidlig i svangerskapet og inntil et år post partum ifølge en studie fra Sverige (Rådestad, Rubertsson, Ebeling & Hildingsson, 2004).

I 2013 ble det gjort en meta-analyse over risikofaktorer for vold i nære relasjoner under svangerskapet. Denne studien identifiserte syv risikofaktorer; vold før svangerskapet, lav utdanning, lav sosioøkonomisk status, single, alkoholmisbruk, uønsket eller uplanlagt graviditet. Stressfulle livshendelser eller livslang eksponering for vold, som å være vitne til vold som barn, eller å ha vært i flere voldsomme forhold (James et al., 2013). Funnene i denne meta-analysen bekrefter funnene i Rådestad et al. (2004) sin forskning fra 2004.

2.3 Konsekvenser av vold for den gravide og hennes ufødte barn

Partnervold under svangerskapet er assosiert med en rekke negative helsekonsekvenser for kvinnen og hennes ufødte barn, både fysiske og psykiske (Bailey, 2010). Kvinner som er utsatt for vold svangerskapet har en økt risiko for spontanaborter og provoserte aborter (Fanslow, Silva, Whitehead & Robinson, 2008), blødninger i svangerskapet, og perinatal død (Janssen et al., 2003). Vold under svangerskapet kan medføre helsekonsekvenser for kvinnen på kort- og langsikt, inkludert mødredødlighet (McFarlane, Campbell, Sharps & Watson, 2002). Sistnevnte bekreftes av Campbell, Glass, Sharps, Laughon og Bloom (2007) som i en systematisk oversikt skriver at mord og selvmord er de mest fatale konsekvensene av partnervold under graviditet.

Når voldsutøvelsen er rettet mot mors mage, kan dette forårsake vannavgang, placentaløsning og uterusruptur. Slike utfall kan få konsekvenser som prematur fødsel eller fosterdød (Bailey, 2010; Desforges, Pearlman, Tintinalli & Lorenz, 1990; Huls & Detlefs, 2018; Mendez-Figueroa, Dahlke, Vrees & Rouse, 2013). Det er påvist sammenheng mellom økt forekomst av infeksjoner i urinveier, livmor og livmorhalsen, inkludert HIV og andre seksuelt overførbare sykdommer, som øker risikoen for intrauterin veksthemming og prematur fødsel (Anderson, Marshak & Hebbeler, 2002; Bailey, 2010; Muelleman, Lenaghan & Pakieser, 1998). Kroniske tilstander hos mor som hypertensjon og svangerskapsdiabetes, som begge har betydning for utfallet til det nyfødte barnet, kan påvirkes av partnervold (Bailey, 2010).

Studier viser økt forekomst av angst, depresjon, stress, og posttraumatisk stress syndrom blant voldsutsatte kvinner. Kvinnens voldserfaringer kan ha negativ effekt på hennes tilknytning og omsorgsevne ovenfor barnet, samt føre til misbruk av medikamenter, alkohol og andre rusmidler (Bailey, 2010; Hooker, Samaraweera, Agius & Taft, 2016). Voldsutsatte kvinner kommer ofte sent til svangerskapsoppfølging, gjerne i tredje trimester og har lav vektøkning i svangerskapet (Bailey, 2010). Ifølge en cohort-studie fra 2012 opplever voldsutsatte kvinner oftere flere fysiske svangerskapsplager (Lukasse et al., 2012).

Det ufødte barnet i magen kan under svangerskapet bli påvirket av volden som mor blir utsatt for; enten direkte gjennom slag og spark mot mors mage eller indirekte gjennom stressreaksjoner hos mor (Woods, Melville, Guo, Fan & Gavin, 2010). Voldsrelatert stress hos den gravide kan medføre lav fødselsvekt hos barnet, (Han & Stewart, 2013; Rosen, Seng, Tolman & Mallinger, 2007) eller premature fødsel, (Sharps, Laughon & Giangrande, 2007), samt høyere risiko for død (Hall, Chappell, Parnell, Seed & Bewley, 2014). Stress under svangerskapet kan ifølge studier påvirke barnets hjerne gjennom strukturelle endringer som kan forårsake forsinket føtal modning, forstyrret følelsesmessig regulering, nedsatt kognitiv ytelse i barndommen, samt redusert hjernevolum i områder som er forbundet med læring og minne hos barn i alderen 6-8 år (Sandman, Davis, Buss & Glynn, 2012).

En systematisk gjennomgang av 23 studier fra 2013 som tar for seg påvirkningen av stress i svangerskapet og langsiktige effekter hos barnet, indikerer at barnet har vesentlig større sannsynlighet for å ha følelsesmessige eller kognitive problemer når det utsettes for stress under graviditeten. Dette indikerer også økt risiko for hyperaktivitet/uoppmerksomhet, angst og språkforsinkelser (Talge, Neal & Glover, 2007).

Forskning indikerer også at voldsutsatte kvinner ammer mindre enn andre, men det kan også være andre årsaker enn voldserfaring som påvirker kvinnens beslutning eller evne til å amme (Kendall-Tackett, 2007). En prospektiv cohort studie fra 2015 undersøkte om nyere eller tidligere følelsesmessige, seksuelle eller fysiske overgrep var forbundet med tidlig ammeslutt. Studien viste at de aller fleste kvinner startet med amming, men at 12,1% sluttet å amme før 4 måneder og 38,9% sluttet med fullamming før 4 måneder, men fortsatte med delamming. Studien viste også at kvinner som ble utsatt for vold, enten emosjonelt, fysisk eller seksuelt hadde 18 % høyere risiko for å slutte å amme før 4 måneder. Studien resulterte i at tidligere eller nylige overgrep mot kvinner er sterkt assosiert med tidlig ammeslutt, og at voldsutsatte kvinner er en gruppe kvinner som trenger ekstra støtte og veiledning når det kommer til amming (Sørbo, Lukasse, Brantsæter & Grimstad, 2015).

2.4 Rutinemessig kartlegging av vold i svangerskapsomsorgen

Dagens svangerskapsomsorg er en veletablert del av det offentlige helsetilbudet. De fleste gravide tar kontakt med helsevesenet for oppfølging i svangerskapet, enten hos fastlege eller jordmor. I følge Backe (2001) startet 80 % av kvinnene svangerskapsoppfølging hos jordmor i første trimester. Svangerskapsoppfølging i Norge er en gratis helsetjeneste, og det anbefales at

kvinnene får åtte konsultasjoner, inkludert en ultralydundersøkelse i løpet av graviditeten sin (Helsedirektoratet, 2018).

Svangerskapsoppfølging skaper en arena for å komme i kontakt med voldsutsatte kvinner da gravide er jevnlig i kontakt med helsevesenet (Verdens Helseorganisasjon, 2013). Det foreligger ingen krav til systematisk screening av partner vold, men helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefaler sterkt at jordmødre og fastleger spør alle gravide om de blir eller har blitt utsatt for vold. Den gravides partner er velkommen til å delta på konsultasjonene sammen med den gravide, men det er ingen rutiner for separat konsultasjon med partneren. Det rådes til at den gravide får minst en konsultasjon alene i løpet av svangerskapet, som kun dokumenteres i journalen og ikke på helsekortet for å unngå å sette den gravide i en situasjon som kan fremprovosere vold mot henne. Det anbefales videre at helsepersonell har grunnleggende kunnskaper og kompetanse om vold, samt hvordan vold kan avdekkes og hvordan den gravide skal følges opp videre (Helsedirektoratet, 2018).

Verdens helseorganisasjon sine retningslinjer som omhandler partnervold fraråder universell screening da det ikke har ført til økte fordeler for kvinnene. Det anbefales derimot å spørre den gravide om voldseksposering når en avdekker forhold som kan være forårsaket av vold (Verdens Helseorganisasjon, 2013). En Cochrane metaanalyse fra 2013 tok for seg helsetjenestens screening av kvinner utsatt for partnervold. Denne konkluderer med at rutinemessig screening avdekker flere voldstilfeller, men også at det ikke foreligger sikre resultater på at voldsutsatte kvinner henvises oftere, eller at det forebygger vold generelt. Det ble heller ikke påvist noen negative effekter av screening for kvinnene (O'Doherty et al., 2014).

En norsk studie fra 2017 basert på en spørreundersøkelse blant 398 jordmødre viser at mindre enn halvparten av jordmødre spør den gravide om vold, noe som bryter med de norske nasjonale retningslinjene i svangerskapsomsorgen. Resultatene av undersøkelsen tyder på mulig årsakssammenheng mellom for lite kunnskap om vold og mangel på ressurser med jordmødrenes manglende kartlegging av vold i svangerskapsomsorgen (L. Henriksen, 2017). I en kvalitativ studie fra 2017, ble 8 jordmødre intervjuet om deres erfaringer med å ta opp voldsproblematikken med gravide. Her kom det frem at de anså vold som et sensitivt, utfordrende og tabubelagt tema, hjemmehørende i en privat sfære. Deres erfaring var at tid, kunnskap og ferdigheter ikke var tilstrekkelig til å kunne håndtere informasjon om et eventuelt voldsbruk. Tidsmangel var det mest utfordrende aspektet. De uttrykte frykt for

ansvaret de eventuelt måtte påta seg og usikkerhet for om de kunne klare å gi kvinnene riktig og nødvendig støtte og hjelp. Jordmødrene etterspurte mangel på klare retningslinjer og prosedyrer for å kunne ta opp temaet og håndtere volden de fikk kjennskap til. I situasjoner der den gravide hadde med følge ble det ofte unnlatt å spørre om vold (Lena. Henriksen, Garnweidner-Holme, Thorsteinsen & Lukasse, 2017).

2.5 Lover som jordmor må følge i sitt arbeid

Som jordmor er man pliktig til å følge helsepersonelloven og § 21-29 pålegger helsepersonell taushetsplikt. Denne taushetsplikten bortfaller imidlertid i noen situasjoner etter straffeloven § 196 som sier alle er forpliktet til å *«avverge en straffbar handling eller følgene av den, på et tidspunkt da dette fortsatt er mulig og det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at handlingen vil bli begått»* (Straffeloven – strl., 2005). Vold er et brudd på menneskerettighetene og er en kriminell handling, og dersom jordmor eller annet helsepersonell møter kvinner som blir utsatt for vold, har de en plikt til å varsle myndighetene etter § 31 i helsepersonelloven eller avverge en potensiell pågående voldssituasjon etter straffeloven. Dette for å forhindre alvorlig skade på enkeltpersoner eller eiendom. Dette er gjeldende i de situasjoner hvor jordmor eller annet personell er overbevist om at kvinnens liv eller helse er i fare. Eksempler på slike tilfeller kan være at kvinnen går tilbake til partneren som har utsatt henne for alvorlig vold eller hvor det er fare for nye fysiske overgrep (Helsepersonelloven – hpl, 1999; Straffeloven – strl., 2005).

Barnevernsloven er en lov som jordmor må forholde seg til generelt når det avdekkes vold. Denne loven pålegger helsepersonell å melde ifra i tilfeller hvor barn blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, f.eks. der barnet mangler den sikkerheten og den personlige kontakten de trenger. Når kvinner utsettes for vold og barnet er tilstede, ansees det som en alvorlig mangel i barnets omsorgssituasjon, og som vil rettferdiggjøre et inngrep etter barnevernslovens § 4-12. I slike tilfeller bortfaller taushetsplikten, og utløser helsepersonells meldeplikt (Barnevernloven – bvl, 1992).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere metoden som er brukt og fremgangsmåten for søkeprosessen som er blitt utført. Det vil også bli presentert et flytskjema over søkeprosessen.

3.1 Litteraturstudie

Temaet for studien og dens problemstilling vil ha betydning for hvilken forskningsmetode som skal benyttes. Denne studien tar utgangspunkt i jordmødre som arbeider med gravide kvinner, og deres erfaringer og opplevelser rundt det å snakke med gravide om vold. Det er et komplekst og sammensatt tema jeg ønsker å belyse. Jeg har i denne studien ønsket å få vite mer om menneskers, i denne sammenheng jordmødre, erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og det har derfor vært riktig å velge et kvalitativt forskningsdesign (Malterud, 2011).

Målet med kvalitative studier er å forske på innholdet i både sosiale og kulturelle tilfeller, slik at det samsvarer med de involvertes opplevelser av det naturlige. Forskeren er ute etter forståelse og ikke en forklaring. Kvalitative studier åpner for forskning på områder der det finnes lite kunnskapsgrunnlag fra før (Malterud, 2011).

For å besvare denne oppgavens problemstilling, er det blitt valgt å gjennomføre en systematisk litteraturstudie av kvalitative data. Ved en slik studie gjør forfatteren en systematisk gjennomgang av litteratur rundt en bestemt problemstilling, noe som innebærer kritisk gjennomgang av tidligere forskning og en sammenfatning av dem ved diskusjon (Polit & Beck, 2017). Jeg har benyttet en systematisk og åpen fremgangsmåte for å vurdere og oppsummere flere enkeltstudier innenfor samme tema. En slik oversikt gir leseren et innblikk i tidligere forskning som foreligger innenfor et bestemt emne, og sier noe om kvaliteten på forskningen som har blitt utført. Denne typen forskning viser et helhetsbilde og gjør at den beste tilgjengelige kunnskapen blir lettere tilgjengelig (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

Fordelen ved å gjøre en litteraturstudie er at det brukes data som allerede eksisterer. Dette datamaterialet vil være studiens hovedmateriale, og består av eksisterende kunnskap som er presentert i artikler og rapporter som man finner gjennom ulike databaser. Denne forskningen vil dermed være studiens informanter. Etersom datamaterialet er tidligere forskning og eksisterende kunnskap om et fenomen, skal det ikke skapes ny empiri gjennom litteraturstudien, men det vil likevel belyse nye aspekter når kunnskapen fra flere undersøkelser sammenstilles (Støren, 2013). Ved litteraturstudier er det viktig at forfatteren

ikke utelukker relevant forskning, da det kan gi begrensninger til studien dersom han/hun kun oppsummerer forskning som støtter et syn og gir et feilaktig bilde av kunnskapen (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2007). Ved en systematisk-litteraturstudie må hver publikasjon gjennomgås grundig, og forskeren må se på hvordan studien er utført, noe som kan være vanskelig dersom man har lite erfaring med vitenskapelig arbeid, og kan være en ulempe for studien.

I følge Forsberg og Wengström (2013) finnes det ulike former for litteraturstudier, Systematiske, metaanalyse og narrative studier er de mest vanlige metodene som benyttes. Systematisk litteraturstudie anvendes ofte når effektspørsmål skal vurderes, og det foreligger strenge krav til studiens problemstilling, formål og fremgangsmåte. Her handler det om omfattende søk i ulike databaser, og viser til en strategi som både er referert og definert på en klar måte. Slike studier baserer konklusjonene sine på oppsummert forskning fra enkeltstudier om et bestemt forskningsspørsmål. Metaanalyse er en metode for å slå sammen resultater numerisk og brukes når effektstørrelse av studier skal oppsummeres. Det er en forutsetning at det finnes tilstrekkelig forskning av god kvalitet for å kunne gjøre en metaanalyse eller systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2013). I denne oppgaven er det valgt å benytte narrativ litteraturstudie som metode.

3.2 Systematisk litteraturstudie med et narrativt sammendrag

Når man skriver en narrativ litteraturstudie baserer forskeren seg på subjektivt skjønn, noe som betyr at det er hans/hennes vurderinger som er avgjørende. I dette ligger det at forskeren i praksis må gå systematisk igjennom publikasjoner som finnes innenfor et tema, og deretter finner de konklusjonene som synes å være gjeldene (Befring, 2007). Ved å belyse at det ikke kan trekkes ut bestemte svar fra dataene og at flere av spørsmålene forblir ubesvart, kan litteraturstudien bidra positivt til forskningsfeltet, og dermed bidra til en mer variert fremstilling (Baumeister & Leary, 1997).

I litteraturstudier foreligger det ingen krav om hvor mange artikler som skal inkluderes, men avgjøres ut i fra hva som finnes innenfor et bestemt emne, samt hvilke kriterier man setter for de studiene som skal inkluderes (Forsberg & Wengström, 2013).

Det gjøres rede for fremgangsmåten dersom det utføres studier uten en spesifikk metode (Dalland, 2007). Metoden som benyttes i en narrativ litteraturstudie innebærer å søke etter vitenskapelige studier i relevante databaser, sammenfatte sentrale funn, og kritisk vurdere

funnene (Støren, 2013). Det vil være hensiktsmessig at jeg i denne oppgaven, gjør rede for fremgangsmåten gjennom søkeprosessen til det endelige resultatet på bakgrunn av dette.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før jeg startet med søkeprosessen etter aktuelle artikler, ble det satt opp aktuelle inklusjons- og eksklusjonskriterier, noe som er viktig før litteratursøk ifølge (Aveyard, 2014). Ved å sette gitte kriterier kunne søkeord settes opp, noe som ville hjelpe til med å gjøre det lettere å finne studier som var relevante, samt selektere ut hvilke studier som skulle inkluderes og ikke i oppgaven (Aveyard, 2014).

Denne masteroppgaven begrenser seg til jordmødre som arbeider med gravide kvinner, og hvordan de erfarer og opplever å samtale med den gravide om vold.

Inklusjonskriterier: Artikkene som ble inkludert måtte være skrevet på engelsk eller skandinavisk språk. De måtte omhandle jordmødre/helsepersonell som jobber med gravide, og det måtte være studier med fokus på erfaringer og opplevelser rundt det å samtale/snakke om vold. Studiene måtte ha et kvalitativt studiedesign og være primærstudier.

Eksklusjonskriterier: Studier som var skrevet på et annet språk enn engelsk eller skandinavisk språk ble ekskludert. Artikler som ikke omhandlet jordmødre, og som ikke hadde fokus på erfaringer og opplevelser rundt det å snakke med gravide om vold, ble ikke tatt med. Artikler som ikke var primærstudier, og som hadde et annet studiedesign enn kvalitativt, ble ekskludert.

Det er ingen regler for hvor mange artikler som skal være med i en systematisk oversikt, og antallet bestemmes ut i fra hva som finnes av litteratur. Jeg ønsket ikke å sette noen begrensning på antall artikler før jeg startet søkeprosessen, da jeg ikke visste hvor mye forskning jeg vil finne på dette temaet. Det var heller ikke ønskelig å sette begrensning på årstall av samme grunn.

3.3.1 Tabell nr: 1 skjema over inklusjons- og eksklusjonskriteriene

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--|--|
| Primærstudier/enkeltstudier | Studier som ikke er primærstudier |
| Engelsk eller skandinavisk språk | Ikke oversatt til engelsk eller skandinavisk språk |
| Helsepersonell som jobber med gravide | Ikke arbeid med gravide |
| Kvalitativ forskning | Kvantitativ forskning |
| Studier med fokus på erfaringer og opplevelser rundt det å samtale om vold | Studier som ikke omhandler opplevelser rundt samtale om vold |

For å formulere en klar og mest mulig presis problemstilling, har jeg valgt å benytte SPIDER (Cook, Smith & Booth, 2012). SPIDER ble utviklet for å få en mer effektiv metode å søke etter kvalitative studier på, da PICO ikke fungerer optimalt ved systematiske søk av kvalitative litteraturstudier (Methley, Campbell, Chew-Graham, McNally & Cheraghi-Sohi, 2014).

SPIDER står for Sample, Phenomenon of finterest, Design, Evaluation og Research type (Cook et al., 2012).

3.3.2 Tabell nr 2: Spiderskjema

| Sample | Phenomenon of interest | Design | Evaluation | Research type |
|----------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Helsepersonell | Samtale om vold | | Helsepersonells opplevelser | Kvalitative studier |
| Health workers | Dialogue | Interview | | |
| Midwives | Screening for violence | or focus | - Health workers | Qualitative or |
| Midwifery | Communication about violence | groups or observation | experiences | Qualitative research or |
| Health professionals | Conversation on violence | | -Midwives experiences | Qualitative study or |
| | Talking about violence | | -Barriers | Mixed |
| | Enquirey about violence | | -Facilitators | Method |

3.4 Søkeprosessen

Søkeprosessen ble gjort i flere runder, men startet med en punktveiledningssamtale den 6 juni med bibliotekar. Her ble det satt opp en søkestrategi for å finne artikler/studier som belyste det aktuelle temaet, samt hjelp til å finne aktuelle MeSH termer som kunne benyttes.

Bakgrunnen for valget med å benytte bibliotekar så tidlig i prosessen er at de har mer erfaring og kunnskap innenfor litteratursøk, samt ulike søkestrategier og teknikker. I tillegg har de bedre kjennskap til de ulike databasene, noe som muligens vil føre til flere og mer relevante søketreff. Det er anbefalt å benytte bibliotekar når det utføres systematiske litteratursøk, for lettere å kunne planlegge strategien og systematisere den (Aveyard, 2014; Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2013; Nortvedt et al., 2012).

Problemstillingen ble delt opp i flere søkeord som jeg oversatte til engelsk. Jeg brukte følgende ord: midwifery, midwife*, midwives, og nurse midwives, Violence*, domestic violence, intimate partner violence og Abuse*. Deretter kombinerte jeg de fire første søkeordene med AND med de fire siste. Deretter brukte jeg søkeordene communication, talk*, dialogue*, conversation*, enquir* og Screening*, som jeg igjen kombinerte med AND med søkeordene over. Dersom jeg fikk veldig mange treff avgrenset jeg ytterligere med søkeordene qualitative, phenomenolog*, interview* og Experience*.mp., som jeg kombinerte med AND med treffene over.

Det var ønskelig å bruke søkeord som health workers og health professionals, men ble anbefalt å forsøke med midwifery, midwife*, midwives og nurse midwives først, og dersom jeg fikk få treff kunne jeg legge til de andre søkeordene.

Etter veiledning med bibliotekar ble det utført systematisk litteratursøk den 7 og 10 juni med grunnlag i den søkestrategien som ble utarbeidet. For å finne relevante artikler ble det søkt etter enkeltstudier som var blitt gjort på temaet innenfor fem store databaser; MEDLINE (via ovid), Cochrane, Cinahl, Psyk Info, og Maternity & Infant care, da vitenskapelige forskningsartikler innen helse og sosial ofte dekkes av disse databasene.

Underveis i søkeprosessen fikk jeg også tips fra veileder om å benytte flere søkeord for å fange opp flere artikler. Det ble derfor lagt til søkeord som mixed methode, Abuse assessment screen, composite abuse scale og nordic abuse questionnaire.

Jeg hadde ny punktveiledningstime med bibliotekar den 13 juni, og fikk da innblikk i en annen måte å søke på enn det jeg hadde gjort tidligere, noe som førte til betydelig flere treff i

blant annet Cinahl. Ny runde med systematisk litteratursøk ble utført den 14.- og 16 juni. Her ble det søkt på hvert enkelt søkeord før de ble kombinert sammen.

Til sammen fikk jeg 278 aktuelle treff i de fem databasene. Etter dette var jeg fortsatt usikker på om søkene hadde vært brede nok, og derfor bestilte jeg en time hos bibliotekar for å få hjelp med søket. Bibliotekaren så over søkestrategien som jeg hadde søkt etter og mente jeg hadde avgrenset for mye i søkene mine. Det ble anbefalt å bruke færrest mulig søkeord for å fange flere artikler, og jeg skulle holde meg til søkeordene midwi*, midwifery, midwives, Violence* Spouse abuse, domestic violence, intimate partner violence, og ta med aktuelle MeSH termer. Det ble søkt både på tekstord og emneord. Hun mente jeg ville fange flere artikler med kun disse søkeordene, ettersom treffmengden var overkommelig å gå igjennom på tittel og abstraktnivå. Videre kunne jeg da selektere ut de artiklene som omhandlet min problemstilling. Jeg ble også anbefalt å ikke bruke Cochrane, da dette er en database som ikke ville gi meg de artiklene jeg var ute etter, og ble heller anbefalt å søke i EMBASE. Tredje og siste søkerunde ble utført den 25. - 27. Juni, og jeg fikk da totalt 1072 potensielle artikler i de 5 databasene.

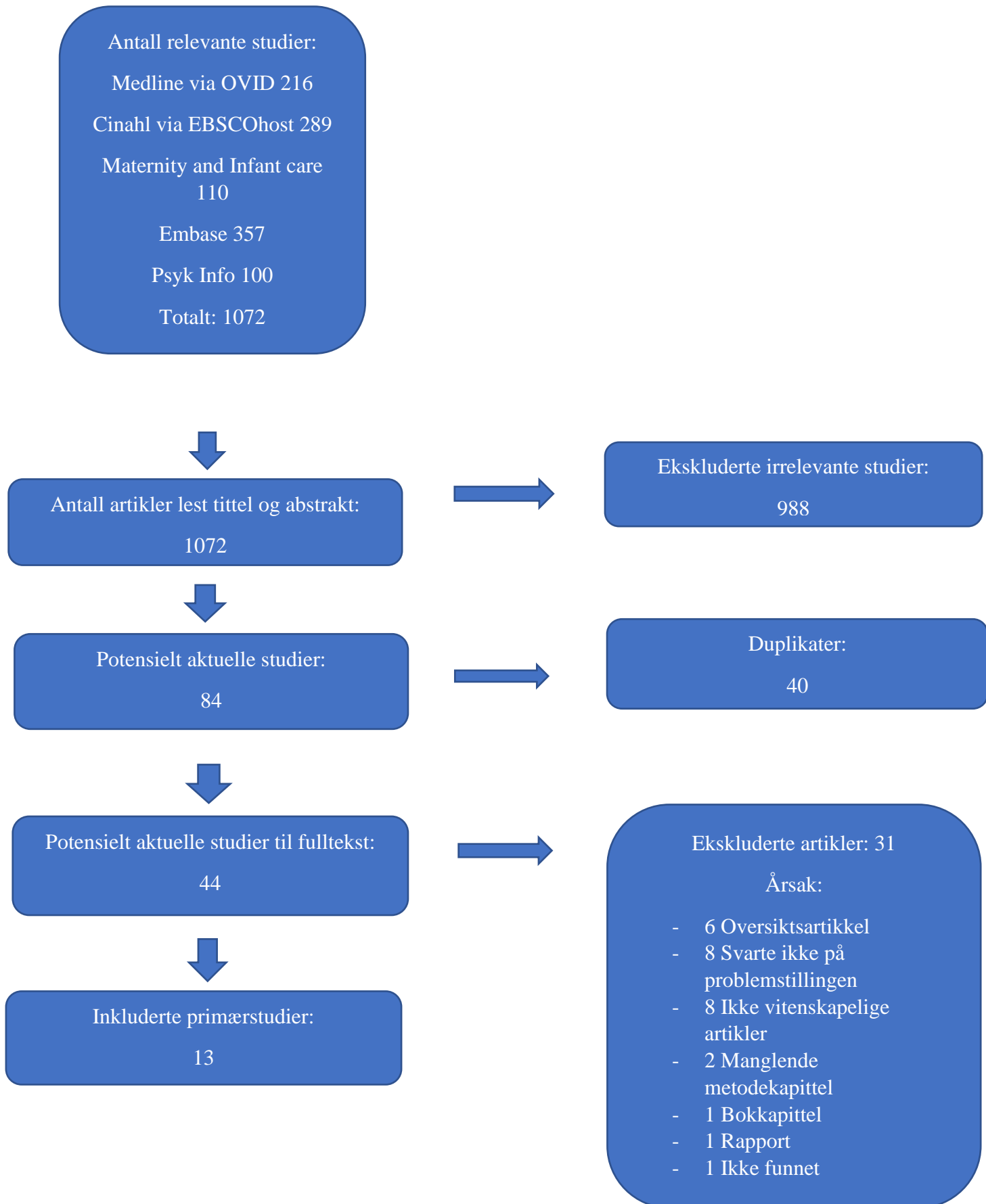
Skjema nr: 2 Antall Søketreff i de aktuelle databasene som jeg endte opp med:

| Database: | Antall treff: | Mulig relevante artikler hentet ut i fulltekst |
|-------------------------|----------------------|---|
| Medline via ovid | 216 | (n=25) |
| Maternity & Infant care | 110 | (n=10) |
| Psyk Infor | 100 | (n=5) |
| Embase | 357 | (n=24) |
| Cinahl | 289 | (n=20) |
| Totalt | 1072 | |

Alle de 1072 artiklene ble gjennomgått på tittel og abstraktnivå for å finne relevante artikler som muligens kunne svare på min problemstilling. Dette ble gjort i en og samme prosess. Under denne prosessen ble det ekskludert 988 artikler, og 84 artikler ble eksportert til endnote. De aller fleste ble ekskludert på tittelnivå, men jeg hadde abstraktet åpent under tittelen og kunne fort se igjennom om tittelen var av interesse. Jeg fant også denne gangen

mange av de samme artiklene i de forskjellige databasene, og det ble videre ekskludert 40 duplikater, og jeg satt nå igjen med 44 potensielle artikler. En artikkel ble raskt ekskludert da det ikke kom tydelig frem hvem forfatteren av studien var, og det kom heller ikke klart frem i abstraktet om studien var relevant eller ikke. Det var 10 artikler som måtte bestilles gjennom bibliotekar. Dette resulterte i at jeg da hadde 43 artikler som ble innhentet i fulltekst og printet ut for videre vurdering.

3.4.1 Flytskjema for systematisk litteratursøk, figur 1.



3.3 Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler/Utvelgelsesprosessen

I systematiske oversikter er det flere enkeltstudier som omhandler samme emne som blir oppsummert. Det er derfor viktig at det kommer tydelig frem i enkeltstudiene om studien omhandler spørsmålet som er stilt, og studiene må ha et design som er egnet til å belyse det aktuelle spørsmålet. Et viktig trinn når man skriver en systematisk oversikt, er å kritisk vurdere forskningsartiklene man ønsker å inkludere med tanke på den metodiske kvaliteten på studiene. Det er viktig å ta stilling til hvilke kriterier som er viktigst ut ifra hvilket spørsmål studien ønsker å besvare. Det blir da tatt en vurdering for å ekskludere studier hvor resultatene ikke er pålitelige, og det blir da gjerne brukt sjekklister til dette formålet (Nortvedt et al., 2012; Reinart & Jamtvedt, 2010).

For å kvalitetssikre studiene som er inkludert i denne oppgaven har jeg benyttet sjekklister for kvalitative studier fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, samt inklusjonskriteriene som ble valgt i forkant av oppgaven for å selektere ut artikler som ikke er relevante eller er av lav metodekvalitet. Den kvalitative sjekklisten består av 10 spørsmål som en kan stille for å vurdere om studiene har de kvalifikasjonene som er satt for kvalitative studier. Hvert spørsmål har tre svaralternativer, «ja», «nei» eller «uklart» (kunnskapssenter, 2014).

Alle artiklene som ble hentet inn i fulltekst ble nøye lest igjennom, samtidig som jeg hadde sjekklisten ved siden av for kunne besvare spørsmålene fra listen. På denne måten har artiklene blitt kvalitetsvurdert. Videre ble artiklene valgt ut basert på inklusjonskriteriene for oppgaven, etter å ha blitt vurdert til å være av høy eller middels kvalitet.

Jeg hadde 43 potensielle artikler til vurdering og lesning i fulltekst. Av disse ble 5 ekskludert på grunn av at studiene var oversiktsartikler og ikke enkeltstudier, men de omhandlet imidlertid temaet jeg var ute etter. Videre ble 8 ekskludert fordi de ikke svarte på den aktuelle problemstillingen for denne oppgaven, og 4 andre ble ekskludert på bakgrunn av at de ikke var vitenskapelige artikler. I tillegg ble en ekskludert på bakgrunn av studiedesign, var kvantitativ studie, en på grunn av at det var en rapport, samt 2 ekskludert på grunn av manglende metodekapittel, og omhandlet ikke jordmødres opplevelse av å snakke med gravide om vold. Av de 10 resterende artiklene som måtte bestilles fra bibliotekar, var det en artikkel som ble inkludert, mens 7 ble ekskludert. En ble ekskludert fordi det var et bokkapittel, en var oversiktsartikkel, 4 var ikke en vitenskapelig artikkel og siste var en rapport. Den siste artikkelen har ikke vært mulig å få tak i.

Referanselistene på alle de inkluderte studiene ble gjennomgått og vurdert først på bakgrunn av tittel. De referansene som så aktuelle ut ble funnet og vurdert på abstraktnivå. Det ble i midlertid ikke funnet noen nye artikler som var relevante å inkludere i denne oppgaven. Mange av de artiklene som allerede er inkludert og vurdert befant seg i referanselistene.

Fra litteratursøket mitt i de fem databasene, ble det identifisert 13 artikler som møtte inklusjonskriteriene, og var relevante for denne studiens problemstilling. Av de 13 inkluderte studiene var 11 av de fra Høyinntektsland; to fra Sverige, en fra Norge, en fra Italia, to fra England, en fra Australia, en fra New Zealand, en fra Skottland, en fra USA, og en fra Jamaica. De to siste er fra lavinntektsland; en fra Timor-Leste og en fra Zimbabwe. Dette er imidlertid land som ikke er sammenlignbare med Norge. Disse artiklene ble valgt å inkludere på bakgrunn av at de landene har, ifølge artiklene, høy voldsråde mot gravide kvinner, og fordi denne studien er ute etter å belyse jordmødrenes erfaringer og opplevelser rundt det å snakke med gravide om vold i nære relasjoner. Disse to artiklene bidrar til å belyse, og svare på problemstillingen min.

Samtlige av artiklene ble vurdert til å ha høy kvalitet. Totalt hadde alle disse 13 inkluderte artiklene fanget erfaringer og opplevelser fra 248 jordmødre som arbeider med gravide kvinner, og som har erfaring med å snakke med gravide om vold i nære relasjoner.

Alle studiene hadde kvalitative tilnæringer, og 4 artikler brukte fokusgrupper, 1 studie hadde dybdeintervju pr telefon, 2 studier brukte semistrukturerte intervjuer, 5 brukte en kombinasjon av fokusgrupper og semistrukturerte intervjuer, og en brukte en multimetodisk tilnærming, både kvantitativt og kvalitativt, som innsamlingsmetode av datamaterialet. 8 av 13 artikler brukte innholdsanalyse som metode, mens en studie brukte Nvivo som analyseverktøy, en brukte en kombinasjon av induktivt klassifiseringssystem og rammeanalyse, en brukte et analyseverktøy kalt ATLASTM, og to benyttet redigeringsstil av Crabtree og Miller for å analysere sine data.

Vitenskapelige forskningsartikler er som oftest bygd opp etter IMRAD-prinsippet, og det anbefales å vurdere om forskningsartiklene er bygd opp etter dette prinsippet (Nortvedt et al., 2012). Samtlige av de inkluderte studiene i denne oppgaven er bygd opp etter IMRAD-prinsippet, noe som bidrar til å styrke kvaliteten på studiene.

De inkluderte studiene viste at det var sammenheng mellom formålet for studien, metode, teori og resultat. I tillegg hadde de en god beskrivelse av metoden for datainnsamling og

analysemetode. 10 av 13 studier presenterte at det var blitt gjort en tydelig vurdering av etiske forhold. Alle deltakerne hadde blitt forklart studiens formål av forfatterne, og skrevet under på informert samtykke, samt fått informasjon om at deltakelsen var frivillig.

Alle de 13 inkluderte studiene ble hentet fra fagtidsskrifter som publiserer forskningsartikler som gjerne har gode metodiske kvaliteter. Bibliotekar anbefalte under veiledning at jeg skulle vurdere artiklene fra de ulike databasene etter fagfellevurdering. Dette er blitt gjort, noe som bidrar til å styrke kvaliteten på de inkluderte artiklene.

3.4 Forforståelse

Forskerens person vil på en eller annen måte ha påvirkning på forskningsprosessen og det endelige resultatet uavhengig av hvilken forskningsmetode som benyttes. Malterud (2011) presenterer forforståelsen som en ryggsekk vi bærer med oss inn i et forskningsprosjekt. Denne sekken inneholder våre erfaringer, vårt faglige perspektiv, og vår teoretiske kunnskap. Forforståelse som ligger hos forskeren må gjøres klart for leseren i arbeid med kvalitativt forskningsmateriale for å kvalitetssikre forskningsresultatene (Malterud, 2011).

Forforståelsen min preges av eventuelle kunnskaper jeg har om temaet i studien, og erfaringer som jeg har ervervet meg gjennom mange år som sykepleier, og som jordmorstudent med praksiserfaring fra svangerskapsomsorgen. Det å ha erfaring fra det miljøet studien baseres på, kan gi en fordel i forståelse av jordmødres situasjon, men kan også bidra til at jeg som forsker overser momenter som er vesentlige.

I studien min var det jordmødres erfaringer og opplevelser rundt det å samtale med den gravide om vold som skulle belyses. Etter snart ti år som sykepleier og som jordmorstudent i utdanningens slutfase, har jeg ingen klinisk eller personlig arbeidserfaring rundt det å snakke med gravide om vold. Jeg har imidlertid fått litt innblikk i temaet i praksisfeltet, og gjennom den faglige undervisningen på skolen, noe som har resultert i at jeg har gjort meg noen refleksjoner om temaet. Det at jeg ikke har noen erfaring med å snakke med gravide om vold i nære relasjoner, er etter min mening en fordel når denne oppgaven skrives. Dette fordi jeg i stor grad møter temaet med åpent sinn, og tolkningen av materialet vil være mer nøytral, selv om jeg har en forventning om å finne i studiens resultater at temaet er utfordrende.

For å ikke påvirke dataene som studeres, er det ifølge Malterud (2011) viktig at egen forforståelse blir satt til side.

3.5 Ethiske overveielser/Litteraturstudiens etiske hensyn

I dette avsnittet vil det bli gjort rede for de forskningsetiske vurderingene som er blitt gjort i denne oppgaven.

All forskning er regulert av lover og forskningsetiske retningslinjer, og når man begir seg ut på et forskningsprosjekt må man som forsker forholde seg til disse. Den mest sentrale profesjonsnormen innen medisinsk forskning er Helsinkideklarasjonen, og i tillegg er det en rekke lover, personopplysningsloven, forskningsetikkloven, helseforskningsloven, som skal beskytte samfunnet og enkeltindividet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014, 2019).

I alle kvalitative studier spiller etiske vurderinger en rolle. Kvalitative studier fokuserer gjerne på mening og innhold i stedet for bredde og omfang, slik som i kvantitative studier. Når det utføres en kvalitativ studie innebærer det en del ulike metoder for å samle inn data til forskningsformålet. Dette kan være metoder som intervju, video opptak, lydbåndsinnspeiling, dokumentanalyse, og deltagende og ikke-deltagende observasjon. Alle disse metodene skaper ulike etiske problemstillinger. Uansett hvilken metode som velges i en studie, er det tre etiske prinsipper som må overholdes; konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av forskningssubjektenes integritet. Dette innebærer at forskeren må innhente deltagerens informerte samtykke, deltagerne av forskningsprosjektet har krav på at all informasjon som de gir blir behandlet konfidensielt, samt at forskeren har et ansvar for at deltagerne som blir forsket på, ikke utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015).

Etttersom dette er en studie som har til formål å oppsummere tidligere forskning har jeg som forsker ingen direkte interaksjon med deltakerne, og det har derfor ikke vært nødvendig å søke godkjenning av studien hos Norsk Senter for forskningsdata (NSD) eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Alle artiklene som er inkludert i denne oppgaven er blitt vurdert med tanke på kvalitet og etikk. De fleste har et avsnitt om etiske overveielser, men noen har kun omtalt etisk godkjenning da de har utvidet metodekapittel i andre artikler som studien deres er en del av. I det etiske avsnittet gjør forfatterne rede for hvordan deres studie imøtekommer de internasjonale etiske retningslinjene for forskning av mennesker. Forfatterne av studiene har søkt om tillatelse fra etiske organer for å kunne utføre studien. Studienes informanter har fått informasjon om studien slik at de kan gi et informert samtykke og undertegnet erklæringer for

deltagelse i studiene. Identiteten til deltagerne er anonymisert i samtlige av de inkluderte studiene, og gjør at alle imøtekommer kriteriene som de etiske retningslinjene setter for forskning på mennesker og deres personalia, samt kriteriene i helsinkideklarasjonen. Alle de inkluderte studiene i denne oppgaven er fagfellevurdert, og dermed også validert med hensyn til etikk. Å gi feil eller misvisende tolkninger av funn, eller å unnlate å presentere publikasjoner som viser motstridende resultater, er ifølge Forsberg og Wengström (2013) forskningsetisk uforsvarlig.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere de inkluderte artiklene og deres funn i en skjematisk oversikt. Videre vil jeg presentere studienes kvalitetsvurdering, og til slutt funn som er relatert til oppgavens problemstilling.

4.0.1 Tabell nr 3: Presentasjon av inkluderte studier og deres kvalitet

| Forfatter + År, land og tittel | Hensikt | Design/metode | Deltakere og sted | Studiens hovedfunn | Kvalitet |
|--|---|--|---|--|----------|
| Stenson, Sidenvall og Heimer (2005), Sverige Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women | Å beskrive og bruke jordmødrenes erfaringer fra svangerskapsoms orgen som de tilegner seg ved å rutinemessig screene gravide kvinner om deres personlige erfaringer rundt vold. | Kvalitativt design, fokus- gruppediskusjon , analysert ved kvalitativ innholdsanalyse | 21 jordmødre i Sverige fra 7 helsestasjoner | Viktighet med rutinemessig screening. Viktigste hindringene; sensitivt tema, tilstedeværelse av partner, tidsbegrensing, forutinntatte holdninger, språkvansker, mangel på trening og kunnskap, manglende støtte for kvinnene og uklare retningslinjer. | Høy |
| | Å utforske jordmødres bevissthet og erfaring om vold i nære relasjoner | Induktiv kvalitativt design, fokusgruppe intervjuer, | 16 jordmødre med erfaring med å jobbe i svangerskapskli nikker tilknyttet | De uttrykte at det var viktig med kunnskap om voldsrelaterte konsekvenser, og | Høy |

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|-----|
| | blant gravide i Sør-Sverige. | analysert ved innholdsanalyse | to universitetssykehus i Sør-Sverige. Ble rekruttert ved nettverksuttak og målrettet prøvetaking, fordelt på fire fokusgrupper på tre til fem individer. | hvordan identifisere sårbare grupper. jordmoren selv kunne være et hinder. Frykt for gjerningsmannen og tilstedeværelsen av partneren. Potensiell konflikt mellom jordmorens profesjonelle plikt. Den overlevedes ønske om å unngå innblanding og Mangel på støtte, retningslinjer og handlingsplaner | |
| Eustace, Baird, Saito & Creedy (2016), Australia Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner | Å utforske jordmødres opplevelser av rutinemessig screening, samt deres oppfatninger rundt barrierer og facilitators og hvilke tiltak de foreslår for å | Kvalitativt deskriptivt design, dybdeintervju, analysert ved bruk av induktiv tematisk analyse | 21 jordmødre i Australia som arbeidet i offentlig helsetjeneste, enten fra obstetriske avdelinger på sykehus, jordmorstyrte enheter eller «midwifery | Følelsen av manglende støtte og å være uforberedt, manglende retningslinjer som støtter dem, viktig å bygge et tillitsforhold, tidspress og tilstedeværelse av partner, Frykt for | Høy |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|-----|
| violence in pregnancy | forbedre praksisen. | | caseload practice» | positive avsløringer, manglende kontinuitet. | |
| Mezey, Bacchus, Haworth & Bewley (2003), England Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence | Å undersøke jordmødres oppfatninger og opplevelser av rutinemessig screening av vold i nære relasjoner | Fokusgruppe og semi strukturerte intervjuer. Intervjuer ble transkribert og analysert ved hjelp av innholdsanalyse. | 116 av 145 (80%) jordmødre ble trent til å screene rutinemessig gravide for vold i nære relasjoner ved 34 ukers svangerskap og fødsel. 20 jordmødre deltok i en av fire fokusgrupper og 8 semistrukturerte intervjuer ble gjennomført. | Jordmødre mente vold i nære relasjoner er viktig å ta opp. Barrierer som tidsbegrensninger, mangel på personvern, sikkerhetsproblemer, personalmangel, lav personalmoral og jordmødres personlige opplevelser av vold ble trukket frem. Studien ga økt bevissthet om vold. | Høy |
| Mauri, Nespoli, Persico & Zobbi (2015), Italia Domestic violence during | Å undersøke jordmødrenes kunnskaper og erfaringer med vold blant gravide, samt deres oppfatning av deres | Fenomenologisk -hermeneutiske kvalitative studie, semistrukturerte intervjuer, analysert med innholdsanalyse. | 15 jordmødre fra offentlig sykehus og fra kommunene i det lokale helsedistriktet Monza og Brianza i Nord- | Det er vanskelig å gjenkjenne vold i nære relasjoner, begrenset kunnskap, mangel på trening, kulturelle tabuer og kvinners manglende vilje | Høy |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|-----|
| pregnancy: Midwives' experiences | profesjonelle rolle. | | Italia ble rekruttert. | til å avsløre overgrep. Det er nødvendig med implementering av grunnleggende utdanning og trening. | |
| Henriksen, Garnweidner-Holme, Thorsteinsen & Lukasse (2017), Norge 'It is a difficult topic' – A qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence | Å få en dypere forståelse av jordmødres erfaringer med rutinemessig screening av vold i nære relasjoner under svangerskapet. | Kvalitativt design, individuelle semi-strukturerte intervjuer. Analysert med innholdsanalyse. | 8 jordmødre fra 8 helsestasjoner i Norge. | Jordmødre spør den gravide om vold, men ikke rutinemessig. Temaet er utfordrende, men personlig interesse var en fremmede faktor, Lite tid, usikkerhet rundt hvordan håndtere et positivt svar og mangel på organisatorisk støtte var barrierer for å spørre om vold i nære relasjoner. | Høy |
| Shamu, Abrahams, Temmereman & Zarowsky | Å utforske helsearbeideres og kvinner syn/oppfatninger | Kvalitativ studie, 6 dybdeintervju og 7 | 6 jordmødre fra 6 svangerskapsklinikker og 7 | Kartlegging av vold var begrenset av utilstrekkelige | Høy |

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|------------|
| <p>(2013), Zimbabwe</p> <p>Opportunities and obstacles to screening pregnant woman for intimate partner violence during antenatal care in Zimbabwe</p> | <p>på å screene og svare på vold i nære relasjoner under svangerskapet.</p> | <p>fokusgruppe diskusjoner med 64 gravide og postpartum kvinner, intervjuene ble transkribert og analysert ved tematisk innholdsanalyse.</p> | <p>fokusgruppe diskusjoner med 64 gravide og postpartum kvinner fra områder med lav inntekt i Harare i Zimbabwe</p> | <p>menneskelige, økonomiske og infrastrukturelle ressurser, samt dårlig støtte til voldstrening. Ulike syn på sin rolle som jordmor. Oppfattelse av vold som et ikke-medisinsk, men et sosialt problem som ikke krevde deres oppmerksomhet.</p> | |
| <p>Wild et al (2018), Timor-Leste</p> <p>Responding to violence against woman: A qualitative study with midwives in Timor-Leste</p> | <p>Å undersøke barrierer som jordmødre erfarer når de identifiserer eller spør om vold i nære relasjoner, undersøke helsevesenet og samfunnsfaktorer som hjelper jordmødre til å spørre på en sensitiv måte og til å støtte kvinner til å finne hjelp, samt hvilke</p> | <p>Kvalitative intervjuer, semistrukturerte spørsmål og gruppe diskusjoner. Transkriberte intervjuer ble importert til programvaren Nvivo hvor intervjuene ble kodet.</p> | <p>36 jordmødre fra landlige helseområder, kommunale helsesentre og sykehus i tre kommuner i Timor-Leste.</p> | <p>Jordmødrenes praksis ble formet etter individuelle og samfunnsmessige faktorer. Trening ga dem erfaring rundt det å vite hvordan de skulle reagere på voldssaker, men de møtte likevel en del barrierer som mangel på tid, støttende miljø og personvern.</p> | <p>Høy</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|-----|
| | faktorer som påvirker jordmødres respons og fremhever tiltak. | | | | |
| Pitter (2016), Jamaica Midwives' knowledge and attitudes when encountering gender-based violence in their practice at a maternity-hospital in Kingston, Jamaica | Vurdere jordmødres kunnskap og holdninger når de møter kjønnsbasert vold i deres arbeid | Kvalitativ studie, fokusgruppe diskusjon med semistrukturert intervjuguide. Analysert med innholdsanalyse. Feltdokumenter og observasjoner av nonverbal oppførsel ble lagt til dataen. | 6 jordmødre fra fødselsklinikken på sykehuset i Kingston, Jamaica. | Enighet om viktigheten av kartlegging av vold i nære relasjoner blant gravide kvinner. Manglende kunnskaper om vold, manglende følelse av å være faglig forberedt, manglet selvtillit, redde for sin egen og kvinnes sikkerhet, villig til å gripe inn, Manglende ressurser i form av økonomi og personell. | Høy |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|-----|
| Lauti & miller (2008), New Zealand Midwives' and obstetricians' perception of their role in the identification and management of family violence | Å undersøke jordmødre og obstetrikers meninger om deres rolle i identifiseringen og håndteringen av vold i nær familie. | Utforskende studie med fokusgruppe og semistrukturelle intervjuer som ble tatt opp og analyser ved å bruke programvaren program ATLASTM. | 28 jordmødre og 11 obstetrikere som arbeidet på Dunedin offentlige sykehus, New Zealand. | Enighet om at deres rolle i identifiseringen av vold i nær familie. Mangel på tid, manglende personvern og konfidensialitet og ledelse, usikkerhet rundt hvordan håndtere et positivt svar, hvor henviser kvinnen, usikkerhet rundt dokumentasjon. Enighet om tverrfaglig team, Følte seg ikke tilstrekkelig rustet til oppgaven og debriefing i ettertid av utfordrende saker. | Høy |
| Taylor, Bradbury-Jones, Kroll & Duncan, 2013, Skottland | Å undersøke kommunal helsepersonells tanker rundt vold i nære relasjoner og avdekkelse av vold. Studien tar for seg både helsepersonells og | To faset kvalitativ studie gjennom bruk av kritisk hendelsesteknikk (CIT), semi-strukturerte individuelle CIT intervju med | 29 helsepersonell, hvorav 11 jordmødre, 16 offentlig helsesykepleier og 2 allmenn leger. 14 kvinner deltok i | Kvinner ønsker å bli spurt om vold, men helsepersonell føler seg ikke komfortable eller selvsikre på å ta opp temaet. Ulike holdninger til | Høy |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|-----|
| Health professionals', Beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study | voldsutsatte kvinners perspektiv. | helsepersonell (fase 1) og fokusgrupper med voldutsatte kvinner (fase 2). Data ble analysert ved en kombinasjon av induktivt klassifiseringssystem designet for CIT og rammeanalyse. | studien. Skottland | vold. Kvinner mener det er helsepersonells ansvar å ta opp vold, Følelsen av manglende kunnskap og egnethet for å håndtere situasjonen, Helsepersonell er klar over konsekvensene av vold, men noen tror at fravær av fysisk vold gjør at det ufødte barnet sannsynligvis har det bra. | |
| Baird, Salmon & White, 2013, England A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote | Å evaluere i hvilken grad praksisendringer som ble gjort i 2004/2005 evalueringen av Bristol Pregnancy domestic violence programme(BPDVP) for rutinemessig screening av vold i nære relasjoner | Multimetodisk tilnærming, Kvantitativt - oppfølgingsundersøkelse og kvalitativt - fokusgruppe intervju. De kvantitative dataene ble lagt inn i SPSS og gjort en 2 test og Fisher- freeman – Halton test. | 58 jordmødre svarte på spørreskjema og 11 jordmødre deltok på fokusgruppe intervju | Studien viser at forbedringer i forebyggingen av vold og mishandling i svangerskapet som ble utviklet gjennom BPDVP har forbedret seg over tid gjennom obligatorisk opplæring. Studien viser økende selvtillit | Høy |

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|-----|
| routine enquiry | har blitt vedlikeholdt | Analysert ved bruk av en metode av Crabtree and Miller kalt redigeringsstil for analyse. | | og kunnskap blant jordmødre. I tillegg viser studiene at det fortsatt foreligger barrierer for rutinemessig screening av vold som må imøtekommes. | |
| Herzig et al, 2006, USA Comparing prenatal providers Approaches to four different risks: Alcohol, Tobacco, Drugs, and Domestic Violence | Å undersøke hvilke metoder helsepersonell i fødselsomsorgen har for å ta opp 4 risikofaktorer; alkohol, stoffmisbruk, røyking og vold i nære relasjoner, hos gravide kvinner. | Kvalitative målrettet utvalgte fokusgrupper intervju. Analysert ved bruk av subjektiv fortolkende redigeringsstil av Crabtree og Miller. | 49 deltagere; gynekologer, sykepleiere og sertifiserte jordmødre | ulike tilnæringsmåter for hver enkelt risiko, hvor vold i nære relasjoner var mest utfordrende. Studien viste et gap mellom forebyggende metoder som er anbefalt og metoder som faktisk brukes i praksis. | Høy |

4.1 Oppsummering av de inkluderte artiklene

I dette avsnittet vil jeg presentere funnene fra de inkluderte artiklene. Jeg har valgt en enkel oppsummering av funnene. Etter å ha gått igjennom artiklene, så jeg at temaene kunne kategoriseres i tre hovedtema; det som omhandler jordmødre, det som omhandler kvinnene og det som går på omgivelsene rundt.

4.2 Jordmor

Jordmødrene så viktigheten av å spørre om vold rutinemessig. Noen mente at temaet var like relevant og lett å ta opp som andre spørsmål, men følte frustrasjon fordi de ikke klarte å snakke med alle kvinnene (Stenson, Sidenvall & Heimer, 2005).

«And so we leave with a bad conscience for not having brought it up. 'Ah, there it is again' and 'heavens!, I forgot it!» (Stenson et al., 2005 s. 315).

Andre syntes det var et vanskelig og sensitivt tema (Lena. Henriksen et al., 2017; Herzig et al., 2006; Lauti & Miller, 2008; Stenson et al., 2005), og noen mente at det ikke var deres (Simukai Shamu, Abrahams, Temmerman & Zarowsky, 2013), men familiens og politiets rolle å gripe inn (Wild et al., 2018). Majoriteten anså det som sin moralske plikt og ansvar å hjelpe utsatte kvinner (K. Baird, Salmon & White, 2013; Eustace, Baird, Saito & Creedy, 2016; Lena. Henriksen et al., 2017; Mezey, Bacchus, Haworth & Bewley, 2003; Pitter, 2016; Taylor, Bradbury-Jones, Kroll & Duncan, 2013; Wild et al., 2018).

Jordmødres egne voldserfaringer, personlighet, kunnskap, fordommer og holdninger kan skape begrensninger for å ta opp temaet om vold med kvinnen (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Mezey et al., 2003). De følte en frykt for ansvaret de måtte påta seg om vold ble avdekket, og usikkerhet om de kunne gi riktig støtte og hjelp. Mangelen på klare retningslinjer var knyttet til angsten de følte (Eustace et al., 2016; Lena. Henriksen et al., 2017).

«You are afraid of the answer. Because if you are inexperienced and have no training...I feel that i don't have enough knowledge. How can i ensure that the woman gets the help she needs? I can refer her to other people, but i still have to support her immediately. I am not competent». (Lena. Henriksen et al., 2017 s. 5).

Det kom frem at det er ulike holdninger om temaet, hvordan man gjør tilnærmelser og hvordan man håndterer et slikt tilfelle (Lena. Henriksen et al., 2017; S. Shamu, Abrahams, Temmerman & et al., 2013). I følge noen av informantene blir vold i nære relasjoner ansett som et «sosialt» og ikke et «medisinsk» problem som faller inn under en jordmors ansvarsområde (Mezey et al., 2003; S. Shamu et al., 2013). I en av studiene kommer det frem at helsepersonell mente at kvinnene selv var medskyldig i overgrepene, enten ved eget valg av feil partner eller gjennom oppførsel, ved å bidra til en voldelig atmosfære i hjemmet (Taylor et al., 2013).

«She just unfortunately makes a bad choice in men» (Taylor et al., 2013 s. 494).

Profesjonell opplæring ble av de fleste nevnt som grunnleggende, for å få kunnskap og trening i å fange opp tegn på både psykisk og fysisk vold. Tilstrekkelig utdanning og klare retningslinjer ville kunne gi jordmødre selvtilitt og trygghet i å utføre sin «nye» arbeidsoppgave innen svangerskapsomsorgen (Eustace et al., 2016; Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lauti & Miller, 2008; Mauri, Nespoli, Persico & et al., 2015; Mezey et al., 2003; Pitter, 2016; S. Shamu et al., 2013; Stenson et al., 2005; Wild et al., 2018).

«Training will give us confidence. If and when we are faced with certain situations we would know exactly what to do» (Pitter, 2016 s. 4).

I studiene blir det fremhevet viktigheten av å skape et tillitsforhold til kvinnene for at de skal føle trygghet. Jordmødre som var lyttende, tilgjengelig og hadde kunnskap om kvinners rettigheter, hadde lettere for å få kvinner til å avsløre vold. De var trygge på sin evne til å gi riktig støtte og helsehjelp, og uttrykte frustrasjon i tilfeller der kvinner ikke ønsket den hjelpen de ble tilbudt (Mauri et al., 2015; Mezey et al., 2003; Stenson et al., 2005; Taylor et al., 2013; Wild et al., 2018).

«You must have established a good relationship to ask at all» (Stenson et al., 2005 s. 315).

«If you don't build an intimate and trusting relationship with the woman, she will never disclose abuse. You could ask any question you want but she would never say a word...» (Mauri et al., 2015 s. 501).

«And maybe the most difficult. I have only met one woman who absolutely refused all help. We are here because we want to help and yet we can't help» (Stenson et al., 2005 s. 315).

Jordmødrene følte seg moralsk forpliktet til å rapportere om vold, men i tilfeller hvor mannen var svært aggressiv, vegret de seg til å melde av frykt for egen og familiens sikkerhet (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Pitter, 2016).

«But, it's obvious that if someone threatens me a man threatens me, if you report this, then... (...) then i would be terribly afraid....» (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012 s. 184).

Selv om kartleggingen foregikk i en skjermet setting, var det en frykt for å bli overfalt og en bekymring for at kvinnene ble utsatt for ytterligere voldsbruk av sinte og fiendtlige partnere. Flere hadde erfart potensielt farlige situasjoner, noe som økte bekymringen for å ta opp temaet (Mezey et al., 2003).

4.3 Kvinnene

Kvinner som offer av partnervold, blir av informantene beskrevet som en person med innsikt i egen situasjon, og som uttrykker et ønske om å forlate sin (Voldelige) partner helt til frykten tar overhånd og hun unnlater å endre sin situasjon. Videre blir disse kvinnene beskrevet som å være i psykisk nød, ha lav selvtillit, lever i frykt og skam, og har en oppfattelse av å være unik. Kvinnene tørr gjerne ikke forlate partneren, søke hjelp eller anmelde ham av frykt for å miste sine barn (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

I en studie ble immigranter, rusmisbrukere, unge jenter og funksjonshemmede trukket frem som sårbare grupper. Immigrerte kvinner ble beskrevet ofte som ensomme, uten nær familie og sosialt nettverk, samt med språkbarrierer (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

«...I have had several young girls born during the 80's who get into substance abuse because they have been subjected to this» (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012 s. 183).

Temaet vold ble mer sensitivt å ta opp med kvinnene fordi svangerskapet skal være en håpefull tid og vold under graviditet er et tabubelagt tema (Stenson et al., 2005).

«It's shameful to be beaten – especially by your man and while pregnant. Pregnancy should be such a positive time in a woman's life and violence is so negative. There are extremes, which one needs to bring together» (Stenson et al., 2005 s. 316).

Tilstedeværelse av partner gjorde det vanskelig å bringe temaet på bane (K. Baird et al., 2013; Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lena. Henriksen et al., 2017; Lauti & Miller, 2008), men de mest erfarne jordmødrene snakket om vold som et generelt tema foran partneren (Lena. Henriksen et al., 2017) .

Et godt tillitsforhold mellom den gravide og jordmor, kontinuitet og tilstrekkelig tid under konsultasjonene var avgjørende for at kvinner skulle betro seg til jordmødrene, og for å kunne

fange opp forandringer hos kvinnene (Eustace et al., 2016; Lena. Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015). Dette ville også oppmuntre til avsløring (Mauri et al., 2015).

Det ble trukket frem at avsløringer om vold kun fant sted når kvinnene ønsket det (K. Baird et al., 2013; Lauti & Miller, 2008). Fikk hun mistanke om at informasjonen ikke ble holdt konfidensielt, ble det heller ikke avdekket. Dette av frykt for konsekvensene dersom partneren fikk vite det. Ble han fengslet ville familieøkonomien være truet (S. Shamu et al., 2013)

4.4 Kontekst/omgivelser

Studiens informanter uttrykte at en av de største barrierene ved rutinemessig vurdering av kvinnene var mangel på tid, tilsyn, konkurrerende plikter, språkvansker og tilstedeværelse av partner og barn. De trakk frem viktigheten av å ha organisasjoner lett tilgjengelig for å bidra med støtte, og sette fokus på riktig sted (K. Baird et al., 2013; Stenson et al., 2005).

Majoriteten av informantene understreket at en jordmor ikke kan stå alene med ansvaret (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Mauri et al., 2015). Dersom den anbefalte hjelpen ikke fungerte for kvinnen, var alternative løsninger nødvendig.

Rutiner som sier at alle kvinner skal vurderes ble trukket frem i alle grupper. Av mangel på felles rutiner er det forskjellige tilnæringsmåter (Lena. Henriksen et al., 2017; Stenson et al., 2005). Noen foreslo å dele opp en konsultasjonstime til to mindre, andre ville informere kvinner om vold i grupper eller sammen med partneren. De fleste ønsket imidlertid alenetid med den gravide når spørsmålet om vold skulle stilles. Studiene tar opp dokumentasjon som et sikkerhetsproblem fordi kvinner i dag har med seg helsekortet hjem (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lauti & Miller, 2008; Stenson et al., 2005; Wild et al., 2018). Informantene foreslår at det bør være en boks til å hake av på helsekortet. Dette for å sidestille spørsmålet med rutinemessige spørsmål som røyking, alkoholforbruk og tidligere medisinsk behandling, slik at spørsmålene får en naturlig sammenheng, og ikke virke stigmatiserende (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Stenson et al., 2005).

«And then i think there should be a special check box; that it is one of our duties to ask. I mean mostly we're well behaved and do what we're told to do!» (Stenson et al., 2005 s. 317).

«Physically it concerns her and she must have the right to her integrity even though they're expecting a baby together and we want to meet them as a family» (Stenson et al., 2005 s. 318).

Et annet tema som kom fram i studiene var faremoment. Her uttrykker jordmødrene en følelse av frykt og angst for ikke å være forberedt og støttende nok dersom kvinnen skulle komme med en positiv avsløring. Storparten av deltakerne oppfattet at mangelen på klare retningslinjer innenfor svangerskapsomsorgen var direkte knyttet til angsten de følte. Å gi passende og trygg støtte til kvinner som svarte positivt på spørsmålet, var viktig for alle jordmødrene. Dette var spesielt viktig for de som jobbet på landlige og avsidesliggende steder da de hadde lite å tilby voldsutsatte kvinner. De ble henvist til lokalt politi (Eustace et al., 2016).

Mangel på tid ble trukket frem i alle studiene (Eustace et al., 2016; Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lena. Henriksen et al., 2017; Lauti & Miller, 2008; Mauri et al., 2015; Mezey et al., 2003; S. Shamu et al., 2013; Stenson et al., 2005; Wild et al., 2018), og det fantes bevis på at jordmødre «valgte» kvinner som fremsto ukompliserte og kunne vurderes raskt. Heller ikke etter fødsel kunne de se noen mulighet for å håndtere sosiale problemstillinger, følge opp eller yte løpende støtte (Mezey et al., 2003).

«If i have to assess 20 woman in a given time, i might only have 15 minutes for each one of them...how can i ask about violence?» (Mauri et al., 2015 s. 500).

«Basically it was only given the opportunity when women were easy to book, primips, no previous problems, no gynae problems, plenty of time (to ask about domestic violence)» (Mezey et al., 2003 s. 746).

Som følge av dette tidspresset hevdet majoriteten av jordmødrene at kvinner avsto fra å avsløre vold. Det ble etterspurt skriftlige retningslinjer og handlingsplaner, støtte og veiledning om hvordan situasjonen skal håndteres når kvinnen melder ifra om vold. De mente at alt helsepersonell måtte være med å dele ansvaret, og at organisasjonsstrukturer må på plass før voldsspørsmålet kan implementeres rutinemessig (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lena. Henriksen et al., 2017; Lauti & Miller, 2008; Mauri et al., 2015; Mezey et al., 2003; Wild et al., 2018). En samtale om vold ble ansett som utfordrende. På grunn av økende arbeidsmengde og høy personalomsetning fryktet de at andre og like viktige oppgaver ville bli nedprioritert (Mezey et al., 2003). Det var tidkrevende å hjelpe voldsutsatte kvinner, og noen ble rådet til å benytte kvinnelige familiemedlemmer som støtte (S. Shamu et al., 2013).

«*Collaborating in such situations is always useful: it helps us and it helps the women*» (Mauri et al., 2015 s. 502).

Personvern ble oppfattet som en identifikasjonshindring, og i mangelen på private samtalerom kunne sensitiv informasjon bli overhørt av andre ansatte eller besøkende. Dette resulterte i at vold ikke ble snakket om (Lauti & Miller, 2008; S. Shamu et al., 2013; Wild et al., 2018).

Jordmødre beskriver vanskeligheter med å sette grenser i håndtering av familievold, da de har opplevd både direkte og indirekte truende oppførsel fra voldelige partnere. I frykt for at kvinnene skulle bli utsatt for ytterligere voldsbruk, ble det rettet spørsmål om når dette skal meldes i fra om og hvordan det skal dokumenteres. Flere hadde erfart potensielt farlige situasjoner og uttrykte bekymring for egen og kvinnens sikkerhet (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lena. Henriksen et al., 2017; Lauti & Miller, 2008; Pitter, 2016; Wild et al., 2018). De følte seg i faresonen når voldsutøveren var til stede, og derfor valgte de å ikke henvise kvinnen. Det var også en utfordring fordi kvinnene selv nektet i frykt for egen og barnas sikkerhet. I noen kulturer blir vold nære relasjoner sett på som normalt. Mennene er husets sjef og de utnytter sin styrke og makt til å kontrollere sin hustru. Kvinnene ble rådet til å være tålmodige med mannen, og heller underkaste seg enn å utfordre og provosere. Disse sosiale normene gjør det vanskelig for jordmødrene å utfordre og deres sikkerhet kunne stå i fare dersom de gjorde det (Wild et al., 2018).

«*That is the man's domain and woman have no voice, when men talk, woman must be silent*» (Wild et al., 2018 s. 6).

«*I was called at midnight and asked to pick up someone who was standing on the footpath with her suitcases, her three kids and her TV*» (Lauti & Miller, 2008 s. 14).

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgaven vil jeg diskutere funnene i de inkluderte studiene i lys av eksisterende litteratur. Funnene vil bli diskutert under hvert overordnede tema.

5.1 Jordmor

I studiene kommer det frem at jordmødre snakker med gravide kvinner om vold i nær familie, men ikke rutinemessig. Informantene erkjenner at dette er et viktig, sensitivt og tabubelagt samtaleemne. Jordmødrene i flesteparten av studiene gir uttrykk for at de synes det er vanskelig å skulle ta opp dette temaet. De mener at de har for lite kompetanse på området og etterlyser mer kunnskap og opplæring for å kunne håndtere kvinner som opplever vold i svangerskapet. Kunnskaps- og opplæringsbehovet støttes av (Jaffee, Epling, Grant, Ghandour & Callendar, 2005) om viser at barrierer mot å samtale med den gravide om vold i nær familie kan reduseres ved at det fokuseres på temaet i utdanningen til helsepersonell.

Jordmødre har behov for grunnleggende og ulike kunnskaper for å ivareta den gravide på en god måte. Kunnskapen de trenger omhandler alle faktorer og mulige komplikasjoner som kan oppstå i et svangerskap. Denne kunnskapen får de gjennom teori, praksis, intuitivitet og refleksjon, og jordmødre selv har et ansvar for å tilegne seg den kunnskapen de trenger i sitt arbeid (Berg, 2005). Dette støttes av International Confederation of Midwives [ICM] (2005a) og Nursing and Midwifery Council [NMC] (2015), som er tydelige på at jordmors ansvarsområdet også innebærer å holde seg faglig oppdatert både på ferdigheter og endringer i praksis, i tillegg til å ha tilstrekkelige kunnskaper til å praktisere på en trygg og effektiv måte. Ved siden av sine daglige gjøremål skal de også kunne delta på obligatorisk trening og i tillegg avpasse arbeidsmengden (NMC, 2015). Selv om ulike aspekter av vold blir omtalt på en forelesning, vil jeg anta at erfaring og praksis har den største betydningen for å erverve seg selvtillit til å adressere voldsspørsmål.

Opplæring om vold i nære relasjoner blir anbefalt av (National Institute of Health and Care Excellence [NICE], 2014) å integreres som en del av en faglig utvikling av ansatte som spør om vold. Det anbefales videre at helsepersonell skal opplæres til å kjenne igjen tegn på vold, slik at de kan rette spørsmål til den gravide som kan muliggjøre en avsløring om misbruk. Studier viser til at kvinner både forventer og er glade for at jordmødre tar opp dette temaet, så de burde kunne bringe emne på bane (Bacchus, Mezey & Bewley, 2002; Salmon, Baird, & White, 2015).

Det ble nylig publisert en studie fra Creedy, Baird og Gillespie (2019) som undersøkte gravide kvinners erfaringer med rutinemessig screening og oppfatning av jordmødres svar. Denne studien viser at kvinner er positive og støttende til rutinemessig screening, og at helsepersonell bør spørre om vold. Informantene opplyser at volds avsløringer ikke alltid forekommer når det blir spurt om det. Dette på grunn av redsel for egen sikkerhet, flauhet, frykt for at partneren får vite om avsløringen, samt en opplevelse av at videre henvisning, ved positiv avsløring, til barnevernet er skremmende. Dette er et aspekt som støttes av studien til Creedy et al. (2019). Verdens helseorganisasjon anbefaler en risikovurdering basert på kvinnenes situasjon fremfor rutinemessig voldsvurdering (Verdens Helseorganisasjon, 2013), men den lave avsløringsraten i studien til Creedy et al. (2019) støtter en mer målrettet tilnærming.

Metaanalysen til O'Doherty et al. (2014) viste at man ved å spørre om vold rutinemessig kan avdekke flere tilfeller blant gravide og ikke bare ved tvilstilfeller. Man må også ta høyde for negative svar selv om man ønsker å avdekke en høyere volsrate.

Det kommer også frem i studiene at informantene hadde ulike holdninger til temaet. Vold i nære relasjoner ble av noen ansett som et «sosialt» og ikke et «medisinsk» problem, og at det ikke var jordmors rolle og dekke dette området. Dette til tross for at de nasjonale retningslinjene i svangerskapsomsorgen tydelig sier at helsepersonell skal ta hensyn til den sosiale og kulturelle konteksten til familien (Helsedirektoratet, 2018). En misoppfatning hos jordmødre viser, at høyere utdannede kvinner ikke kan være i faresonen for voldsbruk, noe som indikerer mangel på kunnskap og trening (K. M. Baird, Saito, Eustace & Creedy, 2015; Feder et al., 2011). Vold, vil jeg anta, forekommer i alle samfunnsklasser.

5.2 Kvinnene

Flere av informantene i studiene uttrykte at det var essensielt å bygge et godt forhold til kvinnen for å kunne ta opp voldsproblematikken. Et forhold som er basert på tillit og gjensidig respekt. For å kunne bygge opp et slikt forhold ble kontinuitet trukket frem som en viktig faktor, og jordmødre fant det utfordrende at det går lang tid mellom hver gang de møter den gravide. I den nylig publiserte studien til Creedy et al. (2019) ble det rapportert negative erfaringer, og ytret bekymring rundt kartlegging av vold blant gravide. Informantens kommentarer antydte at dette kunne relateres til mangel på tillit, en følelse av å ikke bli respektert, at noen jordmødre var nedlatende og manglet medfølelse, samt en bekymring for at barnevernet skulle trekkes inn. Dette støtter funnene i min studie. Enkelte av informantene i

denne oppgaven mente at kvinnen kunne bli spurt om det meste, men at det er avhengig av hvordan spørsmålet presenteres. Verdens Helseorganisasjon (2013) foreslår at voldskartlegging bør foretas av trent personale som er empatiske og ikke dømmende. Mangel på tid og tillit kan være grunnen til at vold avdekkes i mindre grad enn forventet. Det at man bringer temaet på bane kan også være med på å skape et sterkere forhold mellom den gravide og jordmor, og således være relasjonsbyggende.

En av barrierene som ble hyppigst trukket frem blant informantene var mangel på privatliv og tilstedeværelse av kvinnenes partnere. I følge Creedy et al. (2019) antyder de beste praksis anbefalingene til at voldstemaet alltid skal diskuteres privat. Studiene som er tatt med i denne oppgaven trekker frem vanskeligheter med å få kvinnene på tomannshånd ved å be partneren forlate rommet. Jordmors anbefalinger om at kvinnen kan komme alene på en av konsultasjonene viser seg å være utfordrende i praksis da de nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen åpner opp for at partnere kan delta på disse (Helsedirektoratet, 2018; Mezey et al., 2003). Retningslinjene til NICE (2014) sier tydelig at spørsmål om vold i hjemme bør tas opp privat, og i trygge omgivelser da det vil være lettere for kvinnene å dele sine erfaringer.

Det kommer videre frem i studiene at det er ulike tilnæringsmåter for å kartlegge vold blant de gravide (Lena. Henriksen et al., 2017; S. Shamu et al., 2013). Noen jordmødre benytter anledningen til å ta opp emnet når kvinnene veier seg alene i et annet rom, men en slik tilnærming er ikke alltid privat og det kan gi en følelse av hastverk. I tillegg føler kanskje ikke kvinnene seg trygge nok til å avsløre et eventuell misbruk fordi partneren ikke er langt unna. Det ble foreslått i studiene å dele opp første konsultasjonstime, og forbeholde en del til mor alene, informere i grupper eller ta opp temaet foran partneren på et generelt grunnlag (Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lauti & Miller, 2008; Stenson et al., 2005; Wild et al., 2018).

Det å ha en konsultasjonstime som er forbeholdt mor alene kan bidra til å gjøre det enklere for jordmødre å trekke spørsmålet frem i lyset uten å være bekymret for partnerens reaksjoner (Helsedirektoratet, 2018). I tillegg kan det kanskje bidra til å redusere frykten for etterspill for den gravide. Denne barrieren kan unngås ved å gjøre endringer i retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Det må også tas i betraktning at kvinnene kanskje finner det utfordrende å fortelle om sine voldserfaringer under den ene timen, og bør derfor få flere anledninger til å ta opp temaet. Kvinner som ikke ønsker at dette skal oppdages, vil kanskje unnlate å komme til svangerskapskontroll. Voldsutøveren kan nekte den gravide å gå alene,

noe som kan resultere i at kvinnene er kommet langt i svangerskapet før de tar kontakt med jordmor eller fastlege (Bailey, 2010; Hjemdal & Engnes, 2009). Det positive ved dette kan være at det kan gi jordmor en pekepinn på at noe er galt. For å dekke informasjonsbehovet og nødvendig behandling bør det tilrettelegges i retningslinjene at kvinner som kommer inn i svangerskapsomsorgen sent, får muligheten til ekstra, og kanskje hyppigere kontroller.

5.3 Kontekst/Omgivelsene

I tillegg til følelse av manglende kunnskap, viser denne studien at manglende retningslinjer er årsaken til jordmødres frustrasjon. Informantene uttrykte usikkerhet om hvordan de skulle håndtere, ofte krevende og svært belastende informasjon som de får, og hvor voldsutsatte kvinner skal henvises. Å innføre en klar strategi for hvordan kartleggingen av vold i nære relasjoner skal gjennomføres, anbefales av Roelens, Verstraelen, Egmon og Temmerman (2006) og støttes av Waalen, Goodwin, Splitz, Petersen og Saltzman (2000). NICE (2014) anbefaler å ha oppdaterte og klare henvisningsprosedyrer som støtter jordmødre når hun står overfor en positiv avsløring. Ved å endre retningslinjene i svangerskapsomsorgen og utvikle bedre praktiske systemer, kan det bidra til å tilrettelegge for bedre samarbeid mellom lege og jordmor, kontinuitet, dokumentasjon, tidspress og rutiner (Jaffee et al., 2005).

Det ble lagt frem forslag blant informantene om å sette sammen et team bestående av flere faglige instanser som kan bistå kvinnene på best mulig måte (Lauti & Miller, 2008). Dette støttes av Owen - Smith et al. (2008). Det er tankevekkende at informantene foreslår et tverrfaglig team, når det tydelig står som anbefaling i de nasjonale retningslinjene at et tverrfaglig samarbeid bestående av fastlege, jordmor, psykolog, DPS og lignende skal være en del av tiltakskjeden til kommunene som en oppfølging når vold mot gravide avdekkes (Helsedirektoratet, 2018). En god oversikt over de ulike instansene, deres kontaktinformasjon, samt oversikt over hva de kan tilby, vil være en fremmede faktor som kan spare jordmødre for tid på å finne det rette hjelpetilbudet for den enkelte.

På den første svangerskapskonsultasjonen er det mye informasjon som både skal gis og hentes inn for å gi den gravide best mulig oppfølging i svangerskapet. Jordmor skal ifølge de nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen kartlegge hvilket behov kvinnen har for veiledning og støtte, samt oppmuntre til sunne levevaner. Jordmor skal vektlegge forhold som opptar kvinnen og ta hensyn til sosiale og kulturelle behov. Det gjøres en risikovurdering på fysiske, psykiske og sosiale forhold, og det kartlegges om kvinnen og hennes familie har noen spesielle behov som må imøtekommes (Helsedirektoratet, 2018). Alt dette er tidskrevende og

svangerskapskonsultasjonene er tidsbegrenset. Dette gjør at et sensitivt tema som vold kan være vanskelig å ta opp. Samtlige av de inkluderte studiene i denne oppgaven trekker frem nettopp dette med mangel på tid som en av de største barrierene, og peker på at dette er årsaken til at kvinner avstår fra å fortelle om sine voldserfaringer (Eustace et al., 2016; Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lena. Henriksen et al., 2017; Lauti & Miller, 2008; Mauri et al., 2015; Mezey et al., 2003; S. Shamu et al., 2013; Stenson et al., 2005; Wild et al., 2018) Likevel sier retningslinjene i svangerskapsomsorgen at kvinner som har behov for det, skal få hyppigere kontroller. Dette er imidlertid et kommunalt ansvar, som skal sørge for nødvendig personale (Helse- og omsorgstjenesteloven – hol, 2011). Studien til Taylor et al. (2013) viser imidlertid at kvinnene mener at helsepersonell prøver å frikjenne seg selv for ansvar med å snakke om vold.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) publiserte i 2009 rapporten «Å spørre om vold ved svangerskapskontroll». Denne rapporten viser til at jordmødre unnlater å vurdere gravide kvinner i forhold til vold grunnet tidspress. I tillegg ble det pekt på at enkelte gravide tar sent kontakt med svangerskapsomsorgen, noe som resulterer i en enda mer begrenset tidsramme enn om den gravide hadde kommet på kontroll tidligere (Hjemdal & Engnes, 2009). Dette støttes også av oversiktsstudien til Waalen et al. (2000) som undersøkte ulike studier med tanke på kartlegging av partnervold. Denne studien belyste at mangel på tid som barriere for helsepersonell ble trukket frem i hele 12 artikler. At tid blir fremhevet som et problem i så mange studier, kan tyde på strukturelle svakheter ved svangerskapsomsorgen.

Noen av informantene trekker frem kulturelle barrierer i forhold til å ta opp temaet om vold med den gravide (Herzig et al., 2006; Mauri et al., 2015; Wild et al., 2018). Ettersom Norge er et land med høy innvandring vil det være naturlig at jordmødre møter gravide fra ulike kulturer, og som kanskje har et syn på vold som er forskjellig fra vårt. Dette gjør det utfordrende for jordmødre å ta opp temaet. Dette belyses også i studien til Kulkarni, Lewis og Rhodes (2011) som skriver at, dersom kvinnen har vokst opp i et voldelige familieforhold, har de en oppfattelse av at vold er normalt. Videre beskriver de vanskeligheter med å få den gravide til å forstå at de ble utsatt for vold, og at hun hadde vanskeligheter med å se seg selv som offer.

På bakgrunn av ulike forståelser av hva vold innebærer, kan det være at kvinner svarer forskjellig på spørsmålet, uavhengig av om de blir mishandlet eller ikke. Dette er det viktig at jordmødre har kunnskaper om slik at ikke tilfeller blir oversett. I tillegg er det viktig at de

vurderer kvinner individuelt for å identifisere kulturelle behov (Phiri, Dietsch & Bonner, 2010). Videre kan det tenkes at det er vanskelig for jordmødre å vite hvilke kulturelle normer hun skal handle ut i fra ettersom hun både skal respektere ulike skikker og tradisjoner, og vise at vold mot kvinner ikke aksepteres. Selv om det forventes at jordmødre skal være kultursensitive (ICM, 2005b), må de ikke dele kvinnens verdier og livssyn. Enkelte kulturer har en større aksept for å ty til vold (Verdens Helseorganisasjon, 2009), noe som helsepersonell må være klar over, for å kunne se det unike i hvert enkelt tilfelle. Manglende kunnskaper om kultur vil kunne være en hindring for å avdekke voldstilfeller.

Usikkerhet rundt jordmødres juridiske plikter ble trukket frem i flere av artiklene (Eustace et al., 2016; Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Usikkerheten var rettet mot hvem som skulle melde og når, samt hvordan dette skulle dokumenteres (Eustace et al., 2016; Hafrún Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Lauti & Miller, 2008; Wild et al., 2018). Jordmødre er underlagt helsepersonelloven § 21 og § 25 som viser til at helsepersonell har taushetsplikt (Helsepersonelloven – hpl, 1999). Disse paragrafene sier at jordmødre og annet helsepersonell skal *«hindre at andre får adgang og kjennskap til opplysninger om folks legems-, sykdoms-, eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell»*.

Videre henviser loven til at *«med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp»* (Helsepersonelloven – hpl, 1999). Dette betyr at jordmødre ikke kan gå videre med den informasjonen hun får om kvinnes voldserfaringer til andre kolleger, eller henvise henne videre til andre instanser, dersom hun ikke ønsker og samtykker til det.

Selv om helsepersonell har taushetsplikt, kan de etter § 23 formidle opplysninger når *«tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre»* (Helsepersonelloven – hpl, 1999). Opplysningene kan gis videre når det foreligger truende eller farefulle situasjoner, hvor det er fare for helse og menneskeliv. Årsakene for å videreformidle opplysningene må veie tyngre enn grunnen til å overholde taushetsplikten. Spørsmålet er hvor godt jordmødrene har satt seg inn i lovverket. Her kan det foreligge usikkerhet om hva loven faktisk sier, hva som er tungtveiende interesser, og hvor grensene går. Her kunne det med fordel vært et foredrag/kurs om det mest grunnleggende hva lovverket sier og hva det innebærer i praksis. Kanskje dette vil være med på å øke følelsen av å kunne håndtere en eventuell voldsavsløring.

5.4 Metode diskusjon

Denne oppgavens hensikt har vært å få oversikt over tidligere forskning om hvordan jordmødre opplever å snakke med den gravide om vold i nære relasjoner. Som uerfaren forsker innen kvalitativ metode og på bakgrunn av at jeg har skrevet denne oppgaven alene, ble det bestemt i samråd med veileder å gjøre en oppsummering av tidligere forskning. Studien har vært både lærerik og utfordrende, da jeg ikke har benyttet denne metoden før.

Som uerfaren, og med lite kunnskap innenfor forskningsfeltet og systematiske litteraturstudier, er det ifølge Reinart og Jamtvedt (2010) gunstig å formulere et klart forskningsspørsmål, anvende inklusjons- og eksklusjonskriterier, gjøre litteratursøk og hente ut og analysere aktuell data. Dette har jeg hatt som rettesnor under arbeidet med denne oppgaven.

Ved at man gjør allerede eksisterende kunnskap, om en spesifikk problemstilling tilgjengelig for andre, vil det være en styrke å benytte litteraturstudie som metode. Denne studiens styrke og begrensninger kan diskuteres ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier, valg av databaser og søkeord, seleksjonsprosess, og system for vurdering av artiklenes kvalitet.

Jeg har søkt i fem ulike databaser for å finne kvalitative studier om temaet jeg har valgt. Bakgrunnen for valget av de fem aktuelle databasene ble basert på tidligere erfaring gjort i disse databasene, hva jeg har lært om disse databasene gjennom utdannelsen, samt anbefalinger fra bibliotekar. Det kan diskuteres hvorvidt søk i et større antall databaser og antall treff ville gitt et annet resultat, men oppgavens omfang må tas i betraktning, samt tidsperspektivet jeg har til rådighet for å ferdigstille studien.

En styrke ved denne oppgaven er at jeg i søkeprosessen søkte tre runder med veiledning fra bibliotekar, og at jeg har benyttet databaser som er viktige kunnskapskilder innenfor helseforskning.

I tillegg til å bruke ulike databaser for å finne datamaterialet, gikk jeg også grundig gjennom litteraturlistene i aktuelle artikler for å finne nye aktuelle studier som kunne inkluderes i denne oppgaven. Flere av listene inneholdt materiale som kunne være av interesse basert på tittel. Siden forfatterne i stor grad refererer til hverandres arbeid, var mye av materialet allerede inkludert i mine søk, eller de hadde feil design, og kunne derfor ikke benyttes.

Datainnsamlingen jeg gjorde under søkeprosessen resulterte i 13 studier som er relativt like i metode, design, innhold og fremstilling. Mange av studiene har benyttet fokusgrupper,

dybdeintervju og semistrukturerte intervjuer for å hente inn materialet sitt. Ved at jordmødre deltar på disse intervjuene gjør at man får et større innblikk i deres opplevelser og erfaringer rundt det å snakke med gravide om vold i nære relasjoner. Ettersom svarene til informantene er subjektive, kan det stilles spørsmål om det danner et riktig bilde på et vanskelig tema.

Valg av analysemetode varierer. Flesteparten av studiene har brukt tematisk innholdsanalyse, mens noen få har benyttet ulike som Nvivo og ATLASTM. To studier har benyttet fortolkende redigeringsstil. Det kan diskuteres hvor vidt disse studiene kan sammenlignes på bakgrunn av dette. Noen artikler viser til mange utsagn fra deltagerne, men andre fremstiller resultatene mer omfattende. Prosessen med å hente ut sentrale funn har vært krevende, og det kan diskuteres hvor vidt jeg har lyktes godt nok i dette arbeidet.

Majoriteten av studiene er fra høyinntektsland mens to er fra lavinntektsland, noe som kan ha innvirkning på resultatene denne studien gir. Dette fordi det norske helsevesenet ikke kan sidestilles med disse landene. Studiene ble likevel inkludert fordi de gir viktig kunnskap om andre kulturer, og Norge har immigranter fra mange ulike land. Det vil derfor være lærerikt for jordmødre å ha kunnskaper om hvilke erfaringer og opplevelser disse kvinnene har.

De mer avanserte litteraturstudiene som gjøres innenfor forskning har ofte et stort team som systematisk går igjennom all litteraturen som foreligger om det aktuelle temaet man skal forske på. Med all den litteratur som finnes, vil det være begrensninger i forhold til denne oppgavens størrelse og omfang.

I de inkluderte studiene har det vært et mål for forskerne å undersøke jordmødres opplevelser og erfaringer rundt det å samtale med den gravide om vold. I denne studien gis det kunnskap om meninger og erfaringer til et lite antall deltakere. Vi har derfor større kunnskap om mindretallet, men har lite kunnskap om opplevelsene til alle jordmødre. Ettersom denne studien omhandler et begrenset antall jordmødre, vil resultatene trolig ikke gjelde for samtlige jordmødre. Likevel kan funnene bidra til å danne et bilde av jordmødres erfaringer og opplevelser i lignende situasjoner.

Artiklene som er blitt inkludert i denne oppgaven har utelukkende vært på engelsk, og det kan foreligge en risiko for misforståelser i språket på tross god språkforståelse og flittig bruk av ordbok.

Jeg har lært meg å systematisk søke og vurdere forskningsartikler gjennom arbeidet med denne oppgaven, noe som vil komme godt med senere. Jeg har forsøkt å gjøre denne

litteraturstudien så transparent som mulig ved å nøye presentere søkeprosessen gjennom søkestrategi og historikk, gjort rede for valgene som er tatt underveis, samt alle referanser er oppgitt i oppgavens litteraturliste, noe jeg mener bidrar til at gyldigheten av mine funn lettere kan vurderes av oppgavens lesere.

Utvelgelsesprosessen av studier som skal inkluderes bør ifølge Sandelowski og Barroso (2007) utføres av flere forskere for å vurdere artiklenes kvalitet. Men ettersom jeg har sittet med studien og gjort søkeprosessen alene, kan det ikke utelukkes at det er artikler som burde vært med, har blitt oversett. I tillegg har jeg ikke hatt noen å diskutere og vurdere artiklene sammen med. Dette utgjør en mulig svakhet ved kvalitetsvurderingen av de inkluderte studiene. Jeg har tatt meg god tid og artiklene er nøye lest, og vurderingene er gjort etter beste evne. Dersom noen andre skulle utføre denne studien på nytt, vil resultatet trolig ikke bli helt likt, noe som gjør at denne studien ikke blir reproducerbar.

6.0 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å få en oversikt over jordmødres opplevelser og erfaringer om det å snakke med gravide om vold i nær relasjon. Ved å belyse informantenes opplevelser, har det gitt et overblikk over ulike tiltak som kan benyttes for å styrke arbeidet med voldsutsatte kvinner, og kanskje finne en bedre metode for å ta opp problemet.

Informantene viser en ambivalent holdning til tematikken, og opplever det som sensitivt og utfordrende, men det er et viktig aspekt ved svangerskapet som må betraktes. De anser det som deres moralske plikt å ta opp temaet på konsultasjonene.

I deres daglige arbeid med gravide opplever de at temaet byr på en rekke utfordringer som gjør at noen jordmødre velger å ikke ta det opp. En følelse av mangel på kunnskap, trening, retningslinjer, tid, tillit, personvern og tilstedeværelse av kvinnenens partnere ble trukket frem som de største. I tillegg ble sikkerhet, kultur, språkvansker, usikkerhet rundt det juridiske og dokumentasjon fremhevet.

Funnene indikerer at barrierene hovedsakelig ligger på organisasjonsnivå, og at basisprogrammet i svangerskapsomsorgen skaper utfordringer i arbeidet med voldskartlegging for jordmødre. I dette ligger mangel på kontinuitet, dårlig samarbeid mellom fastlege og jordmor, at partner er invitert til å delta på alle konsultasjoner, samt mangelfullt dokumentasjonssystem. Ved å gjøre strukturelle og organisatoriske endringer av svangerskapsomsorgen, samt økt veiledning og kompetanse til de ansatte, kan det bidra til å redusere eller fjerne en del av hindringene som oppleves. Bakdelen er kanskje at det trolig vil koste mer for kommunene, men vil nok være inntektsgivende på lang sikt.

6.1 Implikasjon for praksis og videre forskning

Funnene i denne oppgaven reflekterer jordmødres erfaringer og opplevelser med å snakke med den gravide om vold i nære relasjoner. Temaet er et vanskelig samtaleemne som bør få større fokus innenfor svangerskapsomsorgen. Videre forskning trengs innenfor tematikken, og funnene i oppgaven belyser hvilke endringer som kan bidra til å styrke arbeidet med voldskartleggingen blant jordmødre. Mange av hindringene kan imøtekommes ved en strukturell og organisatorisk endring av basisprogrammet i svangerskapsomsorgen.

Endringene må bidra til økt kontinuitet, tilstrekkelig tid til informasjon, enesamtaler for den gravide, bedre dokumentasjonssystem og klare formelle rutiner. Klare henvisningsrutiner, og et bedre tverrfaglig samarbeid bør implementeres, samt økt fokus på kompetanseheving blant jordmødre. For videre forskning kan det være interessant å undersøke hvordan kvinner opplever

å få noen konsultasjonstimer forbeholdt henne alene, samt hvordan dette påvirket omfanget av voldskartleggingen blant jordmødre.

7.0 Litteraturliste

- Anderson, B. A., Marshak, H. H. & Hebbeler, D. L. (2002). Identifying intimate partner violence at entry to prenatal care: Clustering routine clinical information. *Journal of Midwifery & Woman's Health*, 47(5), 353-359. [https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1016/S1526-9523\(02\)00273-8](https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1016/S1526-9523(02)00273-8)
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University press.
- Bacchus, L., Mezey, G. & Bewley, S. (2004). Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 113(1), 6-11. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(03\)00326-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0301-2115(03)00326-9)
- Backe, B. (2001). Overutilization of antenatal care in Norway. *Scand J Public Health*, 29(2), 129-132. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1177/14034948010290021001>
- Bailey, B. A. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health*, 2, 183-197. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2971723/>
- Baird, K., Salmon, D. & White, P. (2013). A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry. *Midwifery*, 29(8), 1003-1010. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.01.007>
- Baird, K. M., Saito, A. S., Eustace, J. & Creedy, D. K. (2015). An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. *Women & Birth*, 28(3), 215-220. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.009>
- Barnevernloven – bvl. (1992). *Lov om barnevernstjenester (barnevernloven) LOV-1992-07-17-100*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernsloven>
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1997). Writing Narrative Literature Reviews. *Review of General Psychology*, 1(3), 311-320. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/1089-2680.1.3.311>
- Befring, E. (2007). *Forskingsmetode med etikk og statistikk* (2. utg.). Oslo: Samlaget.
- Bentley-Lewis, R. (2009). Gestational diabetes mellitus: an opportunity of a lifetime. *The Lancet*, 373(9677), 1738-1740. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60958-2](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60958-2)
- Berg, M. (2005). A midwifery model of care for childbearing women at high risk: genuine caring in caring for the genuine. *Journal of perinatal education*, 14(1), 9-21. <https://doi.org/10.1624/105812405x23577>
- Bhandari, S., Levitch, A., Ellis, K., Ball, K., Everett, K., Geden, E. & Bullock, L. (2008). Comparative analyses of stressors experienced by rural low-income pregnant women experiencing intimate partner violence and those who are not. *Journal of obstetric, Gynecologic, & neonatal nursing: Clinical scholarship for the care of woman, childbearing families, & newborn*, 37(4), 492-501. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00266.x>
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Campbell, J. C., Glass, N., Sharps, P. W., Laughon, K. & Bloom, T. (2007). Intimate Partner Homicide: Review and Implications of Research and Policy. *Trauma, Violence & abuse*, 8(3), 246-269. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1177/1524838007303505>
- Cook, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. Hentet 8.Mai 2019 2019 fra <https://journals-sagepub-com.ezproxy.hioa.no/doi/full/10.1177/1049732312452938>
- Creedy, D. K., Baird, K. & Gillespie, K. (2019). A cross-sectional survey of pregnant women's perceptions of routine domestic and family violence screening and responses by midwives: Testing of three new tools. *Women & Birth*.

- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Desforges, J. F., Pearlman, M. D., Tintinalli, J. E. & Lorenz, R. P. (1990). Current Concepts: Blunt Trauma during Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 323(23), 1609-1613. <https://doi.org/10.1056/NEJM199012063232307>
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. o. J., Garcia-Moreno, C. & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36). [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36533-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36533-5)
- Duley, L. (2009). The global impact of Pre-eclampsia and Eclampsia. *Seminars in Perinatology*, 33(3), 130-137. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2009.02.010>
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S. & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(6), 503-510. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>
- Fanslow, J., Silva, M., Whitehead, A. & Robinson, E. (2008). Pregnancy outcomes and intimate partner violence in New Zealand. *Obstetrics & Gynaecology*, 48(4). <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.1479-828X.2008.00866.x>
- Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., ... Sharp, D. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9805), 1788-1795. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61179-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61179-3)
- Finnbogadóttir, H. & Dykes, A.-K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181-189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>
- Finnbogadóttir, H., Dykes, A.-K. & Wann-Hansson, C. (2016). Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(228). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Hall, M., Chappell, L. C., Parnell, B. L., Seed, P. T. & Bewley, S. (2014). Associations between Intimate partner violence and termination of pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS medicine*, 11(1), e1001581. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001581>
- Han, A. & Stewart, D. E. (2013). Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(1), 6-11. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.06.037>
- Helse- og omsorgstjenesteloven – hol, s. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Oslo. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjønnslemlestelse-hos-gravide>
- Helsepersonelloven – hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* LOV-1999-07-02-64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, L. (2017). Spør norske jordmødre alle gravide om vold? (Does Norwegian midwives ask pregnant woman about violence?(In Norwegian)). *Tidsskrift for jordmødre*, 123(5).
- Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K. & Lukasse, M. (2017). 'It is a difficult topic'- a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for

- intimate partner violence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(165), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>
- Herzig, K., Huynh, D., Gilbert, P., Danley, D. W., Jackson, R. & Gerbert, B. (2006). Comparing Prenatal Providers' Approaches to Four Different Risks: Alcohol, Tobacco, Drugs, and Domestic Violence. *Women & Health*, 43(3), 83-101.
https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1300/J013v43n03_05
- Hjemdal, O. K. & Engnes, K. (2009). *Å spørre om vold ved svangerskapskontroll*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 1/2009).
- Hooker, L., Samaraweera, N. Y., Agius, P. A. & Taft, A. (2016). Intimate partner violence and the experience of early motherhood: A cross-sectional analysis of factors associated with a poor experience of motherhood. *Midwifery*, 34(2), 88-94.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.12.011>
- Huls, C. K. & Detlefs, C. (2018). Trauma in pregnancy. *Seminars in Perinatology*, 42(1), 13-20.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.11.004>
- Høyer, K. L. (2011). Hva er teori og hvordan forholder teori sig til metode? . I S. Vallgård & L. Koch (Red.), *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab*. København: : Munksgaard.
- International Confederation of Midwives. (2005a). ICMs definisjon av jordmor. Hentet fra <http://www.internationalmidwives.org/>
- International Confederation of Midwives. (2005b). PHILOSOPHY AND MODEL OF MIDWIFERY CARE. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- Jaffee, K. D., Epling, J. M., Grant, W., Ghandour, R. M. & Callendar, E. (2005). Physician - identified barriers to intimate partner violence screening. . *Journals of Women's Health*, 14(8), 713 - 720. <https://doi.org/10.1089/jwh.2005.14.713>
- James, L., Brody, D. & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims*, 28(3). <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034>
- Janssen, P. A., Holt, V. L., Sugg, N. K., Emanuel, I., Critchlow, C. M. & Henderson, A. D. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1341-1347.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1067/mob.2003.274>
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and Control: Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence. *Violence Against Women*, 12(11), 1003-1018. <https://doi.org/https://doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1177/1077801206293328>
- Kendall-Tackett, K. A. (2007). Violence against woman and the perinatal period: The impact of lifetime violence and abuse on pregnancy, postpartum, and breastfeeding. *Trauma, Violence & abuse*, 8(3), 344-353. <https://doi.org/10.1177/1524838007304406>
- komiteene, D. n. f. (2014). Helsinkdeklarasjonen. Hentet 22 August 2019 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- komiteene, D. n. f. (2015). Kvalitativ metode. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
- komiteene, D. n. f. (2019). Lover og retningslinjer. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer>
- Kulkarni, S. J., Lewis, C. M. & Rhodes, D. M. (2011). Clinical Challenges in Addressing Intimate Partner Violence (IPV) with pregnant and Parenting Adolescents. . *Journal of Family Violence*, 26(8), 565. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9393-1>
- kunnskapssenter, N. (2014). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler (Helsebibloteket.no). Hentet fra <https://www.helsebibloteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Lauti, M. & Miller, D. (2008). Midwives' and obstetricians' perception of their role in the identification and management of family violence. *New Zealand College of Midwives Journal*,

- (38), 12-16. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2008042968>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0114-7870&isbn=&volume=&issue=38&spage=12&pages=12-16&date=2008&title=New+Zealand+College+of+Midwives+Journal&atitle=Midwives%27+and+obstetricians%27+perception+of+their+role+in+the+identification+and+management+of+family+violence&aulast=Lauti>
- Lukasse, M., Henriksen, L., Vangen, S. & Schei, B. (2012). Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 83. <https://doi.org/http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1186/1471-2393-12-83>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlag.
- Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G. & et al. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*, 31(5), 498-504. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002>
- McFarlane, J., Campbell, J., Sharps, P. & Watson, K. (2002). Abuse During Pregnancy and Femicide : Urgent Implications for Women's Health. *Obstetrics & Gynecology*, 100(1), 27-36. Hentet fra <https://oce-ovid-com.ezproxy.hioa.no/article/00006250-200207000-00006/HTML>
- Mendez-Figueroa, H., Dahlke, J. D., Vrees, R. A. & Rouse, D. J. (2013). Trauma in pregnancy: an updated systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209(1), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.01.021>
- Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R. & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. Hentet 8. Mai 2019 2019 fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4310146/>
- Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A. & Bewley, S. (2003). Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 110(8), 744-752. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med4&AN=12892686>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:medline&id=pmid:12892686&id=doi:&issn=1470-0328&isbn=&volume=110&issue=8&spage=744&pages=744-52&date=2003&title=BJOG%3A+An+International+Journal+of+Obstetrics+%26+Gynaecology&atitle=Midwives%27+perceptions+and+experiences+of+routine+enquiry+for+domestic+violence.&aulast=Mezey>
- Muelleman, R. L., Lenaghan, P. A. & Pakieser, R. A. (1998). Nonbattering presentations to the ED of women in physically abusive relationships. *The American Journal of Emergency Medicine*, 16(2), 128-131. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(98\)90028-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0735-6757(98)90028-6)
- National Institute of Health and Care Excellence. (2014, februar). Domestic violence and abuse: Multi-agency working. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/chapter/1-Recommendations>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinar, L. M. (2007). *A arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo.
- Nursing and Midwifery Council. (2015). *The Code: standards of conduct, performance and ethics for nurses and midwives and nursing associates*. London: NMC. Hentet fra <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>

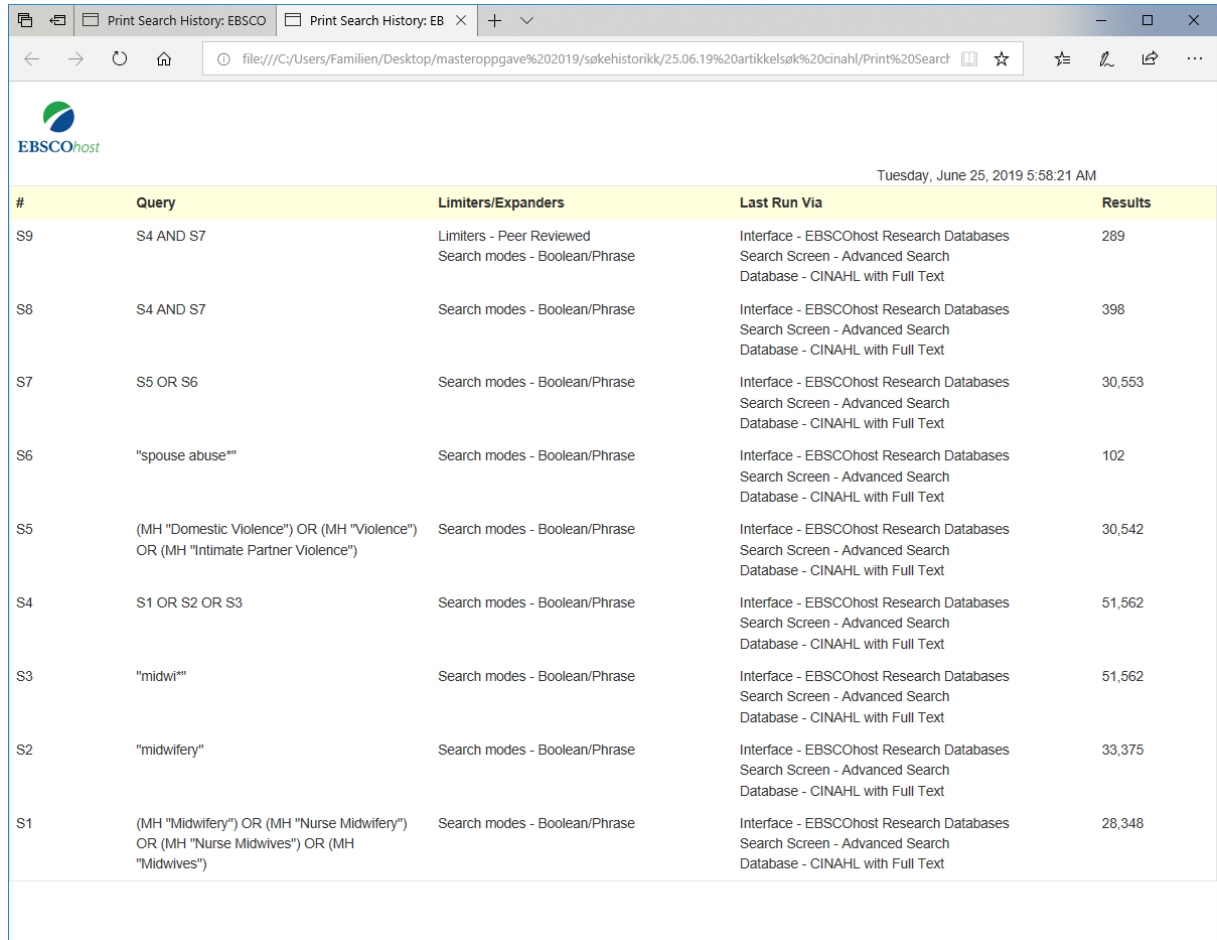
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L. & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2913>
- Owen - Smith, A., Hathaway, J., Roche, M., Gioiella, M. E., Whall-Strojwas, D. & Silverman, J. (2008). Screening for domestic violence in an oncology clinic: barriers and potential solutions. *OncolNurs Forum*, 35(4), 625 - 633. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.625-633>
- Phiri, J., Dietsch, E. & Bonner, A. (2010). Cultural safety and its importance for Australian midwifery practice. *Collegian*, 17(3), 105-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2009.11.001>
- Pitter, C. P. (2016). Midwives' knowledge and attitudes when encountering Gender-Based Violence in their practice at a maternity-hospital in Kingston, Jamaica. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 11, 1-N.PAG. <https://doi.org/https://doi.org/10.3402/qhw.v11.29358>
- Polit, D., F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.).
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien Forskning*, 5(3), 238-246. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0121>
- Roelens, K., Verstraelen, H., Egmon, K., Van & Temmerman, M. (2006). A knowledge, attitudes, and practise survey among obstetrician - gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*, 238(6). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-238>
- Rosen, D., Seng, J. S., Tolman, R. M. & Mallinger, G. (2007). Intimate Partner Violence, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder as Additional Predictors of Low Birth Weight Infants Among Low-Income Mothers. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(10), 1305-1314. <https://doi.org/10.1177/0886260507304551>
- Rådestad, I., Rubertsson, C., Ebeling, M. & Hildingsson, I. (2004). What Factors in Early Pregnancy Indicate that the Mother Will Be Hit by Her Partner during the Year after Childbirth? A Nationwide Swedish Survey. *Birth Issues in perinatal care*, 31(2), 84-92. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.0730-7659.2004.00285.x>
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2007). *Handbook for Synthesizing Qualitative Research*. New York: Springer. Hentet fra file:///C:/Users/Familien/Downloads/epdf.tips_handbook-for-synthesizing-qualitative-research.pdf
- Sandman, C. A., Davis, E. P., Buss, C. & Glynn, L. M. (2012). Exposure to Prenatal Psychobiological Stress Exerts Programming Influences on the Mother and Her Fetus *Neuroendocrinology*, 95(1), 7-21. <https://doi.org/10.1159/000327017>
- Shah, P. S. & Shah, J. (2010). Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, 19(11). <https://doi.org/10.1089=jwh.2010.2051>
- Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, M. & et al. (2013). Opportunities and obstacles to screening pregnant women for intimate partner violence during antenatal care in Zimbabwe. *Culture Health and Sexuality*, 15(5), 511-524. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2013061843>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=1464-5351&isbn=&volume=15&issue=5&spage=511&pages=511-524&date=2013&title=Culture+Health+and+Sexuality&atitle=Opportunities+and+obstacles+to+screening+pregnant+women+for+intimate+partner+violence+during+antenatal+care+in+Zimbabwe&aulast=Shamu>
- Shamu, S., Abrahams, N., Temmerman, M. & Zarowsky, C. (2013). Opportunities and obstacles to screening pregnant women for intimate partner violence during antenatal care in Zimbabwe. *Culture, Health & Sexuality*, 15(5), 511-524. Hentet fra

- <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc10&AN=2013-20944-001>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:psycdb&id=pmid:&id=doi:10.1080%2F13691058.2012.759393&issn=1369-1058&isbn=&volume=15&issue=5&spage=511&pages=511-524&date=2013&title=Culture%2C+Health+%26+Sexuality&atitle=Opportunities+and+obstacles+to+screening+pregnant+women+for+intimate+partner+violence+during+antenatal+care+in+Zimbabwe.&aulast=Shamu>
- Sharps, P. W., Laughon, K. & Giangrande, S. K. (2007). INTIMATE PARTNER VIOLENCE AND THE CHILDBEARING YEAR: Maternal and Infant Health Consequences. *Trauma, Violence & abuse*, 8(2), 105-116. <https://doi.org/10.1177/1524838007302594>
- Stenson, K., Sidenvall, B. & Heimer, G. (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*, 21(4), 311-321. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=mwic&AN=2006010318>
- <http://openurl.bibsys.no/openurl?sid=OVID:mwicdb&id=pmid:&id=doi:&issn=0266-6138&isbn=&volume=21&issue=4&spage=311&pages=311-321&date=2005&title=Midwifery&atitle=Midwives%27+experiences+of+routine+antenatal+questioning+relating+to+men%27s+violence+against+women&aulast=Stenson>
- Straffeloven – strl. (2005). Lov om straff (straffeloven) LOV-2005-05-20-28 Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-5#%C2%A7196
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Sørbo, M. F., Grimstad, H., Bjørngaard, J. H., Schei, B. & Lukasse, M. (2013). Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC Public Health*, 13, 186. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-186>
- Sørbo, M. F., Lukasse, M., Brantsæter, A.-L. & Grimstad, H. (2015). Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: results from a large prospective cohort in Norway. *BMJ Open*, 5(12). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009240>
- Talge, N. M., Neal, C. & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *The Journal of child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x>
- Taylor, J., Bradbury-Jones, C., Kroll, T. & Duncan, F. (2013). Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study. *Health & Social Care in the Community*, 21(5), 489-499. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1111/hsc.12037>
- Verdens Helseorganisasjon. (2009). *Violence prevention the evidence - Changing cultural and social norms that support violence*. Hentet fra https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/norms.pdf
- Verdens Helseorganisasjon. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women, WHO clinical and policy guidelines*. Hentet fra https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1
- Verdens Helseorganisasjon. (2017, 29 November). Violence against women. Hentet 30.04.2019 fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Waalens, J., Goodwin, M. M., Splitz, A. M., Petersen, R. & Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner Violence by Health Care Providers. Barriers and Interventions. . *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 230 - 237. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00229-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00229-4)

- Wild, K. J., Gomes, L., Fernandes, A., de Araujo, G., Madeira, I., da Conceicao Matos, L., ... Taft, A. (2018). Responding to violence against women: A qualitative study with midwives in Timor-Leste. *Women and Birth*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.10.008>
- Woods, S. M., Melville, J. L., Guo, Y., Fan, M.-Y. & Gavin, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(1), 61.e61- 61.e67. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 - Søkehistorikk



EBSCOhost

Tuesday, June 25, 2019 5:58:21 AM

| # | Query | Limiters/Expanders | Last Run Via | Results |
|----|--|---|---|---------|
| S9 | S4 AND S7 | Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 289 |
| S8 | S4 AND S7 | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 398 |
| S7 | S5 OR S6 | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 30,553 |
| S6 | "spouse abuse" | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 102 |
| S5 | (MH "Domestic Violence") OR (MH "Violence") OR (MH "Intimate Partner Violence") | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 30,542 |
| S4 | S1 OR S2 OR S3 | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 51,562 |
| S3 | "midwi" | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 51,562 |
| S2 | "midwifery" | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 33,375 |
| S1 | (MH "Midwifery") OR (MH "Nurse Midwifery") OR (MH "Nurse Midwives") OR (MH "Midwives") | Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text | 28,348 |

Ovid[®]

Database(s): **Embase** 1980 to 2019 Week 25

Search Strategy:

| # | Searches | Results |
|---|---|---------|
| 1 | midwife/ or nurse midwife/ | 28275 |
| 2 | midwifery.mp. | 9973 |
| 3 | midwi*.mp. | 36422 |
| 4 | 1 or 2 or 3 | 36422 |
| 5 | domestic violence/ or violence/ or partner violence/ | 59735 |
| 6 | ((spouse* or partner* or domestic*) adj3 (violence* or abuse*)).mp. | 21994 |
| 7 | 5 or 6 | 62560 |
| 8 | 4 and 7 | 357 |



Database(s): Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to June 25, 2019

Search Strategy:

| # | Searches | Results |
|---|---|---------|
| 1 | midwifery/ or obstetric nursing/ | 21264 |
| 2 | Nurse Midwives/ | 6985 |
| 3 | midwi*.mp. | 34577 |
| 4 | 1 or 2 or 3 | 37102 |
| 5 | domestic violence/ or spouse abuse/ or intimate partner violence/ | 14170 |
| 6 | ((spouse* or partner* or domestic*) adj3 (violence* or abuse*)).mp. | 19299 |
| 7 | 5 or 6 | 19299 |
| 8 | 4 and 7 | 216 |



Database(s): Maternity & Infant Care Database (MIDIRS) 1971 to May 2019

Search Strategy:

| # | Searches | Results |
|----|---|---------|
| 1 | midwifery.mp. or Midwifery.de. | 18634 |
| 2 | Midwives.de. or midwives.mp. | 25221 |
| 3 | nurse midwives.mp. or Nurse midwives.de. | 1224 |
| 4 | midwife.mp. | 10485 |
| 5 | 1 or 2 or 3 or 4 | 34372 |
| 6 | Domestic violence.de. or domestic violence.mp. | 1347 |
| 7 | Violence.de. or violence.mp. | 2435 |
| 8 | Abuse.de. or abuse.mp. | 3039 |
| 9 | ((spouse* or partner* or domestic*) adj3 (violence* or abuse*)).mp. | 1735 |
| 10 | 6 and 7 and 8 and 9 | 593 |
| 11 | 5 and 10 | 110 |

Database(s): **PsycINFO** 1806 to June Week 3 2019

Search Strategy:

| # | Searches | Results |
|---|---|---------|
| 1 | midwifery.mp. or exp Midwifery/ | 2073 |
| 2 | midwi*.mp. | 3337 |
| 3 | midwives.mp. | 1903 |
| 4 | nurse midwives'.mp. | 447 |
| 5 | 1 or 2 or 3 or 4 | 3369 |
| 6 | exp Violence/ or exp Domestic Violence/ or exp Intimate Partner Violence/ or violence.mp. | 104922 |
| 7 | ((spouse* or partner* or domestic*) adj3 (violence* or abuse*)).mp. | 25097 |
| 8 | 6 or 7 | 105441 |
| 9 | 5 and 8 | 100 |

8.2 Vedlegg 2 - Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

| Studier | Stenson et al, 2005 | Finnbogadottir og Dykes, 2012 | Eustace et al, 2016 | Mezey et al, 2003 | Mauri et al, 2015 | Henriksen et al, 2017 | Shamu et al, 2013 | Wild et al, 2018 | Pitter, 2016 | Lauti & Miller, 2008 | Taylor et al, 2013 | Baird et al, 2013 | Herzig et al, 2008 |
|--|---------------------|-------------------------------|---------------------|---|-------------------|-----------------------|-------------------|------------------|--------------|----------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| Ba1) Er formålet med studien klart formulert? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| 2) Er metoden hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| 3) Er studiedesignet hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| 4) Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| 5) Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| 6) Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data? | JA | JA | JA | Uklart | JA | JA | Uklart | Uklart | JA | Uklart | JA | Uklart | JA |
| 7) Er etiske forhold vurdert? | JA | JA | JA | Uklart (Står klart i annen artikkel som denne er en del av) | JA | JA | JA | JA | JA | Uklart | JA | JA | Uklart |
| 8) Er det klart hvordan analysen ble gjennomført? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| 9) Er funnene klart presentert? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA |
| 10) Kan resultatene være til hjelp i praksis? | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | JA | Uklart |