



Universitetet i Sørøst-Norge  
Fakultetet for helse og sosialvitenskap  
Mastergradsavhandling  
Helsefremmende arbeid

**Annsophie Johnsen**

# **Opplevelse av en helsefremmende fødsel;**

**En kvalitativ studie av kvinners egne erfaringer**



Forfatter	Annsophie Johnsen
Grad	Master i helsefremmende arbeid
Fakultet	Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institutt	Institutt for helse, sosial og velferdsfag
Veileder	Torill Eide
Innleveringsdato	14.05.2020
Oppgavens tittel	Opplevelse av en helsefremmende fødsel; En kvalitativ studie av kvinners egne erfaringer
Antall ord	19563
Søkeord	Fødsel, fødselsopplevelse, positiv fødselsopplevelse, fødselsangst, barnefødsel, helsefremmende arbeid, salutogenese, empowerment

Forsidefoto: Solnedgang over Atlanten

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse, sosial og velferdsfag

Raveien 215

3184 Borre

<http://www.usn.no>

©2019 Annsophie Johnsen

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

## Sammendrag

**Bakgrunn og hensikt:** Mye av den forskning som utføres innen svangerskaps og fødselsomsorgen i Norge har et patogent fokus, der hensikten er å finne hva som fremkaller eller forsterker sykdom. Forskningen tar som regel utgangspunkt i helsepersonells perspektiv på gravide kvinners behov. Det er mindre forskning som har utgangspunkt i kvinnenens egne perspektiv. Mye av forskningen fokuserer på hva som fører til fødselsangst, mens det er mindre om hva som fører til en god fødselsopplevelse. Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om hva kvinner selv opplever fremmer en positiv fødselsopplevelse.

**Problemstilling:** Studiens problemstilling er; *Hvordan beskriver kvinner en positiv fødselsopplevelse og hvordan kan den realiseres?*

**Metode og teori:** Studien bygger på syv kvalitative individuelle, semistrukturelle intervjuer. Deltakerne er syv nybakte mødre, og intervjuene ble utført ca 6 måneder etter fødselen. Intervju materialet er analysert med hjelp av Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering.

Valgt teori har røtter innen helsefremmende arbeid. Studien har et salutogent fokus på hva som fremmer helse. Tanken er at kvinnen selv har kunnskap om egen evne til å håndtere utfordringer, og at det er helsepersonells oppgave å finne riktig løsning sammen med kvinnen. Når kvinnen opplever mestring i at hun kan håndtere utfordringen som en fødsel innebær, kan hennes helse fremmes.

**Resultat:** Kvinnene i studien beskriver en positiv fødselsopplevelse der kvinnen opplever god kommunikasjon og trygghet med jordmor under fødselen, og der hun opplever å kjenne på sin fødekraft. Kvinnene innhentet informasjon om svangerskap og fødsel for å forberede seg best mulig. De forberedte seg mentalt for å møte smerten og for å kunne utøve fleksibilitet for å håndtere fødselen, da en fødsel ikke kan kontrolleres. Kvinnene opplevde at de fikk veiledning av helsepersonell under fødselen. Videre opplevde de at helsepersonell formidlet kunnskap og overførte trygghet til dem. Kvinnene opplevde at å ha pårørende tilstede under fødselen gjorde til at de følte seg trygge.

**Konklusjon:** For kvinnene i studien var det viktig med intellektuell forberedelse under svangerskapet. Under fødselen var det å oppleve trygghet og å få informasjon avgjørende for

deres fødeopplevelse. Når disse behovene var oppfylt var det økt mulighet for kvinnene å tillate seg selve å slippe kontrollen for å muliggjøre fleksibilitet under fødselen, og for å oppleve fødekraft.

## Abstract

Author	Annsophie Johnsen
Degree	Master i helsefremmende arbeid
Faculty	Fakultet for helse og sosialvitenskap
Institute	Institutt for helse, sosial og velferdsfag
Supervisor	Torill Eide
Filling date	14.05.2020
Title of the thesis	Experience of a health-promoting birth; A qualitative study of women's own experiences
Number of words	19563
Keyword	birth, birth experience, positive birth experience, birth anxiety, childbirth, health promotion, salutogenesis, empowerment

**Background and research focus:** Much of the research carried out in the field of maternity and maternity care in Norway has a pathogenic focus, with the intention being to find what induces or amplifies disease. The research is usually based on the health professionals' perspective of pregnant women's needs. There is less research based on the women's own perspective. Much of the research focuses on what causes birth anxiety, while there is less about what leads to a good birth experience. The purpose of this study is to gain increased knowledge about what women themselves experience promotes a positive birth experience.

**Topic question:** *How do women describe a positive birth experience and how can it be realized?*

**Methodology and theory:** The study builds on seven qualitative individual, semistructural interviews. The participants are seven postpartum mothers and the interviews were conducted about 6 months after birth. Interview material is analyzed with the help of Malteruds (2017) systematic text condensation. Chosen theory has roots in health promotion. The study has a salutogenic focus on what promotes health. The idea is that the woman herself has knowledge of her own ability to deal with challenges, it is the health care professional's task to find the right solution together with the woman. When the woman experiences mastery in handling the challenge of a birth, her health can be promoted.

**Findings:** For the women in the study, a positive birth experience is characterized by the fact that the woman experiences good communication and security with the midwife during birth, but also that she experiences birth power. During pregnancy, women gathered information on pregnancy and childbirth to prepare as best they could. They were mentally preparing to face the pain and to be flexible during childbirth. During childbirth, the women felt that they were being counseled by health professionals. Health professionals conveyed knowledge and conveyed security to the women. Having relatives present during childbirth made the women feel safe.

**Conclusions:** For the women in the study, intellectual preparation was important throughout pregnancy. During the birth, experiencing safety and getting information was crucial to their birth experience. Once these needs were met, there was an increased opportunity for women to be flexible during childbirth and to experience birth power.

## Forord

Når jeg startet masterutdannelsen hadde jeg tenkt å skrive en masteroppgave om fødselsangst, som jeg har arbeidet med en stor del med i min yrkesrolle som jordmor. «Morgenrøden» heter det samtaletilbudet for gravide med fødselsangst som jeg har vært delaktig i. Underveis i utdannelsen forandret tanker mine seg mere mot hva som fremmer en positiv fødselsopplevelse. Forsidebildet tok jeg forrige sommer på ferie i Portugal. Det minner meg på hvordan det kan føles av å mestre noe, at klare av noe som har vært vanskelig, det kan føles som å fly in mot solnedgangen.

Som jordmor virker det naturlig å tenke i termer som svangerskap og fødsel når jeg skal beskrive hvordan denne oppgaven har kommet i mål. Det var et hardt og langt svangerskap når jeg samlet inn materiell i form av artikler og gjorde intervjuene med mine informanter. Selve fødselen har vært svært lang, hard, krevende og vanskelig, med å finne empiri og sette den sammen til slutt produktet som ble selve oppgaven. Jeg har hatt veldig god hjelp av min veileder Torill Eide, du har loset meg trygt under en til tider veldig krevende reise, der jeg iblant har vært langt ute på villspor. Tusen takk for all veiledning, uten deg hadde jeg ikke kommet i mål.

Jeg vil gi et stort takk til min mann og mine to barn. Dere har vært utrolig støttende og oppmuntrende når jeg under lang tid har befunnet meg inne i «master boblen». Spesielt mann min har gjort veldig mye for at jeg skulle ha mere tid til å skrive. Takk for din tålmodighet og hjelp.

Et stort takk vil jeg også gi til venner og kollegaer for all oppmuntring. Takk til dere som har hjulpet meg underveis med gode råd og innspill, og for hjelp med språkvask og korrekturlesing, dere har hjulpet meg utrolig mye. Det kanskje finns noe «svorske» ord som har gjemt seg kvar, men jeg har prøvd å plukke dem vekk.

Takk også til dere andre som finns rundt meg som har kommet med positive tilbakemeldinger om at jeg snart er i mål. Nå er jeg endelig det, og det føles helt fantastisk.

Tusen takk til de kvinner som stilte opp for å dele sine erfaringer med svangerskap og fødsler. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave. Det var så lærerikt å høre deres fortellinger.

Fredrikstad mai 2020

Annsophie Johnsen

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>7</b>
<b>KAP 1: INNLEDNING</b> .....	<b>9</b>
1.1 Fremgangsmåte i litteratursøk.....	10
1.2 Struktur i oppgaven .....	10
<b>KAP 2: BAKGRUNN</b> .....	<b>11</b>
2.1 Teorigrunnlag – Helsefremmende arbeid .....	11
2.2 Fødselsomsorgen i Norge.....	16
2.3 Fødselsopplevelse .....	17
2.4 Fødselsangst.....	18
2.5 Beskrivelse av studiens nytteverdi.....	19
<b>KAP 3 MÅLSETTING</b> .....	<b>21</b>
3.1 Problemstilling .....	21
3.2 Forsknings spørsmål.....	21
<b>KAP 4: METODE</b> .....	<b>22</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk forankring .....	22
4.2 Forskningsdesign.....	24
4.3 Rekruttering og utvalg .....	24
4.4 Datainnsamling.....	25
4.5 Forskningsetiske forhold.....	27
4.6 Analyse av data .....	28
4.7 Gyldighet og pålitelighet.....	33
<b>KAP 5.0 RESULTAT</b> .....	<b>37</b>
5.1 Hva kjennetegner en positiv fødselsopplevelse?.....	37
5.2 Hva mener kvinnene selv de bidrog med for å sikre en positiv fødselsopplevelse? .....	42
5.3 Hva tenker kvinnen selv av det helsepersonell og familie gjorde som bidro til at de fikk en positiv fødselsopplevelse?.....	46
<b>KAP 6 DISKUSJON</b> .....	<b>52</b>
6.1 Den positive fødselsopplevelsen .....	52
6.2 Kvinnene egne bidrag til en positiv fødselsopplevelse .....	56
6.3 Helsepersonells og familiens rolle.....	60
6.4. Refleksjoner på tvers av alle resultatene.....	63
<b>KAP 7 KONKLUSJON</b> .....	<b>64</b>
7.1 Videre forskning.....	65
<b>KAP 8 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>66</b>
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	69
Vedlegg 2: forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt.....	70
Vedlegg 3: godkjenning fra NSD .....	72



## Kap 1: Innledning

Temaet i denne masteroppgaven handler om hva en positiv fødselsopplevelse innebær for kvinner og hvordan den kan realiseres i virkeligheten.

I min yrkesrolle som jordmor har jeg møtt mange kvinner. Mange ganger har jeg lurt over hvorfor kvinner føder så forskjellig. Noen kvinner har lange fødsler, andre føder raskere. Noen kvinner ser ut som om de håndterer smerten når de har ri helt eksemplarisk, andre synes å streve mere uansett hvor mye smertestillende hun får. Det forundrer meg at noen kvinner går helt inn i seg selv når det føder. Det ser ut som at de går inn i en annen opplevelsedimensjon, at de finner en indre kraft og styrke for å klare av å føde barn sitt. I denne opplevelsedimensjon virker det ut som om kroppen tar over kontrollen når kvinnen opplever en slik kraft. Andre kvinner kan ha vanskeligere for å gi slipp av kontrollen under fødselen. Disse kvinnene har, etter min forståelse som jordmor, oftere en vanskeligere og tøffere fødsel. I samtale med kvinnene etter fødselen kan de ha ulike opplevelser av sine fødsler. Noen av kvinnene har opplevd mestring og sitter igjen med en positiv fødselsopplevelse, andre har opplevd traumatiske situasjoner som kan resultere i til eksempel fødselsangst. Andre har igjen opplevd traumatiske hendelser men kan sitte igjen med en god fødselsopplevelse.

I over 20 år har jeg hatt samtaler med gravide kvinner med fødselsangst. I samtalene med kvinnene har de beskrevet sin tidligere fødselsopplevelse og hvordan angsten har påvirket dem under svangerskapet. Målet med samtalene var å forberede kvinnen for den kommende fødselen. I samtalene gikk vi igjennom kvinnens tidligere opplevelse og vi gjorde opp en plan for hennes neste fødsel bland annet gjennom at hun skrev «et brev til jordmor». I det brevet beskrev kvinnen hvordan hun reagerte når hun var redd og hva hun da trengte fra jordmor under fødselen. En fellesnevner for kvinnene med fødselsangst, var at de ofte hadde opplevd dårlig kommunikasjon med jordmor og at de følte seg oversett.

Er det noe som kan gjøre kvinnene bedre forberedt innfor fødselen? Hva skal til for at flere kvinner opplever en positiv fødselsopplevelse? Hvordan kan de oppleve mestring i forbindelse med fødselen? Kan jordmor hjelpe kvinnen til å forebygge fødselsangst?

### 1.1 Fremgangsmåte i litteratursøk

For å få en oversikt på aktuell forskning, gjennomførte jeg et litteratursøk. Jeg søkte i databasene: Oria, Swemed og PsykINFO (Ovid). Søkord som ble bruk, både på norsk, svensk og engelsk, kombinerte på ulike måter; fødsel, fødselsopplevelse, positiv fødselsopplevelse, fødselsangst, barnefødsel, helsefremmende arbeid, salutogenese, empowerment. Når noen artikler henviste til en annen artikkel ble denne søkt opp. Andre søkeord var «fødekraft», også med liknende ord på engelsk og svensk, men her ble det ikke funnet noen forskning. Aktuelle forsknings artikler ble søkt etter behov under hele forskningsperioden fra 2018 og frem til våren 2020.

### 1.2 Struktur i oppgaven

Teori og bakgrunnskunnskap som ligger til grunn for oppgaven blir presentert i kapitel 2. Deretter blir problemstillingen og forskningsspørsmålene lagt frem i kapitel 3. Kapittel 4 handler om metode og i kapitel 5 presenteres resultatet. Kapittel 6 inneholder drøfting og kapittel 7 tar for seg forfatterens konklusjon. Kapittel 8 inneholder litteraturlisten og deretter kommer vedlegg.

## Kap 2: Bakgrunn

I dette kapittelet presenteres den teoretiske bakgrunnen for oppgaven. Dette innebær hva som kjennetegner fagfeltet helsefremmende arbeid og sentrale begrep innen salutogenese. Videre beskrives relevante begrep som handler om svangerskap og fødsel.

### 2.1 Teorigrunnlag – Helsefremmende arbeid

Etter andre verdenskrig økte helseproblemene i verden, til tross for økende satsning innen helsesektoren (Hauge, 2006, s. 19). Den første verdenskongressen som omhandlet hva som fremmer helse ble holdt i Ottawa i 1986 (ibid). Ottowacharteret ligger til grunn for utviklingen av helsefremmende arbeid slik vi kjenner det i dag (World health organisation, 1986, s. 1). Under kongressen ble det identifisert ulike strategiske satsningsområder innen helsefremmende arbeid (ibid). WHO (1986) beskrev de grunnleggende strategiene for å legge til rette for helsefremmende arbeid på ulike nivåer;

- politisk nivå; styrke regjeringen og dess makthavere til å gjøre sunne valg tilgjengelige for befolkningen og skape bærekraftige system, der samarbeid mellom ulike sektorer fremmes.
- individ nivå; øke kunnskapen om hva som fremmer helse hos innbyggerne så de kan spille en aktiv roll i at forbedre sin egen helse.
- settingstilnærming; samarbeid på tvers av alle sektorer for å fremme helse hos alle innbyggerne (World health organisation, 1986, s. 1-2).

En tankegang innen helsefremmende arbeid er å se helheten (Hauge, 2006, s. 20). En av tankene bak settingstilnærmingen er at helse påvirkes og skapes der menneskene lever (Hanson, 2004, s. 76). Både enkeltmennesket selv og omgivelsen der mennesker bor påvirker helsen, derfor må helsefremmende arbeid inneholde både menneske og settingen rundt (ibid).

Helse påvirkes av andre deler rundt mennesket deriblant hverdagslivet og samfunnet, men også av hva som skjer inne i den enkelte (ibid). Kroppen påvirkes av hva som skjer mentalt og sosialt (Hauge, 2006, s. 20). Helsefremmende arbeid er en prosess der forandringene fremkommer og kompletterer hverandre over tid (ibid).

WHO (1986) beskriver helse som;

*«en tilstand av totalt fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende, ikke bare fravær av sykdom og svakhet. Helse er en resurs, men ikke livets egentlige mål»* (World health organisation, 1986, s. 1).

Helsefremmende arbeid gjør det mulig for den enkelte mennesket at øke kontrollen over sin egen helse (World health organisation, 2016, s. 1). Myndigheter bør tilrettelegge for at befolkningen har tilstrekkelig kunnskap for å kunne ta helsefremmende valg, men også gi i fra seg en del av beslutningsmakten til individet (ibid). WHO (1986) fortsetter sin definisjon på helse;

*«health is created and lived by people within the settings of their everyday life, where they learn, work, play and love»* (World health organisation, 1986, s. 1).

En av hovedprinsippene fra Ottowacharteret, myndiggjøring, er at enkeltmennesket er en aktiv deltaker i eget liv (Lindström & Eriksson, 2015, s. 40). Under hele livet møter vi på ulike problemer, som vi må løse (ibid). Å løse problemene gir oss livserfaring (Lindström & Eriksson, 2015, s. 40). Ibland klarer vi å løse dem og ibland gjør vi det ikke (ibid). Målet er at alle mennesker skal leve et aktivt liv der vi opplever god livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 40). Den «genetiske koden» innen helsefremmende arbeid er:

*«Helsefremmende-Arbeid-Er-Prosesses-Hvor-Folk-Settes-I-Stand-Til-Å-Vinne-Kontroll-Over-Sine-Avgjørende-Helsefaktorer-Slik-At-De-Får-Bedre-Helse-Og-Kan-Leve-Et-Aktivt-Og-Produktivt-Liv»* (Lindström & Eriksson, 2015, s. 39).

Helse ses som et langsiktig kontinuerlig livsmål innen helsefremmende arbeid (Lindström & Eriksson, 2015, s. 42). Det vektlegges ressurser som kan gi bedre helse der enkeltmenneskets aktive rolle poengteres, slik at god livskvalitet kan oppnås (ibid).

### *Salutogenese*

Aaron Antonovsky (1923-1984) grunnla teorien salutogenese (Lindström & Eriksson, 2015, s. 14). Salutogenese betyr «helsens opprinnelse» (Lindström & Eriksson, 2015, s. 27).

Under sin forskning stilte Antonovsky seg spørsmålene om hva som skaper og gir god helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 17). Ved å stille slike spørsmål oppdaget han at svarene ble andre, enn spørsmål om hva som gir sykdom (ibid). Motsatsen til salutogenese er patogenese, der fokuset er på å minske risikoen for sykdom (Antonovsky, 2012, s. 26-28). Antonovsky (1996) opplevde noen fellestrekk i sine studier av mennesker. Det de hadde til felles var at de gjennom sine ulike erfaringer i livet, hjalp dem å se verden som fornuftig (Antonovsky, 1996, s. 15). De opplevde verden som fornuftig både kognitivt, instrumentelt og følelsesmessig (ibid). Antonovskys (1979) forskning viste at vår måte å håndtere stress, er av stor betydelse for hvordan vi håndterer livet. Teorien fokuserer på menneskets aktive evne til å tilpasse seg omgivelsen (Antonovsky, 1979, s. 184-185).

### Stressorer

En stressor (stressfaktor) finnes overalt rundt omkring oss (Antonovsky, 1979, s. 70-71). Når man opplever stress reagerer kroppen med spenning (ibid). En stressor kan komme fra hendelser i miljø utenfor mennesket, men kan også komme fra vårt indre jeg (Antonovsky, 1979, s. 72). Når en person opplever en stressor leder det til spenning som må håndteres (Antonovsky, 2012, s. 16). Resultatet på hvordan denne spenning håndteres sammenfaller men om det blir helsefremmende, patologisk eller nøytralt (ibid). Når vi opplever stress kan vi enten bryte sammen, eller finne en løsning slik at vi håndterer stress situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 16). Dette kaller Antonovsky for helsekontinuum (Antonovsky, 1979, s. 65-66).

### Helsekontinuum

Salutogenese definerer helse som en dynamisk bevegelse på et kontinuum mellom helse (ease) på ene enden av skalaen, og uhelse (dis-ease) på motsatt side (Antonovsky, 1979, s. 65-66). Vi påvirkes daglig av stressorer slik at det er en kontinuerlig bevegelse på vårt helsekontinuum (ibid). Ved å takle en stressor på en salutogen måte, kan mennesket oppleve at hun mestrer situasjonen, det vil styrke troen på egne evner og vil skape en bevegelse mot helsepolen i kontinuumet (Antonovsky, 1979, s. 65-66). Motsatt vill mennesker som har dårlig evne til å håndtere spenning, bevege seg mot motsatt del av helsekontinuumet (ibid). Å bruke et kontinuum modell kan gi en mere nøyaktig oppfatning om virkeligheten (Antonovsky, 1996, s. 14).

Generelle motstandsressurser (GRR) kan forklare bevegelsen i helsekontinuumet ved opplevelse av stressorer (Antonovsky, 1996, s. 15). Det er mer enn et kjennetegn en person

har, som gjør det mulig å være handlingskraftig (ibid). GRR er et kjennetegn ved enkeltindividet, eller for samfunnet personen tilhører, som er effektiv i måten man kan bekjempe eller unngå stressorer (Antonovsky, 1979, s. 103). Personen kan oppleve mestring hvis stressreaksjonen oppleves vellykket (Antonovsky, 1996, s. 15). Faktorer som gjør at man opplever mindre stress, fremmer aktivt helse, isteden for å kun være riskfaktorer (Antonovsky, 1996, s. 14).

Ved å bruke den salutogene teorien som grunn for helsefremmende arbeid, gjelder alt man gjør for å fremme helse, alle mennesker (Antonovsky, 1996, s. 14). Dette gjelder både ved forskning og ved andre handlinger som fokuserer på hva som fremmer helse (ibid). Ved å ha et patogent fokus hamner gjerne mennesker i ulike kategorier ut fra hvilken diagnose de har (Antonovsky, 1996, s. 14). Når en menneske har fått en diagnose på en sykdom, kan selve sykdommen få mest oppmerksomhet (ibid). Ved å ha en salutogent fokus kan man se enkeltmennesket bak sykdommen (Antonovsky, 1996, s. 14). Med et salutogent perspektiv er fokus på hva som fremmer helse for å muliggjøre en bevegelse mot helsepolen i helsekontinuumet, uansett om enkeltmennesket har en sykdomsdiagnose eller ikke (Antonovsky, 2012, s. 30).

#### Opplevelse av sammenheng (OAS)

Når en person har en sterk «opplevelse av sammenheng» (OAS), forflytter hun seg mot helsepolen i helsekontinuumet (Antonovsky, 1996, s. 15). Opplevelsen var at verden var forståelig, håndterbar og meningsfull (ibid). Det at ha en sterk OAS var en viktig faktor som forenkler bevegelsen mot helse (Antonovsky, 1996, s. 15). Antonovsky (1996, 2012) beskriver de tre begrepen i OAS;

**Meningsfull;** handler om motivasjon, om at hendelser i livet «ga mening» eller om å være motivert for å håndtere det som skjer (Antonovsky, 1996; 2012, s. 41). Hvis det finns motivasjon, finns energi til at håndtere hendelsen (Hanson, 2004, s. 123). Antonovsky tilskriver motivasjonsfaktoren som den viktigste av de tre begrepen (ibid).

**Begripelig;** handler om hvordan man forstår det man opplever (Antonovsky, 1996; 2012, s. 40). Dette handler også om hvordan vi tilegner oss informasjon (Hanson, 2004, s. 121). Når vi får informasjon må vi gjøre en tolking av den, for at deretter trekke konklusjoner (ibid). Når

vi har gjort dette kan vi velge å handle (eller at ikke handle), og hvordan vi skal agere (Hanson, 2004, s. 121).

**Håndterbar**; handler at man opplever at ha nok resurser «til rådighet» for de krav som stilles (Antonovsky, 1996; 2012, s. 40). Disse resurser kan en annen person (til eksempel pårørende, nær venninne eller helsepersonell), ha kontroll over, men avhenger av at det er noen man har tillit til (ibid). Når man gir tillit over til en annen person, kaller Antonovsky (2012) det for «en legitim annen» (Antonovsky, 1996; 2012, s. 40). Mennesker som håndterer uventede situasjoner uten å føle seg som et offer, har ofte en sterk opplevelse av håndterbarhet. Handler også om hvordan enkeltpersonen håndterer og vurderer over hva som må gjøres i en oppstått situasjon (Hanson, 2004, s. 122).

For at en menneske skal oppleve at noe er håndterbart, må hun forstå begripelighetsbegrepet (Hanson, 2004, s. 122). Det er først når hun forstår hva som må gjøres og hvordan hun skal gjøre det, som hun kan handle (ibid). For å klare dette trengs kunnskap, hvilken innen helsefremmende arbeid har en viktig funksjon (Hanson, 2004, s. 122).

Det er den spesielle kombinasjonen med lik vektlegging av ulike område, det kognitive, det atferdsmessige og motivasjon som er unikt med salutogenese (Antonovsky, 1996, s. 15). Styrken som finns i OAS avhenger av hvilke erfaringer i livet en person har (Antonovsky, 1996, s. 15). Den kan påvirkes av vår familie og det samfunn vi lever i, men også av andre ting som kultur og religion (ibid).

En person med høy OAS kjennetegnes av at livet daglige gjøremål oppleves meningsfulle (Antonovsky, 1979, s. 170). Hun har ressurser for å finne løsninger som gjør problemene håndterbare, og de oppleves forståelig (ibid). En menneske med høy OAS antas også at ha en god helse - psykisk og fysisk - og en god livskvalitet (Antonovsky, 2012, s. 42). Når mennesket utnytter sine ressurser til å klare av utfordringene i livet fører dette til at OAS blir styrket (ibid).

### Empowerment

Kan innen helsefremmende arbeid beskrives som hverdagsmakt eller økt «egenmakt», der ansvaret for egen helse legges hos enkeltmennesket (Hanson, 2004, s. 75-76). Empowerment er en tilgang for at vi skal handtere våre liv på en helsefremmende måte (ibid).

Enkeltmenneskets gis økt mulighet at være en aktiv deltaker i eget liv, isteden for å være passive mottakere (Hanson, 2004, s. 122).

## 2.2 Fødselsomsorgen i Norge

I 2008-2009 kom stortingsmeldingen «En gledelig begivenhet- om en sammenhengende svangerskaps- fødsels- og barselomsorg» (Helse og Omsorgsdepartementet, 2008-2009). De grupper av gravide kvinner som trenger mest skal prioriteres, er et av målene fra regjeringen. De vektlegger at sosiale ulikheter i helse kan reduseres ved en god svangerskapsomsorg (Helse og Omsorgsdepartementet, 2008-2009). Under svangerskapet skal det gjøres en differensiering av friske gravide kvinner, og kvinner med større risiko for komplikasjoner under svangerskapet og fødselen (Helsedirektoratet, 2010).

Svangerskapskontroller utføres av jordmor og/ eller lege i primærhelsetjenesten i kommunen etter retningslinjer fra Helsedirektoratet. Fokus er på patologi for å avdekke sykdom, enten hos den gravide kvinnen eller det ufødte barnet (Helsedirektoratet, 2018). For de kvinner med behov for ekstra oppfølging gjøres svangerskapskontroller i spesialisthelsetjenesten.

Retningslinjene for svangerskapsomsorgen, vektlegger individuell tilpassing (ibid). For en frisk kvinne er det åtte svangerskapskontroller her i Norge, et av dem er rutineultral lyd i uke 18 (Helsedirektoratet, 2018).

Den normale fødselen starter etter ca 40 uker av svangerskapet. For den friske kvinnen med et normalt svangerskap, er det jordmor som har ansvar under selve fødselen. Obstetriker blir tilkalt ved behov for legehjelp. For en førstegangsfødende varer en normal fødsel ca 16 timer fra hun er i aktiv fødsel med 4 cm åpning, for en kvinne som har født før kan fødselen vare i 8-12 timer. Det forekommer individuelle forskjeller både for de som føder sitt første barn og for flere gangs fødende kvinner. Målet med svangerskaps- og fødselsomsorgen er en normal fødsel av en frisk kvinne, som føder et friskt barn uten komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Under selve fødselen anbefaler den nasjonale veilederen for fødselsomsorgen, at en fødende kvinne i aktiv fase av fødselen, skal ha en jordmor kontinuerlig tilstede:



*«Av faglige kvalitetshensyn anbefales det i denne veilederen at alle fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over. Både syke og friske kvinner skal prioriteres og få den hjelpen og støtten de har behov for i denne delen av fødselen» (Helsedirektoratet, 2010, s. 26).*

I virkeligheten lar det seg ikke alltid gjøre at en kvinne har en jordmor kontinuerlig tilstede når hun er i aktiv fødsel. Noen fødeavdelinger er godt bemannet med jordmødre, andre har større utfordringer med å få tak i kvalifiserte jordmødre. Dette innebærer at det ibland kan være en utfordring at håndterer den nasjonale veilederen i en hektisk virkelighet.

Kvinner som hadde kontinuerlig støtte fra jordmor under fødselen, viste seg å ha et kortere fødselsforløp og mer sannsynlighet for en normal fødsel, men også med bedre utfall med friskare mødre og barn (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2007, s. 2). Kvinnene hadde et mindre behov for smertestillende og oppga at de var veldig nøye med sin fødselsopplevelse (ibid).

I den delen av Norge der deltakerne til denne studien ble rekruttert, føder kvinnen en dag og blir på barselavdelingen i to dager før hun reiser hjem. Kvinnen kan reise hjem tidligere hvis hun ønsker. Kvinnens partner har anledning å være med henne under hele oppholdet på føde- og barselavdelingen. Når familien kommer hjem tar kommunejordmor kontakt med dem for å avtale barselbesøk i hjemmet ca 1-3 dager etter hjemkomst fra sykehuset.

### 2.3 Fødselsopplevelse

Fødselsopplevelsen slutter ikke når barnet er født, de fleste kvinner husker hvordan de hadde det når de fødte under resten av sitt liv (Simkin, 2006, s. 4). Det å bli mamma er en stor opplevelse i en kvinnes liv, hennes liv kommer aldri at bli det samme igjen (ibid). Lundgren (2009) fant i sin studie at opplevelsen kvinnen fikk når hun fødte kan vokse seg sterkere noen år etter fødselen. Hvis kvinnen opplever fødselen som et mislykkede, kan hun ha sterke minner og følelser for knippet til den (Lundgren, Karlsdottir, & Bondas, 2009, s. 125-126). At føde sitt første barn kan være en utfordrende hendelse i livet, som kan leda til «posttraumatic growth» (PTG) (Nishi & Usuda, 2017, s. 90). PTG defineres som en positive psykologisk endring, som kan komme etter en stor livsomveltende hendelse (Nishi & Usuda, 2017, s. 87). Denne hendelse påvirker menneskets sannsynlige verden, det trenger ikke nødvendigvis å være traumatiske hendelser (ibid). At føde barn uten å være redd kan føre til psykologisk vekst og opplevelse av mestring (Nishi & Usuda, 2017, s. 90). En barnefødsel har et

potensiale til å styrke selvtilliten hos en kvinne, men kan gjøre det motsatte hvis kvinnen får en vanskelig opplevelse (Lundgren et al., 2009, s. 116). Disse opplevelsene kan påvirke andre deler av hennes liv, spesielt de som er relaterte til hennes familieliv (ibid). Hvis kvinnen kan oppleve en god fødselsopplevelse kan både hun og det nyfødte barnet få økt opplevelse av god helse og velbefinnende (Murphy & Strong, 2018, s. 18).

#### 2.4 Fødselsangst

At bli mamma krever mye resurser fra kvinnen, både fysiske og psykiske (Murphy & Strong, 2018, s. 1-2). For mange kvinner er barnefødsel en viktig begivenhet som forbindes med glede og tilfredshet (ibid). For noen kvinner kan fødselsopplevelsen utløse krise og traume, hvilket kan trigge psykiske lidelser etter fødselen (Murphy & Strong, 2018, s. 1-2). 17-20 prosent av alle gravide kvinner har fødselsangst i større eller mindre grad, der ca 6 prosent har en så sterk fødselsangst at den påvirker dem betydelig i det daglige livet (Ternström, Hildingsson, Haines, & Rubertsson, 2016, s. e45). Av alle kvinner som ha født barn rundt omkring i verden opplever nesten 30% fødselen så traumatisk at de utvikler «post traumatic stress disorder» (PTSD) (Simpson & Catling, 2015, s. 204). Mellom 1-6% av kvinnene blir diagnostisert med PTSD før barnet blir 1 år (Murphy & Strong, 2018, s. 1-2).

Kvinner kan skille mellom å oppleve frykt og å være bekymret (Ternström, Hildingsson, Haines, & Rubertsson, 2015, s. e44). Frykt beskrives som en sterk følelse som kan knyttes til en spesifikk hendelse, eller kan være en reaksjon på fare (ibid). En bekymring beskrives som en uspesifisert negativ belastning, og er preget av de kognitive sidene av angst (Ternström et al., 2015, s. e44-e45). Frykt og angst kan overlape hverandre når det gjelder intense følelser og kroppslige uttrykk, som kan ha være negativt preget (Ternström et al., 2015, s. e45).

Høye nivåer av fødselsangst, stress og redsel for fødselen, kan medføre høyere risiko for stress hos det ufødte barnet, hvilket kan medvirke til økt behov for medisinske intervensjoner (Conrad & Stricker, 2018, s. 67). Dette gjelder både under svangerskapet og under selve fødselen (ibid). Kvinner med en negativ fødselsopplevelse har økt risiko for å utsette en nytt svangerskap, da de kanskje ikke tør å bli gravide igjen (Conrad & Stricker, 2018, s. 67).

Det er spesielt fire opplevelser som kan forbindes med traume i samband med fødsel (Murphy & Strong, 2018, s. 2). Disse er opplevelse av fødselssmerte, høye forventinger til seg selv i forbindelse med fødsel, tidligere traumatiske opplevelser eller utfallet av selve fødselen (ibid). Kvinnens opplevelse av fødselen har stor betydelse for hvordan hun tolker sin opplevelse

(Murphy & Strong, 2018, s. 14). At oppleve smerte og angst under fødselen forbindes med en negativ fødselsopplevelse (Waldenström, 1999, s. 474). Fødselsangst kan påvirke kvinnen både under graviditeten og under fødselen (Slade, Balling, Sheen, & Houghton, 2019, s. 2). Fødselsforløpet kan bli lenger og det er økt sannsynlighet for medisinske intervensjoner (ibid).

## 2.5 Beskrivelse av studiens nytteverdi

Fødselsangst er et stort problem for mange kvinner hvilket påvirker dem og deres barn både på kort og lang sikt. Når en kvinne opplever angst eller andre psykiske reaksjoner etter fødselen får det negative effekter på flere ulike måter (Field, 2018, s. 24). Angsten har blant annet negative effekter på amming og på interaksjonen mellom mor og barn (ibid). For barnet medfører det negative konsekvenser hvis mor opplever angst etter fødsel eller får andre psykiske reaksjonen av fødselen (Field, 2018, s. 24). Det kan påvirke barnets temperament, mentale utvikling og kan påvirke adferden også når barnet blir eldre (ibid). Hos en tenåring kan det oppstå atferdsproblemer (Field, 2018, s. 24).

Ved at flere kvinner kan få muligheten å oppleve en positiv fødselsopplevelse, kan kanskje de negative konsekvensene av fødselsangst minske. Som jordmor har jeg møtt mange kvinner med fødselsangst. Angsten kan påvirke dem på forskjellig måte, blant annet er det flere kvinner jeg har møtt, som ikke har turt å bli gravide igjen. Andre konsekvenser jeg har sett, er at nybakte mødre ikke klarer å ta til seg barnet sitt, da de har nok med seg selv. Med dette i bakgrunn har studien en stor nytteverdi for gravide kvinner og deres familier. Kan kvinnen i tillegg oppleve mestring og psykologisk vekst etter fødselen, kan fødselen sees også i et helsefremmende perspektiv.

Denne studien fokuserer på kvinnens egne erfaringer om hva som fremmer en positiv fødselsopplevelse. Mye av den forskning som allerede finns, tar utgangspunkt i helsepersonells perspektiv på hva gravide kvinners trenger og hvilke behov helsepersonell tror at gravide har. Tanken bak den forskningen er kanskje at de som har størst fagkunnskap også kan ha størst kunnskap om hva som fremmer en normal fødsel. Det er lite forskning med utgangspunkt i kvinnens egne tanker eller behov. Med dette som utgangspunkt er denne forskning relevant med ny kunnskap innen helsefremmende arbeid for at den fremmer kvinners egne tanker og ønsker.

En av tankene bak helsefremmende arbeid er at individet selv kan ta beslutning om sin egen helse, både som enkeltperson og som medlem av felleskapet (Hauge, 2006, s. 21). Helsepersonell kan fungere mer for å legge til rette for den enkelte, enn å være ekspert (ibid). Hvis den gravide kan oppleve at hun er mer delaktig i beslutning som gjelder hennes egen helse, kan hun oppleve en viss kontroll i situasjonen og det kan være med på å styrke hennes livskvalitet og hennes helse (Hauge, 2006, s. 29). Denne tilnærmingen innen helsefremmende arbeid kalles for «bottom-up», når individet selv er med på å fatte beslutning om egen helse (Hauge, 2006, s. 260-261). Det er en av de viktigste faktorer innen helsefremmende arbeid, at enkeltmennesket har mulighet for å være delaktig i beslutning som gjelder egen helse (Hanson, 2004, s. 177). Det innebærer at beslutningen tas av dem som påvirkes av beslutningen (ibid). På denne måten blir makten forskjøvet fra toppen til bunn (Hanson, 2004, s. 178).

## Kap 3 Målsetting

Hensikten med masteroppgaven er å finne ut hva en positiv fødselsopplevelse innebær for kvinner, men også hvordan de tenker at den kan realiseres i virkeligheten.

### 3.1 Problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er få innspill og hjelp fra kvinner for å tydeliggjøre hvilke behov de har for å få en positiv fødselsopplevelse. Oppgaven fokuserer på kvinnens egne erfaringer med å være gravid og føde barn. Mye av den forskning som utføres innen svangerskaps og fødselsomsorgen har et patogent fokus for å kartlegge hva som gir sykdom og for å utelukke den. Denne studien har et salutogent fokus om hva som fremmer helse. Tanken er at kvinnen selv har stor kunnskap om sin egen evne til å håndtere fødselens utfordringer, der helsepersonell kan være en god hjelper underveis. Hvis kvinnen opplever mestring under fødselen finns det mulighet at hennes helse fremmes.

Det leder frem til følgende problemstilling:

*Hvordan beskriver kvinner en positiv fødselsopplevelse og hvordan kan den realiseres?*

### 3.2 Forskningsspørsmål

For å klare å besvare på oppgavens problemstilling er følgende forskningsspørsmål stilt:

1. Hva kjennetegner en positiv fødselsopplevelse?
2. Hva mener kvinnene selv de bidrog med for å sikre en positiv fødselsopplevelse?
3. Hva tenker kvinnen selv av det helsepersonell og familie gjorde som bidro til at de fikk en positiv fødselsopplevelse?

## Kap 4: Metode

I min studie har jeg brukt kvalitativ metode, gjennom å intervju kvinner om deres fødselsopplevelse og hva som skal til for at de får en positiv fødselsopplevelse. Jeg begynner metodekapitlet med å beskrive den vitenskapsteoretiske forankring oppgaven har, for så å beskrive valgt forskningsdesign. Etter det beskrives hvordan kvinnen rekruttertes og endelig utvalg. Datainnsamlingen presenteres hvordan den ble utført, deretter hvordan den ble tolket. Til slutt i metodekapitlet kommer gyldigheten av min egen forforståelse.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Temaet i denne oppgaven er kvinnenes egne opplevelser rundt det å føde barn. Siden det er kvinnenes egen opplevelse og forståelse som vektlegges, er det naturlig å knytte forskningsmetode til hermeneutisk vitenskapstradisjon (Malterud, 2017, s. 28). Hermeneutikk betyr å fortolke eller forstå (Thomassen, 2016, s. 157). Utgangspunkt for forståelsen er menneskelige ord og uttrykk, der delene er like viktige som helheten (ibid). Denne måten å tolke verden der fokus konstant forflytter seg frem og tilbake mellom helhet og del, kalles «hermeneutisk sirkel» (Thomassen, 2016, s. 160). Når helheten bearbeides, oppnås ny mening i delene (ibid). Den nye forståelse vi oppnår av delene, virker tilbake igjen på forståelsen av helheten (Thomassen, 2016, s. 160).

I min studie er tolkning av data det viktigste redskapet for en god analyse. Det å få økt forståelse og kjennskap til kvinnenes egne opplevelse, gjør at studien også har forankring innen fenomenologisk vitenskapsteori. Innen fenomenologi er forskeren opptatt av selve saken (fenomenet) som ligger til grunn for erfaringene, i dette tilfellet kvinnenes egen opplevelse av fødselen (Thomassen, 2016, s. 161). Forskningens fokus (i denne oppgaven) ligger i å studere og presentere kvinnene med deres kunnskap og må sees i sin helhet (ibid). Innen kvalitativ forskning er fenomenologi en forståelse, som har fokus på å forstå sosiale fenomener ut fra deltakernes egne perspektiv som ideelt beskriver verden ut fra informantens ståsted (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45).

Med denne kunnskapen som grunn, er min forskning basert på en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapstradisjon. Kvinnens opplevelser ligger til grunnlag for oppgaven, men også hennes tolkning og forståelse av sin erfaring. Når jeg som forsker (som samtidig er jordmor) hør kvinnens beskrivelse av sin opplevelse, kan jeg ubevist gjøre en fortolkning av hennes opplevelse. En slik «dialog» der forskeren selv inngår i forskningen, kan gjøre at

forståelsen øker (Thomassen, 2016, s. 171). I mitt tilfelle har jeg stor erfaringskunnskap innen jordmorfaget. Erfaringskunnskap er kunnskap som har oppkommet gjennom livserfaringer, i dette tilfelle erfaringer innen yrkeslivet (Yardley, Teunissen, & Dornan, 2012, s. 161).

Noe av den erfaringsbaserte jordmor kunnskapen jeg har, kommer jeg å bruke når jeg senere i oppgaven diskuterer noen av mine funn opp mot funn fra andre studier.

Min lange erfaring som jordmor kan påvirke hvordan jeg kan tolke informasjonen fra kvinnene. I den forforståelse jeg har, inngår min erfaring om hva som skjer på svangerskapskontroller og hvordan jeg kan støtte og hjelpe kvinnen under fødselen. En fordel med min erfaring er at jeg kan selve fagfeltet fødselsomsorg, jeg kan helt fokusere på kvinnens opplevelse. Jeg trenger ikke å tenke på hva som skjedde i ulike situasjoner, jeg har kunnskapen om hvorfor ting kan skje under en fødsel.

Et eksempel kan være ved en akutt forløsning med sugekopp. Jeg vet at i slike situasjonen er det relativt mye helsepersonell tilstede. Det er en til to leger, det er to jordmødre (kanskje tre), og det er en (eller kanskje to) barnepleiere. Utenfor fødestuen er det en barnelege og en sykepleier til stede på asfyksi rommet for at ta hånd om barnet hvis barnet har behov for ekstra oppfølging. Det kan også være en jordmor rett utenfor rommet. Ved et tilfelle når kvinnen fortalte om at hun ble forløst med sugekopp, svarte jeg at da var det mye helsepersonell på rommet og spurte henne om hennes opplevelse rundt det.

I denne oppgaven bruker jeg en induktiv tilnærming, da jeg trekker konklusjoner ut fra den empirien som skapes gjennom mine informantere (jeg kaller dem kvinner når jeg presenterer resultatet) kunnskap. I all forskning må forskeren være bevist på sine egne fordommer, og prøve å være kreative i bruken av vår forforståelse av det vi skal forske på (Thomassen, 2016, s. 171-172). Forskerens egen bakgrunn og forforståelse gjør at selve prosessen kan fortsette og gi undersøkelsen mening (ibid).

Jeg prøver å være bevist på at min erfaringsbaserte jordmor kunnskap preger min forforståelse om hva som fremmer en positiv fødselsopplevelse. Det innebærer at jeg ubevist kan tolke det kvinnene sier, slik at det høres riktig ut for meg. Under intervjusituasjonen spør jeg kvinnene samme spørsmål flere ganger, men med ulik innfallsvinkel og med kontrollspørsmål. Dette gjør jeg for å få en forståelse for hva de faktisk sier, og ikke kun hva jeg tror at de sier.

## 4.2 Forskningsdesign

Fokuset på intervjuet i denne oppgaven ligger i kvinnens opplevelser rundt sin fødsel.

Intervjuet ble utført i kvinnenes bosted. Kvinnen satt sammen med meg i husets kjøkken eller stue. Vi satt en bit ifra hverandre for at kvinnen ikke skulle føle at jeg invaderte i hennes private sfære, men samtidig nære nok for at høre og se hverandre. I intervjuet er det viktig med en god relasjon for å skape trygghet og innbyde til at kvinnen skal fortelle om sine opplevelser med egne ord (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 176-177). Under selve intervjusituasjonen fortalte alle kvinnene om sine opplevelser - både gode opplevelser og om opplevelser som var vanskeligere. Når kvinnen svarte på et spørsmål stilte jeg ofte et kontrollspørsmål for å sikre gjensidig forståelse.

Under intervjuet prøvde jeg å være tilstede og aktivt lyttende. Til hjelp under de semi strukturerte intervjuene brukte jeg en intervjuguide i stikkordsform (vedlegg 1).

Intervjuguiden bruktes mer som en huskeliste for å få informanten at åpne seg og for forskere å kontrollere at svar på problemstilling og forskningsspørsmål beholdes, hvilket Malterud (2017) poengterer som god praksis (Malterud, 2017, s. 133-134).

For å få rikest mulig kunnskap er det bra hvis jeg som forskere klarer å få informanten å dele sine egne erfaringer, gjerne med å gi konkrete eksempel på aktuelle episoder for en dypere forklaring (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 176). Jeg opplevde at jeg kom ganske nær kvinnene, de delte ganske private opplevelser i intervjuet. Kvinnene delte flere konkrete eksempel når de fortalte om hva en positiv fødselsopplevelse innebær. De delte flere eksempel på at de hadde opplevd mestring og personlig vekst.

Informantene i denne studien var veldig ulike. Noen av kvinnene hadde mere informasjon å formidle, andre hadde mindre. Det var spesielt ved et intervju som informanten ikke snakket så mye. I den aktuelle intervjuet tok jeg noe større plass enn ved de andre intervjuene og jeg stilte hyppige spørsmålene.

## 4.3 Rekruttering og utvalg

Jeg fikk hjelp med rekrutteringen av deltakere i studien gjennom kommunejordmødre i en kommune i Øst-Norge. Kriterier for å delta var at kvinnen hadde termin i perioden 1 til 30 april 2018, og at man hadde benyttet muligheten å bruke kommunejordmor under svangerskapet. 49 kvinner ble identifisert av kommunejordmødrene. Av disse 49 kvinner har 4 kvinner gått til kontroller hos meg i rollen som kommunejordmor. Disse 4 kvinner blir ekskludert fra studien da de allerede har et forhold til meg. De kvinnene som ikke har brukt



kommunal jordmor under svangerskapet blir ekskludert fra forskningen da de var vanskeligere å få tak i dem.

De 45 kvinnene fikk et brev hjem i posten under sluttet av september 2018, med forespørsel om å delta i en forsknings undersøkelse om kvinnens opplevelser under svangerskap og fødsel (vedlegg 2). Kvinnene som ønsket å delta, ble bedt om å ta kontakt med meg på sms, telefon eller mail. Etter tre uker hadde kun to kvinner tatt kontakt. De resterende 43 stykk fikk en vennlig påminnelse om prosjektet på sms, noe som, etter kun en time, resulterte i fem nye interesserte kvinner. Samtlige syv kvinner ble inkludert i studien.

2 kvinner var førstegangsfødende, 4 var andregangsfødende og 1 var fjerdegangsfødende. 1 kvinne var adoptert fra Asia. 1 kvinne var fra Afrika og hadde bodd i Norge i 8 år. 1 kvinne var fra et annet land i Europa, men hadde bodd flere år i Norge. Alle kvinnene snakket norsk. Ingen av kvinnene hadde noen egen erfaring med svangerskap eller fødselsomsorgen fra noe annet land enn Norge. Kvinnene var i alderen fra 26 år til 33 år. Kvinnene var i svangerskapspermisjon under intervju situasjonen. Alle kvinnene var i lønnet arbeid før graviditeten, men hadde ulik grad av utdanning. De hadde minimum gått videregående skole. Alle kvinnene var gifte eller samboere med barnefar, og alle bodde i enebolig.

Alle informantene hadde en vaginal fødsel. En av kvinnene hadde et keisersnitt ved sin første fødsel, men fødte vaginalt denne gangen. Denne kvinnen fortalte om sine forskjellige opplevelser med tanke på ulike fødselsmetoder. De resterende kvinnene som hadde født barn før, hadde alle kun erfaringer med vaginale fødsler. Ingen av kvinnene hadde erfaring med hastekeisersnitt. To av informantene hadde erfaring av instrumentell vaginal fødsel med sugekopp.

#### 4.4 Datainnsamling

Metoden for datainnsamlingen er individuelle intervjuer med kvinner som har født barn. Forskerens rolle er avgjørende i kvalitativ forskning for kvaliteten på forskningen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 87-88). Selve kvaliteten på intervjuet avhenger av forskerens praktiske kunnskap og selvstendige vurderinger (ibid). Hensikten med forskningen er å få mest mulig innsikt i enkeltmenneskets egne erfaringer (Tjora, 2017, s. 146-147). Tanken bak intervjuene er å få ulike opplevelser og erfaringer fra kvinnen i studien, slik at problemstillingen belyses fra ulike hold (ibid). Jeg har valgt individuelle intervjuer for at kvinnen forhåpentligvis kan være mer åpen rundt sine egne tanker, meninger og erfaringer rundt temaet (Tjora, 2017, s.

114-115). Forskningsintervjuet går dypere enn en vanlig samtale mellom mennesker (ibid). I en individuell intervju kan det være enklere å ha anledning å si egne meninger enn i til eksempel en gruppe (Tjora, 2017, s. 114-115).

Samtlige syv intervjuer blir gjennomført under to uker i sluttet av oktober og starten på november 2018. Ved to av dagene ble det utført to intervjuer på en dag, med tilsammen fem intervjuer på tre dager. Dette var ikke helt optimalt, spesielt da den siste av intervjuene ble intervjuteknisk dårligere gjennomført, ettersom jeg som forskere hadde vanskeligere med konsentrasjons evnen etter at ha gjennomført mange intervjuer på en uke. Jeg valgte allikevel å gjennomføre det slik, da det ellers var utfordringer tidsmessig å klare å gjennomføre intervjuene.

Intervjuguiden (vedlegg 1) er basert på at intervjuet skal være semi strukturert. Guiden inneholder en liste over aktuelle emner og utkast til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 141-142). Under selve intervjusituasjonen prøvde jeg å lytte aktivt. For å lytte aktivt må forskeren lytte til både det som sies og til det som ikke sies (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 151). Et forskningsintervju kan oppleves som en fin opplevelse av informanten, men da er det viktig at forskeren er lydhør (ibid).

Alle kvinnene ble spurt om de ville at jeg skulle komme hjem til dem eller om de ville komme til et kontor på en helsestasjon i kommunen. De valgte å være hjemme i sitt eget hjem under intervjuet. Kvinnene var da i sitt eget trygge miljø og jeg som forsker kom på besøk til avtalt tid. De hadde født et barn for ca 6 måneder siden. Kvinnene spurte hva jeg tenkte om barnevakt. Jeg ønsket ikke å skape problemer for dem, derfor fikk alle kvinner beskjed om at det ikke var noen problemer med at ha barnet tilstede. Barnet sov, spiste og/ eller lekte under selve intervjusituasjonen. At barnet var tilstede kan ha påvirket konsentrasjons evne både hos informanten og meg, da noen barn var aktive. Samtidig kan det å ha barnet tilstede gjøre det enklere for informanten å tenke igjennom det hun ønsket å si, etter at ha blitt avbrutt av barnet.

Alle kvinner delte sine personlige opplevelser fra sitt/ sine svangerskap og fødsler. For de kvinnene som hadde flere erfaringer fra svangerskap og fødsel, var disse opplevelsene også av interesse også om de låg lenger bak i tid. Alle syv intervjuer ble utført av meg, språket som bruktes under intervjuene var norsk (og noe svensk). Intervjuene varighet var fra 33 minutter til 75 minutter, der fem av intervjuene varte i 50 minutter eller mere.

I selve intervjusituasjonen ble intervjuet tatt opp. Intervjuet tok utgangspunkt i intervjuguiden. Ut fra kvinnens svar på de aktuelle spørsmålene ble intervjuguiden ikke fulgt helt. På sluttet av hvert intervju leste jeg igjennom intervjuguiden for å sikre at kvinnen hadde svart på alle spørsmålene underveis. Alle intervjuene ble avsluttet med at informanten fikk spørsmål om det var noe mere hun ønsket å komplettere med, som jeg ikke hadde spurt om.

Min profesjonelle erfaring som jordmor påvirket selve intervjusituasjonen, da det ibland ble stilt spørsmål av jordmor faglig karakter, som jeg kunde svare på i rollen som jordmor. Spørsmålene jeg svarte på kunde handle om ulike opplevelser kvinnene hadde under sin fødsel eller under barselstid. De kunde stille konkrete spørsmål og virket fornøyde med å få et svar, hvilket mest var av generell jordmor faglig karakter.

#### 4.5 Forskningsetiske forhold

Norsk senter for forskningsdata (NSD) godkjente søknaden (vedlegg 3) uten kommentar 10.07.2018. I søknaden var informasjonsskrivet og intervjuguiden vedlagt.

Kvinnene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om hva som var hensikten med prosjektet, og alle informanter fikk også informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra prosjektet uten å måtte oppgi grunn for det. Alle kvinner skrev samtykkeerklæring før selve intervjuet startet. De ble også informert om at funnen fra intervjuene skulle behandles slik at deres anonymitet i oppgaven ble sikret.

Kvinnens navn eller liknende personopplysninger ble ikke nevnt under intervjuet. På opptaket er det kun kvinnens stemme og min stemme som blir hørt, og noen ganger barnets. Det transkriberte materialet oppbevares frem til prosjektets slutt på min datamaskin som er sikret med passord. Ingen personopplysninger fremkommer i det materialet som oppbevares hos forskeren. De påskrevne samtykkeerklæringene oppbevares i et låst arkivskap på en helsestasjon i kommunen.

Alle informanter ble anonymisert i oppgaven. Selve intervjuene ble slettet etter endt bearbeiding når oppgaven var ferdigstilt. Det er kun informasjonen som fremkommer ved intervjusituasjonen som er aktuell for forskningen, ingen opplysninger blir hentet fra kvinnens svangerskapsjournal.

#### 4.6 Analyse av data

Det jeg startet med var å transkribere alle intervjuene. Alle intervjuer ble transkribert verbatim av forskeren selv i løpet av november 2018 til januar 2019. Intervju materialet ble lyttet igjennom på nytt flere ganger under selve transkriberingsprosessen, for å sikre best mulig forståelsen av innholdet. Under transkriberingen husket jeg selve intervjusituasjonen. Jeg prøvde å huske stemningen i alle pauser, miljøet der vi var og andre ting rundt det som ble sagt. Allerede her skapte jeg meg noen tanker om hva kvinnen sa, så selve analysen prosessen startet umiddelbart. Når jeg merket at mitt fokus forsvant fra å være aktivt lyttende til å analysere, prøvde jeg å tvinge fokuset tilbake til å være aktivt lyttende.

Når barnet skriker eller snakker underveis i intervjuet så gjengis det med «barnegråt» eller «barneskrik» eller liknende uttrykk i det transkriberte materialet. Da det er kvinnens opplevelse som har hovedfokus i denne forskningen, kan slike pauser ha betydelse for fortolkningen av resultatet. Pauser kan, slik jeg tolker det, være med på å fortelle historiens dyp der kvinnen må finne ord for å gjenfortelle sin erfaring. Dette var spesielt tydelig hvis kvinnen ble emosjonell under fortellingen. Da kunde hun bruke pauser for å tenke igjennom hva hun ville få frem, eller for å gjøre sin fortelling tydeligere. Alle kvinnene fikk spørsmål om de ville lese igjennom det transkriberte materialet, men ingen av dem ønsket det.

I selve analysen deles materialet først opp for å kodes, og senere settes det sammen igjen (Malterud, 2017, s. 97-115). Når helheten deles opp for at delene skal tolkes, for å deretter settes sammen til en ny virkelighet, kan kalles en versjon av hermeneutisk sirkel.

Analysemetoden som blir brukt i oppgaven er Kirsti Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering som er en «*pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data*» (Malterud, 2017, s. 97). Selve analysen er utviklet for å sikre en strategi for en grundig og gjennomførbar måte at analysere en tekst. Den gjennomføres i fire forskjellige trinn der alle trinnene er like viktige for resultatet (Malterud, 2017, s. 98):

### *Trinn 1: «helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpige temaer»*

Jeg leste igjennom transkriptene mine grundig gjentatte ganger. Hvert intervju lestes igjennom flere ganger. Hele trinn 1 i analysen gjordes før trinn 2 startet. Jeg leste igjennom materialet i et fugleperspektiv, og hadde problemstillingen i bakhodet. Hvis jeg oppdaget noe som kunde besvare problemstillingen sparte jeg disse sitater. Det medførte at jeg prøvde å se etter hva kvinnene fortalte om en positiv fødselsopplevelse og hvordan de tenkte at den kan realiseres.

I denne prosessen var helheten viktigere en detaljene. Når kvinnene snakket om opplevelsen de hadde av jordmor i fødsel, så spurte jeg meg; Hva handler dette om? Et av de tema som kom opp gjentatte ganger omhandlet relasjonen kvinnen hadde med sin jordmor. Andre ting som kom opp var at kommunikasjon og informasjon var viktig. Videre fortalte kvinnene om hvordan kroppen forandret seg underveis i fødselsforløpet.

### *Trinn 2: «meningsbærende enheter- fra foreløpige temaer til koder og sortering»*

Den andre delen av analysen handler om å identifisere de viktigste delene av materialet, dette kalles for meningsbærende enheter. Nå prøvde jeg å skille ut de deler av tekstmaterialet som handler om de tema jeg identifiserte i trinn 1, som kan være med på å besvare min problemstilling og mine tre forskningsspørsmål. Nå begynner jeg også å gjøre et system for å sortere mitt material. Resten av materialet legger jeg vekk.

Tekstmaterialet deles nå opp og sitatene fra alle kvinnene sorteres på den måten at alt de forteller om kommunikasjon, havner i samme gruppe. Dette innebær at alt de syv kvinnene sier om kommunikasjon havner i samme gruppe. Videre havner alle utvalgte sitater som handler om relasjon under samme gruppe. Kirsti Malterud (2017) kaller denne sorteringen av materiellet for oppdeling i kodegrupper (Malterud, 2017, s. 101).

Tabellen viser hvordan jeg har sorter mitt materiell i kodegruppene «relasjon», «kommunikasjon» og «fysiske/ psykiske endringer».

Kode grupper	Relasjon	Kommunikasjon	Fysisk/psykisk endring
	Nærvær	Kommunikasjon	Kroppslig fokus/ endring i kroppen
	Trygghet	Innhente kunnskap	mental forberedelse
	Samarbeid	Veiledning	Fleksibilitet
		Informasjon	

Under hver hovedgruppe sorterte jeg inn undergrupper slik jeg tolket at de passet in. Det er min egen forståelse av materialet som ligger til grunn for hvordan jeg velger å tolke materialet. Her ser jeg at min jordmor erfaring kan komme sterkere frem enn min forsker erfaring. Denne sorteringen gjorde jeg flere ganger. Kodene utvikles og forandres, etterhvert som materialet gir nye innspill. Det var noen koder jeg slo sammen og andre som kom til under arbeidets gang.

Jeg ser at i det foreløpige temaet kommunikasjon ligger det empiri som omhandler både «manglende kommunikasjon», «god kommunikasjon» og «dårlig kommunikasjon». Disse gruppene deles opp slik at all empiri som handler om «manglende kommunikasjon» kommer for seg, men ligger fortsatt under kodegruppen «kommunikasjon».

Malterud (2017) kaller denne oppdeling av empirien for «en systematisk dekontekstualisering» (Malterud, 2017, s. 104). Teksten deles opp for å senere leses sammen med tekst som er beslektet, med valgt teoretisk perspektiv som bakteppe. I min oppgave var det teorier fra helsefremmende arbeid og salutogenese som var aktuelle. Det innebar at jeg hadde et fokus på hva kvinnene fortalte som fremmer en positiv fødselsopplevelse eller opplevelse av personlig vekst av at de hadde født sitt barn.

Jeg arbeidet frem og tilbake gjennom teksten flere ganger, der jeg prøvde å gå inn i de ulike delene for å deretter prøve å se helheten. Det at bearbeide materiellet flere ganger, fra helhet til del og sen tilbake til en ny forståelse av helheten, kan være med på å sikre best mulig

tolking. Innen hermeneutikken kalles dette for «den hermeneutiske sirkelen» (Thomassen, 2016, s. 160).

### *Trinn 3: «kondensering- fra kode til abstrahert meningsinnhold»*

Nå har jeg 90 uttalelser fra intervjuene med kvinnene som ligger sortert i mine tre kodegrupper. Mine tre tidligere kodegrupper «relasjon», «kommunikasjon» og «fysiske/ psykiske endringer», har nå blitt endret til «positiv fødselsopplevelse», «påvirket av kvinnen» eller «påvirket fra helsepersonell eller partner». Jeg valgte å gjøre denne forandringen da jeg underveis i analyse prosessen oppdaget at det var det jeg tolket at mine informanter fortalte om. Ved å gjøre denne forandringen medførte det at min problemstilling og mine forskningsspørsmål fikk tydeligere svar.

I dette trinnet bearbeides innholdet i hver kodegruppe, der subgrupper kan komme opp innen hver kodegruppe. Den empiri som finnes i hver subgruppe er den empiri som fremkommet gjennom analysen. Så i kodegruppen «en positiv fødselsopplevelse» er det samlet all empiri fra kvinnene som svarer på hva som gir en positiv fødselsopplevelse. I subgruppen «opplevelse av god kommunikasjon» er det samlet all empiri som handler om opplevelse av god kommunikasjon.

I tabellen vises hver kodegruppe i fet tekst, der alle tre kodegruppene har tre subgrupper.

<b>En positiv fødselsopplevelse</b>	<b>Kvinnens egne bidrag</b>	<b>Helsepersonell og families bidrag</b>
Opplevelse av god kommunikasjon	Innhenting av informasjon	Veiledning
Opplevelse av trygghet	Mental forberedelse	Kunnskapsformidling
Opplevelse av fødekraft	Utøve fleksibilitet	Overføring av trygghet

Av informasjonen jeg hadde fått fra mine informanter skapte jeg kunstige sitat, som kalles kondensat (Malterud, 2017, s. 107). Selve kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte informasjonen fra hele subgruppen. Her prøvde jeg å presentere den informasjonen jeg fikk frem under alle mine intervjuer, men med mine egne ord. Nå er det viktig at jeg er tro mot de originale sitatene da jeg er stemmen til de forskjellige kvinnene. Fra hver subgruppe velger

jeg et «gull sitat» (Malterud, 2017, s. 108). Gullsitatet er et ekte sitat fra en av mine informanter i studien, som illustrerer mitt kondensat.

*Trinn 4: «syntese- fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater»*

I analysens fjerde delen skal teksten settes sammen igjen til en ny helhet. Det er dette som er selve empirien av forskningen. Tekst kondensateten sammen med gull sitatene, ligger til grunn for den nye analytiske teksten, hvilket blir svar på problemstilling og forskningsspørsmålene (Malterud, 2017, s. 108). Her må jeg som forskere være nøye med hvordan jeg tolker den informasjonen jeg har fått for å være tro mot mine informanter. Ved formuleringen av den konstruerte teksten var det viktig med en god formulering slik at jeg fikk med hovedfunnene i oppgaven.

Jeg prøver under hele prosessen å være bevist på at jeg er forsker og ikke kun jordmor. Det kan gjøre at jeg har vanskeligere for å se andre aspekter på empirien.

Tabellen viser et eksempel på hvordan jeg har tolket ulike sitater om kommunikasjon. I tabellen viser jeg til fire ulike kommunikasjons variasjoner som fremkom gjennom analysen;

Ulike sitater fra kvinnene;	Tolkning av fire variasjoner av kommunikasjon;
<p><i>«Jeg ser tilbake på førstemann der jeg ikke ble fortalt hva jeg skulle gjøre, til den andre gangen da jeg ble fortalt alt hva jeg skulle gjøre hver gang på en måte. Jeg var helt rolig, ja, selv om jeg hadde smerten som var like vond, så var det en fin fødsel som jeg sitter igjen med nå, det var en fin fødsel»</i></p>	<p><b><i>Enveiskommunikasjon</i></b></p>
<p><i>«En individuell plan helt enkelt, å se kvinnen og gjøre det beste som mulig for henne, og at det finns en kommunikasjon, både informasjon og kommunikasjon, og at man snakker mye underveis»</i></p>	<p><b><i>samtale/ dialog</i></b></p>



<p>«Jeg tror det for meg er det veldig viktig å bli hørt. Å bli hørt og få informasjon. Jeg er veldig sånn at jeg må vite hva som skjer med meg».</p>	<p><b>å bli hørt og sett</b></p>
<p>«Hun var på meg hele tiden, masserte meg i flere timer bak på ryggen. Hun visste akkurat hvilke punkter hun skulle trykke på. Hun hjalp meg veldig mye på en måte..... Hun var der, hun masserte meg, hun strøk over meg, ja, hun var der for oss begge to».</p>	<p><b>«Non verbal» kommunikasjon</b></p>

Disse fire trinnene i analyseprosessen er beskrevet i Malterud (2017 s 99-109). Når dette siste trinnet i analysen er utført må funnen valideres. Det innebær at empirien fra den rekonstruerte teksten, leses opp mot den originale empirien som fremkom i intervjuene med kvinnene. Da ble resultatet av analysen sett opp mot de originale svarene.

Under analyseprosessens gang har jeg omformulert både min problemstilling og mine forskningsspørsmål ved flere tilfeller. Hele analysen er også utført grundig flere ganger. Min empiri viser blant annet til at opplevelse av god kommunikasjon og at relasjonen kvinnen har med jordmor er viktig for en positiv fødselsopplevelse. Jeg svarer på min problemstilling og mine forskningsspørsmål i kapitel 5.

#### 4.7 Gyldighet og pålitelighet

Jeg skal i dette kapitlet stille spørsmål ved min forsknings gyldighet. Jeg begynner med å gjennomgå påliteligheten av min empiri, deretter beskriver jeg undersøkelsens troverdighet og dess overførbarhet.

##### 4.7.1 Pålitelighet

Handler om hvilken data som brukes i studien, hvordan den samles in og hvordan analysen er utført (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2016, s. 231). Alle kvinnene som er deltakere i studien hadde en normal vaginal fødsel. Hvis kvinnene hadde hatt en annen fødsel, som til eksempel keisersnitt eller om de hadde opplevd andre traumatiske ting, er det mulig at resultatet av studien hadde blitt noe annerledes.

Jeg valgte individuelle intervjuer som metode. Det er mulig at resultatet kan ha blitt annerledes hvis jeg hadde valgt en annen forskningsmetode, som til eksempel fokusgruppeintervju. Men samtidig kanskje kvinnene ikke hadde turt å snakke like åpent om sine erfaringer i en gruppe.

Jeg valgte å intervjuer kvinnene i deres bosted. Det er mulig at resultatet hadde blitt noe annet hvis jeg hadde intervjuet kvinnene på helsestasjonen i kommunen, eller på sykehuset der de fødte. Da kanskje de ikke hadde gitt like utførlig informasjon, hvis de ikke hadde følt seg trygge i omgivelsen. Det er mulig at tidsaspektet kan ha påvirket resultatet. Empirien kan ha blitt annerledes hvis jeg hadde intervjuet kvinnene en måned etter at de hadde født, eller et år etter. Det er mulig at resultatet kunde ha blitt noe annerledes hvis jeg hadde valgt en annen analysemetode. Jeg valgte en analysemetode som min veileder var godt kjent med, da jeg var ny innen forskningsfeltet.

Jeg har gjort denne forskning ut fra et helsefremmende og salutogent perspektiv, om hva som kan fremme helse og en positiv fødselsopplevelse. Min tolkning av empirien har blitt påvirket av valgt teori. Resultatet kan ha blitt annerledes med en annen teoribakgrunn.

#### *4.7.2 Troverdighet (intern validitet)*

Handler om studien undersøker det den faktisk har tenkt å undersøke (Johannessen et al., 2016, s. 232). Hensikten med denne studien var å undersøke hva kvinner selv opplever fremmer en positiv fødselsopplevelse, og hvordan de tenker at den kan realiseres.

Gjennom å bruke Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering tolker jeg at undersøkelsen har en troverdighet da den siste delen i analysemetoden handler om å validere den rekonstruerte teksten mot den originale intervjuene.

Jeg har lang erfaring med samtaler med gravide kvinner med fødselsangst. Det at ha lang erfaring med samtaler med kvinner, kan være en resurs i forbindelse med selve intervjusituasjonen. Det kan også være det motsatte, jeg kan ha tolket hva kvinnen sier slik at det passer min forforståelse. Hvis en annen forskere med annen yrkesbakgrunn hadde gjort analysen, er det mulig at resultatet hadde sett noe ulikt ut. Jeg som jordmor vet at kommunikasjon mellom helsepersonell og fødekvinne er viktig. Da jeg har den erfaringen kan jeg tolke kvinnenens utsagn når de forteller om kommunikasjon, slik at jeg forsterker

viktigheten av den. Kanskje kvinnens hadde en annen hensikt med å fortelle om kommunikasjon enn slik jeg tolker den.

Under selve intervjuet med informantene opplevde jeg som forsker, at vi kom ganske nær hverandre da kvinnen valgte å dele sin historie med meg. Jeg opplevde at flere av kvinnene valgte å fortelle ganske personlige opplysninger under selve intervjuet.

Da jeg som jordmor har valgt å studere hva som fremmer en positiv fødselsopplevelse, kan det være mye som jeg tar for gitt. Malterud (2017) kaller dette fenomen for «feltblindhet», som innebær at forskeren kun ser det som bekrefter egen erfaring og forståelse (Malterud, 2017, s. 155). Jeg arbeider som kommunejordmor i en kommune på Østlandet. Det å forske på egen arbeidsplass kan være en stor utfordring, men også til god hjelp under selve oppgaven. Det å være arbeidstaker gjør at forskeren er godt kjent med arbeidsplassens rutiner og trenger ikke å bruke unødvendig tid på å samle nødvendig informasjon. Det kan skape forgang i prosjektet. Det kan også være et hinder da forskeren allerede er farget av arbeidsplassens visjoner og mål.

Under hele arbeidet med forskningen har jeg som forsker prøvd å ha kritisk innfallsvinkel til mine funn, for å prøve å gå in i rollen som forsker og ikke tenke som jordmor. Ved selve intervjusituasjonen hvis det var noe uklarheter ved spørsmålene eller ved kvinnens svar, fulgte jeg alltid opp med klargjørende spørsmål og gjerne også med en oppsummering for å sikre korrekt informasjon. Intervjuene foregikk etter en intervjuguide, formen var semi strukturerte. Det innebar att når informanten svarte på et spørsmål, kunde jeg stille flere utfyllende og utdypende spørsmål for å få mer utfyllende svar.

#### *4.7.3 Overførbarhet (ekstern validitet)*

Handler om resultatene fra min studie kan overføres til studier fra andre forskere (Johannessen et al., 2016, s. 233, 389). Slik jeg tolker resultatet fra min studie har liknende resultat fremkommet tidligere, hvilket kan være med på å sikre forskningens gyldighet. I diskusjonen diskuterer jeg empirien fra min studie, opp mot empiri fra andre forskere. Jeg har valgt forskere som har et salutogent perspektiv på sine studier, med hva som fremmer helse.

I min studie fremkommer at informasjon, kommunikasjon, kunnskapsformidling, trygghet og veiledning er viktige begrep for både hva som gir en positiv fødselsopplevelse, men også hva andre kan gjøre slik at kvinnen opplever en positiv fødselsopplevelse. Opplevelse av fødekraft

har jeg kun funnet i noen få studier. At kvinnen kan utøve fleksibilitet for å oppnå en positiv fødselsopplevelse er ny kunnskap, slik jeg tolker det. Kontroll, eller mangel på kontroll, har jeg funnet som resultat i andre studier. Det kan tolkes å være det motsatte til fleksibilitet.

Hvis forskningen hadde blitt utført i et annet sted i Norge, kan resultatet ha blitt annerledes. De senere årene har flere små fødeavdelinger/ fødestuer blitt stengt i distrikts Norge, dette kan skape utfordringer for kvinnene og deres familier. Resultatene kan også ha blitt andre i en storby med dess utfordringer og usikkerhet i forhold til fødeplass.

## Kap 5.0 Resultat

I dette kapitlet presenter jeg resultatet ut fra forskningsspørsmålene. Overordnet vil jeg si at alle kvinnene i studien hadde ulike fødsels erfaringer, men at det var noen grunnleggende mønster. Fødselen kan ikke sees alene, forberedelsene starter allerede i svangerskapet. Noen av kvinnene beskrev fødselen som en god opplevelse, andre beskrev den som mer utfordrende. Noen av sitatene som blir presentert, kan høre til flere steder. Det var en utfordring å dele opp empirien uten å miste innholdet. Jeg valgt at plassere dem etter min forståelse av hvor de hører til.

Problemstillingen i oppgaven lyder;

*Hvordan beskriver kvinner en positiv fødselsopplevelse og hvordan kan den realiseres?*

### 5.1 Hva kjennetegner en positiv fødselsopplevelse?

I dette kapitlet presenterer jeg hvordan kvinnene i studien *kjennetegner* en positiv fødselsopplevelse. Kvinnene beskrev opplevelsen av god kommunikasjon og trygghet som viktige elementer. Videre knyttet de opplevelser med fødekraft til positiv fødselsopplevelse.

#### 5.1.1 Opplevelser av god kommunikasjon

I denne studien er opplevelser av god kommunikasjon et fellestrekk i kvinnenes beskrivelse av en positiv fødselsopplevelse. En av kvinnene beskrev hvor viktig hun synes det er;

*«Jeg tror informasjon er kjempeviktig. Både i svangerskapet og i fødsel og allting etterpå. Så informasjon er en gylden tråd»*

Imidlertid viser intervjuene variasjon med tanke på hva som vektlegges, når de beskriver god kommunikasjon. Kvinnene forteller om fire variasjoner av kommunikasjon. Disse er;

1. enveiskommunikasjon
2. samtale/ dialog
3. å bli hørt og sett
4. den «non verbale» kommunikasjonen.

En av variasjonene kvinnene fortalte om, var det å motta informasjon og instruksjon, en slags *enveiskommunikasjon*. En av dem fortalte om sin første fødsel, der hun ikke fikk noen informasjon eller forklaring på hva som skjedde. Når hun hadde født, satt hun igjen med fødselsangst og turte nesten ikke å bli gravid igjen. Kvinnen opplevde sin andre fødsel helt annerledes, hun fikk fortløpende informasjon og ble fortalt hva hun skulle gjøre. Hun synes en slik enveiskommunikasjon var positiv;

*«Jeg ser tilbake på førstemann der jeg ikke ble fortalt hva jeg skulle gjøre, til den andre gangen da jeg ble fortalt alt hva jeg skulle gjøre. Jeg var helt rolig, selv om jeg hadde smerte som var like vond, var det en fin fødsel som jeg sitter igjen med nå, det var en fin fødsel»*

Videre forteller kvinnene om den andre variasjonen av kommunikasjon, der de som har en *samtale/ dialog* sammen forstår hverandre. Å gi informasjon som er tilpasset den enkelte kvinnen, oppleves viktig. Til eksempel kan kvinnen som får informasjonen, forstå hva som menes med den, men også innebyrden. En av kvinnene hadde en dårlig opplevelse med en av jordmødrene under sin fødsel. Hun fortalte at jordmoren henvende seg til hennes mann, isteden for å snakke direkte med henne. Hun opplevde at jordmora brukte et «akademisk språk» med medisinske fraser, som hun ikke hadde noen mulighet å forstå;

*«Jeg kan si at for folk som kommer fra andre land, språk er noe som kan være komplisert. Då kan jordmor vise tålmodighet og forklare godt for kvinnen, fordi en kvinne som er i fødsel har vondt i sin kropp. Hvis det i tillegg er kultur og språkproblem gjør det situasjonen verre. Det er mye bedre hvis jordmora er rolig og kan spørre henne; «Forstår du meg?» Det er veldig viktig».*

For å øke forutsetningen for en god fødselsopplevelse foreslår en av kvinnene, at det bør legges en individuell plan. En slags plan eller avtale mellom fødekvinne og jordmor, med hensikt å skape en viss forutsigbarhet. I en slik plan kan den fødende kvinnen få individuell tilpasset veiledning og omsorg, der hun får fortløpende informasjon om hva som skjer;

*«En individuell plan helt enkelt, å se kvinnen og gjøre det beste som mulig for henne. Og at det finns en kommunikasjon, både informasjon og kommunikasjon, og at man snakker mye underveis»*

Den tredje variasjonen av kommunikasjon som fremkommer, er at kvinnen ønsker å bli hørt og sett av jordmor under fødselen. Denne variasjonen skiller seg fra den andre, gjennom at jordmor sikrer seg den psykologiske kontakten med kvinnen, i tillegg til at de har en samtale. Kvinnen kan formidle sine ønsker og behov, og jordmor skjønner dem. Det oppleves viktig at jordmor forsikrer seg om at kvinnen forstår selve informasjonen, og at hun får kontinuerlig informasjon om hva som skjer underveis i fødselsforløpet;

*«Det hjalp veldig når jordmor sikret kontakten med meg, men også det som også hjalp mye er at de fortalte underveis»*

En kvinne beskrev sitt behov for kontroll gjennom at hun fikk fortløpende informasjon og at hun følte at jordmor hørte på henne;

*«Jeg trur det for meg er det veldig viktig å bli hørt. Å bli hørt og få informasjon. Jeg er veldig sånn at jeg må vite hva som skjer med meg».*

Det fjerde kommunikasjons variasjonen, den «non verbale», innebær at jordmor ser kvinnens behov uten at hun egentlig formidler dem verbalt. Kvinnen kan da oppleve at jordmor er nær henne både fysisk og psykisk. En av dem beskrev det slik;

*«Hun var med meg hele tiden, masserte meg i flere timer bak på ryggen. Hun visste akkurat hvilke punkter hun skulle trykke på. Hun hjalp meg veldig mye på en måte..... Hun var der, hun masserte meg, hun strøk over meg, ja, hun var der for oss begge».*

En av kvinnene delte sine tanker om hvordan opplevelsen av god kommunikasjon med jordmor kan påvirke forløpet;

*«At bli tatt godt imot trur jeg er viktig, det og å bli hørt, og å føle seg trygg. Jeg trur egentlig det er det. For jeg tenker at uansett hva du på en måte igjennom da, hvis du ikke føler at vedkommende hører på det du har at si, så trur jeg ikke du har det noe fint, uansett om du ligger der med eller uten smerter. Sen også at bli orientert litt fortløpende hva som skjer, fordi du er i et stadium der du er redd for babyen din og nesten deg selv i enkelte tilfeller. Jeg vet ikke, jeg trur det for meg er det veldig viktig at bli hørt»*

### 5.1.2 Opplevelse av trygghet

Når kvinnen i fødsel opplevde at jordmor var tilstede for henne, fortalte kvinnene at de opplevde trygghet. Flere av kvinnene fortalte at det å ha en god relasjon til en jordmor som var nærværende for dem, ga dem opplevelsen av å være trygg. Opplevelsen av kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under fødselen, var noe kvinnene beskrev som betryggende.

*«Hun var konstant inne hos oss og var på meg hele tiden mens jeg fødte. Hun var så veldig nær og hun betrygget oss veldig»*

Det erfares viktig at jordmor var tilstede og at hun var oppmuntrende i måten hun arbeidet på. En kvinne fortalte at når hun opplevde at jordmor var nær henne, så opplevde hun større mestring, og at den nærheten fra jordmor gjorde at hun klarte å føde uten sterkere smertestillende. Kvinnen fortalte at når jordmor rørte ved henne når hun hadde sine intense rier, blant annet masserte henne, gjorde at hun følte seg ekstra trygg og ivaretatt;

*«I hvert fall hun jordmoren som jeg hadde først, hun så meg liksom hele tiden liksom, hun kjente sikkert igjen de rietoppene, så da var hun liksom ekstra på, og da følte jeg meg liksom enda mer trygg liksom, på at det er sånn det skal være».*

En av kvinnene beskrev hva hun synes kjennetegner en god fødselsopplevelse;

*«Det må nok være tilstedeværelse av jordmor trur jeg»*

Denne kvinnen fortalte at hun følte seg trygg og godt ivaretatt av at jordmor var konstant inne hos henne og så hennes behov. Når jordmor var tilstede for henne og ga henne ro, fortalte hun at det var enklere for henne å fokusere på selve fødselen.

### 5.1.3 Opplevelse av fødekraft

Flere av kvinnene beskrev at kroppen forandret seg i fødselsforløpet. De beskrev en fødekraft som tok over kontrollen, som kan sammenliknes med en «utenom kroppen opplevelse».

Kraften kunde oppleves voldsom da den kan være vanskelig å forberede seg på. Kraften kan ikke styres, den må følges. Kvinnene beskrev at denne indre fødekraft kom fra et sted langt inne i dem, som fikk dem til å klare av å føde. En kvinne beskriver opplevelsen av fødekraften på denne måten;



*«Jeg tror det var den endringen med kroppen min, jeg vet ikke, du føler liksom at du får sånne indre krefter av noen slag og at du skal få ut ungen din, men hva som gjorde det at jeg følte det, det vet jeg ikke, men det er noe overfor meg»*

Samme kvinne fortalte at jordmor var nær henne, og at hun opplevde at hun fikk den informasjon og trygghet hun trengte når alt føltes kaotisk. Opplevelsen av at jordmor var nær henne, gjorde at hun følte seg trygg når hun opplevde at kroppen tok over kontrollen. Jordmoren jobbet rundt henne, hun var rolig hele tiden, og hun la til eksempel en varm klut mot kvinnens underliv, og at det føltes behagelig mitt i alt kaos.

En annen fortalte om sine ulike fødsler under intervjuet. Hun fortalte at hun ved alle fødslene hadde opplevd, at ved et tidspunkt tok hennes kropp over kontrollen over situasjonen. Det var i den siste fasen av fødselen når hun hadde presserier og barnet var på vei ut. Hennes opplevelse var at når hun hadde en jordmor rundt seg, som klarte å formidle kunnskap og trygghet, gjorde at hun mestret å føde. Kvinnen og jordmora samarbeidet godt, og jordmoren sikret kontakten med fødekvinne gjennom at be henne å se direkte på henne. Samme forandring i kroppen hadde hun opplevd under sine ulike fødsler. Hun fortalte at opplevelsen hadde vært både fasinende og skremmende, men hun hadde ikke opplevd det skummelt. Kvinnen beskrev hvordan hun opplevde forandringen;

*«Det er veldig rart egentlig, at man forvandles til et visst punkt der man egentlig helt mister kontrollen, uten det er kroppen som ved et visst punkt overtar styringen, det er liksom fascinerende»*

En kvinne beskrev hvordan det føltes inne i hodet på henne når hun fødte og opplevde fødekraften sin;

*«Jeg følte at jeg gikk inn i en transe på et vis»*

Hun fortalte at hun hørte at jordmora snakket rolig med henne og hun følte hennes nærvær når hun var inne i transen. Dette gjorde at hun klarte å fokusere på hva hun skulle gjøre til tross for smerten og følelsen av at kroppen tok kontrollen. En annen kvinne beskrev sin fødsel som en positiv opplevelse. Hun opplevde mye støtte fra sin jordmor, spesielt under den mest

krevende perioden. Hun opplevde fødselen som veldig intens, men følte mestring over at hun klarte å handtere den;

*«Jeg mistet meg selv helt følte jeg. Jeg husker at jeg beklaget at jeg skrek og ropte så fælt, men jeg hadde ikke noen kontroll over det .... Så det var liksom den urkvinnen som jeg hadde blitt fortalt om da .... Den dukket plutselig opp»*

## 5.2 Hva mener kvinnene selv de bidrog med for å sikre en positiv fødselsopplevelse?

I dette kapitlet presenterer jeg hva kvinnene synes de selv bidro med, for en optimal fødselsopplevelse. Kvinnene beskrev viktigheten av å innhente informasjon og av mental forberedelse. Videre beskrev de fleksibilitet som et viktig bidrag for å handtere uforutsette hendelser.

### 5.2.1 Innhente informasjon

At innhente konkret informasjon om svangerskap og fødsel var noe flere kvinner vektla som viktig, gjerne faktakunnskap fra helsepersonell. Også i det første og tredje forskningsspørsmålet omtales viktigheten av informasjon og kunnskap. Her betones hva kvinnen selv gjorde for å innhente informasjon for å øke sin kunnskap. De innhentet informasjon om hvilke normale forandringer som skjer med kroppen under svangerskapet, om fødselens ulike faser, om smertelindring og om barselperioden. En kvinne fortalte at hun følte seg trygg når hun viste hva som var normalt. En fortalte at hun kunde spørre sin jordmor hva hun ønsket i svangerskapet. Hun opplevde trygghet i å lære seg mere, gjennom å stille forskjellige spørsmål på konsultasjonene. Hun hadde prøvd å finne informasjon gjennom å google sine spørsmål, men da fikk hun andre svar som gjorde henne mer forvirret og skremt;

*«For meg så er ikke fødsler noe som skjer hver dag, og så blir det så at man kanskje sitter å google det selv da. På internett så får du bare .... masse ... Før det første, bare på alle sånne «mamma forum», så er det nesten bare negative opplevelser. Det er i hvert fall det som dukker opp først. Så når helsepersonell, som på en måte man kan forholde seg til fakta og så videre, kan fortelle deg så hjelper det veldig»*

En kvinne fortalte at det å ha kunnskapen om hvordan en fødsel faktisk er, ga henne en opplevelse av trygghet og en viss forutsigbarhet da hun visste litt om hva som kom til å skje. Flere av kvinnen hadde gode erfaringer med å delta på fødselsforberedende kurs og delta på

omvisning på fødeavdelingen. På slike kurs opplevde kvinnene at de fikk informasjon, men at de også kunde stille spørsmål. At ha informasjon om hvor de skal gå for å komme til fødeavdelingen, kan også virke betryggende.

### 5.2.2 Mental forberedelse

Hva kvinnene gjorde for å forberede seg best mulig mentalt var individuelt. En kvinne tenkte godt igjennom spørsmålet før hun svarte. Hun fortalte at for henne var det viktig å ikke være redd for sine tanker eller følelser. For henne var det viktig å dele dem med andre som hun stoler på. Denne kvinnen hadde selv opplevd at hun ble helt overveldet av alle følelser hun fikk både i svangerskapet og under fødselen. Hun opplevde dem så intense at de var skremmende. Hennes erfaringer betoner hvor viktig det er å snakke om følelser også etter fødselen, før å tørre å bli gravid igjen;

*«Ikke være redd for å .... Kanskje skrive ned av hva hun tenker og føler, når det dukker opp, og ta med det her til jordmor .... når man er førstegangsfødende kanskje man ikke tenker helt sånn, at ... man skal stille mange spørsmål, man tar bare det man får, der og da .... Og så er man fornøyd med det på en måte, og det er jo ... ja, men ikke var redd for ... det man tenker og føler og .... Bruk erfarne folk ... som jobber i yrket og også kanskje venninner, eller en mamma eller en bestemor eller .... Og snakk om opplevelsene og det kan ikke snakkes for mye om, tenker jeg»*

De av kvinnene som følte at de hadde forberedt seg godt innfor fødselen og ikke var redde for å føde, fortalte at de hadde en positiv opplevelse når de fødte barn. En fortalte at for å få en positiv fødselsopplevelse bør den gravide starte med forberedelser allerede i svangerskapet. Hun fortalte at hun synes den gravide bør forberede seg mentalt på det å føde og betonet også kvinnens egne ansvar. Videre fortalte hun at uansett hvor mye du forbereder deg på fødselen, kan den bli annerledes enn det du har planlagt, så kvinnen må forberede seg også på det;

*«Du må på en måte forberede deg på at du må slippe kontrollen litt. Ting kan stoppe opp i en fødsel, men ta litt grep da. Jeg trur det er veldig skummelt å tenke at jeg skal ha en sånn og sånn fødsel, for at det trur jeg veldig få kanskje får til. Være åpen for ulike lindringer og metoder. Jag trur det som helhet kanskje gjør at man da ikke har før store forhåpninger til hvordan det skal være.»*

Videre snakket hun om hvor viktig det var å ha en balanse i livet mellom arbeid, aktivitet og hvile. Hun fortalte om egne erfaringer, men også om erfaringer fra venninner. Etter hennes erfaring hadde de som hadde arbeidet med seg selve mentalt, oftere en positiv fødselsopplevelse enn de som ikke hadde gjort det. Under sin graviditet hadde hun funnet en måte å handtere den på, både fysisk og psykisk;

*«Ikke bare ligg på sofaen i 9 måneder, for stakkars meg, jeg er gravid, jeg har det slitsom og tungt, da blir det tungt, så det å forberede seg mentalt liksom, jeg tror det er viktig»*

Som kontrast fortalte en annen kvinne at hun prøvde å *ikke* høre så mye på andres fødselsopplevelser. Grunnen var at andres historier kan oppleves skremmende. Fremfor å forberede seg mentalt gjennom å lære fra andre, prøvde hun heller å styrke tilliten til seg selv;

*«At man liksom prøver litt sånn ... at skjerme seg også litt fra hva de andre forteller .... at man prøver å stole litt på seg selv».*

Noen av kvinnene vektla viktigheten av å forberede seg på hvordan de skulle handtere smerte under fødselen. Hvordan de forberedte seg var noe ulikt. En kvinne fortalte at for henne var det viktig å bli klar over kroppens behov og utfordringer. Dette gjaldt både under svangerskapet og under fødselen. Hun trengte kunnskap for å forberede seg mentalt på hva som skulle skje fysisk med kroppen. Hun hadde opplevd at når hun beveger seg oppfattet hun mindre smerte, så under fødselen jobbet hun med seg selv for at hun skulle klare å bevege seg.

Under fødselen fortalte kvinnene at de fokuserte på selve smerten og hvordan kroppen handterte den. Når de klarte å stole på kroppen, opplevdes smerten i fødselen mere utholdelig. En av dem beskrev hvordan hennes tanker gikk når hun hadde sine rier. Hun opplevde riene som vonde og vanskelige, men klarte allikevel å beholde sitt mentale fokus gjennom å gå inn i seg selv. Hun fortalte at hun arbeidet tett sammen med jordmor og fokuserte på å puste under ri. Hun opplevde at hun klarte å mobilisere sin styrke isteden for å gi opp. Samme kvinne hadde forberedt seg mentalt gjennom svangerskapet, for hvordan hun skulle handtere smerten under fødselen;

*«Så tenkte jeg; «Jeg kan ikke knekke sammen nå, for da er det kjørt». For hver gang rien kommer må jeg igjen. Jeg så for meg at det var det å gå inn i meg selv og få det til, for det er ikke noen vei tilbake, det er liksom litt for sent å snu»*

Det å forberede seg mentalt kan handle om kvinnens evne og innsikt til å akseptere hva man klarer, eller ikke klarer, og gjennom å ufarliggjøre det å ikke strekke til.

En av kvinnene fortalte om utfordringer og krav fra andre rundt omkring, men også krav hun stilte på seg selv, der hun i sitt andre svangerskap kom frem til en innsikt, som hjalp henne godt;

*«At det ... er ikke farlig å ikke ... ikke strekke til»*

I tillegg til å håndtere utfordringer og krav fra andre, peker hun her på viktigheten av å håndtere de krav hun hadde stilt til seg selv. Dette var en innsikt hun fikk fra sitt andre svangerskap, noe som kan indikere at dette med mental forberedelse kan ta tid å fullføre.

### **5.2.3 Utøve fleksibilitet**

Flere kvinner vektla viktigheten av å være fleksibel under fødselens ulike faser. Kvinnene prøvde å forberede seg til fødselen, men at det var vanskelig da de ikke på forhånd kunde vite hvordan deres fødsel skulle bli. De prøvde å forberede seg på å håndtere uventede situasjoner. For en kvinne innebar fleksibilitet at hun var tilpasningsdyktig til situasjonen hun var i, at hun ikke hadde låst seg i hva hun ønsket. For henne var det å være låst, det motsatte til å være fleksibel. Hun fortalte at det er vanskelig å forberede seg helt til en fødsel, for at det kan skje ting underveis. Under hennes første fødsel hadde hun sett for seg hvordan hun ville ha det, men den ble helt annerledes;

*«Det er viktig at man er litt sånn tilpasningsdyktig, og kunne forandre på situasjonen litt sånn raskt. Det har jeg i hvert fall opplevd som veldig positiv. Jeg tror også det er veldig viktig at man ikke er låst»*

En annen vektla viktigheten av å være fleksibel, da det kan være vanskelig å innfri alle ønskemål i en fødsel. For henne var det avgjørende at være åpen for ulike metoder for smertelindring, og ikke ha for store forhåpninger for utfallet av fødselen. Hennes tanker gikk

på at med store forhåpninger var det økt sannsynlighet å bli skuffet, hvis hun ikke strakk opp til sine forventninger. Hun snakket også om at det å ha kunnskap om fødselens ulike faser, kan gjøre at det er enklere å være fleksibel;

*«Jeg trur det er veldig skummelt å tenke at jeg skal ha en sånn og sånn fødsel, for at det trur jeg veldig få kanskje får til. Å være åpen for ulike smertelindringer og metoder, og jeg trur det som helhet kanskje gjør at man da ikke har før store forhåpninger til hvordan det skal være»*

Videre fortalte hun;

*«Du må på en måte forberede deg på å slippe kontrollen litt, ting kan stoppe opp».*

### 5.3 Hva tenker kvinnen selv av det helsepersonell og familie gjorde som bidro til at de fikk en positiv fødselsopplevelse?

I dette kapitlet presenterer jeg viktige elementer for å få en positiv fødselsopplevelse. Flere av utsagnene her kan virke gjenkjennbare med svarene i det første forskningsspørsmålet. Begge forskningsspørsmålene omhandler positiv fødselsopplevelse. Forskjellen ligger i at det første forskningsspørsmålet omhandler *kjennetegn* av en positiv fødselsopplevelse, men her er fokus på hva som *gir* en god fødselsopplevelse. Veiledning, kunnskap og trygghet var viktig for kvinnene i studien.

#### 5.3.1 Veiledning

Svarene kommer i stort sett fra hva kvinnene opplevde under fødselen. Under svangerskapet handlet veiledningen mere om å formidle informasjon, gi kunnskap om fødsel og barselid, men også om å bevisstgjøre kvinnen til å se egne behov.

Flere av kvinnene beskrev hvordan de opplevde jordmoren under fødselen. De beskrev tre forskjellige måter å gi veiledning på; *gi oppmuntring*, *positive tilbakemeldinger* og *å gi ro*.

To av kvinnene fortalte om hvordan de ble veiledet når de opplevde å *bli oppmuntret*;

*«Hun forklarte hvorfor hun sa det hun sa .... og liksom .... veiledet meg så godt gjennom det, og skrøt av meg»*

*«Hun var der hele tiden og veiledet meg, og ga meg ros. Hun oppmuntret meg og sa at det her skal vi få til, hold ut litt til, det kommer snart. Hun gav meg alltid litt motivasjon for å holde ut, og prøvde å gjøre ting som fikk meg til å ha det litt bedre mitt oppi smerten»*

Den andre måten kvinnene forteller om var opplevelsen av at jordmoren ga dem et løft, gjennom å gi *positive tilbakemeldinger*. Et par av dem fortalte at de opplevde mestring når de klarte å føde. En av dem hadde på forhand tenkt at fødselen skulle bli mye vanskeligere enn den faktisk ble. Hun fortalte på hvilken måte jordmora ga positive tilbakemeldinger;

*«Hun løftet meg opp liksom, du er kjempeflink, du er verdens flotteste, du føler deg liksom som den kraftigste, sterkeste person»*

Den tredje måten å gi veiledning var å *gi ro*. En kvinne beskrev hvordan jordmoren motiverte henne, veiledet henne, og ga henne lov til å være i ro. Hun opplevde at jordmor var veldig rolig og sikker i sitt arbeid, hvilket gjorde at kvinnen følte seg trygg;

*«Hun fortalte alltid rolig underveis, «nå er du snart i mål», for at jeg skulle på en måte holde ut».*

### **5.3.2 Kunnskapsformidling**

For kvinnene var en av jordmorens viktigste oppgave å formidle informasjon slik at de kunde tilegne seg kunnskap. Dette gjaldt både i svangerskapet og under fødselen. Kunnskapen kunde formidles på forskjellig måte, både som ren informasjon og som dialog i en samtale. Dette med å få informasjon var noe kvinnene også forbinder som et kjennetegn på en positiv fødselsopplevelse, se første forskningsspørsmålet. Helsepersonell som arbeider med svangerskapskontroller og fødsler, har mye kunnskap innen sitt yrke. Det er naturlig at det å gi informasjon og kunnskap både kjennetegner en positiv fødselsopplevelse, og at det samtidig er noe som gir en positiv fødselsopplevelse.

En av kvinnene beskriver at hennes jordmor arbeidet på en systematisk måte med å formidle informasjon gjennom svangerskapet, slik at hun fikk relevant kunnskap om hva som skjer i svangerskapet og under fødselen;

*«Jeg tror det er veldig viktig at jordmødrene på helsestasjon starter med en god oppfølging. Hun jeg var hos, det kan godt hende det er rutiner hos alle, hadde ulike temaer ved ulike besøk som vi snakket om, og det å forberede deg på ting»*

En annen beskrev det slik;

*«Hun snakket om ting jeg selv ikke hadde tenkt på..... Når det begynte å nærme seg sluttet av svangerskapet snakket hun om amming, hun spurte om hvilket syn jeg hadde om amming, hva jeg tenkte på hvis jeg ikke fikk det til. ... Hun forberedte en del tankeprosesser og det synes jeg var fint»*

Den informasjonen som formidles til kvinnene, kan for helsepersonell oppleves hverdagslig og kanskje ikke nødvendig. Kvinnene opplevde det ikke på den måten. En kvinne beskriver hvor viktig denne kunnskapen var for henne;

*«Jeg ser er at det er så hverdagslig for dem da, at de tenker ikke på det sikkert ... kanskje ... hvor nødvendig den .... simple informasjonen er, men for meg er den ikke simpel»*

Under fødselen var det også viktig at få informasjon og kunnskap. En kvinne oppga at hun følte seg tryggere når hun hadde kunnskap om mulige senarioer. En av kvinnene hadde ønsket at hun hadde fått mere informasjon under svangerskapet, også om hvilke komplikasjoner som kunde skje i forbindelse med fødsel. Andre ville ikke høre noe om eventuelle komplikasjoner. En fortalte at det var viktig for henne at jordmor ga tydelig informasjon, slik at hun kunde forstå hva som skulle eller kunde skje etterhvert i fødselsforløpet;

*«Så forklarte hun på en så god måte, jeg følte meg ivaretatt da»*

En kvinne fortalt at hun opplevde sin fødsel som veldig intens. Hun skammet seg over hvordan hun hadde handtert situasjonen. Bland annet syntes kvinnen at hun hadde oppført seg ille og at hun hadde ropet en del. Dagen etter fødselen snakket hun med sin jordmor og fikk bekreftelse på at hun hadde håndtert alt på en god måte;

*«En bekreftelse på at det er helt normalt, og at jeg er normal som alle andre under fødsel da, så at man slipper tenke på det i ettertid liksom»*



En annen tenkte at mennesker er veldig forskjellige, for henne var det viktig med individuell informasjon;

*«Jeg tror veldig mange er veldig forskjellige, noen kanskje er mer sårbare, men andre kanskje sitter med andre tanker og får de ikke ut. Så lytte på den enkelte, se den enkelte personen».*

### 5.3.3 Overføring av trygghet

Svarene her kan kjennes igjen fra det første forskningsspørsmålet, da flere av kvinnene fortalte at trygghet kjennetegner en positiv fødselsopplevelse. Jeg skal her forklare hva det var som helsepersonell og pårørende gjorde for at kvinnene skulle oppleve trygghet.

Flere av dem beskriver hvilken positiv opplevelse de hadde av at ha jordmor nær seg under fødselen. De opplevde at jordmor gjennom å være nær dem «overførte» trygghet. En av kvinnene fortalte at hun ikke trengte å si hvilke behov hun hadde, jordmoren var rundt henne og ga henne det hun trengte. Denne kvinnen hadde en vanskelig opplevelse i møtet med helsepersonell under sin første fødsel. Den opplevelsen hadde gjort henne skremt. Under sin andre fødsel trengte hun mer bekræftelse, hvilket hun også fikk;

*«Hun møtte meg på alt jeg sa og spurte om, og ga meg trygghet tilbake ... eller møtte meg med trygghet ... om jeg ikke fikk den tryggheten der så spurte jeg igjen eller ... sa det jeg tenkte igjen ... så jeg gjentok meg sikkert flere ganger, men ho var så trygg da»*

Et godt samarbeide kan være avgjørende for at kvinnen skal kunne være avslappet og konsentrere seg på selve fødselen. Når jordmor skjønner hva kvinnen trenger, uten at kvinnen trenger å fortelle det, kan det oppleves veldig betryggende. Den «non verbale» kommunikasjonen kan gjøre at kvinnen føler seg trygg. En kvinne forklarte ganske enkelt hva hun synes var det viktigste når hun fødte sitt barn. I den enda setningen beskriver hun hvordan hun opplevde at jordmor oppfattet hennes situasjon og hva jordmora gjorde for å hjelpe henne på best mulig måte;

*«At man bli sett helt enkelt»*

En annen beskrev det slik;

*«Jordmora så hva jeg trengte, og det jeg trur selyfølgelig også har med erfaring å gjøre, hun hadde en god erfaring som jordmor, så hun skjønte litt hva som foregikk»*

En av kvinnene beskrev hvordan hun og hennes man opplevde jordmor på fødestua under fødselen;

*«Det er veldig tøft at føde, det gjør vond, og det er det før far også....., men også; «Er det her normalt? Er det normalt at ha så vondt?» ... De kanskje ikke er forberedt på at det er så ille som det var, det var i hvert fall ikke samboeren min. .... Han trudde ikke at det skulle være så ille som det var på fødselen eller at det skulle ta så lang tid. .... Tilstedeværelse av jordmor betrygger veldig, og at hun forteller at alt er normalt og at det kommer at gå bra.»*

At ha med seg en kjent person, som til eksempel barnefar, under fødselen virket betryggende for kvinnene. En kvinne beskrev hvilken god hjelp og støtte hun fikk av sin mann;

*«Han var veldig flink til å la meg jobbe med mitt, samtidig når jeg spurte om mat eller drikke så fikk jeg det. Det trur jeg er fint, han spurte mye underveis om jeg var sulten eller om jeg ville ha sjokolade eller om han skulle hente noe»*

En kvinne fortalte at jordmoren snakket med både henne og hennes mann under fødselen. Det var ikke alltid hun klarte å svare, men det var betryggende å høre dem snakke i bakgrunnen. Jordmorens tilstedeværelse og selve samtalen, gjorde at kvinnen opplevde sin mann som rolig, da ble hun også rolig. Flere fortalte at deres menn var gode støttespillere under fødselen. En kvinne hadde også med seg sin egen mor. De pårørende som var tilstede holdt fødekvinnen i hånden, ga litt å spise eller drikke, eller litt massasje;

*«Det er vel bare at han er der, at han er støttende .... Ja .... min mann prøvde liksom å massere og .... Gjøre ting litt lettere for meg da»*

Relasjonen med den jordmoren kvinnen hadde i fødsel opplevdes viktig. Flere kvinner forteller om opplevelser av utrygghet og usikkerhet hvis jordmoren ikke var tilstede hos dem, eller opplevdes fraværende. Noen av kvinnene hadde hatt kontakt med flere jordmødre under fødselen og beskrev ulike måter de ble behandlet på. Flere hadde opplevd både positiv og negativ kontakt med jordmor. Nærheten mellom fødekvinne og jordmor, oppleves vesentlig

for hvordan fødselsopplevelsen blir. Et par kvinner beskrev at jordmoren var inne på rommet hos dem, men stod mest å skrev på pc eller gjorde andre ting, da opplevdes jordmor som mer mekanisk og fraværende, hvilket skapte utrygghet;

*«Den første jordmoren jeg hadde var veldig personlig. Hun var liksom så jordnær og tilstedeværende og brydde seg om det viktige. Hun beroliget meg hele tiden. Den andre var litt mer faglig og litt mere sånn «det her er en fødsel» ...».*

En kvinne hadde en dårlig opplevelse med hvordan hun ble møtt av jordmor under sin første fødsel. Hun følte seg utrygg og var mye alene. Hun fikk nesten ingen informasjon om hva som skulle skje. Under sin andre fødsel hadde hun et stort behov av at få bekreftelse og trygghet;

*«For eksempel når jeg sa det at, eller vi sa det at .... Vi sa det vi hadde opplevd tidligere, og at vi ønsket det annerledes nå. Hun tok det seriøst, at jeg liksom ok, ga tru på at hun tok det seriøst, at da kan hva som helst skje, så ordner hun det og jeg må følge hennes veiledning. Da tenkte jeg at noen mer kontroll enn det kan jeg ikke ha, tenker jeg, det var jeg fornøyd med».*

## Kap 6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere mine egne resultater sett i sammenheng med teori rundt helsefremmende arbeid og salutogenese, samt noen av min erfaringskunnskap fra mitt arbeid som jordmor. Strukturen i diskusjonen følger samme struktur som i resultat delen. Etter den induktive analysen så jeg et behov for å finne ny teori jeg kunde forstå resultatene mine gjennom. Kommunikasjonsteori er derfor presentert i diskusjonen. Jeg har valgt å diskutere mine resultat mot andres studier som jeg tolker har et salutogent fokus, med hva som fremmer helse.

### 6.1 Den positive fødselsopplevelsen

For kvinnene i min studie kjennetegnes en positiv fødselsopplevelse av at kvinnene opplevde god kommunikasjon med jordmor og annet helsepersonell, samt hadde en opplevelse av trygghet og fødekraft.

#### 6.1.1 Opplevelse av god kommunikasjon

Kvinnenes historier illustrerer viktigheten av opplevelsen av en god kommunikasjon mellom den fødende og jordmor. Kvinnene kan ikke rose sin jordmor nok, når de opplever at jordmor forstår dem og deres behov. Kvinnene fortalte om fire variasjoner av kommunikasjon; enveiskommunikasjon, samtale/ dialog, å bli sett og hørt, og den «non verbale» kommunikasjonen.

For å få økt forståelse om hva god kommunikasjon innebærer, har jeg valgt å belyse kommunikasjon gjennom kommunikasjonsteorien. Kommunikasjonsteori beskriver hvordan mennesker kommuniserer på ulike plan (Engelstad, Grenness, Kalleberg, & Malnes, 2005, s. 250). Det kan bland annet være signaler fra kroppen, eksempelvis mimikk eller gester, som kan være med på å beskrive følelser eller forsterke det vi sier med eller uten ord (ibid). Kommunikasjon er en viktig forutsetning for å lære (Green, Tones, Cross, & Woodall, 2015, s. 313). Selve kommunikasjonsprosessen består av overføring av informasjon (ibid). Informasjonen må nå frem til mottakeren og deretter tolkes (Green et al., 2015, s. 314). Mottakeren må ha fokus på innholdet for å ha mulighet til å tolke det på riktig måte (ibid).

Kommunikasjonsprosessen påvirkes av både den som gir informasjon og den som mottar den (Green et al., 2015, s. 314). Tolkningen av informasjonen påvirkes også av den «non verbale kommunikasjonen» som formidles mellom mennesker (ibid). Kommunikasjonen bør være en toveis prosess (Green et al., 2015, s. 314). For å være sikker på at informasjonen tolkes riktig,

bør den som gir informasjon fortløpende kontrollere reaksjonen av det som sies, og at det samsvarer med den «non verbale» kommunikasjonen (Green et al., 2015, s. 314). Ved vellykket kommunikasjon samsvarer det som sies og det som blir tolket (ibid). Evnen til å tolke og bruke de non verbale signalene, er en viktig egenskap for sosial kompetanse (Green et al., 2015, s. 324). For helsepersonell er denne kunnskapen viktig, spesielt i møte med pasienter og i situasjoner der de gir veiledning (ibid).

Samtlige kvinner i min studie fortalte hvor viktig det var med opplevelsen av en god kommunikasjon underveis i svangerskapet, men også under selve fødselen. Opplevelsen av en god kommunikasjon beskrives som en forutsetning for en positiv fødselsopplevelse. En av kvinnene nevnte at jordmor kan sikre seg at kvinnen faktisk forstår hva hun sier, gjennom å stille kontrollspørsmål. Noen av kvinnene i min studie hadde opplevd at når kommunikasjonen ikke fungerte optimalt, da følte de seg heller ikke ivaretatt. Under en samtale kan helsepersonell si «det riktige», men kan avsløres hvis tonefall eller ansiktsuttrykk sier noe annet (Green et al., 2015, s. 324).

Mennesker ser verden på sin egen måte, men de kan utvide sin forståelse gjennom dialog med andre (Branstad, 2006, s. 166). Det forutsetter en gjensidig utveksling av hverandres meninger (ibid). Dialog er en arbeidsmåte innen helsefremmende arbeid, hvor alle involverte samarbeider om å finne den beste løsningen, gjennom kunnskap og samarbeid (Branstad, 2006, s. 168).

Opplevelsen av god kommunikasjon innebar at kvinnene fikk den informasjonen de hadde behov for, men også at de fikk svar på sine spørsmål gjennom bruk av de fire kommunikasjons-variasjonene.

God dialog er viktig for en god fødselsopplevelse (Dahlberg et al., 2016, s. 4). Hva kvinnene i denne studien opplevde som god kommunikasjon varierte utfra deres behov. Når de opplevde en god kommunikasjon med sin jordmor, om det nå var gjennom enveis kommunikasjon eller noen av de andre kommunikasjonsvariasjonene, var det ut fra kvinnens individuelle behov. Dette er en utfordring for jordmødre som skal klare å ha en god kommunikasjon med alle fødekvinne.

Dahlberg (2016) fant at god kommunikasjon og at jordmor er tilstede for fødekvinne, er viktig for en god fødselsopplevelse. Informasjon var viktig både under svangerskapet og

under fødselen (Dahlberg et al., 2016, s. 4). Samme funn belyser kvinnene i min studie. De kan ikke få nok informasjon om hva som skal skje, dette gjelder både med barnet og med dem selv. De fortalte at opplevelsen av at ha en god kommunikasjon med sin jordmor, var et viktig kjennetegn på en positiv fødselsopplevelse.

Viktigheten av god kommunikasjon kan sees i lys av Antonovskys begripelighets begrep (Antonovsky, 2012, s. 39-40, 150). Det innebærer at man har nok kunnskap til å forstå det man opplever, eller om opplevelsen skaper stress (Antonovsky, 2012, s. 40). Når kvinnen har forståelse for hva som skjer, er det enklere for henne å håndtere situasjonen. Då kan hun omdanne stress til orden, hvilket er med på å gjøre det mulig for henne å håndtere en fødsel.

### *6.1.2 Opplevelse av trygghet*

For kvinnene i min studie var opplevelsen av å føle seg trygg et kjennetegn på en positiv fødselsopplevelse. Kvinnene ønsket å føle seg trygge med den oppfølgingen de fikk under svangerskapet, samt under fødselen. Når kvinnene opplevde kontinuitet med helsepersonell, spesielt når de følte de hadde en god relasjon, var det vanligere at kvinnen opplevde trygghet og følte seg ivaretatt. Kvinnene i min studie ga flere eksempler på situasjoner under fødselen der de følte seg trygge og om situasjoner der de hadde følt seg utrygge. Slik jeg tolker kvinnene, har selve relasjonen de har med helsepersonell stor betydning for kvinnens opplevelse av selve fødselen.

Behov av å oppleve trygghet under fødsel, er også vist i andre studier. Nilsson (2013) skriver at hvis helsepersonell svarer på fødekvinnens individuelle behov av emosjonell støtte, er det økt sannsynlighet for at kvinnen opplever fødselen som positiv (Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn, & Ekström, 2013, s. 4). Slik jeg tolker Nilsson, er det å gi emosjonell støtte en måte å «overføre» trygghet på til kvinnene. Videre tolker jeg Nilsson slik at å overføre trygghet kan gi en god fødselsopplevelse. Hva som gir en god fødselsopplevelse vil jeg utdype i kapittel 6.3.3.

At opplevelse av trygghet er et viktig element i en fødsel er ikke overraskende, da trygghet er et av menneskets grunnleggende behov. Når en kvinne føder barn, er hun utenfor sin normale komfortsituasjon. Da stilles det høye krav til de helsepersonell hun har rundt seg, for å gi henne tryggheten tilbake. Det er en etablert sannhet blant jordmødre, at hos en redd kvinne stopper fødselen, ved at fødselsriene tar slutt, eller blir mindre effektive. Hvis en fødende

kvinne opplever frykt kan det ha en negativ innvirkning på selve fødselen. Lignende fysiologiske fenomen er observert hos andre pattedyr, hvis de utsettes for stress.

### *6.1.3 Opplevelse av fødekraft*

Flere av kvinnene i studien beskrev at de opplevde hvordan kroppen forandret seg i fødselsforløpet. De beskrev en fødekraft som overtok kontrollen av kroppen. Noen av dem kalte denne kraften for fødekraft, andre urkraft. En kvinne beskrev at hun følte at hun møtte en «urkvinne» som tok over kontrollen. Disse beskrivelsene var spesielt knyttet til den siste fasen av fødselen, der fødselen kan oppleves veldig intens og krevende. Det å gi slipp på kontrollen, kan oppleves skummelt. Opplevelsen av fødekraft fant jeg kun i de studier som har et salutogent fokus, men ikke i de studier som jeg mener har et mer patogent fokus. Skillet som jeg har valgt at tolke studiene etter, er om fokus ligger på hva som fremmer en god fødselsopplevelse (salutogent fokus), i motsetning til hva som kan lede til fødselsangst (patogent fokus).

Lundgren (2009) beskrevet at når en kvinne går inn i fødselen kan hun oppleve at hun er i en annen opplevelsedimensjon (Lundgren et al., 2009, s. 123). Magistretti (2016) skriver at hvis en kvinnes indre kraft skal aktiveres, må hun ha en tro på at hun skal klare av å føde (Magistretti, Downe, Lindström, Berg, & Schwarz, 2016, s. 7). Kvinnene i min studie fortalte at de hadde opplevd en slik indre kraft, og de hadde også tanker på hvordan de selv kunde forberede seg på å aktivere denne kraften.

Beskrivelsen av å gi slipp på intellektuell kontroll og ha total tillit til at kroppen skal kunne handtere situasjonen, er noe vi kan se i lys av Antonovskys begrep «den legitime andre» (Antonovsky, 2012, s. 124). Med «den legitime andre» mente Antonovsky at kvinnen har en tro på at hun skal håndtere utfordringen (fødselen) selv, men hun kan også velge å se resurser hos andre som hun kan ta i bruk (ibid). «Den legitime andre» kan i en fødsel være helsepersonell, men det avhenger om kvinnen har tillit til dem rundt seg for at hun skal bruke dem (Antonovsky, 2012, s. 40). Ved å ta i bruk disse resursene hos «en legitim annen» kan en vanskelig situasjon virke mer forståelig og derfor mulig å håndtere (Antonovsky, 2012, s. 125).

#### *6.1.4 Essensen av en hva en god fødselsopplevelse innebærer*

Resultatene fra min studie om hva som kjennetegner en positiv fødselsopplevelse er opplevelse av god kommunikasjon, trygghet og fødekraft.

Kommunikasjon kan være det å sikre intellektuell forståelsen av hva som kommer å skje under fødselen. Trygghet kan være selve relasjonen som fødekvinnen har med de rundt seg, både pårørende og helsepersonell. For at kvinnen skal finne fødekraft kan hun være nødt til å fokusere på sin egen kroppen. Kroppen tar over, og hun må tørre å la kroppen selv ta over kontrollen. Hvis man tolker en positiv fødselsopplevelse på denne måten, handler det om samarbeid mellom kvinnens intellekt, hennes emosjonelle relasjon med helsepersonell og at hun gir kroppen sin tillatelse til å oppleve fødekraft. Det er et samarbeid mellom kvinnens kropp og hennes sjel, der hun samtidig må være trygg nok i situasjonen til å klare å slippe kontrollen, eller gi over kontrollen til «en legitim annen».

#### *6.2 Kvinnene egne bidrag til en positiv fødselsopplevelse*

For kvinnene i studien var det viktig å forberede seg godt for å muliggjøre en positiv fødselsopplevelse. De startet tidlig i svangerskapet med å forberede seg til selve fødselen. De forsøkte å finne relevant informasjon om svangerskapet, og om fødselens ulike faser. De forberedte seg mentalt på smerten og hvordan de skulle håndtere den. Under fødselen forsøkte kvinnene å utøve fleksibilitet for å håndtere fødselen bedre. En fødsel er noe som ikke kan kontrolleres, så kvinnene i studien oppga at de måtte forberede seg på det uforutsigbare, og at de måtte åpne opp for å være fleksible.

##### *6.2.1 Innhenting av informasjon*

Kvinnene var aktive og innhentet informasjon om svangerskap og fødsel for å vite mer om hva de kunne forvente. Flere av dem fortalte at informasjonen gjorde at de følte seg tryggere. I flere studier betones viktigheten av informasjon og kunnskap, for at kvinnen intellektuelt skal kunne forberede seg til fødselen (Aune et al., 2015; Dahlberg et al., 2016; Hildingsson, Johansson, Karlström, & Fenwick, 2013; Nikula, Laukkala, & Pölkki, 2015), men det er ikke vektlagt at det er hun selv som skal innhente informasjonen. At kvinnen selv er aktiv for å innhente kunnskapen hun har behov av, har jeg ikke klart å finne belegg for i andre studier enn i Thomson (2013), som beskriver at kvinnen selv styrer sine forberedelser gjennom å lese litteratur (Thomson & Downe, 2013, s. 767). Kvinnene i min studie fikk informasjon fra jordmor under svangerskapet, og de forberedte seg gjennom å delta på fødselsforberedende kurs. De fleste studiene jeg har lest presenterer dermed kvinnen som passiv mottaker av



informasjon. I min studie og i Thomson (2013) kan det virke som om kvinnene er aktive aktører for å tilegne seg informasjon.

En retning innen helsefremmende arbeid er «healthy learning». Det innebærer at eleven har en aktiv rolle, i motsetning til en mere passiv rolle, som er vanligere innen den tradisjonelle læresituasjonen mellom lærer og elev hvor læreren underviser eleven (Green et al., 2015, s. 328). Tanken er at når eleven har en mer aktiv rolle, genererer det økt kunnskap og forståelse over den nye kunnskapen, men også til økt følelse av personlig mestring og «empowerment» (ibid).

For gravide kan det være vanskeligere å ha en slik aktiv rolle. De har ikke samme kunnskap om svangerskap og fødsel som helsepersonell har, noe som kan gjøre det vanskelig for dem å forutse sine behov. Det er helsepersonell som har ansvaret for at den gravide får nok kunnskap for å være klar for å føde. Dette stiller krav på at helsepersonell kan formidle informasjonen slik at den gravide på best måte kan tilegne seg ny kunnskap. Kvinnene i min studie fortalte at de opplevde at denne kombinasjonen med at både ha en passiv og en aktiv rolle fungerte bra.

### *6.2.2 Mental forberedelse*

Under svangerskapet var det viktig for kvinnene å mentalt forberede seg innfor fødselen, blant annet på hvordan de skulle håndtere smerte. Kvinnene fortalte at de var enklere for dem å håndtere smerten i fødselen når de hadde forberedt seg på forhånd. Lundgren (2009) skriver at kvinnen må finne sin egen måte å håndtere smerten på (Lundgren et al., 2009, s. 122-123). Det samsvarer med resultatet i min studie. Kvinnene hadde ulike måter å forbereder seg på mentalt, for ved det å finne sin egen måte å håndtere smerte på.

En mental forberedelse var å øve på ulike teknikker for avslapping og mental trening. De konkretiserte ikke hvilke kognitive metoder de brukte. Magistretti (2016) beskriver at det kan være positivt å gjennomføre aktiviteter og å lytte til seg selv/ sin egen kropp for å øke egen styrke, både psykisk og fysisk styrke under svangerskapet. Ved å lære å kjenne egen kropp og sinn, kan kvinnen være bedre forberedt til fødselen (Magistretti et al., 2016, s. 7).

En av kvinnene fortalte at hun var streng med seg selv når hun fødte. Hun tenkte at hun ikke måtte knekke sammen, men ga seg selv streng beskjed om at dette måtte hun håndtere. Hun

gikk inn i seg selv for å fortsette at jobbe. Samtidig opplevde hun at jordmors tilstedeværelse og hvordan jordmoren arbeidet hjalp henne, slik at hun mentalt klarte å håndtere fødselen.

Hildingsson (2013) fant at det å tenke positive tanker om den forestående fødselen, så kalt «mental trening», og å beholde fokus på «her og nå» situasjonen, gjorde at kvinnene oftere hadde en god fødselsopplevelse (Hildingsson et al., 2013, s. 156). Det samsvarer med resultatene i min studie, da de av kvinnene som hadde forberedt seg godt, og heller ikke var redde for å føde, oftere fortalte om en positiv fødselsopplevelse.

Lundgren (2009) beskriver at det å håndtere smerte, kan oppleves som en resurs, som kan gi kvinnen styrke. For å mestre smerte må kvinnen gå inn i selve fødeprosessen og møte det ukjente (Lundgren et al., 2009, s. 123). I min studie opplevde kvinnene ikke smerten som noen resurs, men de hadde en opplevelse av styrke og mestring etter fødselen. Spesielt gjaldt dette kvinnene som på forhånd hadde sett for seg fødselen som en nesten umulig oppgave å håndtere.

### *6.2.3 Utøve fleksibilitet*

Å forberede seg på å være fleksibel, var noe kvinnene i min studie vektla. Kvinnene fortalte at de hadde kunnskap om hvordan en fødsel var, men at de samtidig forstod at det er umulig å kontrollere det som kommer. Dette står i motsetning til andre studier. Lundgren (2009) beskriver at opplevelse av kontroll var viktig for fødekvinne (Lundgren et al., 2009, s. 123). Hildingsson (2013) beskriver følelsen av å ha kontroll som en viktig faktor for en positiv fødselsopplevelse (Hildingsson et al., 2013, s. 153). Nilsson (2013) beskriver følelsen av å ha kontroll i fødselen gjennom å fokusere på en ri av gangen (Nilsson et al., 2013, s. 3). Kvinnene som var med i min studie snakket ikke så mye om kontroll, men mer om å beholde fokus når rien kom. De snakket heller om at det var umulig å ha kontroll i en fødsel, men at de måtte være fleksible for å håndtere hva som skulle komme.

Jeg har i litteraturen ikke funnet det påpekt at fleksibilitet er viktig for en positiv fødselsopplevelse. Som jordmor har jeg erfart at uforutsette ting ofte kan forekomme i en fødsel. Hvordan kvinner best skal forberede seg på å være fleksible er vanskelig å generalisere, da det er veldig individuelt. Det å være fleksibel kan være krevende for fødekvinne psykisk, da vi er vant til å ha kontroll over mye av det som skjer i våre liv. Hvordan kan kvinnen selv da styrke sin psyke? Kvinnene fortalte at når deres grunnleggende

behov var oppfylt og de intellektuelt hadde forberedt seg til fødselen, var det enklere for dem å håndtere usikkerheten og på den måten være klar for å mestre kroppens utfordringer.

For at kvinnen skal klare å være fleksibel kan det også stilles krav til de helsepersonell som bistår kvinnen under fødselen. Helsepersonell kan være nødt til å utfordre kvinnen i ulike situasjoner. Kvinnen vil kanskje ikke bevege seg når hun er i fødsel, men helsepersonell vet at når kvinnen beveger seg, for eksempel gjennom å skifte hvilestilling, er positivt for fødselsprosessen. Dette kan medvirke til at barnet enklere passerer fødselskanalen, hvilket gjør at kvinnen føder raskere. Helsepersonell må hjelpe kvinnen, gjennom å gi henne informasjon slik at hun kan ha intellektuell forståelse for situasjonen.

Det å være fleksibel kan stå i motsetning til å ha kontroll over situasjonen. I kapittel 6.1.3 reflekterte jeg rundt Antonovskys (2012) begrep «den legitime andre», og noe av det kan høre hjemme her. Antonovsky (2012) beskriver at ressursene kvinnen trenger for å føde, kan komme fra «en legitim annen» (Antonovsky, 2012, s. 125). I en fødsel kan «den legitime andre» være helsepersonell, men det avhenger av om kvinnen har tillit til den personen. Kvinnen får, ved å være fleksibel, en større tilgang til de resurser hun trenger for å føde sitt barn, gjennom den hjelpen hun får fra sin «legitime andre».

#### *6.2.4 Kvinnens bidrag til en positiv fødselsopplevelse; et essensielt et paradoks?*

Resultatene fra min studie om hva kvinnene selv bidro med for å få en positiv fødselsopplevelse illustrerer et paradoks. Kvinnene fortalte at det var viktig for dem å innhente informasjon om svangerskap og fødsel, og at de måtte forberede seg mentalt på fødselen og fødselssmerten. Samtidig fortalte de at de måtte være fleksible for å håndtere fødselen. De måtte forberede seg på det uforutsigbare og ukontrollerbare som en fødsel innebærer, hvilket kan oppleves skummelt og virke truende. Når kvinnen intellektuelt vet hva som kommer til å skje, kan det gjøre det mulig for henne å være fleksibel.

Er det en generell forberedelse kvinnene kan utfordres til i løpet av svangerskapet, og hva skal til for at alle kvinner føler seg klare til å møte det uforutsigbare? Ikke alle kvinner i min studie fortalte at de måtte være fleksible, men de som gjorde det, satt oftere igjen med en positiv opplevelse av fødselen. Det samsvarer med mine egne erfaringer som jordmor. Flere av de kvinner jeg har møtt som jordmor, har hatt vanskelig for å gi slipp på kontrollen under fødselen. Min erfaring er at de ofte kan ha opplevd sin fødsel som vanskeligere og vondere.

Resultatet om hvordan kvinnene selv forbereder seg til fødselen kan sees fra to synsvinkler. Kvinnen må forberede seg intellektuelt, for å deretter forberede seg på å slippe kontrollen. Hvordan kan denne kunnskapen implementeres i virkeligheten? Kan kvinnen oppfordres til å kognitivt forberede seg på smerten ved hjelp av mental trening?

Vi jordmødrer sammenligner ofte fødselen med å løpe maraton, kanskje skal vi, allerede i svangerskapet, utfordre kvinnene til å tenke som en maratonløper? En toppidrettsutøver må forberede seg godt før konkurransen, men må også være fleksibel, fordi ting kan skjer underveis.

Ved å implementere tanker fra salutogenese kan man bidra til å gjøre svangerskapet og fødselen begripelig, håndterbar og meningsfull. Fødekvinnen kan, ved å ha økt fokus på sine egne resurser, da oppleve at hun føler seg bedre forberedt til å håndtere fødselen. Kvinnen kan under svangerskapet utvikle sin kunnskap, slik at hun forstår hva som kommer å skjer i fødselen (forståelighet), samtidig som hun har tro på at hun skal klare å føde (håndterbart) og hvis utfordringer oppstår, kan de oppleves motiverende (meningsfullt) (Antonovsky, 2012, s. 39-43).

### 6.3 Helsepersonells og familiens rolle

Kvinnene i studien opplevde at helsepersonell veiledet dem gjennom å motivere dem til å håndtere fødselens utfordringer. Videre formidlet helsepersonell kunnskap under både svangerskapet og fødselen. Kvinnene opplevde at helsepersonell ga dem trygghet som medvirket til en positiv fødselsopplevelse. Pårørende bidro fremfor alt med trygghet.

#### 6.3.1 Veiledning

Kvinnene beskrev at de fikk veiledning av helsepersonell under svangerskapet og fødselen. De beskrev om tre ulike måter å gi veiledning på. Disse var å gi oppmuntring, gi positive tilbakemeldinger og å gi ro. De fortalte at når jordmor var rundt dem, støttet dem, oppmuntret dem og ga dem veiledning blant annet gjennom positive tilbakemeldinger, var det enklere for dem å håndtere fødselen. Dahlberg (2016) skriver at for flere av kvinnene var det jordmors oppmuntring og positive tilbakemeldinger, som gjorde at de klarte å føde (Dahlberg et al., 2016, s. 5).

### 6.3.2 Kunnskapsformidling

I min studie oppga kvinnene at de var viktig for dem at jordmor formidlet informasjon så de fikk økt kunnskap om svangerskap og fødsel. Kvinnene fortalte at når de hadde kunnskap om hva som skulle skje, følte de seg tryggere og var bedre forberedt. Halldorsdottir (2011) skriver at det å formidle kunnskap er en del av jordmorens profesjon, jordmor er ansvarlig for at fødekvinnen skal få den informasjon og kunnskap hun har behov av (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011, s. 812). I denne studien fortalte kvinnene at det var viktig for dem å selv innhente informasjon, men at jordmor gjerne kunde formidle kunnskapen da jordmor har den viktige kompetansen innen faget. En av kvinnene fortalte at hun hadde prøvd å søke etter informasjon på internett, men at hun da fikk en del underlige svar på sine spørsmål.

Det å formidle informasjon slik at den gravide kan tilegne seg kunnskap, kan sees som en læringsprosess. Ved å kombinere pedagogiske innsikter fra læringsfeltet med prinsipper fra helsefremmende arbeid, oppstod «healty learning» (Lindström & Eriksson, 2011, s. 90). «Healty learning» innebærer at eleven (den gravide i min studie) har en aktiv rolle at selv søke den informasjonen hun trenger for å øke sin kunnskap (Green et al., 2015, s. 328). (Se også kap 6.2.1). Det å lære er tett knyttet til kommunikasjon (Green et al., 2015, s. 318). Hvis den du informerer ikke forstår det du sier, fungerer kommunikasjonen ikke (Green et al., 2015, s. 370). Alle kvinnene i denne studien hadde erfaring med å få formidlet informasjon slik at de ervervet seg økt kunnskap, både under svangerskapet og under fødselen. Noen hadde gode erfaringer, andre hadde også opplevd at kunnskapsformidlingen ikke var tilstrekkelig.

### 6.3.3 Overføring av trygghet

Et sentralt resultat i studien er opplevelse av trygghet, både som *kjennetegn* på en positiv fødselsopplevelse, men også relatert til hva som *gir* en god fødselsopplevelse. Alle kvinner fortalte om hvor viktig det var for dem å føle seg trygge når de fødte. Kvinnene opplevde at tryggheten ble «overført» via jordmor og øvrig helsepersonell, men også av kvinnens pårørende. Det at tryggheten ble «overført» peker på det som kanskje kan formuleres som «magiske opplevelser»; det var som om kvinnene opplevde at jordmoren forstod hva de hadde behov for, uten at de hadde sagt det. Kvinnene fortalte at denne overføringen kun skjedde gjennom jordmors tilstedeværelse.

Tidligere i diskusjonen har jeg skrevet om kommunikasjon. Jeg har beskrevet hvor viktig den «non verbale» kommunikasjonen er for blant annet å oppleve empati og trygghet (Green et al., 2015, s. 324). Det at jordmor var tilstede for kvinnen og klarte å tilgodese hennes behov,

også de behovene kvinnen ikke fortalte om, tolker jeg som at den non verbale kommunikasjonen og at overføringen av trygghet fungerer på en hensiktsmessig måte.

Dahlberg (2013) beskrev viktigheten av å etablere psykologisk tillit mellom fødekvinne og jordmor. Når kvinnen opplevde at jordmoren ga henne emosjonell støtte, og så hennes behov, var det enklere for henne å stole på egne evner og egen kropp (Dahlberg, 2013, s. 412). Dette samsvarer med hvordan kvinnene i min studie opplevde overføringen av trygghet. Når en kvinne føder er hun i en sårbar posisjon, hun opplever smerte, og kan føle at hun ikke strekker til. Det å oppleve emosjonelt at jordmor er nær henne og ser hennes behov, kan lede til at kvinnen slapper av, og klarer å stole mer på seg selv.

Kontinuitet av jordmor var noe kvinnene verdsatte i min studie, et resultat som Aune (2015) også fant. Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor er beskrevet som viktig for kvinnens opplevelse av selvtillit og mestring under fødselen (Aune et al., 2015, s. 92). I min studie fortalte kvinnene at jordmor klarte å overføre trygghet når hun var kontinuerlig tilstede hos dem under fødselen, men opplevelsen var avhengig av relasjonen kvinnen hadde med sin jordmor. Hvis jordmoren hadde mest fokus på dokumentasjon på PCn, ga det ingen trygghet, til tross for at jordmoren var tilstede hele tiden. Det at jordmoren, også i det hun gjorde, formidlet at hun var tilstede for kvinnen, var en viktig faktor i opplevelsen av trygghet. Kvinnene fortalte at ting kan gå ganske raskt i en fødsel, så når jordmor er kontinuerlig tilstede, føler kvinnene seg trygge på at jordmor kunde gripe inn ved behov. Dette så også Dahlberg (2013, s 411, 414) som beskriver at kontinuitet i relasjonen var viktig for en positiv fødselsopplevelse.

I min studie opplevde kvinnene at deres partner overlag klarte å overføre trygghet og fysisk støtte under fødselen. Det samsvarer ikke helt med funnene til andre forskere. Hildingsson (2013) fant i sin studie at kvinnens partner ikke alltid klarer å gi en god støtte, men at støtten fra jordmor oftere forbindes med en god fødselsopplevelse (Hildingsson et al., 2013, s. 160). Lundgren (2009) beskrev at kvinnene var takknemlige for at partneren var med dem under fødselen, selv om de ikke kunne gjøre så mye for henne (Lundgren et al., 2009, s. 121).

#### *6.3.4 Essensen av hva som gir en god fødselsopplevelse*

Veiledning, kunnskap og trygghet er essensen av hva kvinnene opplevde at helsepersonell og pårørende bidro med for at de skulle få en god fødselsopplevelse. Det tolker jeg går direkte

til selve relasjonen mellom fødekvinne og helsepersonell. Ved opplevelse av at ha en god relasjon er det mye enklere å formidle veiledning, kunnskap og trygghet ut fra kvinnens behov.

#### 6.4. Refleksjoner på tvers av alle resultatene

For å sammenfatte diskusjonen om hva som er viktig for (men også gir) en positiv fødselsopplevelse, er det viktig at kvinnen blir møtt både intellektuelt og emosjonelt under svangerskapet og fødselen. At kvinnen får nødvendig informasjon og at hun selv finner svar på sine spørsmål. Videre er det viktig å fødekvinne utøver fleksibilitet under fødselen, og at hun kan slippe kontrollen gjennom å stole på kroppen for å oppleve fødekraft. Det emosjonelle møtet i relasjonen med andre er viktig, der fødekvinne opplever at hun får veiledning og informasjon, men også at hun opplever trygghet.

Ved spørsmål om hva som kjennetegner en god fødselsopplevelse fortalte kvinnene om fødekraft og at den hjalp dem til å føde. Kvinnene i denne studien fortalte imidlertid ikke noe om hvordan de selv eller jordmor, kan være med på å gi dem en slik fødekraft. De beskrev heller ikke hvordan de selv kunne få frem fødekraften.

## Kap 7 Konklusjon

Hensikten med min forskning var å få en bedre innsikt i hva en positiv fødselsopplevelse innebærer for kvinner, men også deres egne tanker over hva de selv og andre kan gjøre for at den skal bli realisert. Problemstillingen i oppgaven er;

*Hvordan beskriver kvinner en positiv fødselsopplevelse og hvordan kan den realiseres?*

Problemstillingen ble besvart gjennom følgende forskningsspørsmål:

*Hva kjennetegner en positiv fødselsopplevelse?*

Kvinnene i studien beskriver en positiv fødselsopplevelse der hun opplever god kommunikasjon og trygghet med jordmor under fødselen, og der hun opplever å kjenne på sin fødekraft. De beskriver relasjonen med jordmor som avgjørende for hvordan fødselsopplevelsen blir. Kvinnene beskriver at en slik positiv fødselsopplevelse kan styrke dem og gi dem mestringsfølelse.

*Hva mener kvinnene selv de bidro med for å sikre en positiv fødselsopplevelse?*

Kvinnene innhentet informasjon om svangerskap og fødsel for å forberede seg best mulig intellektuelt. De forberedte seg mentalt for å møte smerten og for å kunne utøve fleksibilitet for å håndtere fødselen, da en fødsel ikke kan kontrolleres.

*Hva tenker kvinnen selv av det helsepersonell og familie gjorde som bidro til at de fikk en positiv fødselsopplevelse?*

Kvinnene opplevde at de fikk veiledning av helsepersonell både under svangerskapet og fødselen. Videre opplevde de at helsepersonell formidlet kunnskap og overførte trygghet til dem. Kvinnene opplevde at å ha pårørende tilstede under fødselen, gjorde til at de følte seg trygge.

Opplevelse av god informasjon, kommunikasjon og trygghet, sammen med en god relasjon med helsepersonell, er nøkkelbegrep fra min studie, hvilke samsvarer med tidligere forskning. Nye resultatene i studien er opplevelsen av fødekraft som kun få forskere med salutogent fokus har funnet. At fleksibilitet er viktig for en positiv fødselsopplevelse er ny kunnskap.



Konklusjonen er tatt etter gjennomgang av syv kvalitative, individuelle intervjuene som er grunnlag for denne studien. Alle kvinnene i studien hadde en normal fødsel. Det trengs videre forskning for å sikre at konklusjonen gjelder uansett hvilken måte kvinnen føder på, normal fødsel eller med keisersnitt.

### 7.1 Videre forskning

Det som jeg fremfor alt tenker hadde vart interessant for videre forskning er begrepene fødekraft og fleksibilitet. Dette er noe som skjer med kvinnen under selve fødselen.

Det hadde vært interessant å forske videre på hvordan opplevelse av fødekraft kan formidles og økes. Er det noe som kan implementere i svangerskapsomsorgen for å fremme opplevelse av fødekraft? Er det noe som helsepersonell kan gjøre for å hjelpe gravide for en optimal forberedelse for å på noen måte «sikre dem» opplevelse av fødekraft? Er det noe helsepersonell eller kvinnen selv kan gjøre under fødselen? Kan det å ha økt fokus på den mentale forberedelsen innfor fødselen, gjøre kvinnene bedre i stand til å oppleve fødekraft? Forskning på hvordan kvinnen kan forberede seg på ulike måter psykisk innfor en fødsel, hadde vart interessant. Er det noen kognitiv metode som er enklere å tillempe en andre?

Videre er det dette med å være fleksibel. Hvordan kan kvinner forberede seg på å være fleksible under fødselen? Eller for å øke muligheten for å være fleksibel? Man kan stille spørsmål som; kan en god relasjon mellom fødekvinne og jordmor gjøre det enklere å være fleksibel? Ved økt opplevelse av fødekraft, er det samtidig økt mulighet for å være fleksibel under fødselen? Hører disse begrepene sammen? Dette er spørsmål som kan bidra til en bedre opplevelse for de fødende, og som kan hjelpe jordmødre til å bistå fødende enda bedre.

## Kap 8 Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. (B. 1). The United States of America: International Pan America.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Oxford University press*, 11(1), 11-18.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. doi: 10.1016/j.midw.2015.03.016
- Branstad, A. (2006). Fra monolog til dialog: Fra en maktform til en annen? . I H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Red.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?* (B. 2). Fagbokforlaget: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Conrad, M., & Stricker, S. (2018). Personality and labor: a retrospective study of the relationship between personality traits and birthing experiences. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 67-80. doi: 10.1080/02646838.2017.1397611
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7. doi: 10.1016/j.srhc.2015.08.001
- Dahlberg, U. A., Ingvild; . (2013). The woman's birth experience- The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29, 407-415.
- Engelstad, F., Grenness, C. E., Kalleberg, R., & Malnes, R. (2005). *Introduksjon til samfunnsfag* (B. 3): Gyldendal Akademisk.
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant behavior & development*, 51, 24. doi: 10.1016/j.infbeh.2018.02.005
- Green, J., Tones, K., Cross, R., & Woodall, J. (2015). *Health promotion: Planning and strategies* (3. utg.). London: Saga.
- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Malmö: Studentlitteratur.
- Hauge, H. A. (2006). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid: Fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse og Omsorgsdepartementet. (2008-2009). *En gledelig begivenhet*. regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud; Kvalitetskrav til fødselsomsorgen* Hentet 13.04.2019 2010, fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>
- Helsedirektoratet. (2018). *Svangerskapsomsorgen, Nasjonale faglige retningslinjer*. Hentet 05.06.2018, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors Associated With a Positive Birth Experience: An Exploration of Swedish Women's Experiences. *International Journal of Childbirth*, 3(3), 153-164. doi: 10.1891/2156-5287.3.3.153

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane database of systematic reviews*(3), CD003766.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2011). From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 suppl), 85-92. doi: 10.1177/1403494810393560
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikarens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundgren, I., Karlsdottir, S. I., & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 115-128. doi: 10.1080/17482620802423414
- Magistretti, C. M., Downe, S., Lindström, B., Berg, M., & Schwarz, K. T. (2016). Setting the stage for health: Salutogenesis in midwifery professional knowledge in three European countries. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being*, 11. doi: 10.3402/qhw.v11.33155
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisn og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Murphy, H., & Strong, J. (2018). Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers' traumatic birth experiences. *Health Care for Women International*, 39(6), 619-643. doi: 10.1080/07399332.2018.1442838
- Nikula, P., Laukkala, H., & Pölkki, T. (2015). Mothers' Perceptions of Labor Support. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(6), 373-380. doi: 10.1097/NMC.0000000000000190
- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013(2013). doi: 10.1155/2013/349124
- Nishi, D., & Usuda, K. (2017). Psychological growth after childbirth; an exploratory prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, , 38(no 2), 87-93.
- Simkin, P. (2006). What Makes a Good Birth and Why Does it Matter? *International Journal of Childbirth Education*, 21(3), 4-6.
- Simpson, M., & Catling, C. (2015). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.009
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1). doi: 10.1186/s12884-019-2241-7
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2015). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and Birth*, 29(3), e44-e49. doi: 10.1016/j.wombi.2015.11.009
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and Birth*, 29(3), e44-e49. doi: 10.1016/j.wombi.2015.11.009
- Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis; Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Thomson, G., & Downe, S. (2013). A hero's tale of childbirth. *Midwifery*, 29(7), 765-771. doi: 10.1016/j.midw.2012.07.008
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482. doi: 10.1016/S0022-3999(99)00043-4
- World health organisation. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet 16.09.2015, fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World health organisation. (2016). *What is health promotion?* Hentet 26.04.2020, fra <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-is-health-promotion>
- Yardley, S., Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2012). Experiential learning: Transforming theory into practice. *Medical Teacher*, 34(2), 161-164. doi: 10.3109/0142159X.2012.643264

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Intervjuguide masteroppgave

**” Hvordan kan gravide kvinner styrkes så at de får best mulig fødselsopplevelse?”**

MH-OPP4401 Annsophie Johnsen

Kort presentasjon om hvem jeg er og om masterstudiet i Helsefremmende arbeid. Informasjon om prosjektet og hensikten med oppgaven.

Kan du beskrive din livssituasjon? Sivilstand, alder, utdanning, sosialt nettverk. Hvordan håndterer du livet? Beskriv positive og negative opplevelser, og hvordan du håndterer dem.

Hvordan opplevde du svangerskapet? Var det ditt første barn? Beskriv hvilken hjelp du fikk av din familie, venner, lege/ jordmor, arbeidsgiver under svangerskapet. Hvilke ressurser synes du er avgjørende for å styrke kvinnen i svangerskapet? Hvordan kan hun oppleve mestring? Opplevde du mestring? Hva var det som gjorde at du opplevde mestring? Var det noe som du ønsket å få men ikke fikk?

Hvordan opplevde du fødselen? For flergangsfødende; var denne fødselen annerledes? På hvilken måte? Bedre? Dårligere? Kan du beskrive deler/ perioder i fødselen der du følte deg sterk? Eller glad? Der alt fungerte på best mulig måte? Beskriv hvilken hjelp du fikk av din partner, av jordmor/ lege. Beskriv hvilken hjelp du fikk når du opplevde deg sterk. Eller glad.

Hva kjennetegner en god fødselsopplevelse? Hva kan fremme en positiv fødselsopplevelse? Hvordan kan en kvinne forberede seg på en positiv fødselsopplevelse? Hva trenger hun fra sin partner og omgivelsen? Under svangerskapet? Under selve fødselen? Hva kan jordmor/ lege gjøre? Hva tenker du at gravide kvinner trenger for å fremme sin fødeglede og fødekraft? Nå som nybakt mor, tenker du at du kunde ha gjort noe annerledes under svangerskapet eller under fødselen?

Hvordan kan kvinnen finne sin kraft og glede i å føde sitt barn? Hvordan kan kvinnen oppleve mestring i fødselen? Hva synes du jordmor kunde ha gjort slik at du kunde ha forberedt deg på best mulig måte for å oppleve mestring? Under svangerskapet? Under fødselen? Hva skulle ha vart annerledes? På hvilken måte kan opplevelsen av kontroll styrke kvinnen? Følte du at du hadde kontroll under fødselen? Hva tenker du at du hadde trengt for å få kontroll? Hva trengte du? Opplevde du deg styrkt etter fødselen? På hvilken måte?

Hvordan opplevde du barselperioden (0-6 uker etter fødselen)? På sykehuset og hjemme? Hva kan gjøres for en positiv barselperiode?

Er det noe mer du mener jeg burde spørre om?

Intervjuguiden er veiledende, utfyllende spørsmål kommer å bli brukt under intervjusituasjonen så at alle spørsmål blir besvart og forklart hvis noe er uklart.



## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *” Hvordan kan gravide kvinner styrkes så at de får en best mulig fødselsopplevelse? ”*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å kartlegge hva som er viktig for gravide kvinner for at de skal få en positiv fødselsopplevelse. Undersøkelsen gjøres i forbindelse med Annsophie Johnsen's masteroppgave i Helsefremmende arbeid. Jeg er jordmor med over 20 års ansiennitet i fødsel og svangerskapsomsorg. For tiden arbeider jeg som kommunejordmor i Fredrikstad kommune. Jeg har tidligere arbeidet mange år på føde barsel avdelingen i Fredrikstad og på Kalnes. Et av mine hoved interesse som jordmor er å fremme en så god fødselsopplevelse som mulig for den gravide kvinnen.

Målet med prosjektet er å finne hva gravide kvinner synes er viktig under svangerskapet, for at de skal få en positiv fødselsopplevelse. For å lære mer om dette ønsker jordmor Annsophie å intervjuer deg som hadde termin under april 2018. Gravide kvinner som gikk til jordmor i Fredrikstad kommune, får invitasjon om å delta i dette prosjektet. Spørsmålene vil handle om hvilke erfaringer du hadde under din graviditet og din fødsel. Din erfaring som gravid og fødekvinne er verdifull for å kunne styrke kunnskapen i svangerskapsomsorgen. Uansett om du hadde en positiv eller en negativ fødselsopplevelse er din erfaring viktig.

**Hva skjer hvis jeg sier ja til å være med?** Annsophie intervjuer deg og samtalen blir tatt opp. Det er kun Annsophie og hennes veileder Torill Eide som får høre lydopptaket. Vi møtes et sted som er ok for deg, for eksempel hjemme hos deg eller på helsestasjonen. Intervjuet varer så lenge du har noe å fortelle. Etter intervjuet blir alt vi sagt skrevet ned.

**Viktig:** I teksten forandrer vi alt som kan røpe hvem du er. I intervjuet er ingenting rett eller feil, det er ingen fasit. Det er din historie som er viktig! Du bestemmer selv hvor mye du vil si.

**Hva skal jeg gjøre for å delta i prosjektet?** Ta kontakt med Annsophie på mail [ansjoh@fredrikstad.kommune.no](mailto:ansjoh@fredrikstad.kommune.no) eller send en sms til **92668464**. Da tar Annsophie kontakt med deg for å avtale nærmere tid for intervju. Du kan også stille spørsmål hvis det er andre ting du lurer over med prosjektet.

### **Alt er hemmelig**

Alt vi får vite om deg er hemmelig. I stedet for å bruke navnet ditt, bruker vi en kode, sånn at de som leser opplysningene ikke kan se navnet ditt. Opplysningene blir lagret på et sikkert område på datanettverket vårt. Hvis det blir skrevet om prosjektet i blader eller aviser, er det ingen som kommer til å kjenne igjen deg.

### **Det er frivillig å være med!**

Det er frivillig å være med i forskningsprosjektet. Det er også lov til å ombestemme seg. Selv om du har lyst til å være med i prosjektet nå, kan du ombestemme deg etterpå uten å forklare hvorfor. Da kan du ringe til Annsofie (telefon 92668464). Da sletter vi alle opplysninger om deg. Den eneste regelen er at du eventuelt må ombestemme deg før våren 2019. Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2019. Vi kommer til å slette alle opplysningene om deg senest desember 2019.

Det kan være spennende for dem rundt deg at du er med på forskning! Men du bestemmer selv hvor mye du forteller om intervjuet etterpå. Du har rett til å ikke fortelle videre det vi har snakket om. Det er ok for oss dersom du ønsker å fortelle videre det vi har snakket om.

Kontakt Annsofie (92668464) dersom du har flere spørsmål.

Veiledere Torill Eide kan også kontaktes på mailadresse: [torill.eide@usn.no](mailto:torill.eide@usn.no)

(Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.)

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(veileder)  
Torill Eide

Masterstudent  
Annsofie Johnsen

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”*Hvordan kan gravide kvinner styrkes så at de får best mulig fødselsopplevelse?*” og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i *intervju*

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2019

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Torill Eide  
3603 KONGSBERG

Vår dato: 18.07.2018 Vår ref: 61464 / 3 / BGH Deres dato: Deres ref:

## Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 05.07.2018 for prosjektet:

61464

Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

### Vurdering

Hvordan kan gravide kvinner styrkes så at de får best mulig fødselsopplevelse?

Universitetet i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder Torill Eide  
Annsofie Johnsen

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med: •opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon

- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.



Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.12.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884  
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / [belinda.helle@nsd.no](mailto:belinda.helle@nsd.no) Vedlegg:

Prosjektvurdering

Kopi: Annsofie Johnsen, [annsofiejohn@gmail.com](mailto:annsofiejohn@gmail.com)

Belinda Gloppen Helle



## Personvernombudet for forskning

### Prosjektvurdering - Kommentar

#### FORMÅL

Målet med denne studien er at øke helsepersonellens kunnskap, om hva kvinner trenger under graviditet og fødsel. Denne studien sees fra kvinnens perspektiv på hennes graviditet og fødselsopplevelse, sett retroperspektiv cirka 5 måneder etter fødselen. Foreløpig problemstillingen lyder slik;

Hvordan kan gravide kvinner styrkes så at de får en best mulig fødselsopplevelse?

#### UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget er kvinner som hadde termin i april 2018. Alle som går til kommunejordmor registreres i helsestasjonens dataprogram. Det er personvernombudets vurdering at det kan fremkomme sensitive personopplysninger om helseforhold under intervjuene. Vi minner om at sensitive opplysninger må behandles med særlig varsomhet gjennom hele datasyklusen.

Kvinnene får tilsendt et brev med forespørsel om å delta av en ansatt på helsestasjonen. Kvinner som ønsker å delta i prosjektet tar selv kontakt med studenten via epost eller telefon. Vi minner om at

taushetsplikten ved rekruttering av deltakere må overholdes og at frivilligheten ved deltakelse skal understrekes.

#### FORSKNING PÅ EGEN ARBEIDSPASS

Studenten er ansatt som jordmor i kommunen hvor datainnsamlingen skal foregå. Studenten har derfor en dobbeltrolle som student og som ansatt. Vi anbefaler derfor at studenten setter seg inn i våre retningslinjer om forskning på egen arbeidsplass, da dette kan medføre en del utfordringer med tanker på rekruttering, taushetsplikt og blanding av egne roller:

[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen\\_arbeidsplass.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html)

Vi legger til grunn at det er avklart med behandlingsansvarlig institusjon, Universitetet i Sørøst-Norge, at studenter kan gjennomføre datainnsamling på egen arbeidsplass.

#### INFORMASJONSSKRIV ETTER NY PERSONVERNLOVGIVNING

Du har opplyst i meldeskjema at utvalget (kvinnene) vil motta skriftlig (og muntlig) informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet etter gjeldende lovverk.

20. juli 2018 vil imidlertid nye personvernregler gjelde. Blant annet stilles det mer omfattende krav til informasjon og samtykke, og behandlingsansvarlig institusjon må løpende vurdere om informasjonen som er gitt er tilstrekkelig etter det nye regelverket (se siste avsnitt om ny personvernforordning). På grunn av prosjektets varighet oppfordrer personvernombudet at det gjøres enkelte tilføyinger i informasjonsskrivet for å

Prosjektnr: 61464

imøtekomme disse endringene:

- at samtykke er det lovlige behandlingsgrunnlaget for behandling av personopplysninger
- hvilke tiltak dere gjør for å sikre at ikke uvedkommende får tilgang til personopplysningene
- kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud (personvernombudet@nsd.no, +47 55 58 21 17)
- deltakernes rettigheter, herunder rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deltakeren, rett til å få slettet eller rettet de opplysningene som er registrert, rett til å få utlevert en kopi av opplysningene som er registrert (dataportabilitet), samt rett til å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet angående behandlingen av personopplysninger.

På våre nettsider finnes en ny mal for informasjonsskriv vi anbefaler at det tas utgangspunkt i:

[http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon\\_samtykke/informere\\_om.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html)

#### INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet forutsetter at du behandler alle data i tråd med Universitetet i Sørøst-Norge sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av privat pc eller mobil lagringsenhet er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

#### PROSJEKTLUTT OG ANONYMISERING AV DATAMATERIALET

Prosjektlutt er oppgitt til 31.12.2019. Det fremgår av meldeskjema og informasjonsskriv at du vil anonymisere datamaterialet ved prosjektlutt.

Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder: <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

#### VURDERING AV PROSJEKTET ETTER NY PERSONVERNFORORDNING

Den 20. juli trer EUs personvernforordning og den nye norske personopplysningsloven, i kraft. Prosjektet ditt er vurdert etter dagens personopplysningslov, ettersom prosjektet ble meldt inn før det nye regelverket begynner å gjelde.

Etter dagens lovverk har ditt prosjekt behandlingsgrunnlag i samtykke, jf. personopplysningsloven § 8 første ledd og § 9 a), og er vurdert av personvernombudet med hjemmel i personopplysningsforskriften § 7-27. Dersom du oppdaterer informasjonsskrivet ditt med punktene over er det vår oppfatning at du vil ha gyldig behandlingsgrunnlag i samtykke når det nye regelverket trer i kraft, med medhold i personvernforordningen artikkel 9 nr. 2, bokstav a, [jf. ny personopplysningslov § 10].