

Masteroppgave

Masterstudium i jordmorfag

April, 2023

Jordmødres erfaring med bruk av ikke-
medikamentell smertelindring i fødsel

En kvantitativ spørreundersøkelse

Kandidatnummer: 632, 631

Emnekode: MAJO5900

Antall ord: 10953

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

To innholdsrike år på jordmorstudiet går mot slutten og masteroppgaven er skrevet. Studiet har vært preget av opp- og nedturer, og har tidvis vært en følelsesmessig berg-og-dal-bane. Læringskurven har vært bratt, noe som har bidratt til faglig og personlig utvikling. Vi ser frem til et spennende, utfordrende og givende yrke som jordmødre.

Vi vil takke vår veileder for god oppfølging under masterperioden. Vi hadde ikke klart det uten deg! Vi vil samtidig understreke at innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Vi vil også takke hverandre for et godt samarbeid!

Til slutt vil vi takke alle lærere, forelesere, praksisveiledere og praksisplasser for kunnskapen dere har gitt oss.

Vi håper du som leser denne oppgaven vil finne den like interessant som vi syns det har vært å skrive den.

God lesing!

Kjeller, april 2023

Abstrakt

Tittel: Jordmødres erfaring med bruk av ikke-medikamentell smertelindring i fødsel – En kvantitativ spørreundersøkelse

Hensikt: Kartlegge jordmødres erfaring med bruk av ikke-medikamentell smertelindring i fødsel

Problemstilling: Hva er jordmors erfaring med bruk av ikke-medikamentell smertelindring i aktiv fase av fødsel i Norge?

Metode: Kvantitativ tverrsnittsstudie. Egenkomponert spørreskjema ble delt i en lukket Facebook-gruppe for jordmødre i Norge, og var tilgjengelig i en måned.

Resultat: Innhentet svar fra 198 jordmødre. Representanter fra alle helseregionene i Norge, arbeidserfaring fra 0-43 år og fra alle nivåene av fødselsomsorgen.

Bevegelse og stillingsendringer, varme omslag/varmepute, dusj og badekar er metodene alle jordmødrene følte seg trygg på å bruke. Akupunktur var metoden færrest jordmødre følte trygghet omkring (26%). Varme omslag/varmepute er metoden jordmødrene oppgir at de tilbyr i størst grad (51%), og steriltvannspapler i minst grad (3%). Alle jordmødrene erfarer smertelindrende effekt ved bruk av badekar, mens 44% erfarer effekt. Alle jordmødrene oppgir bruk av bevegelse og stillingsendringer de siste 1-2 årene. Akupunktur var metoden som var minst brukt siste 1-2 årene (46%). Jordmødrene erfarer at fødekvinnene etterspør badekar i størst grad (43%), og steriltvannspapler i minst grad (0%).

Konklusjon: Jordmødrene i undersøkelsen oppgir økt trygghet rundt bruk av ikke-medikamentelles smertelindringsmetoder, med økende grad av arbeidserfaring. Bruk av bevegelse og stillingsendringer, varme omslag/varmepute og badekar er metoder som tilbys i størst grad, erfarer smertelindrende effekt av og i størst grad har brukt de siste 1-2 årene. Steriltvannspapler, TENS og akupunktur er metodene jordmødrene i mindre grad tilbyr, har brukt de siste 1-2 årene, samt opplever smertelindrende effekt av.

Nøkkelord: Jordmor, erfaring, ikke-medikamentell smertelindring, fødsel

Abstract

Titel: Midwives' experience with use of non-pharmacological pain relief in labour – A quantitative survey

Aim: To describe midwives' experiences with use of non-pharmacological pain relief in labour

Research question: What is midwives' experience with the use of non-pharmacological pain relief in the active phase of labor in Norway?

Method: Quantitative cross-sectional study. Self-composed questionnaire was shared in a closed Facebook group for midwives in Norway and was available for one month.

Result: Answers obtained from 198 midwives. Representatives from all health regions in Norway, work experience from 0-43 years and from all levels of maternity care.

Movement and changes of position, warm wraps/heating pad, shower and bath are the methods all the midwives felt confident using. Acupuncture was the method the fewest midwives felt secure about (26%). Warm compresses/warming pads are the method the midwives state they offer to the greatest extent (51%), and sterile water papules to the least extent (3%). All the midwives experience a pain-relieving effect when using a bathtub, while 44% experience an effect. All the midwives state the use of movement and position changes in the last 1-2 years. Acupuncture was the method that was least used in the last 1-2 years (46%). The midwives learn that the women giving birth request bathtubs to the greatest extent (43%), and sterile water papules to the least extent (0%).

Conclusion: The midwives in the survey report increased security around the use of non-medicinal pain relief methods, with increasing levels of work experience. The use of movement and changes in position, warm compresses/heating pads and bathtubs are methods that are offered to the greatest extent, experienced pain-relieving effects from and have been used to the greatest extent in the last 1-2 years. Sterile water papules, TENS and acupuncture are the methods the midwives offer to a lesser extent, have used in the last 1-2 years, and experience pain-relieving effects from them.

Keywords: Midwife, experience, non-pharmacological pain relief, labour

Forside
Forord
Abstrakt
Abstract

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemstilling	2
1.3	Begrepsavklaring og avgrensninger	2
1.3.1	Begrepsavklaring.....	2
1.3.2	Avgrensninger	3
2.0	TEORETISK FORANKRING	4
2.1	Teoretisk rammeverk	4
2.2	Hva er smerte?	4
2.2.1	Kroppens naturlige smertelindring.....	5
2.3	Lindring av fødselssmerter i et historisk perspektiv.....	6
2.4	Ikke-medikamentell smertelindring.....	6
2.4.1	Massasje	7
2.4.2	Immersjon i vann og varme omslag	7
2.4.3	Bevegelse og stillingsendringer	8
2.4.4	Steriltvannspapler.....	8
2.4.5	TENS.....	9
2.4.6	Akupunktur.....	9
2.5	Jordmors tilstedeværelse i fødsel.....	10
2.6	Jordmødres holdninger og tilgjengelige smertelindringsmetoder	11
3.0	METODE	13
3.1	Valgt metode	13
3.2	Utarbeidelse av spørreundersøkelse	13
3.3	Pilottest	14
3.4	Presentasjon av spørreskjema	14
3.5	Populasjon	18
3.6	Innhenting av datamateriale.....	18
3.7	Statistikk.....	18
3.7.1	Fra Excel til SPSS	19
3.7.2	Variabler	19
3.7.3	Analyse.....	19

3.7.4	Eksklusjon av resultat	21
3.8	Etiske overveielser.....	21
4.0	RESULTAT.....	22
4.1	Karakteristikk respondenter.....	22
4.2	Ikke-medikamentell smertelindring og erfaring	23
4.2.1	Bevegelse og stillingsendringer	23
4.2.2	Varme omslag/varmepute	23
4.2.3	Dusj	24
4.2.4	Badekar.....	24
4.2.5	Massasje	24
4.2.6	Steriltvannspapler.....	24
4.2.7	TENS.....	25
4.2.8	Akupunktur.....	25
4.3	Ikke-medikamentell smertelindring og arbeidserfaring, inndelt i antall år	26
4.3.1	Varme omslag/varmepute	26
4.3.2	Bevegelse og stillingsendringer	27
4.3.3	Badekar.....	27
4.3.4	Massasje	27
4.3.5	TENS	27
4.3.6	Dusj	28
4.3.7	Akupunktur.....	28
4.3.8	Steriltvannspapler	28
4.4	Jordmors tilstedeværelse og erfaring	29
4.5	Faktorer som bidrar til jordmødrenes anbefalinger, og tanker om økonomi	31
5.0	DISKUSJON	33
5.1	Ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder	33
5.1.1	Bevegelse og stillingsendringer	33
5.1.2	Varme omslag/varmepute	33
5.1.3	Dusj	34
5.1.4	Badekar.....	34
5.1.5	Massasje	35
5.1.6	Steriltvannspapler.....	35
5.1.7	TENS.....	36
5.1.8	Akupunktur.....	36
5.2	Jordmødrenes tilstedeværelse	37

5.3	Faktorer som bidrar til jordmødrenes anbefalinger, og tanker om økonomi	38
5.4	Arbeidssted	39
5.5	Jordmødrenes opplevelse av fødekvinnes etterspørsel	40
5.6	Metodediskusjon.....	41
5.6.1	Valgt metode og utarbeidelser av spørreskjemaet	41
5.6.2	Innhenting av datamateriale og respondenter.....	42
5.6.3	Analyse.....	43
5.6.4	Generaliserbarhet	45
6.0	KONKLUSJON	46
7.0	REFERANSELISTE	47
	VEDLEGG.....	56

Tabeller

Tabell 1.	Presentasjon av spørreskjema.....	14
Tabell 2.	Oversikt over inkluderte variabler.....	20
Tabell 3.	Karakteristikk ved respondentene.....	22
Tabell 4.	Jordmødrenes erfaring med ikke-medikamentell smertelindring.....	23
Tabell 5.	Ikke-medikamentell smertelindring og arbeidserfaring, inndelt i antall år.....	26
Tabell 6.	Jordmødrenes tilstedeværelse, fremstilt i prosent.....	29
Tabell 7.	Årsaker til jordmødrenes manglende tilstedeværelse og arbeidserfaring	29
Tabell 8.	Faktorer som bidrar til jordmødrenes anbefaling av smertelindring.....	31
Tabell 9.	Jordmødrenes tanker om institusjonens økonomiske inntekter og utgifter påvirker deres tilbud av smertelindring.....	31

Figurer

Figur 1.	Jordmødrenes erfaring omkring deres tilstedeværelse og reduksjon i behov for smertelindring	30
Figur 2.	Jordmødrenes svar på påstanden om fødekvinne har bestemt seg for ønsket smertelindring i forkant av fødsel, fremstilt i prosent.....	32
Figur 3.	Erfaring, presentert i antall år.....	44

Vedlegg

Vedlegg 1 -	Gruppeprosessen.....	56
Vedlegg 2 -	Resultater sammenlignet med arbeidssted.....	57
Vedlegg 3 -	Medikamentell smertelindring.....	61
Vedlegg 4 -	Spørreskjemaet med svar.....	64

1.0 INNLEDNING

I følgende kapittel presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling, i tillegg til hva studien kan tilføre av kunnskap. Til slutt følger begrepsavklaringer og avgrensninger.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Smertelindring i fødsel oppleves som et aktuelt og spennende tema. Opplevelsen av smerte, og behovet for smertelindring i fødsel, er individuelt, og må tilpasses hver enkelt fødekvinne. Erfaringer fra praksis tilsier at førstegangsfødende kan ha mindre kunnskap om hva som finnes av smertelindringsmetoder, enn for eksempel andregangsfødende med erfaringskunnskap. Egne erfaringer fra fødeavdeling tilsier at de fleste har hørt om epidural, men at langt færre har kjennskap til ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder som steriltvannspapler og transkutan elektrisk nerverestimulering (TENS). I pasient- og brukerrettighetsloven fremkommer det at den som mottar helsehjelp har rett til medvirkning (Lovdata, 2001b, paragr. 3–1 og 3–2). For at fødekvinne skal kunne ta et informert valg, krever dette at jordmor informerer om de ulike mulighetene, slik at fødekvinne kan velge best egnet metode.

Ett av World Health Organizations (WHO) ti prinsipper for perinatal omsorg omhandler demedikalisering av normale fødsler (World Health Organization. Regional Office for Europe, 1998). Både den internasjonale gynekologforeningen (FIGO) og det internasjonale jordmorforbundet (ICM) støtter prinsippet, som innebærer økt fokus på bruk av ikke-medikamentell smertelindring (Brunstad, 2017, s. 496; World Health Organization. Regional Office for Europe, 1998).

Tall fra Medisinsk Fødselsregister (MFR) viser at blant totalt 51 264 fødsler i 2022 ble det brukt medikamentell smertelindring ved 87,6% av fødslene, hvorpå epidural utgjorde 49,9%. MFR oppgir ikke tall for bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder (Medisinsk Fødselsregister, 2022).

Det ble utført ulike litteratursøk omkring ikke-medikamentell smertelindring, for å få oversikt over eksisterende forskning. Databasene som Medline ovid, Pubmed og Cochrane ble benyttet, med søkeordene “labour”, “non-pharmacological pain relief”, “midwife”, “experience”, “norway” og de ulike smertelindringsmetodene. Basert på litteratursøkene ble

det funnet systematiske oversiktsartikler og enkeltstudier gjort på de ulike metodene for ikke-medikamentelle smertelindring (Bonapace et al., 2018; Cluett et al., 2018; Czech et al., 2018; Dowswell et al., 2009; Feeley et al., 2021; Jones et al., 2013; Lawrence et al., 2013; Smith et al., 2018, 2020; Stulz et al., 2021). Litteratursøkene ga derimot ingen relevante forskningsartikler omkring jordmor sine erfaringer med bruk av metodene i Norge. Både systematiske oversiktsartikler og enkeltstudier konkluderer med manglende evidens på flere av de ikke-medikamentelle smertelindringsmetodene, og noen av metodene frarådes i bruk, for eksempel steriltvannspapler (Cluett et al., 2018; Dowswell et al., 2009; Jones et al., 2013; Lawrence et al., 2013; Smith et al., 2018, 2020; Stulz et al., 2021).

På bakgrunn av relevant forskning, og erfaringer fra praksis, er det ønskelig å beskrive jordmors bruk av ikke-medikamentell smertelindring i fødsel. Erfaringer fra egen praksis tilsier at mange jordmødre tilbyr ikke-medikamentell smertelindring basert på erfaringskunnskap.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikt med studien er å kartlegge jordmødres bruk av ikke-medikamentell smertelindring i fødsel. Tverrsnittsstudien kan gi et inntrykk av jordmødres bruk av ikke-medikamentell smertelindring i fødsel, på nåværende tidspunkt, og mulig bidra til diskusjon omkring bruk av de ulike metodene for ikke-medikamentell smertelindring. På bakgrunn av oppgavens omfang og tidsperspektivet, opplevdes dette som en spennende og gjennomførbar studie.

Vår problemstilling er følgende:

Hva er jordmors erfaring med bruk av ikke-medikamentell smertelindring i aktiv fase av fødsel i Norge?

1.3 Begrepsavklaring og avgrensninger

1.3.1 Begrepsavklaring

Erfaring kan defineres som en “ferdighet eller viten som er oppnådd gjennom egen opplevelse eller øvelse” eller en “hendelse, observasjon eller opplevelse som gir innsikt” (*Definisjon av erfaring på Norsk Bokmål | DinOrdbok, u.å.*).

Aktiv fase av fødsel defineres som mormunnsåpning fra 4 cm-10 cm, før trykktiden starter, og med tilbakevendende rier (Blix et al., 2017, s. 442).

Med utgangspunkt i de biologiske kjønnsdefinisjonene brukes ordet “fødekvinne” som beskrivelse på den fødende, men vi vet ikke hvor mange fødende som per i dag definerer seg som “kvinne” (Jessen, 2023).

1.3.2 Avgrensninger

Det ble valgt å utelukke latenstid i spørreundersøkelsen, da kvinnene ofte er hjemme i denne fasen. Det rettes fokus mot førstegangsfødende, da flergangsfødende i større grad kan ha erfaringskunnskap rundt ulike metoder for smertelindring.

Det finnes mange ulike metoder for ikke-medikamentell smertelindring, men følgende åtte metoder ble inkludert i undersøkelsen: massasje, varme omslag/varmepute, dusj, badekar, bevegelse og stillingsendringer, steriltvannspapler, TENS og akupunktur (Ulvund, 2017, ss. 496–504).

Jordmors tilstedeværelse var ikke et tilgjengelig svaralternativ på de ikke-medikamentelle smertelindringsmetodene. Dette fordi det var ønskelig å synliggjøre tematikken i tre egne spørsmål i spørreskjemaet.

Siktemål ved gjennomførelsen av studien var å beskrive jordmødres bruk av ikke-medikamentell smertelindring, uten å definere årsakssammenheng.

2.0 TEORETISK FORANKRING

I følgende kapittel introduseres valgt teoretisk rammeverk. Begrepet smerte og kroppens naturlige smertelindringsmetoder presenteres, og lindring av fødselssmerte i et historisk perspektiv belyses. Videre presenteres de ulike metodene for ikke-medikamentell smertelindring. Viktigheten av jordmors tilstedeværelse i fødsel trekkes frem, samt jordmors holdninger og tilgjengelige smertelindringsmetoder.

2.1 Teoretisk rammeverk

I studien brukes teori som representasjon, som handler om å gjøre rede for tidligere forskning og kunnskap som allerede foreligger vedrørende aktuelt tema. Ved gjennomførelse av en kvantitativ studie er det sentralt å redegjøre for hvilken kunnskap omkring temaet som allerede eksisterer, og hvor det oppleves å foreligge et kunnskapshull (Bornø Jensen & Vallgård, 2021, ss. 22–28).

National institute for health and care excellence (NICE) har utarbeidet en rekke retningslinjer for helsesektoren i Storbritannia. «Intrapartum care for healthy women and babies» er et sett med anbefalinger for friske gravide kvinner og deres barn mellom uke 37-42, under og etter fødsel (NICE, 2017, Kapittel 1.8). Den er ment som et oppslagsverk for helsepersonell, men også for gravide. Anbefalingene oppdateres regelmessig med bakgrunn i ny forskning. I oppgaven vises det til deres anbefalinger omkring smertelindring i fødsel (NICE, 2017, Kapittel 1.8). Videre trekkes norske anbefalinger fra Veileder i fødselshjelp (Ullensvang et al., 2020) frem, utarbeidet av Legeforeningen. De angir sterke anbefalinger som «anbefaler/anbefaler ikke», mens svakere anbefalinger betegnes som «foreslår/foreslår ikke», etter GRADE-prinsippet (Vist et al., 2013).

2.2 Hva er smerte?

Smerte er et individuelt, komplekst og ubehagelig sanseintrykk. Alle opplever smerte ulikt, og alle har rett til å bli hørt vedrørende individets opplevelse og beskrivelse av smerte (Ulvund, 2017, s. 492). Varslingssystemet i hjernen (nociseptiv) omfatter smertereseptorer og nerveceller, som overfører nerveimpulser til ryggmargen, hjernestammen og thalamus. Dette

systemet aktiveres av stimuli som kan eller vil føre til vevskade. Reseptorene finnes i somatisk vev, for eksempel hud og muskler, og visceral vev, som indre organer (Ulvund, 2017, s. 493). The international association for the study of pain (IASP) fremhever at smerte handler mer om den subjektive erfaringen, enn det faktum av at smerte potensielt kan føre til skade (IASP, 2020). Den som behandler mennesker som opplever smerte, må sette seg inn i pasientens subjektive smerteopplevelse og erfaring. Dette er grunnleggende for tilrettelegging og gjennomføring av god og rett bruk av smertelindringsmetoder (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 44).

En vanlig forsvarsmekanisme ved smerter kan være behovet for å stå imot og bekjempe smertene. I fødsel kan det derimot være viktig å ikke motarbeide smerten, men forstå hvorfor de oppstår, og jobbe med kroppen (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 16; Ulvund, 2017, s. 489). Samtidig har fødselssmerter gjennomgått et paradigmeskifte. Fra å være en naturlig, fysiologisk prosess kvinnen måtte gjennomgå, hvorpå jordmor skulle hjelpe henne å mestre smertene (det humanistiske paradigme), til et fenomen som skal smertelindres, da smertene ses på som unødvendige (det biomedisinske paradigmet) (Blix, 2017, s. 52). I dag er det omdiskutert om kvinner i fødsel skal oppleve smerter, eller om smerten skal behandles (Ulvund, 2017, s. 490).

2.2.1 Kroppens naturlige smertelindring

De to hormonene oksytocin og endorfin har en viktig funksjon ved lindring av fødselssmerter. Oksytocin, også kalt kjærlighetshormonet, er et hormon som produseres i hypothalamus, som relateres til seksuell aktivitet, fødsel og amming (Brunstad, 2017, s. 463). Walter et al. (2021) undersøkte effekten av oksytocin, i sin oversiktsartikkel. De så at oxytocin har en nøkkelfunksjon i prosessen som sørger for trygg fødsel for mor og barn, for eksempel ved start av fødsel, progresjon i fødsel, tidlig amming og mor-barn-tilknytning. Faktorer som stress og angst kan bidra til reduksjon i nivået av oksytocin i blodet. Hormonet skilles ut når den fødende føler seg trygg, privatlivet blir ivaretatt og unødvendig observasjon av ukjente unngås (Nolan, 2020, s. 183). Hormonet bidrar også til kontraksjoner i uterus, i tillegg til å ha en beroligende effekt (Haaland, 2017, s. 141; Norsk legemiddelhandbok, 2021).

Endorfiner er et hormon med morfinlignende virkning, og er kroppens naturlige smertestillende middel (Jackson et al., 2020, s. 481; Nguyen, 2020; NHI, 2021). Hormonet frigjøres blant annet ved berøring og fysisk aktivitet (Haaland, 2017, s. 141; Nguyen, 2020). En tysk studie utført av Hartmann (2005) undersøkte effekten av fysisk aktivitet (ergometersykkel) og utskillelse av endorfin, sin påvirkning på kvinners smerteopplevelse i fødsel. Studien konkluderer med at kvinnes opplevelse av smerte ble redusert, trolig grunnet økt endorfin utskillelse (Hartmann et al., 2005).

2.3 Lindring av fødselssmerter i et historisk perspektiv

Sett i et historisk perspektiv finnes det nedskrevne tilfeller av smertebehandling for kvinner i fødsel fra tidlige skriftlige kilder, hvor for eksempel alkohol ble brukt i europeisk middelalder (Dahl, 2002). På slutten av 1800-tallet kom det medisin som kunne ha effekt på fødselssmertene. Rundt 1900-tallet skjedde det en endring - det ble dannet et skille mellom leger og jordmødre, og det var nå kun leger som kunne forordne alle smertelindrende medikamenter. Det har også vært skrevet om hvorvidt kvinnen skal få informasjon og opparbeide seg kunnskap om de fysiologiske forandringene i kroppen (Ulvund, 2017, s. 489). Det finnes teorier som baserer seg på at fødselen er smertefri, og at det er frykt og spenninger i kroppen som forårsaker smertene. Dermed blir bruk av riktig pusteteknikk og avspenningsøvelser med fokus på ikke-viljestyrte muskler, fremhevet som viktige teknikker for å oppleve en smertefri fødsel (Ulvund, 2017, s. 489). Fra 1950-årene flyttet fødselen inn på sykehuset. Kvinnen stilte krav om en mer aktiv rolle under egen fødsel og det å få en god fødselsopplevelse, som det også er fokus på i dag (Ulvund, 2017, s. 490).

2.4 Ikke-medikamentell smertelindring

Ikke-medikamentell smertelindring innebærer bruk av metoder som ikke inneholder legemidler, for eksempel bruk av ulike stillingsendringer, massasje og akupunktur, eller immersjon i vann. De inkluderte metodene for ikke-medikamentelle smertelindring presenteres, sett opp mot fagbøker, forskning og veiledere.

2.4.1 *Massasje*

Massasje kan ha en avslappende effekt under fødsel. Berøringen kan bidra til at endorfiner frigjøres, i tillegg til at blodgjennomstrømningen øker. Massasje kan også virke angstdempende for noen kvinner. Hudsensibiliteten kan endres underveis i fødselen, av den grunn er det viktig at jordmor er oppmerksom på fødekvinnens behov (Ulvund, 2017, s. 498). I Smith et al. (2018) sin systematiske oversiktsartikkel ble bruken av massasje som smertelindringsmetode undersøkt. Det ble konkludert med at massasje kan ha en smertelindrende effekt, og at det ikke gir skade. Samtidig fremstår det usikkert om massasje alene kan gi effekt, eller om det i kombinasjon med andre metoder gir effekt. Av den grunn anbefales videre forskning (Smith et al., 2018). Veileder i fødselshjelp (Ullensvang et al., 2020) kommenterer ikke bruk av massasje i fødsel, men NICE guidelines (2017, Kapittel 1.8) understreker at man skal støtte kvinner som ønsker å benytte massasjeteknikker i fødsel.

2.4.2 *Immersjon i vann og varme omslag*

Immersjon i vann fungerer slik at det varme vannet reduserer muskelspasmer, og dermed virker smertelindrende. Både dusj og badekar kan benyttes, men bruk av badekar kan i tillegg gi en følelse av vektløshet (Jackson et al., 2020, s. 483). Uterusperfusjonen bedres når musklene slapper av, som videre kan gi sterkere kontraksjoner. Metoden kan tilbys friske gravide, uten risikofaktorer. Vannet skal være kroppstemperert, da varmere vann øker risikoen for høy puls (takykardi) hos fosteret (Ulvund, 2017, ss. 498–499). Michel Odent, en fransk fødselslege, hadde en teori som gikk ut på at rier er mest virksomme under vann (Odent, 1984).

En systematisk oversikt av Feeley et al. (2021) undersøkte kvinners erfaringer med immersjon i vann, hvorpå de ga uttrykk for en følelse av tilfredshet og empowerment. Forfatterne understreker at immersjon i vann er et lavterskeltilbud, uten store kostnader, som burde tilbys fødekvinne. I Bonapace et al. (2018) sin oversiktsartikkel påpekes det at immersjon i vann kan bidra til utslipp av oksytocin og endorfiner, som er kroppens naturlige smertelindring. I tillegg kan varme omslag bidra til å blokkere smerteimpulsene til ryggmargen. På lik linje som ved immersjon i vann, kan varmen bidra til muskelavslapning, som igjen bedrer uterusperfusjonen. Cluett et al. (2018) fant i sin systematiske oversiktsartikkel ingen økt infeksjonsrisiko, uavhengig om fosterhinnene var intakte eller ikke. De understreker at det på

generelt grunnlag ikke er økt risiko for mor og barn ved fødsel i vann, sammenlignet med andre fødsler (Cluett et al., 2018).

Ifølge NICE guidelines (2017, kap. 1.8) sine anbefalinger skal kvinnen få muligheten til å benytte seg av badekar/dusj. Ullensvang et al. (2020) understreker at det trengs forskning av høyere kvalitet ved immersjon i varmt vann.

2.4.3 Bevegelse og stillingsendringer

Det å variere mellom ulike stillinger gjennom fødselsforløpet er viktig for å fremme rotasjon av fosteret, i tillegg til at det kan virke smertelindrende. Ved oppreiste stillinger øker blodsirkulasjonen til uterus, som kan bidra til å redusere smerter. Hvis kvinnen sitter på huk øker bekkenets diameter med opptil 28% sammenlignet med ryggeleie, som kan bidra til å redusere smerter i ryggen. Opplever kvinnen smerter i form av trykk mot bekkenbunnen kan hun støtte seg på knær og albuer/hender og dermed redusere dette trykket (Brunstad, 2017, s. 467–468).

I Lawrence et al. (2013) sin systematiske oversiktsartikkel ble effekten av bevegelse og stillingsendringer i første del av fødsel undersøkt (cervixdilatasjon 0-10 cm). De konkluderte med at bevegelse og oppreiste stillinger kunne redusere varigheten på fødselen, behovet for epidural og risikoen for keisersnitt. I tillegg økte ikke risikoen for intervensjoner eller negative maternelle eller neonatale utfall. Bonapace et al. (2018) viser, i sin oversiktsartikkel, til at bevegelse kunne bidra til bedre maternell-føtal-sirkulasjon, bedre føtal oksygenering og mer effektive rier. Det understrekes at intervensjoner som begrenser fødekvinnes mobilitet kan bidra til mer smerter.

2.4.4 Steriltvannspapler

Steriltvannspapler kan brukes mot rygg smerter. En liten mengde sterilt vann, 0.1-0.3 ml, injiseres intrakutant, eventuelt subkutant. Steriltvannspaplene gir sviende smerte i rundt 30 sekunder, og settes derfor ofte på ri (Ulvund, 2017, s.498). Eldre forskning viser til effekt (Jones et al., 2013), men nyere forskningsoppsummering utført av Stulz et al. (2021) fant ingen evidens for bruk av steriltvannspapler i fødsel mot rygg smerter, selv om kvinnene rapporterte rask smertelindring. Det ble ikke sett noen bivirkninger, og de konkluderte med behov for videre forskning. Ullensvang et al. (2020) skriver at de ikke foreslår bruk av

steriltvannspapler. Ifølge NICE guidelines (2017, kap. 1.8) er anbefalingen tydelig, steriltvannspapler skal ikke brukes i fødsel.

2.4.5 TENS

TENS er elektroder som ved hjelp av et apparat sender lavintensive elektriske strømsignaler gjennom punkter i ryggen. Virkningsmekanismen handler om å hemme smerteimpulsoverføring, da den perifere stimulien sendes til ryggmargens bakhorn og dermed blokkerer smerteimpulser fra uterus, cervix og vagina. Samtidig øker kroppens utslipp av endorfiner, som også virker smertelindrende. (Jackson et al., 2020, s. 484; Ulvund, 2017, s. 499). Kvinner med epilepsi, pacemaker eller hjerteproblemer bør ikke bruke TENS, på bakgrunn av de elektriske strømsignalene (Ullensvang et al., 2020; Ulvund, 2017, s. 499). TENS skal heller ikke brukes i kombinasjon med vann (Ullensvang et al., 2020).

I Czech et al. (2018) sin randomiserte, kontrollerte studie, ble effekten av ulike medikamentelle og ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder i fødsel undersøkt og sammenlignet. De fant ingen effekt ved bruk av TENS alene i fødsel. Der TENS ble brukt samtidig med lystgass, så de en bedring av effekten, men kvinnene oppga lavt nivå av tilfredshet ved bruk av metoden. Jones et al. (2013) gjennomførte en systematisk kunnskapsoppsummering omkring ulike metoder for smertelindring i fødsel, og viser til at TENS kan gi en følelse av kontroll, i tillegg til å fungere som en distraksjon. Dowswell et al. (2009) studerte effekt ved bruk av TENS i fødsel, i sin systematiske oversiktsartikkel, og fant at TENS plassert på akupunkturpunkter sammenliknet med placebo trolig reduserte antall kvinner med sterke smerter i fødsel. Forfatterne anbefaler at kvinnen skal få muligheten til å prøve TENS ved fødsel i sykehus, selv med begrensede bevis av effekt, da man ikke ser noen negative utfall for mor og barn. Ullensvang et al. (2020) viser til manglende evidens og kontraindikasjoner, mens NICE Guidelines sier i sine anbefalinger at TENS ikke skal tilbys til kvinner i aktiv fødsel (2017, kap. 1.8).

2.4.6 Akupunktur

Akupunktur innebærer bruk av nåler, som settes i spesifikke punkter/områder. Metoden kan bidra til frigjøring av endorfiner, i tillegg til at nålesticket kan utkonkurrere selve

fødselssmerten. Akupunktur nålene skal sitte i 15-20 minutter, og tradisjonell kinesisk folkemedisin forklarer virkningen med at akupunktur påvirker livsenergien i kroppen. Akupunktur i fødsel har vært i bruk i vestlige land siden 1970, og i Norge kan jordmødre ta videreutdanning innenfor fødselsakupunktur (Ulvund, 2017, s.499-500). Jones et al. (2013) undersøkte effekten av ulike typer smertelindring for kvinner i fødsel, i sin systematiske oversiktsartikkel. Artikkelforfatterne fant en signifikant forskjell på smerteintensitet ved bruk av akupunktur sammenlignet med ingen behandling. Kvinnene oppga tilfredshet omkring bruk av akupunktur, sammenlignet med placebo-behandling. De hadde også i mindre grad assisterte vaginale forløsninger, sammenlignet med de som ikke benyttet akupunktur. Det var ingen signifikante forskjeller på keisersnittsraten. Nyere forskningsoppsummering, gjennomført av Smith et al. (2020), konkluderte med usikker effekt på smerteintensitet og kvinners tilfredshet, på bakgrunn av manglende evidens. De kunne heller ikke konkludere med at akupunktur reduserte behovet for medikamentell smertelindring, men fant ingen bivirkninger verken for mor eller barn.

Ullensvang et al. (2020) påpeker at det mangler studier med høy kvalitet. NICE guidelines (2017, kap. 1.8) understreker at man ikke skal tilby kvinner akupunktur, men heller ikke hindre de kvinnene som ønsker å bruke akupunktur i fødsel.

2.5 Jordmors tilstedeværelse i fødsel

Bohren et al. (2017) undersøkte, i sin oversiktsartikkel, effekten av jordmors tilstedeværelse i fødsel, på mor og barn. De sammenlignet kontinuerlig, en-til-en omsorg med vanlig omsorg, og inkluderte 27 studier med til sammen 15858 kvinner fra 17 forskjellige land. De så at kontinuerlig støtte under fødsel kunne føre til kortere fødsel, økt sjans for spontan, vaginal forløsning, lavere andel operative vaginale forløsninger, mindre bruk av analgesi, sjeldnere lav Apgar-skår etter fem minutter og sjeldnere negative fødselsopplevelser. De anbefalte at videre forskning fokuserer på langsiktige utfall, som blant annet amming, tilknytning og postpartum depresjon.

I Bonapace et al. (2018) sin oversiktsartikkel omkring ikke-medikamentell smertelindring i fødsel, fremkom det at kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under fødsel reduserte stress og frykt, i tillegg til å redusere frekvensen av obstetriske intervensjoner.

I en kohortstudie undersøkte Buerengen et al. (2022) effekten av en-til-en omsorg av jordmor i fødselens aktive fase, i forhold til bruk av smertelindring som primærutfall, obstetriske og neonatale utfall sekundært. De så at en-til-en omsorg av jordmor i fødselens aktive fase kunne bidra til mindre bruk av medikamentell smertelindring som epidural og lystgass, og mer bruk av massasje.

2.6 Jordmødres holdninger og tilgjengelige smertelindringsmetoder

Erfaringsbasert kunnskap er en av kunnskapskildene en fagutøver benytter i praksis, og regnes som et ledd i kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2021). Andre betegnelser på slik kunnskap er klinisk blikk, skjønn, taus kunnskap og klinisk ekspertise. Denne typen kunnskap kan skille en nyutdannet jordmor (novise) fra en erfaren jordmor (ekspert) (Reinar & Blix, 2017, s. 67).

Erfaringer fra egen praksis tilsier at jordmødres holdninger til ulike former for smertelindring, kan ha innvirkning på tilbudet som presenteres for fødekvinnen.

En spørreundersøkelse utført i Australia (Madden et al., 2013) så på gravide kvinners, jordmødres og obstetrikernes syn på smertelindring i fødsel. Alle tre gruppene var enig i at en støtteperson under fødsel var den viktigste smertelindringsmetoden. Obstetrikere foretrakk i større grad medikamentell smertelindring, i forhold til jordmødrene og de gravide.

Klomp et al. (2016) gjennomførte intervjuer med jordmødre i Nederland om erfaringer rundt smertelindring i fødsel. De fant at jordmødrene synes det var utfordrende at synet på fødselssmerte var i endring, både i media, blant gravide og partnere, men også blant helsepersonell. De opplevde at de ikke fikk utføre sitt jordmorfag og støtte kvinnene i fødselssmertene, da fødselssmerte nå skulle smertelindres raskt. Forfatterne konkluderte med at jordmødrene i dag var mer forberedt på å tilby medikamentell smertelindring, enn de var for ti år siden.

Boateng et al. (2019) forsket på ghanesiske jordmødres erfaringer rundt bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Flere hadde manglende kjennskap til og opplæring i bruk av de ulike metodene. På spørsmål om fordeler ved bruk av metodene, svarte flere at siden metodene ikke hadde noen bivirkninger var de verdt forsøket, i tillegg til at det kunne skape en god relasjon mellom jordmor og fødekvinnen. Barrierer for bruk handlet om

helsepersonells oppfatning av metodene, mangel på tid og om fødekvinnen ønsket å prøve ut ulike metoder.

NICE guidelines (2017, kap. 1.8) påpeker at jordmor skal være bevisst sine egne holdninger rundt håndtering av smerte i fødsel, og støtte fødekvinnen i de valgene hun tar.

3.0 METODE

Kapittel tre omhandler valgt metode med begrunnelse. Videre beskrives planlegging av spørreskjema, innhenting av data og analysering av datamateriale.

3.1 Valgt metode

Problemstillingen bestemte valg av metode. Det ble benyttet kvantitativ metode, en forskningsmetode som innebærer innsamling og analyse av data, ofte som talldata - kvantifisering (Tuft, 2011, s. 72). Metoden kan standardiseres og blir planlagt i forkant av undersøkelsen (Thelle & Laake, 2008, s. 299), og resultatene kan i større grad generaliseres enn ved bruk av kvalitative data (Hofmann & Holm, 2008, s. 63).

Studien ble gjennomført som en tverrsnittstudie. En tverrsnittstudie er en studie som undersøker en populasjon på et gitt tidspunkt. Undersøkelsen kan ikke si noe om årsak eller virkning (Benestad & Laake, 2008, s. 124). Studien kartlegger, altså er hensikten å beskrive bruk av ikke-medikamentell smertelindring blant jordmødre, ikke forklare eller synliggjøre årsakssammenheng.

Det ble bestemt at det skulle samles inn primærdata, altså datamateriell vi som studenter selv har samlet inn til undersøkelsen (Tuft, 2011, s. 76). Datainnsamlingen skulle skje ved bruk av computer aided web interviewing (CAWI), et elektronisk spørreskjema (Johannessen, 2009, s. 36). Fordeler med bruk av elektronisk spørreskjema er rask distribusjon og innhenting av svar, lave økonomiske kostander, og i tillegg er metoden brukervennlig og krever lite teknisk ekspertise (Sue & Ritter, 2016, Kapittel 2).

3.2 Utarbeidelse av spørreundersøkelse

Det ble søkt etter validerte spørreskjema som kunne være relevant for problemstillingen. Da dette ikke var tilgjengelig, valgte vi å utarbeide eget spørreskjema.

Temaet i spørreskjema ble "Smertelindring i aktiv fase av fødsel i Norge". Spørreskjemaet ble utarbeidet over tid på Nettskjema.no. Rundt 15 spørsmål var ønskelig i spørreskjema, da flere spørsmål kan gjøre datamaterialet for stort til å kunne analyseres i en masteroppgave (Johannessen, 2009, s.34).

Spørsmålene og svaralternativene var standardiserte, altså ble ingen åpne spørsmål inkludert, for å sikre at svar fra de ulike respondentene kunne sammenlignes (Grimen & Ingstad, 2008, s. 325). Alle spørsmålene ble utarbeidet som obligatoriske spørsmål, men hadde samtidig "vet ikke/ønsker ikke svare" som tilgjengelig svaralternativ. Ni spørsmål hadde ett mulig svaralternativ, to spørsmål hadde inntil tre mulige svaralternativ og på to spørsmål kunne respondentene krysse av på alle svaralternativene. Fire spørsmål ble fremstilt som matriser, hvorpå respondentene skulle ta stilling til alle svaralternativene.

Totalt endte spørreskjema på 17 avkryssningsspørsmål.

3.3 Pilottest

Etter at spørreskjemaet var utarbeidet, og før gjennomføring av studien, ble det utført en pilottest. Hensikten var at respondenten skulle gi konstruktiv kritikk på spørreskjemaet (Skovlund & Vatn, 2008, s. 258; Sue & Ritter, 2016, Kapittel 6). Det var ønskelig at respondentene skulle vurdere om begreper og formuleringer var forståelig, og om eventuelle svaralternativer manglet. Det foreløpige utarbeidede spørreskjemaet ble delt ut til medstudenter og veiledere i papirversjon. Spørreskjemaet ble revidert på bakgrunn av tilbakemeldingene.

3.4 Presentasjon av spørreskjema

I følgende tabell presenteres spørsmålene med svaralternativ. For visuell oversikt over spørreskjemaet, se vedlegg 2.

Tabell 1. Presentasjon av spørreskjema.

Spørsmål	Svaralternativ	Antall svaralternativ mulig
1. I hvilken helseregion jobber du?	Ønsker ikke svare Helse Vest Helse Midt-Norge Helse Sør-Øst Helse Nord	Ett svaralternativ mulig

2. Hvor mange års erfaring har du som jordmor?	0-70 år	Tallsvar
3. Hvor jobber du som jordmor?	Ønsker ikke å svare På kvinneklinikk På fødeavdeling På fødestue Med hjemmefødsler	Ett svaralternativ mulig
4. I hvor stor grad er du som jordmor vanligvis til stede på føderommet i fødselens aktive fase?	Ønsker ikke å svare 0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%	Ett svaralternativ mulig
5. Erfarer du at din tilstedeværelse som jordmor kan redusere fødekvinnens behov for smertelindring?	Ønsker ikke å svare Enig Delvis enig Verken enig eller uenig Delvis uenig Uenig	Ett svaralternativ mulig
6. Dersom du ikke velger å være tilstede på føderommet i fødselens aktive fase, hva er årsaken?	Ønsker ikke å svare Kvinnen ønsker ikke at jeg skal være inne på rommet hele tiden Jeg må rådføre meg med kollegaer/ansvarsjordmor/lege Jeg har ikke tid til å sitte inne på rommet hele tiden Jeg føler meg i veien inne på føderommet Fødeparet ønsker ikke å føre en samtale	Ett svaralternativ mulig
7. Har du som jordmor noen gang gitt medikamentell smertelindring fordi du ikke har hatt tid til å være inne på føderommet?	Ønsker ikke å svare Enig Delvis enig Verken enig eller uenig Delvis uenig Uenig	Ett svaralternativ mulig
8. Hvilken type smertelindring har du som	Massasje Varme omslag/varmeputer	Tre svaralternativ mulig

jordmor administrert i løpet av de siste 1-2 årene?	Dusj Bad Bevegelse og stillingsendringer Steriltvannspapler TENS Akupunktur Lystgass Opioider Epidural Spinal Pudendal Paracervikal blokkade	
9. Hvilken type smertelindring tilbyr du som jordmor fødekvinnen i størst grad?	Massasje Varme omslag/varmeputer Dusj Bad Bevegelse og stillingsendringer Steriltvannspapler TENS Akupunktur Lystgass Opioider Epidural Spinal Pudendal Paracervikal blokkade Ingen av de overnevnte	Tre svaralternativ mulig
10. Hvilken smertelindring erfarer du at kvinnene i størst grad etterspør?	Ønsker ikke å svare Massasje Varme omslag/varmeputer Dusj Bad Bevegelse og stillingsendringer Steriltvannspapler TENS Akupunktur Lystgass Opioider Epidural Spinal Pudendal Paracervikal blokkade	Tre svaralternativ mulig
11. Erfarer du at fødekvinnen ofte har bestemt seg for ønsket smertelindring i forkant av fødsel?	Ønsker ikke å svare Enig Delvis enig Verken enig eller uenig Delvis uenig	Ett svaralternativ mulig

12. Tenker du noen gang på institusjonens økonomiske inntekter når du tilbyr fødekvinnen smertelindring?	Uenig Ønsker ikke å svare Aldri tenkt på Liten grad Middels grad Stor grad Veldig stor grad	Ett svaralternativ mulig
13. Tenker du noen gang på institusjonens økonomiske utgifter når du tilbyr fødekvinnen smertelindring?	Ønsker ikke å svare Aldri tenkt på Liten grad Middels grad Stor grad Veldig stor grad	Ett svaralternativ mulig
14. Hva bidrar til dine anbefalinger av smertelindring?	Egne erfaringer Kollegaers erfaringer Avdelingens prosedyrer Forskning Tilgjengelighet på avdelingen Kurs/videreutdanning	Matrise Ja, nei eller vet ikke på alle svaralternativ
15. Hvilke av følgende ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder erfarer du at har en smertelindrende effekt?	Massasje Varme omslag/varmepute Dusj Bad Bevegelse og stillingsendringer Steriltvannspapler TENS Akupunktur	Matrise Ja, nei, ikke tilgjengelig på arbeidsplassen eller vet ikke på alle svaralternativ
16. Hvilken av følgende ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder er du som jordmor trygg på å administrere?	Massasje Varme omslag/varmepute Dusj Bad Bevegelse og stillingsendringer Steriltvannspapler TENS Akupunktur	Matrise Ja, nei, ikke tilgjengelig på arbeidsplassen eller vet ikke på alle svaralternativ
17. Er det noen av følgende ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder du aldri har brukt?	Ønsker ikke å svare Massasje Varme omslag/varmepute Dusj Bad Bevegelse og stillingsendringer Steriltvannspapler TENS Akupunktur Jeg har brukt alle	Alle svaralternativ mulig

3.5 Populasjon

Kriterier for deltagelse i spørreundersøkelsen var yrkesaktive jordmødre, som de siste ett til to årene hadde arbeidet på kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer, eller jordmødre som arbeidet med hjemmefødsler.

På bakgrunn av dette ble det planlagt å publisere spørreskjema i en lukket Facebook-gruppe for jordmødre, kalt "Jordmødre i Norge". På daværende tidspunkt var det omkring 3000 medlemmer i gruppen. Dette kunne være jordmødre som jobbet på fødeavdelinger, poliklinikker, kommunalt i svangerskapsomsorgen, jordmorstudenter og jordmødre som ikke praktiserte faget eller har gått av med pensjon. Det var på forhånd vanskelig å vite hvor mange som svarte til inklusjonskriteriene. På bakgrunn av dette kunne det ikke regnes ut svarprosent.

3.6 Innhenting av datamateriale

Spørreskjemaet ble publisert 14.12.22 i Facebook-gruppen "Jordmødre i Norge". Linken ble også delt på story-funksjonen til Instagram, hvorpå fødeavdelinger og jordmorforeninger ble tagget. Etter publisering av spørreskjemaet kom det fortløpende tilbakemeldinger fra respondentene, spesielt angående svaralternativer de mente manglet. På bakgrunn av dette ble ett svaralternativ komplementert til spørsmål 17, noen minutter etter publisering.

I tiden etter 22.12.22 tilkom ingen nye respondenter, og linken ble på nytt delt i samme Facebook-gruppe og på Instagram 2.1.23. Spørreskjema ble stengt 9.1.23, en uke etter ny deling av link, dette på bakgrunn av masteroppgavens tidsperspektiv.

3.7 Statistikk

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av deskriptiv statistikk. Deskriptiv statistikk sier ikke noe om årsakssammenheng, men beskriver hvordan den sosiale virkeligheten ser ut (Tufte, 2011, s. 75).

3.7.1 *Fra Excel til SPSS*

Rapporten fra Nettskjema ble lastet ned og omgjort til en Excel-fil. Majoriteten av svarene var fremstilt som tall. Matrise-spørsmålene inneholdt derimot tekstdata, som ble omgjort til talldata manuelt. For eksempel ble alle “nei”-svar omgjort til tallet 0 og “ja”-svar omgjort til tallet 1. Excel-filen ble deretter overført til statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Science (SPSS) for analyse. I SPSS kan det gjennomføres ulike statistiske utregninger av kvantitative data, som kan fremstilles i tabeller og figurer, for å forenkle og synliggjøre tendenser og sammenhenger (Johannessen, 2009, s.23-25; Tufte, 2011, s.73).

3.7.2 *Variabler*

En variabel er et kjennetegn eller en egenskap ved en analyseenhet (Tufte, 2011, s.81). Ved bruk av deskriptiv statistikk kan talldata fremstilles ved hjelp av ulike forklaringsvariabler, for eksempel kontinuerlige og kategoriske variabler (Laake & Skovlund, 2008, ss. 386–388). En kontinuerlig variabel kjennetegnes ved at man kan måle avstanden mellom de ulike verdiene, mens en kategorisk variabel faller i ulike kategorier (Aamodt et al., 2005).

Flertallet av variablene i spørreundersøkelsen var kategoriske. Erfaring, presentert i antall år, var eneste kontinuerlige variabel.

3.7.3 *Analyse*

For å beskrive datamaterialet ble sentralmål og spredningsmål benyttet. Sentralmålet synliggjøres ved gjennomsnitt hvis dataene er normalfordelt, og median hvis de er skjevfordelt. Spredningsmål viser til variasjonene i variabelen. Ved bruk av gjennomsnitt presenteres standardavvik som spredningsmål, mens ved bruk av median som sentralmål, kan minimum og maksimum presenteres, eller 25 og 75 percentilen (Laake & Egeland, 2008, s. 13; Laake & Skovlund, 2008, Kapittel 12).

Tabell 2. Oversikt over inkluderte variabler.

Kategoriske variabler	Presentert i N (%)
<ul style="list-style-type: none">• Ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder jordmødrene føler seg trygg på å administrere• Metoder jordmødrene tilbyr i størst grad• Metoder jordmødrene mener har smertestillende effekt• Metoder jordmødrene har brukt siste 1-2 år• Metoder jordmødrene aldri har brukt• Metoder jordmødrene opplever at kvinnen etterspør metoder jordmor ikke har tilgjengelig på arbeidsplassen• Jordmødrenes tilstedeværelse på føderommet• Årsaker til at jordmødrene forlater føderommet• Om jordmødrene tilstedeværelse påvirker behovet for smertelindring• Hva som påvirker jordmødrenes anbefalinger og jordmødrenes tanker rundt institusjonens økonomi og smertelindringsmetoder	
Kontinuerlig variabel	
<ul style="list-style-type: none">• Arbeidsfordeling, presentert i antall år	Median (min- maks)

Arbeidserfaring, presentert i antall år, ble etter hvert valgt ut som sammenligningsvariabel, for å gi analysen en ytterligere dimensjon. Tre spørsmål ble valgt ut: hva jordmødrene tilbyr i størst grad, hva jordmødrene føler seg trygg på å administrere og hva jordmødrene aldri har administrert. For å kunne gjennomføre sammenligningen, ble antall år med arbeidserfaring, som eneste kontinuerlige variabel, omgjort til en kategorisk variabel med følgende grupper: 5 år eller mindre, 6-10 år, 11-20 år og 21 år eller mer.

Det ble brukt betydelig tid på å forsøke å fremstille resultatene hensiktsmessig i tydelige tabeller, som besvarte problemstillingen. Spørsmålene ble satt sammen i ulike varianter, og mange tabeller ble konstruert. De ulike spørsmålene og variablene ble flyttet mellom kolonnene og radene, da det var sentralt at tabellene opplevdes tydelige og lesbare, enklest mulig for leseren.

Resultatene i tabellene ble presentert i n (%), uten desimaltall. Noen resultater ble fremstilt grafisk i figurer.

3.7.4 Eksklusjon av resultat

På bakgrunn av relevans for oppgavens problemstilling ble ett resultat ekskludert. Det var ønskelig å kartlegge bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder, blant mange tilgjengelige metoder, og av den grunn ble ulike medikamentelle smertelindringsmetoder inkludert i spørreskjemaet. Alle resultater i en studie skal presenteres, derfor fremstilles resultatene omkring medikamentell smertelindring i vedlegg 3.

3.8 Etiske overveielser

Etikk kan defineres som teori og refleksjon over spørsmål om rett og galt, mens moral sier noe om hvordan en handler i praksis (Heggstad, 2022, s. 10; Schmidt, 2006, ss. 83–84).

I følgende kapittel tas det stilling til etiske overveielser, og hvorvidt planlagt studie krevde en søknad til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og/eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet av Verdens legeförening i 1964, for å sikre forskningsetiske retningslinjer, etter gjentatte overtramp mot svake grupper etter andre verdenskrig (Førde, 2014). Disse retningslinjene danner grunnlag for dagens praksis. I Loven om behandling av personopplysninger, kapittel 3, gjøres det rede for bruk av personopplysninger, også tilknyttet vitenskapelige hensikt (Lovdata, 2018, Kapittel 3).

Ved innhenting av data som kan spores tilbake til enkeltpersoner, eller som inneholder personopplysninger eller biologisk materiale, kreves det godkjenning av etiske komiteer, som Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og/eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), i forkant av studiets gjennomførelse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; NSD, u.å.).

For å sikre konfidensialitet, ble verken personopplysninger, ip-adresser, e-poster eller andre elektroniske spor lagret, slik at det kunne spores tilbake til respondenten (Heggstad, 2022, s. 147). Da havnet spørreundersøkelsen utenfor definisjonen til personopplysningsloven, og ingen godkjenning krevdes før gjennomføring av studien. Nettskjema.no ble brukt som verktøy for spørreskjemaet, fordi den har anonymiserings-funksjon.

4.0 RESULTAT

I kapittel fem presenteres respondentenes karakteristik og resultatene fra spørreundersøkelsen, fremstilt i tabeller, figurer og tekst.

4.1 Karakteristikk respondenter

Tabell 3 – Karakteristikk ved respondentene. N=198*

Arbeidserfaring	
År median (min-maks)	7 (0-43)
5 år eller mindre	90 (45)
6-10 år	35 (18)
11-20 år	37 (19)
21 år eller mer	36 (18)
Helseregion	
Helse Sør Øst	121 (61)
Helse Vest	31 (16)
Helse Nord	23 (12)
Helse Midt-Norge	18 (9)
Ønsker ikke svare	5 (2)
Arbeidssted	
Kvinneklinnikk	100 (50)
Fødeavdeling	81 (41)
Fødestue	9 (5)
Hjemmefødsler	2 (1)
Ønsker ikke svare	6 (3)

*Presentert i n (%)

Totalt antall respondenter som deltok i studien var 198. Respondentene hadde en mediantid av erfaring på syv år, med en variasjon fra 0 til 43 år. De som hadde fem års erfaring eller mindre utgjorde 45% av respondentene, mens 18% hadde 21 års erfaring eller mer. Blant respondentene jobbet 61% i Helse Sør-Øst og 9% i Helse Midt-Norge. Det var 50% som jobbet ved en kvinneklinnikk, 41% på fødeavdeling, 5% ved fødestue og 1% med hjemmefødsler.

4.2 Ikke-medikamentell smertelindring og erfaring

Tabell 4 – Jordmødrenes erfaring med ikke-medikamentell smertelindring. N=198*

	Jordmødrene føler seg trygg på bruk av**	Jordmødrene tilbyr i størst grad**	Jordmødrene erfarer smertelindrende effekt**	Jordmødrene har brukt siste 1-2 år**	Jordmødrene har aldri brukt**	Kvinnen etterspør mest**	Metoder jordmødrene ikke har tilgjengelig**
Bevegelse og stillingsendringer	198 (100)	88 (44)	187 (94)	198 (100)	0 (0)	14 (7)	0 (0)
Varme omslag/varmepute	197 (100)	101 (51)	191 (97)	196 (99)	0 (0)	20 (10)	0 (0)
Dusj	197 (100)	17 (9)	182 (92)	187 (95)	1 (1)	7 (4)	0 (0)
Badekar	197 (100)	82 (41)	198 (100)	194 (98)	0 (0)	86 (43)	0 (0)
Massasje	188 (95)	33 (17)	191 (97)	183 (93)	1 (1)	6 (3)	0 (0)
Steriltvannspapler	150 (76)	5 (3)	115 (58)	112 (57)	35 (18)	0 (0)	1 (1)
TENS	116 (59)	17 (9)	100 (51)	103 (52)	69 (35)	1 (1)	46 (23)
Akupunktur	52 (26)	7 (4)	87 (44)	91 (46)	72 (36)	6 (3)	6 (3)

*Presentert i n (%)

**Flere svaralternativer var mulig

4.2.1 Bevegelse og stillingsendringer

Alle jordmødrene (100%) føler seg trygg på å bruke bevegelse og stillingsendringer som smertelindringsmetode, og 44% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene mener 94% at bevegelse og stillingsendringer har en smertelindrende effekt, og alle oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene (100%). Av jordmødrene opplever 7% at fødekvinnen etterspør bevegelse og stillingsendringer i fødsel.

4.2.2 Varme omslag/varmepute

Alle jordmødrene (100%) føler seg trygg på bruk av varme omslag/varmepute som smertelindringsmetode, og 51% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene erfarer 97% at varme omslag/varmepute har en smertelindrende effekt, og 99% oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene. Av jordmødrene opplever 10% at fødekvinnen etterspør varme omslag/varmepute i fødsel.

4.2.3 Dusj

Alle jordmødrene (100%) føler seg trygg på bruk av dusj som smertelindringsmetode, og 9% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene erfarer 92% at dusj har en smertelindrende effekt, og 94% oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene. Av jordmødrene opplever 4% at fødekvinne etterspør dusj i fødsel.

4.2.4 Badekar

Alle jordmødrene (100%) føler seg trygg på bruk av badekar som smertelindringsmetode, og 41% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene erfarer 100% at badekar har en smertelindrende effekt, og 98% oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene. Av jordmødrene opplever 43% at fødekvinne etterspør bruk av badekar i fødsel.

4.2.5 Massasje

Det er 95% av jordmødrene som føler seg trygg på bruk av massasje som smertelindringsmetode, og 17% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene erfarer 97% at massasje har en smertelindrende effekt, og 93% oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene. Av jordmødrene erfarer 3% at fødekvinne etterspør massasje i fødsel.

4.2.6 Steriltvannspapler

Det er 76% av jordmødrene som føler seg trygg på bruk av steriltvannspapler som smertelindringsmetode, og 3% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene erfarer 58% at steriltvannspapler har en smertelindrende effekt, og 57% oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene. Det er 18% som oppgir at de aldri har brukt metoden. Av jordmødrene opplever 0% at fødekvinne etterspør steriltvannspapler i fødsel.

4.2.7 TENS

Det er 59% av jordmødrene som føler seg trygg på bruk av TENS som smertelindringsmetode, og 9% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene erfarer 51% at TENS har en smertelindrende effekt, og 52% oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene. Det er 35% som oppgir at de aldri har brukt metoden. Av jordmødrene opplever 1% at fødekvinne etterspør TENS i fødsel, og 23% at de ikke har TENS tilgjengelig på arbeidsplassen.

4.2.8 Akupunktur

Det er 26% av jordmødrene som føler seg trygg på bruk av akupunktur som smertelindringsmetode, og 4% tilbyr metoden i stor grad. Blant jordmødrene erfarer 44% at akupunktur har en smertelindrende effekt, og 57% oppgir at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene, og 36% svarer at de aldri har brukt metoden. Av jordmødrene opplever 3% at fødekvinne etterspør akupunktur i fødsel, og 3% har ikke metoden tilgjengelig på arbeidsplassen.

4.3 Ikke-medikamentell smertelindring og arbeidserfaring, inndelt i antall år

Tabell 5 – Ikke-medikamentell smertelindring og arbeidserfaring, inndelt i antall år. N=198

	5 år eller mindre n=90 (%)	6-10 år n=35 (%)	11-20 år n=37 (%)	21 år eller mer n=36 (%)
Hva jordmødrene tilbyr i størst grad*				
Varme omslag/varmepute	53 (59)	16 (48)	19 (51)	13 (36)
Bevegelse og stillingsendringer	44 (49)	9 (25)	16 (43)	19 (53)
Badekar	29 (32)	13 (37)	19 (51)	21 (58)
Massasje	14 (16)	6 (17)	6 (16)	7 (19)
TENS	9 (10)	1 (3)	7 (19)	0 (0)
Dusj	5 (6)	6 (17)	4 (11)	2 (6)
Steriltvannspapler	2 (2)	0 (0)	2 (5)	1 (3)
Akupunktur	0 (0)	2 (6)	1 (3)	4 (11)
Hva jordmødrene føler seg trygg på å administrere*				
Varme omslag/varmepute	90 (100)	35 (100)	37 (100)	35 (97)
Bevegelse og stillingsendringer	90 (100)	35 (100)	37 (100)	36 (100)
Badekar	89 (99)	35 (100)	37 (100)	36 (100)
Massasje	82 (91)	34 (97)	37 (100)	35 (97)
TENS	47 (52)	23 (66)	21 (57)	25 (69)
Dusj	89 (99)	35 (100)	37 (100)	36 (100)
Steriltvannspapler	57 (63)	28 (80)	32 (87)	33 (92)
Akupunktur	6 (7)	8 (23)	16 (43)	22 (61)
Hva jordmødrene aldri har administrert*				
Varme omslag/varmepute	2 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Bevegelse og stillingsendringer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Badekar	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Massasje	4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
TENS	35 (39)	10 (29)	14 (38)	10 (28)
Dusj	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Steriltvannspapler	25 (28)	5 (14)	2 (5)	3 (8)
Akupunktur	46 (51)	15 (43)	6 (16)	5 (14)

*Flere svaralternativer var mulig

4.3.1 Varme omslag/varmepute

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 59% varme omslag/varmepute, sammenlignet med 36% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 100% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 97% av jordmødrene med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller

mindre oppgir 2% at de aldri har benyttet seg av varme omslag/varmepute, sammenlignet med 0% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.

4.3.2 Bevegelse og stillingsendringer

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 49% bevegelse og stillingsendringer, sammenlignet med 53% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 100% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre, og 21 års erfaring eller mer, som oppgir trygghet i bruk av metoden. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 0% at de aldri har benyttet seg av bevegelse og stillingsendringer, det samme gjelder for gruppen med 21 års erfaring eller mer (0%).

4.3.3 Badekar

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 32% badekar, sammenlignet med 58% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 100% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre, og 21 års erfaring eller mer, som oppgir trygghet i bruk av metoden. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 0% at de aldri har benyttet seg av badekar. Det samme gjelder for gruppen med 21 års erfaring eller mer (0%).

4.3.4 Massasje

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 16% massasje, sammenlignet med 19% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 91% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 97% av jordmødrene med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 4% at de aldri har benyttet seg av massasje, sammenlignet med 0% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.

4.3.5 TENS

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 10% TENS, sammenlignet med 0% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 52% av jordmødrene med fem års erfaring eller

mindre som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 69% av jordmødrene med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 39% at de aldri har benyttet seg av TENS, sammenlignet med 28% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.

4.3.6 Dusj

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre, og 21 års erfaring eller mer, tilbyr 6% dusj. Det er 99% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 100% av jordmødrene med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 1% at de aldri har benyttet seg av dusj, sammenlignet med 0% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.

4.3.7 Akupunktur

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 0% akupunktur, sammenlignet med 11% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 7% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 61% av jordmødrene med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 51% at de aldri har benyttet seg av akupunktur, sammenlignet med 14% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.

4.3.8 Steriltvannspapler

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 2% steriltvannspapler, sammenlignet med 3% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 63% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 92% av jordmødrene med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 28% at de aldri har benyttet seg av steriltvannspapler, sammenlignet med 8% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.

4.4 Jordmors tilstedeværelse og erfaring

Tabell 6 – Jordmødrenes tilstedeværelse, fremstilt i prosent. N=198*.

Hvor stor grad er jordmødrene vanligvis til stede på føderommet

100%	29 (15)
90%	69 (35)
80%	52 (26)
70%	34 (17)
60%	12 (6)
50%	1 (1)
40%	1 (1)

*Presentert i n (%)

Av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre tilbyr 2% steriltvannspapler, sammenlignet med 3% blant de med 21 års erfaring eller mer. Det er 63% av jordmødrene med fem års erfaring eller mindre som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 92% av jordmødrene med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene med fem års erfaring eller mindre oppgir 28% at de aldri har benyttet seg av steriltvannspapler, sammenlignet med 8% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.

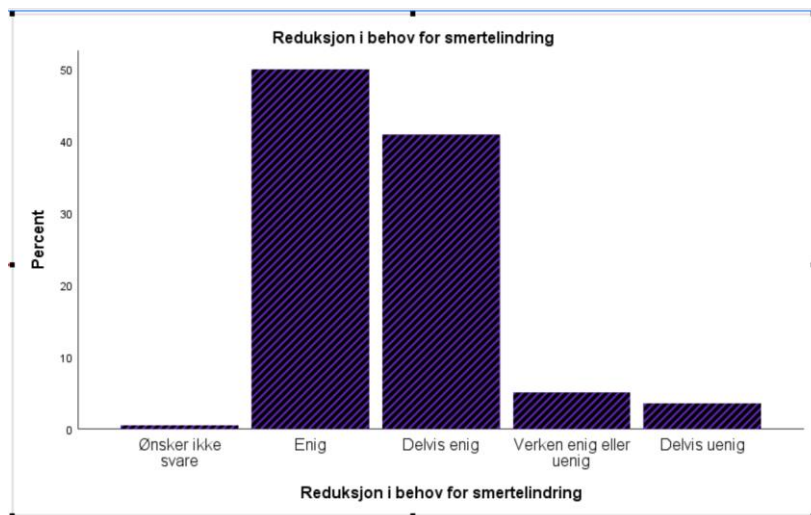
Tabell 7 – Årsaker til jordmødrenes manglende tilstedeværelse og arbeidserfaring.

	Totalt n=198 (%)	5 år eller mindre n=90 (%)	6-10 år n=35 (%)	11-20 år n=37 (%)	21 år eller mer n=36 (%)
Årsaker hvis jordmødrene velger å ikke være til stede på føderommet*					
Jordmor må rådføre seg med kollegaer/ansvarsjordmor/lege	120 (61)	73 (81)	17 (49)	17 (46)	13 (36)
Kvinnen ønsker ikke at jordmor skal være inne på rommet hele tiden	112 (57)	56 (62)	23 (66)	16 (43)	17 (47)
Jordmor har ikke tid til å sitte inne på rommet hele tiden	73 (37)	29 (32)	11 (31)	17 (46)	16 (44)
Jordmor føler seg i veien inne på rommet	16 (8)	6 (7)	2 (6)	6 (16)	2 (6)
Fødeparet ønsker ikke å føre en samtale	15 (8)	8 (9)	2 (6)	2 (5)	3 (8)

*Flere svaralternativer var mulig

Hvis jordmor velger å ikke være til stede på føderommet, oppgir totalt 61% av jordmødrene at de må rådføre seg med kollegaer/ansvarsjordmor/lege. I gruppen med fem års erfaring eller mindre er svarprosenten 81%, tilsvarende 36% i gruppen med 21 års erfaring eller mer. Videre oppgir 57% at kvinnen ikke ønsker at jordmor skal være inne på rommet hele tiden. I gruppen med fem års erfaring eller mindre er svarprosenten 62%, tilsvarende 47% i gruppen med 21 års erfaring eller mer. Det er 37% av jordmødrene som oppgir at de ikke har tid til å sitte inne

på rommet. I gruppen med fem års erfaring eller mindre er svarprosenten 32%, tilsvarende 44% i gruppen med 21 års erfaring eller mer. Blant jordmødrene svarer 8% at de føler seg i veien inne på rommet. I gruppen med fem års erfaring eller mindre er svarprosenten 7%, tilsvarende 6% i gruppen med 21 års erfaring eller mer. I tillegg oppgir 8% at fødeparet ikke ønsker å føre en samtale. I gruppen med fem års erfaring eller mindre er svarprosenten 9%, tilsvarende 8% i gruppen med 21 års erfaring eller mer.



Figur 1. Jordmødrenes erfaring omkring deres tilstedeværelse og reduksjon i behov for smertelindring.

På spørsmål om jordmors tilstedeværelse kan redusere kvinnens behov for smertelindring, sier 50% av jordmødrene seg enig, og 41% seg delvis enig i dette. Ingen (0%) er helt uenig i påstanden, men 4% er delvis uenig. I tillegg er 5% verken enig eller uenig i påstanden.

4.5 Faktorer som bidrar til jordmødrenes anbefalinger, og tanker om økonomi

Tabell 8 – Faktorer som bidrar til jordmødrenes anbefaling av smertelindring**. N=198*

	Ja	Vet ikke
Egne erfaringer	190 (96)	0 (0)
Tilgjengelighet på avdelingen	180 (91)	3 (2)
Forskning	159 (80)	14 (7)
Avdelingens prosedyrer	148 (75)	11 (6)
Kollegaers erfaringer	147 (74)	12 (6)
Kurs/videreutdanning	116 (59)	17 (9)

*Presentert i n (%)

**Flere svaralternativ var mulig

Blant jordmødrene oppgir 96% at egne erfaringer påvirker deres anbefaling av smertelindring, og 91% at tilgjengelighet på avdelingen har innvirkning. Videre svarer 80% at forskning bidrar til deres anbefalinger, og 75% at avdelingens prosedyrer medvirker. Det er 74% av jordmødrene som svarer at kollegaers erfaringer påvirker og 59% som mener kurs/videreutdanninger har innvirkning.

Tabell 9. Jordmødrenes tanker om institusjonens økonomiske inntekter og utgifter påvirker deres tilbud av smertelindring. N=198*.

	Institusjonens økonomiske inntekter	Institusjonens økonomiske utgifter
Aldri tenkt på	184 (93)	184 (93)
Liten grad	13 (7)	14 (7)
Middels grad	0 (0)	0 (0)
Stor grad	0 (0)	0 (0)
Veldig stor grad	0 (0)	0 (0)

*Presentert i n (%)

Blant jordmødrene svarer 93% at de aldri har tenkt på institusjonens økonomiske inntekter når de tilbyr smertelindring til fødekvinnene, og 7% oppgir at de i liten grad tenker på institusjonens økonomiske inntekter.

Blant jordmødrene svarer 93% at de aldri har tenkt på institusjonens økonomiske utgifter når de tilbyr smertelindring til fødekvinnene, og 7% oppgir at de i liten grad tenker på institusjonens økonomiske utgifter.



Figur 2. Jordmødrenes svar på påstanden om fødekvinnen har bestemt seg for ønsket smertelindring i forkant av fødsel, fremstilt i prosent.

På spørsmål om fødekvinnen har bestemt seg for ønsket smertelindringsmetode i forkant av fødsel, sier 23% av jordmødrene seg enig og 59% seg delvis enig i påstanden. Det er 10% som verken er enig eller uenig i påstanden.

5.0 DISKUSJON

I følgende kapittel diskuteres resultatene opp mot teoretisk forankring. I metodediskusjonen belyses styrker og svakheter ved studien.

5.1 Ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder

Ett av WHO's ti prinsipper for perinatal omsorg omhandler demedikalisering av den normale fødselen (World Health Organization. Regional Office for Europe, 1998). Dette innebærer økt fokus på bruk av ikke-medikamentell smertelindring. Som Feeley et al. (2021) påpeker kan ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder anbefales som et trygt lavterskeltilbud til kvinner med normale fødsler, også om medikamentelle smertelindringsmetoder tas i bruk.

5.1.1 Bevegelse og stillingsendringer

Flesteparten av jordmødrene i undersøkelsen, uansett grad av erfaring, oppgir at de føler seg trygg på bruk av bevegelse og stillingsendringer i fødsel, og opplever en smertelindrende effekt. Fag- og forskningslitteraturen understreker at bevegelse og stillingsendringer i fødsel kan bidra til både fremgang i fødsel, bedre maternell-føtal-sirkulasjon, redusere behovet for epidural og generelt virke smertelindrende (Hartmann et al., 2005; Lawrence et al., 2013; Bonapace et al., 2018; Brunstad, 2017, s. 467-468). I undersøkelsen er det allikevel under halvparten som oppgir at de tilbyr metoden i stor grad, flest blant de med 21 års erfaring eller mer, og kun en liten andel av kvinnene som etterspør bevegelse og stillingsendringer, ifølge jordmødrene. Metoden er derimot enkel å prøve, kan raskt endres og er lite inngripende. Utslipp av endorfiner, hormoner som blant annet frigis ved berøring og fysisk aktivitet (Hartmann et al., 2005; Haaland, 2017, s.141; Nguyen, 2020), kan også øke ved bevegelse og hyppige stillingsendringer.

5.1.2 Varme omslag/varmepute

Alle jordmødrene i undersøkelsen føler seg trygg på bruk av varme omslag/varmepute, men det er dog kun rett over halvparten som tilbyr metoden i stor grad. Nesten alle jordmødrene har brukt varme omslag/varmepute de siste 1-2 årene, og erfarer smertelindrende effekt.

Samtidig synker tilbudet ved økende grad av erfaring, og jordmødrene opplever lav etterspørsel fra fødekvinne. Bonapace et al. (2018) understreker at varme omslag kan bidra til å blokkere smerte fra ryggraden. Dette kan føre til bedring av uterusperfusjonen, som kan bidra til sterkere uteruskontraksjoner (Bonapace et al. 2018; Ulvund, 2017, s. 498-499). Varme omslag/varmepute kan benyttes av alle fødekvinne, og metoden er lite tidkrevende. På bakgrunn av dette kan det stilles spørsmål ved om metoden bør tilbys i større grad, enn det som fremkommer i spørreundersøkelsen.

5.1.3 Dusj

Alle jordmødrene i undersøkelsen føler seg trygg på bruk av dusj som smertelindringsmetode, og nesten alle har benyttet metoden de siste 1-2 årene. Selv om majoriteten av jordmødrene erfarer at dusj har en smertelindrende effekt, er det allikevel kun en liten andel (9%) som tilbyr metoden i stor grad. Av disse er det jordmødrene med 6-10 års erfaring som tilbyr metoden i størst grad. Dusj som metode er enkel å benytte, men avhenger av at fødekvinne er frisk og uten risikofaktorer (Ulvund, 2017, s. 498-499). Det varme vannet kan virke smertelindrende, redusere muskelspasmer og dermed ha en positiv effekt på fødekvinne's uteruskontraksjoner (Jackson et al., 2020, s.483; Ulvund, 2017, s. 498-499). NICE guidelines (2017, kap. 1.8) understreker i sine retningslinjer at fødekvinne skal få mulighet til å benytte seg av dusj. Nesten ingen av jordmødrene i studien opplever at fødekvinne etterspør dusj. Egen erfaringskunnskap tilsier at kvinner får råd om å benytte dusj som smertelindringsmetode hjemme i latensperioden, som kan påvirke den lave etterspørselen.

5.1.4 Badekar

Alle jordmødrene i undersøkelsen erfarer at badekar har en smertelindrende effekt, noe også litteratur og forskning understreker (Jackson et al., 2020, s.483; Ulvund, 2017, s. 498-499; Feeley et al., 2021). Det varme vannet kan redusere muskelspasmer, og virke positivt inn på fødekvinne's uteruskontraksjoner (Ulvund, 2017, s. 498-499), som kan understøtte Odent (1984) sin teori, om at riene er mest virksomme under vann. Alle jordmødrene i undersøkelsen uttrykker at de føler seg trygg på bruk av badekar som smertelindring, uansett grad av erfaring, og alle har benyttet metoden de siste 1-2 årene. Under halvparten av

jordmødrene tilbyr metoden i stor grad, selv om NICE guidelines (2017, kap. 1.8) påpeker at alle kvinner skal få muligheten til å benytte seg av badekar i fødsel. Bruk av badekar i fødsel virker kjent for fødekvinnen, da jordmødrene opplever at nesten halvparten av fødekvinne etter spør badekar.

Bonapace et al. (2018) påpeker at immersjon i vann kan bidra til utslipp av oksytocin og endorfiner, som er kroppens naturlige smertelindring. Til forskjell fra bruk av dusj, kan badekar i tillegg gi en følelse av vektløshet (Jackson et al., 2020, s.483), og fødekvinne har uttrykt en følelse av tilfredshet ved bruk av badekar (Feeley et al., 2021).

5.1.5 Massasje

I undersøkelsen følte flestparten av jordmødrene seg trygge på bruk av massasje som smertelindring. Smith et al. (2018) konkluderte med at massasje kan ha en smertelindrende effekt, noe som flertallet av jordmødrene i undersøkelsen erfarer. Selv om nesten alle jordmødrene oppgir at de har brukt metoden de siste 1-2 årene, er det gjennomgående lav andel, uavhengig av års erfaring, som tilbyr massasje sammenlignet med andre metoder. Massasje kan bidra med å øke blodgjennomstrømningen, i tillegg til at berøringen kan bidra til frigjørelse av endorfiner, som videre kan virke smertelindrende (Jackson et al., 2020, s.481; Nguyen, 2020; NHI, 2021; Ulvund, 2017, s. 498). Buerengen et al. (2022) påpeker at bruk av massasje øker med en-til-en omsorg fra jordmor. NICE guidelines (2017, kap. 1.8) understreker at man skal støtte fødekvinne som ønsker massasje som smertelindring i fødsel, samtidig opplever jordmødrene at fødekvinne etter spør massasje i liten grad.

5.1.6 Steriltvannspapler

Steriltvannspapler er omdiskutert. Nyere forskning viser til manglende evidens (Stulz et al., 2021). På tross av tydelige anbefalinger fra NICE guidelines (2017, kap.1.8), om at steriltvannspapler ikke skal brukes i fødsel, oppgir over halvparten av jordmødrene at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene, og like mange opplever en smertelindrende effekt. Norske anbefalinger fra Veileder i fødselshjelp (Ullensvang et al., 2020), foreslår at steriltvannspapler ikke brukes i fødsel, som er en svak anbefaling etter GRADE-prinsippet (Vist et al., 2013). Ingen av jordmødrene opplever at metoden blir

etterspurt av fødekvinnene, altså tyder dette på at bruk av steriltvannspapler er et resultat av jordmødres tilbud til fødekvinnen. Blant jordmødrene som svarer at de aldri har brukt steriltvannspapler, er andelen størst blant de med fem års erfaring eller mindre. Trygghet rundt bruk av metoden øker med grad av erfaring.

Stulz et al. (2021) fant derimot ingen bivirkninger ved bruk av steriltvannspapler, og kvinnene rapporterte rask smertelindring. Det kan stilles spørsmål ved om metoden kan benyttes videre, da fødekvinne rapporterer effekt, jordmødrene erfarer effekt og det ikke rapporteres bivirkninger. På den andre siden sier forskning at metoden mangler evidens (Stulz et al., 2021), og retningslinjer foreslår/anbefaler at metoden ikke brukes i fødsel (Ullensvang et al., 2020; NICE guidelines, 2017, kap. 1.8). I tråd med helsepersonelloven og kravet om faglig forsvarlighet, kap.2, §4 (Lovdata, 2001a, paragr. 4), innebærer dette at metoden burde ekskluderes.

5.1.7 TENS

Over halvparten av jordmødrene i vår undersøkelse føler seg trygg på bruk av TENS, flest i gruppen med 21 års erfaring eller mer, og nesten like mange opplever en smertelindrende effekt. Forskning viser til manglende effekt ved bruk av TENS alene i fødsel, og lav tilfredshet hos fødekvinnene (Czech et al., 2018). Nesten ingen av jordmødrene opplever at TENS blir etterspurt av fødekvinnene, selv om Jones et al. (2013) påpeker at TENS kan gi en følelse av kontroll, og fungere som en distraksjon. Blant jordmødrene oppgir halvparten at de har brukt metoden som smertelindring de siste 1-2 årene, samtidig oppgir NICE guidelines (2017, kap. 1.8) at de ikke anbefaler at metoden tilbys fødekvinne. Dog svarer kun en liten andel av jordmødrene at de tilbyr metoden i stor grad. Ullensvang et al. (2020) viser til manglende evidens, men ingen bivirkninger for verken mor eller barn. Flere av jordmødrene oppgir at de ikke har metoden tilgjengelig på arbeidsplassen, som påvirker grad av bruk.

5.1.8 Akupunktur

Akupunktur er anerkjent i Norge, og krever videreutdanning. På 2000-tallet var tilsynelatende metoden et satsningsområde (Austli, 2009), men 2015 ser ut til å være siste året med oppsatt kurs (Jordmorforeningen, u.å.-a, u.å.-b; Søk Utdanning, u.å.). Dette synliggjøres i resultatet

fra spørreundersøkelsen, da akupunktur ser ut til å tilbys i økende grad, desto flere års erfaring jordmødrene har. Det samme gjelder trygghet rundt bruk av metoden. Ullensvang et al. (2020) understreker at det mangler forskning av høy kvalitet, men at metoden ikke er tilknyttet negative utfall for verken mor eller barn. Over halvparten av jordmødrene oppgir at de har brukt akupunktur som smertelindringsmetode de siste 1-2 årene, men bare få tilbyr metoden i stor grad. Litt under halvparten erfarer smertelindrende effekt ved bruk av akupunktur, samtidig konkluderte nyere forskning, utført av Smith et al. (2020), med usikker effekt på smerteintensitet og kvinners tilfredshet, på bakgrunn av manglende evidens. Blant jordmødrene oppgir en fjerdedel at de føler seg trygg på bruk av akupunktur, mens en tredjedel svarer at de aldri har benyttet metoden, da flest i gruppen med fem års erfaring eller mindre. Dette kan sammenfalle med dagens tilbud omkring videreutdanning i fødselsakupunktur. NICE guidelines (2017, kap. 1.8) sier at man ikke skal tilby kvinner akupunktur i fødsel, men at man heller ikke skal hindre kvinner som ønsker å bruke akupunktur i fødsel. Jordmødrenes erfaring tilsier at kun en liten andel av fødekvinnene etterspør bruk av akupunktur.

5.2 Jordmødrenes tilstedeværelse

Det kan diskuteres om ikke-medikamentell smertelindring handler om smertestillende metoder eller metoder for mestring av smerter, som dermed minsker smerteopplevelsen (Jones et al., 2013). De fleste jordmødrene oppgir 80-90% tilstedeværelse på føderommet i fødselens aktive fase. Flertallet sa seg enig i påstanden om at jordmors tilstedeværelse kunne redusere kvinnens behov for smertelindring i fødsel, noe også Bohren et al. (2017) og Buerengen et al. (2022) konkluderte med i sin forskning. Jordmors tilstedeværelse kan altså virke tryggende, da fødsel kan oppleves som en ny og utfordrende situasjon for førstegangsfødende. Det kan oppleves enklere å jobbe med kroppen og fødselssmertene, ikke bekjempe de, hvis man forstår fødselsforløpet (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s.16; Ulvund, 2017, s. 489). Dette krever jordmors tilstedeværelse.

Årsaken til at jordmødrene forlater føderommet i fødselens aktive fase, er i størst grad behovet for å rådføre seg med kollegaer, ansvarsjordmor og lege. Dette er i tråd med Helsepersonelloven, kapittel 2, §4 (Lovdata, 2001a, paragr. 4), som understreker at helsepersonell skal innhente bistand dersom det er mangel på tilstrekkelige faglige kvalifikasjoner, eller samarbeid med annet kvalifisert helsepersonell er nødvendig. Behovet

for å rådføre seg med kollegaer gjelder i større grad jordmødre i gruppen med fem års erfaring eller mindre, sammenlignet med jordmødre med 21 års erfaring eller mer. Dette er i tråd med erfaringskunnskap, da opparbeidet erfaringskunnskap kan bidra til mer kunnskap og trygghet (Helsebiblioteket, 2021; Reinart og Blix, 2017, s.67).

Over halvparten av jordmødrene oppgir at de forlater føderommet fordi fødeparet ønsker å være alene. Hormonet oksytocin spiller en stor rolle i fødselens fremgang (Walter et al., 2021), og utskillelsen øker om den fødnes privatliv blir ivaretatt, og unødvendig observasjon av ukjente unngås (Nolan, 2020, s. 183). På bakgrunn av dette bør slike ønsker ivaretas, så lenge situasjonen tilsier at det er trygt.

En tredjedel av jordmødrene oppgir at de forlater føderommet i fødselens aktive fase på bakgrunn av manglende tid, da flest jordmødre med 11 års erfaring eller mer. Samtidig kan tilstedeværelse på føderommet bidra til kortere fødsler og økt sjanse for spontan, vaginal forløsning (Bohren et al., 2017), som kan være tidsbesparende. Både Bohren et al. (2017) og Bonapace et al. (2018) så en reduksjon i andelen operative vaginale forløsninger, som kan betegnes som en tidkrevende fødsel. En mulig årsak til manglende tid blant jordmødre med 11 års erfaring eller mer, kan ha sammenheng med at erfarne jordmødre i større grad må ta hånd om flere fødekvinner samtidig, i tillegg til å veilede mindre erfarne jordmødre.

5.3 Faktorer som bidrar til jordmødrenes anbefalinger, og tanker om økonomi

Jordmødrenes egne erfaringer er faktoren som flest jordmødre mener påvirker deres anbefalinger av smertelindring. Samtidig oppgir 80% at forskning påvirker deres anbefalinger, som er sentralt, da helsepersonell skal arbeide kunnskapsbasert, med bakgrunn i oppdatert forskning (Heggestad, 2022, s. 137). Et eksempel kan være sterilvannspapler, en smertelindringsmetode som mange jordmødre opplever smertestillende effekt av, og som har blitt benyttet av over halvparten av jordmødrene de siste 1-2 årene. Allikevel sier forskning at metoden mangler evidens (Stulz et al., 2021), og retningslinjer foreslår/anbefaler at metoden ikke brukes i fødsel (Ullensvang et al., 2020; NICE, 2017, kap. 1.8). Her ser jordmødrenes egne erfaringer ut til å påvirke i større grad enn forskning, som ikke er i henhold til kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Lovdata, 2001a, paragr. 4).

Tilgjengelighet på avdelingen er en faktor mange jordmødre oppgir som bidrag til deres anbefaling av smertelindring. Sterilvannspapler, TENS og akupunktur er ikke-

medikamentelle smertelindringsmetoder jordmødrene oppgir at de ikke har tilgjengelig på arbeidsplassen, som påvirker grad av bruk de siste 1-2 årene.

Nesten alle jordmødrene svarer at de aldri har tenkt på verken institusjonens økonomiske inntekter eller utgifter, når de tilbyr ulike metoder for smertelindring. Erfaringsbasert vet man at det desto flere intervensjoner i fødsel, for eksempel medikamentelle smertelindringsmetoder som epidural og spinal, desto mer penger får institusjonen. Uavhengig ser ikke dette ut til å ha innvirkning på jordmødrenes anbefalinger.

5.4 Arbeidssted

Jordmødrene fra fødestuer og hjemmefødsler benytter i større grad ulike former for ikke-medikamentell smertelindring, sett bort fra varme omslag og TENS. De oppgir også størst grad av trygghet på de ulike metodene (vedlegg 2). Dette kan ha sammenheng med mangel på andre metoder for smertelindring.

Erfaringer fra egen praksis tilsier at det er store variasjoner blant jordmødrene. Jordmødre som har jobbet på jordmorstyrte fødeenheter virker i større grad å være vant til, og komfortabel med, å tilby ulike ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder, mens jordmødre med erfaring fra kvinneklinikker kanskje ikke innehar denne erfaringskunnskapen i like stor grad. Hvis fødekvinnen etterspør metoder jordmor ikke har nok kunnskap omkring, skal jordmoren, etter Helsepersonellovens kapittel 2, §4 (Lovdata, 2001a, paragr. 4), innhente bistand, for eksempel fra kollegaer.

Kvinneklinikker og fødeavdelinger har også i større grad tilgjengelige medikamentelle smertelindringsmetoder, sammenlignet med jordmødre som arbeider med hjemmefødsler. Dette kan påvirke jordmors tilbud til fødekvinnen. Madden et al. (2013) så at obstetrikere i større grad foretrakk medikamentell smertelindring, i forhold til jordmødre og gravide. På bakgrunn av dette kan det stilles spørsmål om jordmødre som jobber på kvinneklinikker, i tett samarbeid med obstetrikere, i større grad kan påvirkes av obstetrikernes syn på lindring av fødselssmerte. Enheter som ikke har medikamentelle smertelindringsmetoder tilgjengelig, kan i større grad måtte innhente kunnskap og lære seg ikke-medikamentelle metoder for smertelindring. Samtidig skal helsepersonell utføre sitt arbeid i henhold til kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Lovdata, 2001a, paragr. 4). Dette innebærer at

smertelindringsmetoder som av ulike grunner ikke anbefales, ikke skal tilbys eller benyttes under fødsel.

5.5 Jordmødrenes opplevelse av fødekvinnenes etterspørsel

Det er diskrepans mellom de smertelindringsmetodene jordmødrene opplever smertelindrende effekt av, og metodene de opplever at fødekvinnene etterspør. Jordmødrene oppgir i stor grad smertelindrende effekt av massasje, men kun 3% av jordmødrene opplever at fødekvinnene etterspør metoden.

Blant alle inkluderte smertelindringsmetoder, opplever jordmødrene at fødekvinne i størst grad etterspør epidural og lystgass (vedlegg 3), deretter badekar (vedlegg 2). Da bruk av medikamentell smertelindring innebærer risiko for ulike bivirkninger (Ulvund, 2017, s. 496–504), kan det diskuteres om ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder burde forsøkes først. Samtidig sier flestparten av jordmødrene seg enig i påstanden om at fødekvinne har bestemt seg for ønsket smertelindringsmetode i forkant av fødsel, som kan påvirke fødekvinnens fleksibilitet. Da behandling av fødselssmerter i tillegg har gjennomgått et paradigmeskifte, og nå kan ses på som et unødvendig fenomen som skal smertelindres raskt (det biomedisinske paradigmet) (Blix, 2017, s. 52), kan dette ytterligere påvirke fødekvinnenes evne til fleksibilitet. Dette understreker Klomp et al. (2016), da jordmødrene i studien ga uttrykk for at de ikke fikk utføre sitt jordmorfag og støtte kvinnen i fødselssmertene, da raskt smertelindring var ønskelig.

For at fødekvinne skal kunne ta et informert valg, må jordmor informere om fordeler og ulemper med de ulike metodene for smertelindring, i henhold til Pasient og brukerrettighetsloven, kapittel 3 (Lovdata, 2001b, Kapittel 3). Det kan stilles spørsmål ved om fødekvinnene får tilstrekkelig informasjon om ulike metoder for smertelindring i svangerskapsomsorgen. Erfaringsbasert kan fødestuen oppleves som en sen arena for å introdusere ukjente smertelindringsmetoder. Samtidig skal jordmor, i tråd med NICE guidelines (2017, kap. 1.8) være bevisst sine egne holdninger rundt håndtering av smerte i fødsel, og støtte fødekvinne i de valgene hun tar.

5.6 Metodediskusjon

Det er mange ulike måter å gjennomføre en forskningsstudie på. Valgene som ble tatt i utarbeidelsen av undersøkelsen, og analyseringsprosessen, vil kunne påvirke resultatene på ulike måter. Svakheter vil kunne påvirke studiens gyldighet.

5.6.1 Valgt metode og utarbeidelser av spørreskjemaet

En ulempe med tverrsnittsstudie er, som tidligere nevnt, manglende kausalforhold. Studien sier ikke noe om årsak og virkning, og gir kun et øyeblikksbilde (Thrane, 2018, Kapittel 6).

En masteroppgave kommer med tidsrammer. Da det ble valgt å samle inn primærdata, ble det kort tid til å utarbeide spørsmål til spørreskjemaet, som er en av studiens større svakheter. Det ble ikke benyttet et validert spørreskjema, på bakgrunn av manglende tilgjengelighet. Av den grunn ble eget skjema konstruert, på relativt kort tid. En lengre prosess kunne bidratt til ytterligere gjennomtenkning, slik at alle inkluderte spørsmål var relevante for oppgavens problemstilling. Som masterstudenter er vi noviser i forskningsøyemed, derav har det blitt oppdaget mangler i spørreundersøkelsen, som det har blitt tatt lærdom av.

Det er omdiskutert om respondenten skal ha mulighet til å velge å ikke svare på spørsmål. Johannessen (2009, s.32) anbefaler at respondentene ikke tvinges. De skal enten ha mulighet til å velge bort spørsmål, altså ikke svare, eller kunne krysse av for “vet ikke/ønsker ikke svare”. Sue og Ritter (2016, kap. 4) understreker at det kan være en ulempe, da det kan gjøre at respondentene velger å ikke uttrykke sin mening, men skriver samtidig at respondentene burde få velge selv. Alle spørsmålene i vårt spørreskjema hadde nøytrale svaralternativ (vet ikke/ønsker ikke svare). Bakgrunnen for dette valget var målet om å ikke miste respondentene underveis i undersøkelsen, heller gi de mulighet til å svare nøytralt.

Temaet i spørreskjema ble “Smertelindring i aktiv fase av fødsel i Norge”, selv om oppgavens hovedfokus videre skulle være ikke-medikamentell smertelindring. Bakgrunnen for at tematikken ble inkludert i spørreskjemaet, var ønsket om å kartlegge bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder blant mange tilgjengelige metoder, ikke kun blant de ikke-medikamentelle metodene. Da resultatene omkring medikamentell smertelindring i seg selv ikke er relevant for oppgavens problemstilling, ble de ekskludert fra resultatene.

Bakgrunnen for at svaralternativene fikk nummer, i istedenfor tekst, var kunnskapen om at statistikkprogrammet SPSS, som videre skulle benyttes i analysering av resultatene, ikke leser tekstsvar. Slik ble redigeringsarbeidet med Excel-filen redusert, før overgang til SPSS. På den andre siden kan dette ha bidratt til at respondentene lettere kan ha valgt feil svaralternativ, da de ikke har verifisert svaret sitt med tekst.

Det kom flere tilbakemeldinger fra pilotens respondenter, som bidro til at spørsmål og svaralternativer ble endret. Til en eventuell neste gang kan svar fra piloten analyseres, da det var i analyseringsprosessen feil og mangler i spørreskjema i større grad ble synliggjort.

5.6.2 Innhenting av datamateriale og respondenter

På bakgrunn av masteroppgavens tidsrammer, ble det valgt en anonym datainnsamlingsmetode, som ikke krevde en søknad til Norsk senter for forskningsdata. Ved en godkjent søknad kunne man henvendt seg direkte til jordmødre fra alle nivåer i fødselsomsorgen, og da mulig innhentet flere respondenter. I tillegg kunne spørreskjema vært tilgjengelig utover en måned, hvis masteremnets varighet var lenger. Samtidig så vi at de fleste respondentene svarte i løpet av de første to-tre dagene etter publisering og re-publisering. Av den grunn kan det tenkes at hyppig re-publisering hadde vært nødvendig for å bidra til å øke svarprosenten, som kunne opplevdes invaderende og pågående. I tillegg ble multiple masteroppgaver publisert i samme gruppe i dette tidsrommet, som kunne bidratt til at spørreskjema forsvant i mengden, og dermed ikke ble prioritert blant respondentene.

Det ble etterspurte respondenter som de siste 1-2 årene hadde praktisert på kvinneklinikker, fødeavdelinger, fødestuer eller med hjemmefødsler, noe som ble spesifisert i informasjonsteksten på Facebook, og i selve spørreskjema. Allikevel oppga 11 respondenter (6%) at de hadde null års erfaring. Om dette er utdannede jordmødre som ikke har praktisert et helt år enda, eller om det er jordmorstudenter, vet man ikke. Uavhengig burde ikke "0 år" vært et tilgjengelig svaralternativ. I ettertid har det blitt diskutert om disse respondentene burde ha blitt ekskludert fra resultatene.

Uavhengig av definisjoner og avgrensninger vi har formidlet til jordmødrene i spørreskjemaet, kan det ikke gis garantier for hva respondentene har svart. Vi etterspurte informasjon inntil to år tilbake i tid, noe som kan påvirke studiens reliabilitet, da det baserer seg på respondentenes hukommelse (Thrane, 2018, kap.6). I tillegg finnes det ingen garantier

for at samme respondent har svart flere ganger på skjema, da spørreskjema var anonymisert. Dette kan bidra til upresise resultater.

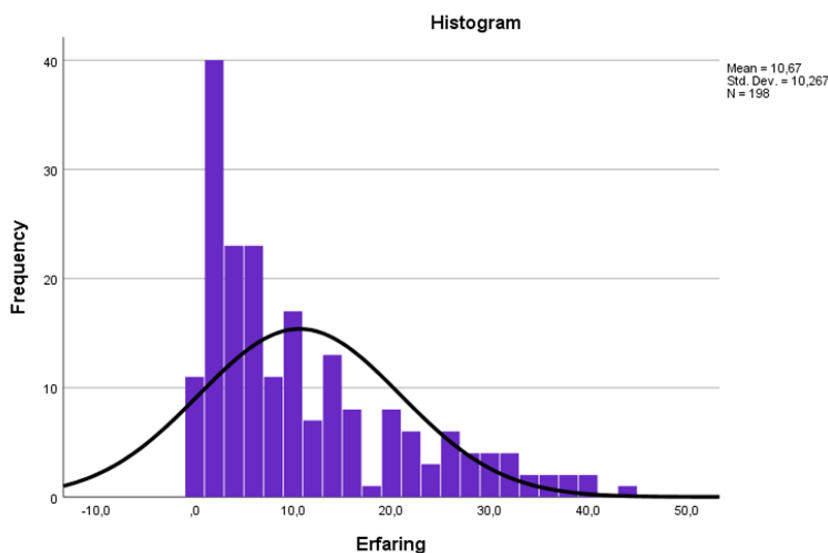
Det kom svar fra jordmødre i alle helseregionene i Norge. Allikevel var svarprosenten høyest fra Helse Sør-Øst, slik at resultatene ikke kan representere jordmødre i hele Norge. Det samme gjelder nivåer av fødselsomsorgen, da det var flest jordmødre fra kvinneklinikker som svarte på spørreskjema.

Det faktum at spørreskjema var nettbasert, lett tilgjengelig og estimert svartid kun var ti minutter, bidro til å øke håpet om høy svarprosent. I tillegg kunne snøballeffekten bidra, ved at jordmødre fortalte hverandre om den pågående spørreskjema (Dancey et al., 2012, s. 125). Dette ble det oppfordret til i spørreskjema. På den andre siden var det utfordrende å kommentere svarprosenten, da den ikke kunne regnes ut. Vi vet heller ikke noe om respondentene er et representativt utvalg, da det er usikkert hvem som ikke har svart på spørreskjema, og hvilket resultat de eventuelt hadde representert. Dette er en stor svakhet ved studien.

Det er viktig å understreke at kartleggingsstudien ikke vil gi korrekte tall for bruk av ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder blant jordmødre i Norge.

5.6.3 *Analyse*

Erfaring, presentert i antall år, var en kontinuerlig variabel. Gjennomsnitt kunne ikke benyttes som sentralmål, da dataene var venstresidig skjevfordelt (figur 3). På bakgrunn av dette ble median benyttet, med minimum og maksimum som spredningsmål.



Figur 3. Erfaring, presentert i antall år.

Desimaltall ble utelukket i tabellene, da det ikke utgjorde klinisk relevans, og bidro til å tydeliggjøre tabellene. Noen tabeller har også en svarprosent som overstiger hundre prosent, dette med bakgrunn i matrise-spørsmålene, hvorpå respondentene måtte ta stilling til alle svaralternativene.

På spørsmålet som omhandlet ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder respondentene aldri hadde brukt, svarte 5,1% “ønsker ikke å svare”. Dette var en høyere svarprosent sammenlignet med andre spørsmål. Det kom raskt tilbakemelding på at det manglet svaralternativet “jeg har brukt alle”, da respondentene måtte velge en metode de aldri hadde brukt for å komme videre i spørreskjema. På bakgrunn av dette kan det anslås at prosenten hadde vært lavere om dette svaralternativet var tilgjengelig fra start, da respondentene som etterlyste svaret sannsynligvis valgte “ønsker ikke å svare”.

Svaralternativet “metoden er ikke tilgjengelig på arbeidsplassen” var tilgjengelig på tre ulike spørsmål, som har ført til varierende svarprosent. Svaralternativet skulle kun vært tilgjengelig på ett spørsmål (spørsmål 8), da det ikke var relevant på spørsmål 15 og 16 (vedlegg 2).

Variierende svarprosent innebærer at resultatene ikke er nøyaktige.

Steriltvannspapler, TENS og akupunktur var metoder jordmødrene i studien svarte de ikke nødvendigvis hadde tilgjengelig på arbeidsplassen. Resultatene omkring bruk av disse metodene ville av den grunn kunne vært annerledes, hvis alle jordmødrene hadde lik tilgang på de ulike metodene for ikke-medikamentell smertelindring.

5.6.4 *Generaliserbarhet*

Ved å generalisere ser man på en liten andel av en bestemt gruppe, og trekker en konklusjon på om utvalget er representativt for hele gruppen (Dancey et al. 2012, s. 126). Desto større et utvalg er, jo mer nøyaktig vil utvalget forteller noe om populasjonen (Thelle & Laake, 2008, s. 286).

Det å beregne svarprosent opplevdes utfordrende, da det var vanskelig å definere hvor mange respondenter som svarte til inklusjonskriteriene. Av den grunn ble det ikke utført en slik utregning.

Det ble valgt å gjennomføre et elektronisk spørreskjema, for å potensielt nå bredere ut til flere jordmødre som jobber med forløsning i Norge. Alle helseregioner og nivåer av fødselsomsorg var representert, men største andelen av respondentene tilhørte Helse Sør-Øst, og arbeidet ved kvinneklinikker. Samtidig kan man ikke vite om jordmorstudenter, pensjonerte jordmødre eller jordmødre som jobber i kommunen har svart i spørreskjema. I tillegg kan tittelen på spørreskjema tiltrekke seg jordmødre med en spesiell interesse for smertelindring i fødsel, mens jordmødre uten denne interessen kan ha valgt å ikke delta. Dette kan påvirke utvalget, og dermed resultatene.

På bakgrunn av dette vurderes det til at resultatene ikke er generaliserbare.

6.0 KONKLUSJON

I denne studien er det kartlagt jordmødres erfaring med bruk av ikke-medikamentell smertelindring i aktiv fase av fødsel i Norge.

Jordmødrene i studien oppgir bruk av de ulike metodene for ikke-medikamentell smertelindring, men i varierende grad. Det ser ut til å være økt trygghet rundt bruk av ikke-medikamentelles smertelindringsmetoder, med økende grad av erfaring.

Bruk av bevegelse og stillingsendringer, varme omslag/varmepute og badekar er noen av metodene forskning og faglitteratur viser til positive resultater av. Dette er også metoder jordmødrene i undersøkelsen oppgir at de tilbyr i størst grad, erfarer smertelindrende effekt av og i størst grad har brukt de siste 1-2 årene. Steriltvannspapler, TENS og akupunktur er i større grad mer omdiskuterte metoder, og forskerne viser til manglende evidens. Blant jordmødrene i undersøkelsen, er dette metoder som i mindre grad tilbys og har blitt brukt de siste 1-2 årene, samt færre opplever smertelindrende effekt av. På bakgrunn av studiens svakheter kan ikke resultatene generaliseres.

Det ser ut til å være behov for videre forskning på de ulike metodene for ikke-medikamentell smertelindring, slik flere forskere konkluderer med. Videre kan det være interessant å gjennomføre kvalitative intervjuer omkring tematikken, slik at man i større grad kan definere årsakssammenheng.

7.0 REFERANSELISTE

- Austli, Å. (2009, mars 15). *Desentralisert akupunktur-utdanning for jordmødre*. Sykepleien.no. <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/desentralisert-akupunktur-utdanning-jordmodre>
- Benestad, H. B., & Laake, P. (2008). Forskning: Metode og planlegging. I *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., ss. 115–146). Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990812821844702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Blix, E. (2017). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., ss. 51–54). Cappelen Damm akademisk.
- Blix, E., Bernitz, S., & Brunstad, A. (2017). Åpningsfasen. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., ss. 442–457). Cappelen Damm akademisk.
- Boateng, E. A., Kumi, L. O., & Dijj, A. K.-A. (2019). Nurses and midwives' experiences of using non-pharmacological interventions for labour pain management: A qualitative study in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *19*(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2311-x>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et Gynecologie Du Canada: JOGC*, *40*(2), 227–245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>

- Bornø Jensen, A. M., & Vallgård, S. (2021). *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskab* (6. udgave.). Munksgaard.
- Brunstad, A. (Red.). (2017). Utdrivningsfasen. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., ss. 459–481). Cappelen Damm akademisk.
- Buerengen, T., Bernitz, S., Oian, P., & Dalbye, R. (2022). Association between one-to-one midwifery care in the active phase of labour and use of pain relief and birth outcomes: A cohort of nulliparous women. *Midwifery*, *1*, 103341.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103341>
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *5*(5), CD000111.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
- Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief- Establishment of Effectiveness and Comparison. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*, *15*(12).
<https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>
- Dahl, V. (2002). Medikamentell smertelindring ved fødsel. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/06/legemidler-i-praksis/medikamentell-smertelindring-ved-fodselsel>
- Dancey, C. P., Reidy, J. G., & Rowe, R. (2012). *Statistics for the health sciences: A non-mathematical introduction*. Sage.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, oktober 10). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. Forskningsetikk.
<https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>

- Definisjon av erfaring på Norsk Bokmål | DinOrdbok.* (u.å.). Hentet 9. mars 2023, fra <https://www.dinordbok.no/definisjoner/norsk/?q=erfaring>
- Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2009). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007214.pub2>
- Feeley, C., Cooper, M., & Burns, E. (2021). A systematic meta-thematic synthesis to examine the views and experiences of women following water immersion during labour and waterbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2942–2956. <https://doi.org/10.1111/jan.14720>
- Førde, R. (2014, oktober 10). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Grimen, H., & Ingstad, B. (2008). Kvalitative forskningsopplegg. I *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., ss. 321–349). Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990812821844702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Hartmann, S., Bung, P., Schlebusch, H., & Hollmann, W. (2005). The analgesic effect of exercise during labor. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 209(4), 144–150. <https://doi.org/10.1055/s-2005-871307>
- Heggestad, A. K. T. (2022). *Etikk i klinisk sjukepleie* (2. utgåve.). Samlaget. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920233699502202"](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Helsebiblioteket. (2021, september 17). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

- Hofmann, B., & Holm, S. (2008). Vitenskapsteori. I *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., ss. 30–65). Gyldendal akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990812821844702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Haaland, W. (2017). Sexologi. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., ss. 126–159). Cappelen Damm akademisk.
- IASP. (2020, juli 16). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Jackson, K., Anderson, M., & Marshall, J. E. (2020). Physiology and care During the first stage of labour. I *Myles textbook for Midwives* (17th utg., ss. 447–493). Elsevier Health Sciences.
- Jessen, R. S. (2023). Kjønnssidentitet. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/kj%C3%B8nnsidentitet>
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS: Versjon 17* (4. utg.). Abstrakt forl.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991002677854702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2013). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- Jordmorforeningen. (u.å.-a). *Deltidsstudium i akupunktur for jordmødre*. Jordmorforeningen. Hentet 2. mars 2023, fra <http://www.jordmorforeningen.no/kontakt-oss2/nyhetsarkiv/deltidsstudium-i-akupunktur-for-jordmoedre>

- Jordmorforeningen. (u.å.-b). *Videre—Og etterutdanning*. Jordmorforeningen. Hentet 2. mars 2023, fra <http://www.jordmorforeningen.no/utdanning/videre-og-etterutdanning>
- Klomp, T., de Jonge, A., Hutton, E. K., Hers, S., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2016). Perceptions of labour pain management of Dutch primary care midwives: A focus group study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0795-6>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Lovdata. (2001a). *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)*. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Lovdata. (2001b). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*—Lovdata. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3
- Lovdata. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*—Lovdata. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Laake, P., & Egeland, T. (2008). Statistisk analyse av kategoriske data. I *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., ss. 391–424). Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990812821844702202"&mediatyp=pe=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Laake, P., & Skovlund, E. (2008). Statistisk analyse av kontinuerlige data. I *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., ss. 351–390). Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990812821844702202"&mediatyp=pe=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

- Madden, K. L., Turnbull, D., Cyna, A. M., Adelson, P., & Wilkinson, C. (2013). Pain relief for childbirth: The preferences of pregnant women, midwives and obstetricians. *Women & Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26(1), 33–40.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.12.002>
- Medisinsk Fødselsregister. (2022). *F10d: Anestesi/analgesi*. Medisinsk fødselsregister - statistikkbank. <https://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Nguyen, T. (2020). Endorfin. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/endorfin>
- NHI. (2021, november 4). *Smertelindring under fødselen*. Norsk helseinformatikk.
<https://nhi.no/familie/graviditet/svangerskap-og-fodselse/normalt-forlop/smertelindring-under-fodselen/>
- NICE. (2017). *Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies*. NICE - National Institute for Health and Care Excellence; NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#pain-relief-in-labour-nonregional>
- Nolan, M. L. (2020). Antenatal education for birth and parenting. I *Myles textbook for Midwives* (17th utg., ss. 180–193). Elsevier Health Sciences.
- Norsk legemiddelhåndbok. (2021, september 22). *L3.5.1 Oksytocin | Legemiddelhåndboka*. Norsk legemiddelhåndbok. <https://www.legemiddelhandboka.no/L3.5.1/Oksytocin>
- Nortvedt, P., & Nortvedt, F. (2018). *Smerte: Fenomen og etikk*. Gyldendal.
- NSD. (u.å.). *Spørreskjema*. Norsk Senter for Forskningsdata. Hentet 17. november 2022, fra <https://nsd.no/personverntjenester/oppslagsverk-for-personvern-i-forskning/sporreskjema>
- Odent, M. (1984). *Å føde naturlig* (I. Tjugen & B. Waaler, Overs.). Aschehoug/Tanum-Norli.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:998431335544702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

- Reinar, L. M., & Blix, E. (2017). Kunnskapsbasert praksis. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., ss. 66–78). Cappelen Damm akademisk.
- Schmidt, U. (2006). Metoder i etikkforskningen-utfordringer og muligheter. I *Etikk for helsefagene* (ss. 82–103). Gyldendal akademisk.
- [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990502167674702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Skovlund, E., & Vatn, M. H. (2008). Klinisk forskning. I *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., ss. 255–281). Gyldendal akademisk.
- [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990812821844702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., & Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD009232.
- <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009232.pub2>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3.
- <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>
- Stulz, V., Liang, X., & Burns, E. (2021). Midwives and women's experiences of Sterile Water Injections for back pain during labour: An integrative review. *Midwifery*, 103, 103164.
- <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103164>
- Sue, V. M., & Ritter, L. A. (2016). *Conducting online surveys* (Second edition.). SAGE.
- Søk Utdanning. (u.å.). *Kurs i Fødselsakupunktur for jordmødre, Akupunkturhøyskolen*. Søk Utdanning. Hentet 2. mars 2023, fra <http://www.sokutdanning.no/utdanning/kurs-i-fodselsakupunktur-for-jordmodre-akupunkturhoyskolen>

- Thelle, D. S., & Laake, P. (2008). Epidemiologisk forskning: Begreper og metode. I *Forskning i medisin og biofag* (2. utg., ss. 282–320). Gyldendal akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:990812821844702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode: En praktisk tilnærming*. Cappelen Damm akademisk.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999919916101202202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Tufte, P. A. (2011). Kvantitativ metode. I *Mange ulike metoder* (s. s. 71-99). Gyldendal akademisk.
- Ullensvang, K., Sjøen, G. H., Sørbye, I. K., Bakkan, M. H., & Johnsen, H. H. (2020, februar 17). *Smertelindring, veileder i fødselshjelp*. Legeforeningen.
<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/smertelindring/>
- Ulvund, I. (Red.). (2017). Fødselssmerte og smertelindring. I *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., ss. 489–504). Cappelen Damm akademisk.
- Vist, G. E., Sæterdal, I., Vandvik, P. O., & Flottorp, S. A. (2013). Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 151–156.
- Walter, M. H., Abele, H., & Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 742236.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2021.742236>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). *Workshop on perinatal care: Report on a WHO expert meeting, Venice, Italy 16-18 April 1998* (EUR/ICP/FMLY 01 02 02). WHO Regional Office for Europe.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/108098>

Aamodt, G., Gulbrandsen, P., Laake, P., Aavitsland, P., & Bretthauer, M. (2005). Presentasjon av statistiske analyser i Tidsskriftet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2005/08/oversiktsartikkel/presentasjon-av-statistiske-analyser-i-tidsskriftet>

VEDLEGG

Vedlegg 1 - Gruppeprosessen

Vi har sett på denne gruppeprosessen som en fin læringssituasjon. Etter hvert som vi fordypet oss i oppgaven, lærte vi stadig nye ting om prosessen omkring en forskningsstudie, som vi tar med oss videre i vår fremtidige karriere.

Det var viktig for oss fra start å lage en tidsplan, der vi la inn frister fra skolen og våre egne mål. Seminarer på skolen ble markert, slik at mest mulig materiale var klart til vurdering.

Dette har gjort at vi til tider har kunnet bruk ekstra god tid på ulike deler av oppgaven.

Tidsplanen fungerte veldig godt. Det endte med at vi hadde god mulighet til å lese og redigere oppgaven frem til innlevering.

Analyseringen av datamaterialet var det som for oss tok lengst tid. SPSS var et helt nytt program som ingen hadde brukt før. Vi leset oss opp på forhånd, var med i fellesundervisning og lærte underveis. Læringskurven var bratt, men vi er fornøyde med resultatet vi klarte å produsere.

Vi har samarbeidet godt. Vi har byttet mellom å sitte hver for oss og sammen. Igjennom hele prosessen har vi fordelt arbeidet likt, og hjulpet hverandre hvis vi stod fast. Vi opplevde at vi var like effektive om vi jobbet sammen eller hver for oss. Når vi jobbet selvstendig, handlet det for meste om å finne relevante artikler, relevant pensum og korrekturlesing. Vi kommuniserte i stor grad digitalt. Et felles, digitalt, word-dokument ble benyttet, slik at vi hadde oversikt over hverandres arbeid, og samtidig unngikk dobbeltarbeid.

Underveis i hele prosessen har vi hatt løpende dialog med veileder. Vi har fått skriftlige tilbakemeldinger, men samtidig hatt digitale møter på Zoom, for å sikre lik forståelse av tilbakemeldingene og for å oppklare eventuelle misforståelser. Veileder har bidratt med gode og konstruktive tilbakemeldinger, som har bidratt til fremgang og vekst i prosessen.

Det å være i gruppe på en så stor oppgave har vært givende. Vi har lært mye, og funnet støtte i hverandre, samtidig som det har vært interessant å fordype seg i et spesifikt tema.

Vedlegg 2 - Resultater sammenlignet med arbeidssted

Supplement 1. Ikke-medikamentell smertelindring og arbeidssted* N=192**

	Kvinneklinikk n=100 (%)	Fødeavdeling n=81 (%)	Fødestue og Hjemmefødsler*** n= 11 (%)
Hva jordmødrene tilbyr i størst grad			
Varme omslag/varmepute	62 (62)	33 (41)	4 (36)
Bevegelse og stillingsendringer	40 (40)	39 (48)	5 (45)
Badekar	27 (27)	41 (51)	11 (100)
Massasje	15 (15)	12 (15)	4 (36)
TENS	15 (15)	1 (1)	0 (0)
Dusj	8 (8)	6 (7)	2 (18)
Steriltvannspapler	4 (4)	1 (1)	0 (0)
Akupunktur	2 (2)	3 (4)	2 (18)
Hva føler jordmødrene seg trygg på å administrere			
Varme omslag/varmepute	100 (100)	81 (100)	11 (100)
Bevegelse og stillingsendringer	100 (100)	81 (100)	11 (100)
Badekar	99 (99)	81 (100)	11 (100)
Massasje	93 (93)	78 (96)	11 (100)
TENS	65 (65)	41 (51)	8 (73)
Dusj	99 (99)	81 (100)	11 (100)
Steriltvannspapler	77 (77)	60 (74)	10 (91)
Akupunktur	23 (23)	21 (26)	8 (73)
Hva har jordmødrene aldri administrert			
Varme omslag/varmepute	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Bevegelse og stillingsendringer	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Bad	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Massasje	1 (1)	1 (1)	0 (0)
TENS	30 (30)	31 (38)	4 (36)
Dusj	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Akupunktur	32 (32)	34 (42)	3 (27)
Steriltvannspapler	16 (16)	16 (20)	1 (9)

*Flere svaralternativer var mulig

** Presentert i n (%). Seks representanter ønsket ikke å oppgi arbeidssted, derfor 192 representanter i tabellen

*** Disse to kategoriene er slått sammen da det var et lavt antall respondenter.

Varme omslag/varmepute

Blant jordmødrene på kvinneklikker tilbyr 62% varme omslag/varmepute som smertelindring, 42% på fødeavdelingene og 36% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 100 % av jordmødrene på kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer/hjemmefødsler som oppgir trygghet i bruk av metoden. Uansett arbeidssted oppgir 100% at de har administrert varme omslag/varmepute i fødsel.

Bevegelse og stillingsendringer

Blant jordmødrene på kvinneklikker tilbyr 40% bevegelse og stillingsendringer som smertelindring, 48% på fødeavdelingene og 45% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 100 % av jordmødrene på kvinneklinikker, fødeavdelinger og fødestuer/hjemmefødsler som oppgir trygghet i bruk av metoden. Uansett arbeidssted oppgir 100% at de har benyttet bevegelse og stillingsendringer i fødsel.

Badekar

Blant jordmødrene på kvinneklikker tilbyr 27% badekar som smertelindring, 51% på fødeavdelingene og 100% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 99% av jordmødrene på kvinneklinikker som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 100% på fødeavdelinger og fødestuer/hjemmefødsler. Uansett arbeidssted oppgir 100% at de har administrert badekar i fødsel.

Massasje

Blant jordmødrene på kvinneklikker og fødeavdelinger tilbyr 15% massasje, og 36% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 93% av jordmødrene på kvinneklinikker, 96% på fødeavdelinger og 100% på fødestuer/hjemmefødsler som oppgir trygghet i bruk av metoden. Av jordmødrene på kvinneklinikker og fødeavdelinger oppgir 1% at de aldri har benyttet massasje i fødsel, sammenlignet med 0% på fødestuer/hjemmefødsler.

TENS

Blant jordmødrene på kvinneklikker tilbyr 15% TENS som smertelindring, 1% på fødeavdelingene og 0% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 65% av jordmødrene på kvinneklinikker, 51% på fødeavdelinger og 73% på fødestuer/hjemmefødsler som oppgir trygghet i bruk av metoden. Av jordmødrene på kvinneklinikker oppgir 30% at de aldri har benyttet TENS i fødsel, 38% på fødeavdelinger og 36% på fødestuer/hjemmefødsler.

Dusj

Blant jordmødrene på kvinneklikker tilbyr 8% dusj, 7% på fødeavdelingene og 18% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 99 % av jordmødrene på kvinneklinikker som oppgir trygghet i bruk av metoden, og 100% på fødeavdelinger og fødestuer/hjemmefødsler. Av jordmødrene på kvinneklinikker oppgir 1% at de aldri har benyttet dusj i fødsel, sammenlignet med 0% på fødeavdelinger og fødestuer/hjemmefødsler.

Steriltvannspapler

Blant jordmødrene på kvinneklikker tilbyr 4% steriltvannspapler, 1% på fødeavdelingene og 0% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 77% av jordmødrene på kvinneklinikker, 74% på fødeavdelinger og 91% på fødestuer/hjemmefødsler som oppgir trygghet i bruk av metoden. Av jordmødrene på kvinneklinikker oppgir 16% at de aldri har benyttet steriltvannspapler i fødsel, 20% på fødeavdelinger og 9% på fødestuer/hjemmefødsler.

Akupunktur

Blant jordmødrene på kvinneklikker tilbyr 2% akupunktur, 4% på fødeavdelingene og 18% på fødestuer/hjemmefødsler. Det er 23% av jordmødrene på kvinneklinikker, 26% på fødeavdelinger og 73% på fødestuer/hjemmefødsler som oppgir trygghet i bruk av metoden. Av jordmødrene på kvinneklinikker oppgir 32% at de aldri har benyttet akupunktur i fødsel, 42% på fødeavdelinger og 27% på fødestuer/hjemmefødsler.

Jordmødrenes tilstedeværelse og arbeidssted

Supplement 2. Jordmødrenes tilstedeværelse og arbeidssted N=192**

	Kvinneklinikk n=100 (%)	Fødeavdeling n=81 (%)	Fødestue og Hjemmefødsler*** n= 11 (%)
I hvor stor grad er jordmødrene vanligvis til stede på føderommet			
100%	8 (8)	15 (19)	4 (36)
90%	36 (36)	27 (33)	5 (45)
80%	31 (31)	19 (23)	1 (9)
70%	19 (19)	13 (16)	1 (9)
60%	5 (5)	6 (7)	0 (0)
50%	1 (1)	0 (0)	0 (0)
40%	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Hva er årsaken hvis jordmødrenes velger å ikke være til stede på føderommet*			
Jordmor må rådføre seg med kollegaer/ansvarsjordmor/lege	66 (66)	48 (59)	2 (18)
Kvinnen ønsker ikke at jordmor skal være inne på rommet hele tiden	54 (54)	47 (58)	9 (81)
Jordmor har ikke tid til å sitte inne på rommet hele tiden	39 (39)	31 (38)	1 (9)
Fødeparet ønsker ikke å føre en samtale	10 (10)	4 (5)	0 (0)
Jordmor føler seg i veien inne på rommet	12 (12)	4 (5)	0 (0)

*Flere svaralternativer var mulig

** Presentert i n (%). Seks representanter ønsket ikke å oppgi arbeidssted, derfor 192 representanter i tabellen

*** Disse to kategoriene er slått sammen da det var et lavt antall respondenter.

Jordmødre fra kvinneklinikker oppgir at 8% er 100% tilstede på føderommet i aktiv fase av fødsel, 19% på fødeavdelinger og 36% på fødestuer/hjemmefødsler. Videre oppgir 19% fra kvinneklinikker at de er 70% til stede, 16% fra fødeavdelinger og 9% fra fødestuer/hjemmefødsler. Ingen (0%) oppgir 40% tilstedeværelse ved kvinneklinikker og fødestuer/hjemmefødsler. På fødeavdelinger oppgir 1% 40% tilstedeværelse.

Hvis jordmor velger å ikke være til stede på føderommet, oppgir 66% av jordmødrene fra kvinneklinikker, 59% fra fødeavdelinger og 18% fra fødestuer/hjemmefødsler, at de må rådføre seg med kollegaer/ansvarsjordmor/lege. Videre svarer 54% av jordmødrene fra kvinneklinikker, 58% fra fødeavdelinger og 81% fra fødestuer/hjemmefødsler, at kvinnen ikke ønsker at jordmor skal være inne på rommet hele tiden. Det er 39% av jordmødrene fra kvinneklinikker som sier de ikke har tid til å være inne på rommet, 38% fra fødeavdeling og 9% fra fødestuer/hjemmefødsler. Av jordmødre fra kvinneklinikker oppgir 10% at fødeparet ikke ønsker å føre en samtale, 5% fra fødeavdelinger og 0% fra fødestuer/hjemmefødsler. I tillegg oppgir 12% av jordmødrene fra kvinneklinikker at de føler seg i veien inne på rommet, 5% fra fødeavdelinger og 0% fra fødestuer/hjemmefødsler.

Vedlegg 3 - Medikamentell smertelindring

Medikamentell smertelindring er metoder som omfatter bruk av legemidler. Metodene kan i større grad gi bivirkninger (Ulvund, 2017, ss. 496–504). Siden noen av spørsmålene i spørreundersøkelsen omfatter medikamentell smertelindring, men oppgavens hovedfokus gjelder ikke-medikamentell smertelindring, presenteres de relevante medikamentelle smertelindringsmetodene kortfattet.

Supplement 3 – Presentasjon av ulike metoder for medikamentell smertelindring

Lystgass	Lystgass er en inhalasjonsanalgesi bestående av nitrogenmonoksid (N ₂ O). Kvinnen holder en maske tett over munn og nese og inhalerer gassen. Nivået av gassen kan justeres, men skal ikke overstige 50%, da det kan redusere mors oksygenering. Preparatet har høy løselighet i blod, altså oppnår man rask effekt og kort virkningstid. Bivirkninger kan være slapphet, da skal gassen justeres ned (Ulvund, 2017, s.500).
Opioider	Opioider som morfin, petidin, fentanyl og alfentanil og remifentanil kan brukes under fødsel. Petidin ble brukt tidligere, men anbefales ikke i dag, på grunn av sløvende effekt på fosteret. Morfin har i stor grad erstattet petidin, da preparatet har kortere halveringstid. Mulige bivirkninger kan være kvalme, oppkast, uro, hallusinasjoner og forandring av smerteatferd (Ulvund, 2017, s.500).
Epidural	Epiduralanalgesi settes via et tynt kateter inn i epiduralrommet, og er en blanding av lavdose-lokalanalgesi og et hurtigvirkende, fettoppløselig opioid, som i liten grad påvirker motorikken. Epidural kan gis kontinuerlig på infusjonspumpe eller intermitterende i bolusdoser. Det anbefales etablering av regelmessige rier før administrasjon av epidural, men uten krav til cervixdilatasjon. Mulige bivirkninger er forlenging av andre fase i fødsel, bruk av oksytocin for ristimulering og operativ vaginal forløsning, i tillegg til blant annet hypotensjon, forbigående kløe, urinretensjon og hodepine (Ulvund, 2017, s.501–502).
Spinal	Spinal er en kombinasjon av en liten dose lokalanalgesi og et opioid, som injiseres i spinalkanalen som en engangsdose hvor nålen trekkes ut etterpå. Metoden kan brukes ved ønske om rask smertelindring som varer i noen timer. Mulige bivirkninger er samme som ved

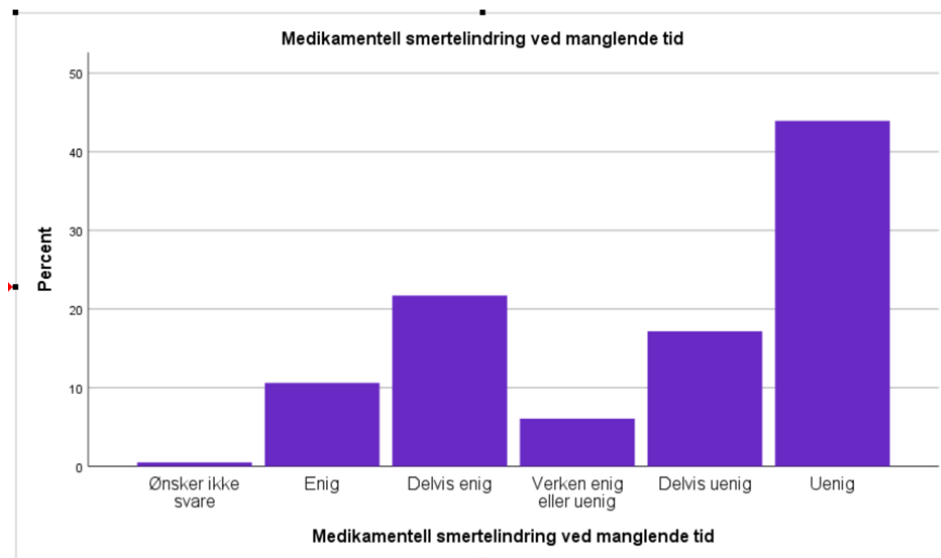
Pudendal blokade	epiduralanalgesi, i tillegg til føtal bradykardi (Ulvund, 2017, s.502). Ved pudendalblokade settes et lokalanalgetikum i nervus pudendus, som ligger i området ved spinae, ved hjelp av en kobaknål. Blokaden kan også settes transvaginalt. Metoden gir smertelindring i bakre del av perineum og nedre del av vagina og rektum. Bivirkninger kan være nedsatt trykketrang og hematombdanning. (Ulvund, 2017, s.503-504).
Paracervikal blokade (PCB)	Paracervikal blokade er et lokalanalgesimiddel som blir satt rett under slimhinnen paracervikalt med en kobaknål på fire steder. Metoden kan brukes når cervix er 4-8 cm åpen. Metoden er lite utbredt i Norge. Aktuelle bivirkninger er føtal bradykardi (Ulvund, 2017, s.503)

Supplement 4. Medikamentell smertelindring og hva jordmødrene har brukt siste 1-2 år, hva de tilbyr i størst grad og hva de opplever at kvinnene etterspør.

	Tilbyr i størst grad* n=198(%)	Brukt siste 1-2 årene* n= 198(%)	Kvinnene etterspør* n=198(%)
Lystgass	107 (54)	136 (69)	102 (52)
Epidural	91 (46)	186 (94)	172 (87)
Pudendal	18 (9)	133 (67)	9 (5)
Opioider	6 (3)	118 (60)	7 (4)
Spinal	3 (2)	131 (66)	3 (2)
PCB	0 (0)	17 (9)	0 (0)

*Flere svaralternativ var mulig

Lystgass blir tilbudt blant 54% av jordmødrene og epidural av 46%. Epidural har også blitt brukt de siste 1-2 årene av 94% av jordmødrene, og lystgass blant 69%. Jordmødrene opplever at kvinnene etterspør epidural (87%) og lystgass (52%) som smertelindring. Videre oppgir jordmødrene at 0% av kvinnene etterspør paracervikal blokade (PCB), samt 0% av jordmødrene tilbyr PCB.



Supplement 5. Jordmødrenes svar på påstanden om de noen gang har gitt medikamentell smertelindring fordi de ikke har hatt tid til å være inne på rommet, fremstilt i prosent.

På spørsmål om jordmødrene noen gang har gitt medikamentell smertelindring fordi de ikke har hatt tid til å være inne rommet, sier 61% av jordmødrene seg delvis uenig eller uenig, og 32% seg enig eller delvis enig. Blant jordmødrene er 6% verken enig eller uenig.

Videre resultater rundt bruk av medikamentell smertelindring i fødsel vektlegges ikke i denne masteroppgaven.

Referanser: Ulvund, I. (Red.). (2017). Fødselssmerte og smertelindring. I Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde (2.[rev.] utg., 489-504). Cappelen Damm akademisk.

Vedlegg 4 - Spørreskjemaet med svar fra jordmødrene

Rapport fra «Jordmødres bruk av smertelindring i aktiv fase av fødsel i Norge »

Innhentede svar pr. 9. januar 2023 09:23

- Leverte svar: **198** Påbegynte svar: **0**
- Antall invitasjoner sendt: **0**
-

Med fritekstsvar

Hei!

Vi skal kartlegge jordmødres erfaringer med smertelindring i aktiv fase av fødsel. Dette er i regi av masterstudiet i jordmorfag på Oslomet, som en del av vår masteroppgave.

Vi har utarbeidet et spørreskjema med 17 avkrysningsoppgaver. Estimert svartid er 5-10 minutter. Det er frivillig å delta i studien.

Spørreundersøkelsen er anonymisert, altså vil ingen personopplysninger lagres. Vi oppfordrer deg til å svare så ærlig som mulig.

Vi har brukt følgende definisjon av aktiv fødsel:

fra 4 cm med etablerte rier, til 10 cm før trykktiden. Når du svarer på disse spørsmålene, ønsker vi at du tar utgangspunkt i de siste 1-2 årene og førstegangsfødene.

Tusen takk for ditt bidrag!

Med vennlig hilsen

Stine Nordseth Jacobsen og Christina Johansen

Spørsmål 1 - I hvilken helseregion jobber du? *

Ønsker ikke svare

Helse Vest

Helse Midt-Norge

Helse Sør-Øst

Helse Nord

Svar	Antall	Prosent	
0	5	2,5 % <input type="checkbox"/>	
1	31	15,7 % <input type="checkbox"/>	
2	18	9,1 % <input type="checkbox"/>	
3	121	61,1 % <input checked="" type="checkbox"/>	
4	23	11,6 % <input type="checkbox"/>	

Spørsmål 2 - Hvor mange års erfaring har du som jordmor? *

10

25

10

10

13

12
1
3
0
2
2
5
3
15
21
10
2
3
11
3
4
7
5
22
5
28
10
4
1
10
10
7
5
29
14
3
40
15
0
12
0
17
13
8
10
1
8

5
24
6
9
10
4
2
1
5
5
2
3
2
0
3
4
30
0
14
3
0
13
1
2
0
25
26
1
1
20
6
2
3
35
5
2
10
2
5
25
4
31

2
3
22
1
5 11 10
7
12
4
0
0
2
2
2 4
1
7
4 31
10
6 15
13
2
7
5
21
2
16
30
20
2
14
2
3
7
7
5
35
1 14
23
14
20
5
4
6

2
5
4
39
5
1
16
22
1
10
6
26
2
37
1
40
1
10
0 20
15
10
15
19
14
31
4
2
24
2
5 38
14
3
31
20
1
1
12
2
8
33
12
3 26

28

43

28
21
27
20
20
9
15
14
6
30
13
1

Spørsmål 3 - Hvor jobber du som jordmor? *

Jobber du flere steder velger den du arbeider mest ved





Ønsker ikke å svare

På kvinneklinikk

På fødeavdeling

På fødestue

Med hjemmefødsler






Svar	Antall	Prosent	
0	6	3 % 	
1	100	50,5 % 	
2	81	40,9 % 	
3	9	4,5 % 	
4	2	1 % 	

Spørsmål 4 - I hvor stor grad er du som jordmor vanligvis til stede på føderommet i fødselens aktive fase? *

Ønsker ikke å svare

0%
10%
20%
30%
40%
50%
60%
70%
80%
90%

100%

Svar	Antall	Prosent	
0	0	0 %	
1	0	0 %	
2	0	0 %	
3	0	0 %	
4	0	0 %	
5	1	0,5 %	
6	1	0,5 %	
7	12	6,1 % 	
8	34	17,2 % 	
9	52	26,3 % 	
10	69	34,8 % 	
11	29	14,6 % 	

Spørsmål 5 - Erfarer du at din tilstedeværelse som jordmor kan redusere fødekvinnens behov for smertelindring? *

Ønsker ikke å svare





Enig

Delvis enig

Verken enig eller uenig

Delvis uenig

Uenig

Svar	Antall	Prosent	
0	1	0,5 %	
1	99	50 % 	
2	81	40,9 % 	
3	10	5,1 % 	
4	7	3,5 % 	
5	0	0 %	

Spørsmål 6 - Dersom du ikke velger å være tilstede på føderommet i fødselens aktive fase, hva er årsaken? *

Ønsker ikke å svare

Kvinnen ønsker ikke at jeg skal være inne på rommet hele tiden

Jeg må rådføre meg med kollegaer/ansvarsjordmor/lege

Jeg har ikke tid til å sitte inne på rommet hele tiden

Jeg føler meg i veien inne på føderommet

Fødeparet ønsker ikke å føre en samtale

Svar	Antall	Prosent	
0	4	2 % <input type="checkbox"/>	
1	112	56,6 % <input checked="" type="checkbox"/>	
2	120	60,6 % <input checked="" type="checkbox"/>	
3	73	36,9 % <input checked="" type="checkbox"/>	
4	16	8,1 % <input type="checkbox"/>	
5	15	7,6 % <input type="checkbox"/>	

Spørsmål 7 - Har du som jordmor noen gang gitt medikamentell smertelindring fordi du ikke har hatt tid til å være inne på føderommet? *

Ønsker ikke å svare

Enig

Delvis enig

Verken enig eller uenig

Delvis uenig

Uenig

Svar	Antall	Prosent	
0	1	0,5 %	
1	21	10,6 % <input type="checkbox"/>	
2	43	21,7 % <input checked="" type="checkbox"/>	
3	12	6,1 % <input type="checkbox"/>	
4	34	17,2 % <input type="checkbox"/>	
5	87	43,9 % <input checked="" type="checkbox"/>	

Spørsmål 8 - Hvilken type smertelindring har du som jordmor administrert i løpet av de siste 1-2 årene?

Massasje

Varme omslag/varmepute

Dusj

Bad

Bevegelse og stillingsendringer

Steriltvannspapler

TENS

Akupunktur

Lystgass

Opioider

Epidural

Spinal

Pudental

Paracervikal blokade

Svar fordelt på antall

	Ja	Nei	Ikke tilgjengelig på arbeidsplass
1 *	183	15	0
2 *	196	2	0
3 *	187	11	0
4 *	194	4	0
5 *	198	0	0
6 *	112	85	1
7 *	103	49	46
8 *	91	101	6
9 *	136	5	57
10 *	118	73	7
11 *	186	2	10
12 *	131	54	13
13 *	133	53	12
14 *	17	137	44

Svar fordelt på prosent

	Ja	Nei	Ikke tilgjengelig på arbeidsplass
1 *	92,4 %	7,6 %	0 %
2 *	99 %	1 %	0 %
3 *	94,4 %	5,6 %	0 %
4 *	98 %	2 %	0 %
5 *	100 %	0 %	0 %
6 *	56,6 %	42,9 %	0,5 %
7 *	52 %	24,7 %	23,2 %
8 *	46 %	51 %	3 %

9 *	68,7 %	2,5 %	28,8 %
10 *	59,6 %	36,9 %	3,5 %
11 *	93,9 %	1 %	5,1 %
12 *	66,2 %	27,3 %	6,6 %
13 *	67,2 %	26,8 %	6,1 %
14 *	8,6 %	69,2 %	22,2 %

Spørsmål 9 - Hvilken type smertelindring tilbyr du som jordmor fødekvinnen i størst grad? *

Du kan velge inntil 3 svaralternativer.

Massasje

Varme omslag/varmeputer

Dusj

Bad

Bevegelse og stillingsendringer

Steriltvannspapler

TENS

Akupunktur

Lystgass

Opioider













Epidural

Spinal

Pudendal

Paracervikal blokade

Ingen av de overnevnte

Svar	Antall	Prosent
1	33	16,7 % 
2	101	51 % 
3	17	8,6 % 
4	82	41,4 % 
5	88	44,4 % 
6	5	2,5 % 
7	17	8,6 % 
8	7	3,5 % 
9	107	54 % 
10	6	3 % 
11	91	46 % 
12	3	1,5 % 

13	18	9,1 % 	
14	0	0 %	
15	0	0 %	

Spørsmål 10 - Hvilken smertelindring erfarer du at kvinnene i størst grad etterspør? *

Du kan velge inntil 3 svaralternativer.

Ønsker ikke å svare

Massasje

Varme omslag/varmeputer

Dusj

Bad

Bevegelse og stillingsendringer

Steriltvannspapler

TENS

Akupunktur

Lystgass











Opioider

Epidural

Spinal

Pudendal

Paracervikal blokade

Svar	Antall	Prosent	
0	0	0 %	
Svar	Antall	Prosent	
1	6	3 % 	
2	20	10,1 % 	
3	7	3,5 % 	
4	86	43,4 % 	
5	14	7,1 % 	
6	0	0 %	
7	1	0,5 %	
8	6	3 % 	
9	102	51,5 % 	
10	7	3,5 % 	
11	172	86,9 % 	
12	3	1,5 % 	

13	9	4,5 % <input type="checkbox"/>	
14	0	0 %	

Spørsmål 11 - Erfarer du at fødekvinnen ofte har bestemt seg for ønsket smertelindring i forkant av fødsel? *

Ønsker ikke å svare

Enig

Delvis enig

Verken enig eller uenig

Delvis uenig

Uenig

Svar	Antall	Prosent	
0	1	0,5 %	
1	46	23,2 % <input type="checkbox"/>	
2	116	58,6 % <input checked="" type="checkbox"/>	
3	20	10,1 % <input type="checkbox"/>	
4	14	7,1 % <input type="checkbox"/>	
5	1	0,5 %	

Spørsmål 12 - Tenker du noen gang på institusjonens økonomiske inntekter når du tilbyr fødekvinnen smertelindring? *

Ønsker ikke å svare

Aldri tenkt på

Liten grad

Middels grad

Stor grad

Veldig stor grad

Svar	Antall	Prosent	
0	1	0,5 %	
1	184	92,9 % <input checked="" type="checkbox"/>	
2	13	6,6 % <input type="checkbox"/>	
3	0	0 %	
4	0	0 %	
5	0	0 %	

Spørsmål 13 - Tenker du noen gang på institusjonens økonomiske utgifter når du tilbyr fødekvinnen smertelindring? *

Ønsker ikke å svare



Aldri tenkt på

Liten grad

Middels grad

Stor grad

Veldig stor grad

Svar	Antall	Prosent	
0	0	0 %	
1	184	92,9 % 	
2	14	7,1 % 	
3	0	0 %	
4	0	0 %	
5	0	0 %	

Spørsmål 14 - Hva bidrar til dine anbefalinger av smertelindring?

Egne erfaringer

Kollegaers erfaringer

Avdelingens prosedyrer

Forskning

Tilgjengelighet på avdelingen

Kurs/videreutdanning

Svar fordelt på antall

	Ja	Nei	Vet ikke
1 *	190	8	0
2 *	147	39	12
3 *	148	39	11
4 *	159	25	14
5 *	180	15	3
6 *	116	65	17

Svar fordelt på prosent

	Ja	Nei	Vet ikke
1 *	96 %	4 %	0 %
2 *	74,2 %	19,7 %	6,1 %
3 *	74,7 %	19,7 %	5,6 %
4 *	80,3 %	12,6 %	7,1 %
5 *	90,9 %	7,6 %	1,5 %
6 *	58,6 %	32,8 %	8,6 %

Spørsmål 15 - Hvilke av følgende ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder erfarer du at har en smertelindrende effekt?

Massasje

Varme omslag/varmepute

Dusj

Bad

Bevegelse og stillingsendringer

Steriltvannspapler

TENS

Akupunktur

Svar fordelt på antall

	Ja	Nei	Ikke tilgjengelig på arbeidsplassen	Vet ikke
1 *	191	4	0	3
2 *	191	6	1	0
3 *	182	8	1	7
4 *	198	0	0	0
5 *	187	10	0	1
6 *	115	40	1	42
7 *	100	22	53	23
8 *	87	46	8	57

Svar fordelt på prosent

	Ja	Nei	Ikke tilgjengelig på arbeidsplassen	Vet ikke
1 *	96,5 %	2 %	0 %	1,5 %
2 *	96,5 %	3 %	0,5 %	0 %
3 *	91,9 %	4 %	0,5 %	3,5 %
4 *	100 %	0 %	0 %	0 %
5 *	94,4 %	5,1 %	0 %	0,5 %
6 *	58,1 %	20,2 %	0,5 %	21,2 %
7 *	50,5 %	11,1 %	26,8 %	11,6 %
8 *	43,9 %	23,2 %	4 %	28,8 %

Spørsmål 16 - Hvilken av følgende ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder er du som jordmor trygg på å administrere?

Massasje

Varme omslag/varmepute

Dusj

Bad

Bevegelse og stillingsendringer

Steriltvannspapler

TENS

8. Akupunktur

Svar fordelt på antall

	Ja	Nei	Ikke tilgjengelig på arbeidsplassen	Vet ikke
1 *	188	8	0	2
2 *	197	1	0	0
3 *	197	1	0	0
4 *	197	0	0	1
5 *	198	0	0	0
6 *	150	44	0	4
7 *	116	30	47	5
8 *	52	136	7	3

Svar fordelt på prosent

	Ja	Nei	Ikke tilgjengelig på arbeidsplassen	Vet ikke
1 *	94,9 %	4 %	0 %	1 %
2 *	99,5 %	0,5 %	0 %	0 %
3 *	99,5 %	0,5 %	0 %	0 %
4 *	99,5 %	0 %	0 %	0,5 %
5 *	100 %	0 %	0 %	0 %
6 *	75,8 %	22,2 %	0 %	2 %
7 *	58,6 %	15,2 %	23,7 %	2,5 %
8 *	26,3 %	68,7 %	3,5 %	1,5 %

Spørsmål 17- Er det noen av følgende ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder du aldri har brukt? *

Du kan velge flere svaralternativer.

Ønsker ikke å svare

Massasje

Varme omslag/varmepute

Dusj

Bad

Bevegelse og stillingsendringer



Steriltvannspapler

TENS

Akupunktur

Jeg har brukt alle

Svar	Antall	Prosent	
0	10	5,1 % <input type="checkbox"/>	
1	2	1 % <input type="checkbox"/>	
2	0	0 %	

3	1	0,5 %	
4	0	0 %	
5	0	0 %	
6	35	17,7 % 	
7	69	34,8 % 	
8	72	36,4 % 	
9	61	30,8 % 	

Du er i mål - tusen takk for hjelpen! Tips gjerne dine kollegaer om spørreundersøkelsen.

[Se nylige endringer i Nettskjema](#)