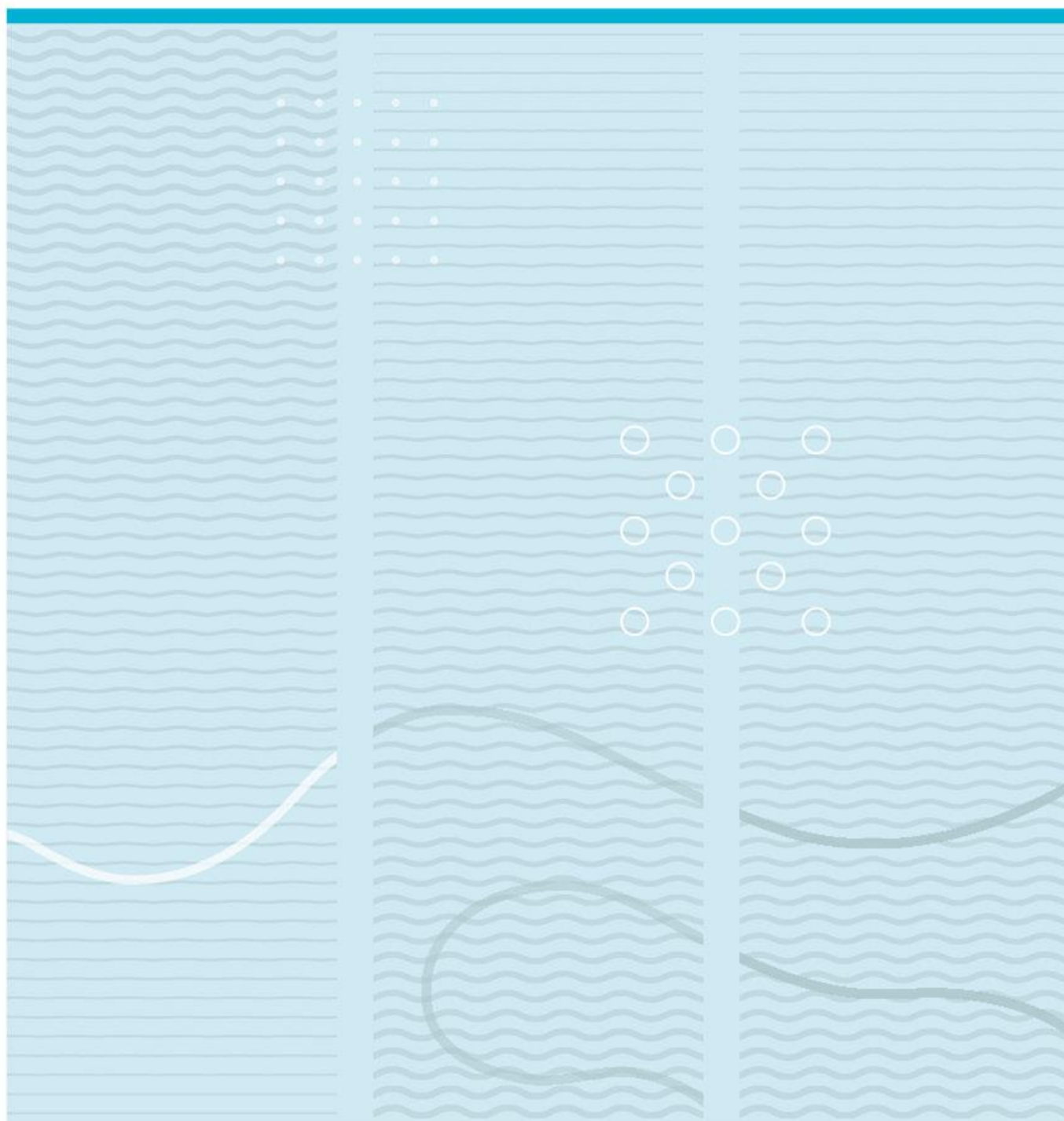


Marianne Mathisen Mostraum og Anita Silden Prante

Traumatiske hendelser i fødselsomsorgen – Jordmødres opplevelser og strategier: En kvalitativ metaetnografi



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse og sosialvitenskap.
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap.
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2019 Marianne Mathisen Mostraum og Anita Silden Prante.

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har til tider vært svært krevende, men også berikende og lærerik. Vi vil i den forbindelse rette en stor takk til vår veileder Katrine Aasekjær som har bidratt til at vi har klart å gjennomføre denne studien på en god måte. Du har inspirert oss, gitt oss gode tilbakemeldinger og har alltid vært engasjert og tilgjengelig. Vi vil og takke våre ektefeller, og barn for god støtte gjennom hele prosessen.

Bergen, September 2019.

Anita Silden Prante og Marianne Mathisen Mostrøm

Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven består av to deler.

Del 1. Artikkel skrevet etter forfatterveiledningen til Midwifery (Vedlegg 1) som er tidsskriftet vi planlegger å publisere den i.

Del 2. Fordypningsdel består av en fordypning om artikkelens metode og resultat. Den inneholder en presentasjon av et teoretisk perspektiv sett i lys av våre resultat, og må leses i sammenheng med artikkelen.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Oppgavens oppbygging	3
Sammendrag	5
Abstract	6
Del 1. Artikkel: En erfaring jordmødre tar med seg videre i livet - En kvalitativ metaetnografi om jordmødres opplevelser og strategier i etterkant av en traumatisk hendelse.	7
Innledning.....	7
Metode.....	8
Inklusjonskriterier og litteratursøk	9
Analyse.....	12
Etiske overveielser	13
Funn.....	13
Diskusjon og implikasjon for jordmorfag og praksis.....	19
Styrker og svakheter.....	22
Konklusjon	22
Referanser.....	23
Del 2. Fordypningsdel	27
Innledning	27
Oppsummering av artikkelmanus	28
Teoretisk referanseramme	28
Metode med metodediskusjon	30
Metaetnografi	31
Noblit og Hares 7-trinns metode	31
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	32
Søkeprosessen	33
Analyse	37
Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler	38
Etiske aspekter	39
Funn	40
Diskusjon	40
Konklusjon og kliniske implikasjoner	42
Referanser	43
Vedlegg	47

Sammendrag

Bakgrunn: I fødselsomsorgen er jordmødre involvert og vitne til hendelser som kan oppleves som traumatisk, og det er lite kunnskap om hvordan de håndterer en traumatisk hendelse i ettertid.

Hensikt: Utforske hvordan jordmødre opplever traumatiske hendelser, samt identifisere hvilke strategier de benytter i etterkant av en slik hendelse for å mestre sin arbeidshverdag.

Metode : Gjennom systematiske søk i utvalgte databaser, ble 13 kvalitative primærstudier identifisert og syntisert ved bruk av Noblit og Hares metaetnografiske tilnærming til metasyntese.

Funn: Syntesen viste at å ta del i, eller være vitne til, en traumatisk hendelse kan få store konsekvenser for jordmødrenes liv og arbeidshverdag. Tre hovedtema ble identifisert i andreordens analysen: Fysisk og psykisk smerte, skyldfølelse, samt frykt og bekymring for fremtiden. Den overordnede forståelsen av de tre hovedtemaene ledet tilslutt frem til tredjeordens analyse, som viste at det var en erfaring jordmødre tok med seg videre i livet.

Konklusjon: Jordmødre som deltar, eller er vitne til, en traumatisk hendelse i fødselsomsorgen tar erfaringen med seg videre i livet. Hvordan de håndterte hendelsen, og på hvilken måte den påvirket arbeidssituasjon og livet videre, varierte, og var knyttet til strategiene de benyttet. Hvordan jordmødre blir ivaretatt av kollegaer og ledelse i etterkant av en traumatisk hendelse, viste seg å ha betydning for hvordan utfallet av hendelsen påvirket deres liv og arbeidshverdag videre.

Implikasjoner for praksis: Det kan være hensiktsmessig at praksis tidlig iverksetter tiltak som ivaretar jordmødre etter en traumatisk hendelse. Systemer som gir støtte og veiledning i hvordan jordmødre kan forberede seg og håndtere følelsene sine i etterkant av hendelsen ser ut til å være nyttig. Det er derimot behov for mere forskning på hvordan livet fortøner seg for jordmødrene i etterkant av hendelsen, og hvilke strategier de tar i bruk, da det vil kunne bidra til et mere nyansert bilde på hvor og hvordan det vil være mest hensiktsmessig å lage systemer, som ivaretar dem etter en traumatisk hendelse.

Nøkkelord: Jordmødre, traumatisk hendelse, opplevelse, mestringsstrategi, metaetnografi, kvalitativ forskning.

Abstract

Introduction: Midwives are involved in and witness birth events that may be experienced as traumatic, but little is known about the strategies midwives use in the aftereffect of a traumatic event and how it impacts on their working day.

Objective: To explore how midwives experience traumatic events, and to identify the strategies used by midwives, in the aftereffect of a traumatic event and how it impacts on their working day.

Design: Through a systematic search in relevant databases, 13 articles of acceptable quality were identified and synthesized using Noblit & Hare's meta-ethnographic approach to a meta-synthesis.

Findings: The synthesis reveals that witnessing or participating in a traumatic event can have a great impact on midwives' lives and workday. The three main findings were revealed through the second-order analysis: physical and psychological pain, feelings of guilt, fear and concerns for the future. The overarching synthesis, through third-order analysis, showed that midwives carry the experience with them for the rest of their lives.

Conclusions: Midwives who witness or attend traumatic events carry the experience with them for the rest of their lives. How they handled the event, and how it affected their work situation and life varied and was linked to the strategies they used. How midwives are cared for, by colleagues and management, after the traumatic event, has an impact on how the incident affected their lives and workday.

Implications for practice: It can be appropriate for practices to take early action to follow-up those midwives that have experienced a traumatic event. A system that can provide support and guidance on how midwives can prepare and deal with their feelings after the event can be advantageous. Nevertheless, more research is needed on how life becomes apparent to the midwives after the incident, and which strategies they employ. This can contribute to a clearer picture of where and how it would be most appropriate to create a system for supporting midwives after a traumatic event.

Keywords: Midwives, Traumatic event, Experience, Coping strategy, Meta-ethnography, Qualitative research.

Del 1. Artikkel: En erfaring jordmødre tar med seg videre i livet - En kvalitativ metaetnografi om jordmødres opplevelser og strategier i etterkant av en traumatisk hendelse.

Antall ord: 5516

Innledning

Hvert år blir det født om lag 140 millioner barn på verdensbasis, og de fleste av fødslene i den vestlige verden foregår uten komplikasjoner (World Health Organization, 2018). De siste 25 årene har det vært en signifikant nedgang i mødre og spedbarnsdødeligheten globalt, og dette skyldes ikke bare at det er flere kvalifiserte jordmødre, men også at det stadig er en forbedring i kvaliteten på tjenestene som tilbys (World Health Organization, 2016). Fødselsomsorgen i Norge holder høy internasjonal standard, men det er et fagområde hvor avgjørelser kan få store konsekvenser for både helsepersonell og pasienter (Helsedirektoratet, 2010). Det stilles derfor høye kvalitetsmessige krav til jordmødre, da komplikasjoner kan oppstå akutt og uten forvarsel, og i noen tilfeller kan det stå om livet for både mor og barn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s.10). Jordmødre er forpliktet til å stå i situasjoner der liv og helse står i fare, og det er forventet at jordmødre skal håndtere akutte situasjoner som kan resultere i traumatiske hendelser (Helsepersonelloven, 1999, § 7). I fødselssammenheng defineres en traumatisk hendelse som en hendelse som inntreffer før, under, eller etter en fødsel, og det er en situasjon der mor og barn er i livsfare eller kan bli utsatt for alvorlig skade (Beck, 2004). En traumatisk hendelse er en situasjon som kan utløse en stressreaksjon hos alle de involverte parter, og hendelsen kan overskride ressursene deres og sette deres velbefinnende i fare (Lazarus, 2006, s. 62).

Å være deltager i en traumatisk hendelse kan erfares som voldsom, og jordmødre som opplever en slik hendelse kan påføres traumer som på kort eller lang sikt kan utgjøre en risiko for fødselsomsorgen (Beck, LoGuidice & Gable, 2015; Sheen, Spiby & Slade, 2014; Leinweber, Creedy, Rowe & Gamble, 2017; Slade, Sheen, Collinge, Butters & Spiby, 2018). Jordmødre kan utvikle post-traumatisk stress syndrom etter en traumatisk hendelse (Sheen et al., 2014; Beck et al., 2015; Leinweber et al., 2017). Denne tilstanden vil kunne påvirke jordmor på en slik måte at hun ikke fungerer optimalt i arbeidslivet ved at hun blir ukonsentrert, distanserer seg fra fødekvinnen og får nedsatt empati, og på den måten kan kvaliteten og pasientsikkerheten på fødselsomsorgen svekkes (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Leinweber & Rowe, 2010). I tillegg til at jordmødre kan utvikle sykdom og stress etter en traumatisk hendelse, erfarer jordmødre at de i liten grad følges opp av arbeidsgiver etter

hendelsen (Mollart, Skinner, Newing & Foureur, 2011; Sheen et al., 2014; Leinweber et al., 2017). Å ivareta enkeltindivid etter en traumatisk hendelse er nødvendig for at de raskt skal komme tilbake til arbeidslivet, samt kjenne på mestring som jordmor og helsearbeider (Sheen et al., 2014; Leinweber et al., 2017).

Det finnes få studier som sier hvordan jordmødre bør ivaretas etter en traumatisk hendelse. Hensikten med denne studien er derfor å gjennomføre en metaetnografi av kvalitative studier for å undersøke hvordan jordmødre opplever traumatiske hendelser i fødselsomsorgen, samt identifisere hvilke strategier hun benytter i etterkant av en slik hendelse for å mestre sin arbeidshverdag. Det kan gi ny forståelse for hvordan jordmødre tenker og handler i etterkant av hendelsen, samt gi en pekepinn på hvor en bør gå inn å skreddersy og tilrettelegge systemer som ivaretar dem etter en traumatisk hendelse.

Metode

For å kunne systematisere og fremstille de inkluderte kvalitative primærstudiene ble det gjennomført en metasyntese, der vi brukte en metaetnografisk fremstilling (Noblit & Hare, 1988). Det finnes ulike metoder for å gjennomføre kvalitative meta-studier (Sandelowsky & Barroso, 2007). Da hensikten med metasyntesen ikke var å oppsummere eller aggregere data, men å gjennomføre en fortolkende integrering av empiriske data fra de inkluderte studiene, ble metaetnografisk metode av Noblit og Hare brukt (Noblit & Hare, 1988; Sandelowsky & Barroso, 2007). Syvtrinnsmodellen (Tabell 1) ble brukt til å syntetisere resultatene fra kvalitative primærstudier knyttet til opplevelsen og strategier jordmødre tok i bruk etter å ha opplevd en traumatisk hendelse. Metaetnografi egner seg til å svare på studiens hensikt da den søker forståelse for hvordan mennesker reagerer på opplevelser de har hatt, og det har gitt oss innsikt i hvilke tanker og følelser som ligger til grunn for jordmødres handlingsmønster etter en traumatisk hendelse (Noblit & Hare, 1988, s. 24). De kvalitative studiene ble sammenstilt i tema og begreper der meningsbærende enheter ble identifisert (Noblit & Hare, 1988, s. 27). Videre ble det tatt stilling til hva hovedfunnene fra de inkluderte primærstudiene hadde til felles, og om de var beslektet. Det innebar en tolkning fremfor beskrivelse, der konteksten var avgjørende for forståelsen (Noblit & Hare, 1988, s. 27).

Tabell 1: Fremstilling av metaetnografiens 7 trinn (Noblit & Hare, 1988, s. 27).

Trinn	Tema	Presisering/utdyping
1	Oppstart/søke litteratur	Utarbeide problemstilling. Lage prosjektplan med detaljer om søkestrategi, logg og innledende søk.
2	Avgjøre hva som er relevant for vår problemstilling	Gjøre litteratursøk opp mot inkluderingskriteriene, sikre mot duplikater og lage oversikt over inkluderte studier/artikler.
3	Lese studiene grundig.	Lese primærstudiene grundig i fulltekst for å identifisere deres resultater og metaforer. Dette skal utgjøre det empiriske materialet for metasynthesen.
4	Hvordan er studiene beslektet?	Metasynthesen skal inneholde en oversikt over primærstudienes fellesbegrep, beslektede tema, uttrykk og metaforer. Likheter og ulikheter? Disse presenteres i en matrise.
5	Studiene oversettes til hverandre.	Resultatene sidestilles og organiseres i matrisen utfra likheter og ulikheter, og systematisk gjennomgang ivaretar det unike og det som er til felles for studiene.
6	Syntetisering av oversettelsene.	Den skjematiske oversikten gjør det mulig å lage en overordnet oversettelse av alle tema og metaforer som danner en ny og selvstendig innsikt og forståelse av funnene.
7	Formidle syntesen skriftlig.	Den nye oversettelsen formidles skriftlig med utdyping og begrunning av meningsinnholdet fra syntesen.

Inklusjonskriterier og litteratursøk

For å kunne gjennomføre et systematisk søk etter relevante studier ble det satt opp inklusjons og eksklusjonskriterier. Metaetnografien inkluderte fagfellevurderte kvalitative primærstudier som omhandlet jordmødres opplevelser og strategier knyttet til traumatiske hendelser. Studier med mixed metode design ble inkludert der vi kunne hente ut kvalitative data. Studier som rapporterte om erfaringene til helsepersonell som arbeidet i svangerskap, fødsel og barselomsorgen ble inkludert. Studier som omhandlet studenter alene ble ekskludert, da vi ønsket fokus på jordmødres egne erfaringer og strategier, og ikke på undervisningssituasjoner. Vi ekskluderte studier som omhandlet dolaer, da vi var ute etter helsepersonell sine erfaringer og ikke tilfeldige personer som var valgt ut av fødekvinne til å bistå henne. Det ble ikke gjort eksklusjon på publikasjonsår, språk eller geografiske områder.

Litteratursøket ble gjennomført i perioden januar til mai 2019 i seks databaser: PubMed, Maternity and Infant Care, MEDLINE, Embase, CINAHL og PsycINFO. Søkeordene som ble benyttet var: Midwifery, traumatic childbirth, experience, coping strategy med synonymer og trunkeringer tilpasset databasene. Søkeordene ble kombinert med de boolske operatører AND for å begrense søket og OR for å utvide søket. Søket gav 4577 treff, der 4438 artikler ble

ekskludert på bakgrunn av tittel, duplikasjoner, design, metode og utvalg. Da satt vi igjen med 29 artikler som alle ble lest i fulltekst, av disse ble 16 artikler ekskludert ut fra hensikt med studien og studiedesign. Totalt ble 13 artikler inkludert i metaetnografien (Tabell 2). Prosessen med å inkludere studier ble gjennomført av begge forfatterne uavhengig av hverandre, ved uklarhet ble en tredje person konsultert.

Tabell 2: Inkluderte artikler

Forfatter	Mål/hensikt	Land	Metode	Utvalg
McCool et al. (2009)	Å samle data om jordmødres faglige og personlige erfaringer etter ugunstige graviditetsutfall.	USA	Kvalitativ studie med Intervju.	22 jordmødre
Halperin et al. (2011)	Å utforske kliniske, livstruende fødselssituasjoner som jordmødre oppfatter som ekstremt stressende, og å identifisere hvordan jordmødre takler disse erfaringene	USA og Israel	Semistrukturerte dybdeintervju	18 jordmødre
Goldbort et al. (2011)	Å beskrive essensen av ni jordmødres deltagelse i en traumatisk fødsel for å finne ut hvilken innvirkning dette hadde på jordmoren.	USA	Semistrukturerte dybdeintervju	9 jordmødre
Rice et al. (2013)	Å utforske jordmødres erfaringer med å være vitne til en traumatisk fødsel.	USA	Semistrukturerte dybdeintervju	10 jordmødre
Edqvist et al. (2014)	Å få en dypere forståelse av jordmødres opplevelser ved å delta i en fødsel hvor kvinnen får en obstetrisk anal sphincter skade	Australia	Dybdeintervju	13 jordmødre
Hunter & Warren (2014)	Å undersøke kliniske jordmødres forståelse og erfaring med profesjonell motstandskraft/resilience og identifisere de personlige, faglige og kontekstuelle faktorer som bidra til, eller hindrer motstandskraft/resilience	Sverige	Kvalitativ deskriptiv metode Online diskusjonsgruppe for jordmødre og deretter ekspert diskusjonsgruppe	11 jordmødre
Calvert & Benn (2015)	Å utforske effekten av en traumatisk opplevelse på jordmor.	New Zealand	Kvalitativ Narrative intervju	16 jordmødre
Sheen et al. (2016a)	Dyptgående forskning på jordmødre, med og uten PTSD (post traumatisk stressyndrom), sine erfaringer og responser ved traumatiske fødsler	England	Individuelle, semistrukturerte telefonintervju	35 jordmødre
Schrøder et al. (2016)	Utforske jordmødres erfaringer og følelser med skyld, skam og eksistensielle bekymringer ved traumatiske hendelser	Danmark	Individuelle semistrukturerte intervju	14 jordmødre
Sheen at al. (2016b)	Å undersøke egenskaper ved hendelser som oppfattes som traumatiske av britiske jordmødre	England	Kvalitativ analyse, temaanalyse og åpne spørsmål i spørre-undersøkelse	421 jordmødre
Schrøder et al. (2017)	Å undersøke og beskrive hvordan helsepersonell kan oppleve skyld uten å ha gjort feil.	Danmark	Individuelle semistrukturerte intervju	14 deltagere, hvorav 8 jordmødre og 6 gynekologer
Javid et al. (2018)	Å undersøke Australiske jordmødre sine erfaringer med å hjelpe kvinner i fødsel som har udiagnostisert vasa praevia	Australia	Semistrukturerte dybde intervju	12 jordmødre
Martinès-Serrano et al. (2018)	Å undersøke opplevelsen til jordmødre angående oppmerksomhet gitt under arbeid ved dødfødsel sent i svangerskapet.	Spania	Fokus grupper intervjuer	18 jordmødre

Analyse

Av de 13 inkluderte kvalitative primærstudiene ble elleve av studiene vurdert som av høy kvalitet, og to av middels kvalitet. Alle inkluderte studier ble kritisk vurdert uavhengig av hverandre ved hjelp av Critical Appraisal Skills Programme (CASP), sjekklister for vurdering av kvalitative artikler med rangering av kvalitet på de inkluderte studiene, fra lav til middels og høy (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017).

Vi startet med å lese gjennom de inkluderte studiene i sin helhet hver for oss og deretter sammen. En matrise ble satt opp i fellesskap og vi hentet ut ord og uttrykk fra hver studie som beskrev opplevelser og strategier. I prosessen med å utvikle syntesen identifiserte, sammenlignet og oversatte vi de metaforer som var relevante fra hver studie. I fellesskap dannet vi oss et overblikk over hovedtema i materialet som bidrog til å belyse vår problemstilling. Dette var tekst som var bærekraftig og gjenbrukbar (Noblit & Hare, 1988 s. 28). Matrisen inneholdt hver studie med en egen kolonne der vi la tekstbiter med metaforer, ord og uttrykk av studiens kjernebegrep. For å ha god oversikt over hver studie ble de satt inn i et regneark, og vi gikk deretter gjennom dem på tvers, for å se hvem som var beslektet og i hvilken celle de skulle plasseres. Hver studie ble nummerert og vi plasserte de beslektede enhetene i samme gruppe. På den måten tok vi systematisk stilling til om studiene var i slekt, og om resultatene var bærekraftige. Deretter oversatte vi de meningsbærende enhetene i hver studie til hverandre. Gjennom resiprok oversettelse sammenstilte vi hovedtemaene, og skapte en ny metafor som er en ny forståelse av fenomenet, og som har høyere nivå enn primærstudiene (Noblit & Hare, 1988, s. 29). Syntesen av de sammenstilte resultatene kalles en andre ordens analyse, og på bakgrunn av den ble det dannet grunnlag for tredje ordens analyse, som er en ny forståelse av våre funn (Noblit & Hare, 1988, s. 29).

Tabell 3: Syntese (Andre- og tredje-ordens analyse)

Tema	Annen-orden analyse		Tredje-orden analyse
Opplevelser	<ul style="list-style-type: none"> Traumet kan skape fysiske, kroniske smerter i rygg og skuldre. Basalbehovene som mat og søvn kan bli problematisk En skremmende og rystende opplevelse, som kan preges av sjokk, frykt og kaos Sorgen som følger traumet kan gjennomsyre eget liv, og skape ulike psykiske problemer 	Fysisk og psykisk smerte	En erfaring jordmor tar med seg videre i livet
Strategier	<ul style="list-style-type: none"> Forsøk på å opprettholde en normal tilstand som jordmor Bli sykemeldt eller slutte som jordmor Ignorere smertene Samtale med kollegaer og venner som bidrog til læring, og å se mening i hendelsen 		
Opplevelser	<ul style="list-style-type: none"> Skyld, selvanklagelse og minner følger jordmødrene i lang tid, og noen husker det for alltid Å miste troen på sine faglige evner, føle seg hjelpeløs, sårbar og mislykket Mange føler seg dømt av kollegaer, isolerer seg og blir ensomme Føler seg ansvarlig for å ha gjort en dårlig jobb 	Skyldfølelse	
Strategier	<ul style="list-style-type: none"> Tilkalle hjelp for den minste ting, søke støtte og bekreftelser Tilgi seg selv Bli kontrollerende og angstfull Beskytte seg ved å ikke engasjere seg i pasientsituasjoner 		
Opplevelser	<ul style="list-style-type: none"> Frykt for å bli saksøkt, funnet skyldig og miste jobben Usikre på om de tåler flere traumatiske hendelser Frykt for å ikke strekke til på jobben, og for redusert kvalitet på omsorgen til fødekvinne Økt grad av angst for at ulykker skal ramme egen familie 	Frykt og bekymring for fremtiden	
Strategier	<ul style="list-style-type: none"> Grubling og refleksjon Verstefalltenking og dokumentering for å holde ryggen fri Demping av tankespinn ved å bruke alkohol og rusmidler, bruke naturen eller koble av på andre måter Slutte i jobben 		

Etiske overveielser

En metasyntese bygger på allerede utførte primærstudier, og det var derfor ikke nødvendig å søke NSD eller REK for å gjennomføre metaetnografien (Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk, 2015; Nsd - Personvernombudet for Forskning). Vi har forholdt oss til forskningsetiske prinsipper i arbeidet med litteratur som er utført av andre. Det innebærer at vi har vært bevisste og tro mot forfatterens tolkning, og ikke misbrukt tilliten til de som var involvert i studiene, ved å endre på deres meninger og utsagn (Malterud, 2017, s. 137).

Funn

Metaetnografien inkluderte 13 studier som var publisert i tidsrommet 2009-2018, der to studier var publisert i USA, to i Australia, én i Sverige, tre i England, én i New Zealand, to i

Danmark, én i Spania og én i samarbeid mellom Israel og USA. De kvalitative metodologiene benyttet i de inkluderte studiene var tematisk tekstanalyse, fortolkende fenomenologisk analyse og narrativ analyse. To av studiene brukte en mixed method, hvor data fra den kvalitative datainnsamlingen ble benyttet i metaetnografien. Data ble i hovedsak samlet inn gjennom individuelle dybdeintervju og fokusgruppeintervju. Totalt var det 613 jordmødre og helsearbeidere som ble inkludert, der utvalget som var inkludert i studiene varierte fra 9 - 421 deltagere.

Studiene beskrev jordmødres opplevelser knyttet til traumatiske hendelser i forbindelse med fødsel, og gjennom analysen av de inkluderte studiene var det tre hovedtema som trådte frem: *fysisk og psykisk smerte, skyldfølelse og frykt og bekymring for fremtiden*. Den overordnede forståelsen av de tre hovedtemaene ledet tilslutt frem til at det var en erfaring jordmødre tok med seg videre i livet. De tre temaene var ikke en prosess, men opplevelser som jordmødre erfarte i større eller mindre grad. Gjennom analysen viste det seg at jordmødre brukte ulike strategier for å håndtere følelsene, og disse strategiene var knyttet til ytre og indre faktorer som arbeidsmiljø, og personlige ressurser hver enkelt jordmor var i besittelse av. I arbeidet med analysen kom det frem at hvilke strategier jordmødrene benyttet var avgjørende for hvordan de håndterte hendelsen på kort og lang sikt.

Fysisk og psykisk smerte.

Jordmødre erfarte at å delta eller være vitne til en traumatisk hendelse kunne få store konsekvenser videre i livet, og de beskrev det som en fysisk smerte, der de fikk vondt i rygg og skuldre, redusert matlyst, søvnproblemer, og kroniske smerter og lidelser (McCool, Guidera, Stenson & Dauphnee, 2009; Goldbort, Knepp, Mueller & Pyron, 2011; Halperin, Goldblatt, Noble, Raz, Zvulunov & Wischnitzer, 2011; Calvert & Benn, 2015). Noen jordmødre sa de hadde mareritt om nettene, andre sa de kjente seg stresset og fortalte at de lå våkne og grublet, og ikke klarte å falle til ro. Det førte til at de var trøtte og uopplagte på dagtid og hadde problemer med konsentrasjonen (McCool et al., 2009; Rice, Warland & ED, 2013; Schrøder, Jørgensen, Lamont & Hvidt, 2016).

Angst og depresjon ble beskrevet av flerer jordmødre som en konsekvens av den traumatiske hendelsen, og de fortalte at det skyldtes en opplevelse av frykt og dyp sorg, som medførte en følelse av sjokk og sinne (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Halperin et al., 2011; Rice et al., 2013; Edqvist, Lindgren & Lundgren, 2014; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016; Sheen, Spiby & Slade, 2016a; Sheen, Spiby & Slade, 2016b; Schrøder, La Cour,

Jørgensen, Lamont & Hvidt, 2017; Javid, Hyatt & Homer, 2018; Martinés-Serrano, Solis-Munoz & Pedraz-Marcos, 2018). Flere jordmødre fortalte at de ble utbredte og utviklet posttraumatisk stress syndrom som følge av den traumatiske hendelsen (Edqvist et al., 2014; Sheen et al., 2016a). Det førte til at noen distanserte seg fra fødekvinnen bevisst og andre ubevisst som en følge av traumen de hadde opplevd (Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016a). En jordmor som hadde tatt imot et barn som døde under fødsel fortalte :

«I felt strong pain physically...I wasn't able to eat...weakness, terrible hand tremor... palpitations, dizziness. I had a headache and physical pain in my stomach and feet. I wasn't able to return to work. It's something that I take with me for the rest of my life» (Halperin et al., 2011).

Det var store variasjoner i hvordan jordmødrene håndterte situasjonen, og hvilke strategier som ble brukt. Noen fortsatte i jobben der de forsøkte å opprette en normal tilstand som jordmor, andre ble sykemeldt, fikk en annen jobb eller sluttet (Halperin et al., 2011; Schrøder et al., 2016; Sheen et al., 2016a). En del av dem som ignorerte smertene og fortsatte som normalt, fikk problemer i ettertid med kroniske smerter, og konsekvensen for en del var at de ikke klarte å utføre jobben som jordmor og måtte finne andre måter å livnære seg på (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015). Noen av jordmødrene fortalte at de aksepterte situasjonen de var kommet i, og valgte å se på det som en yrkes risiko (Edqvist et al., 2014). Andre skyldte på dårlige arbeidsforhold, og mente det kunne være en medvirkende årsak til de vedvarende fysiske smertene, som hadde oppstått i etterkant av den traumatiske hendelsen (Sheen et al., 2016a).

Andre strategier som ble benyttet var å snakke med kollegaer og venner, og ble de møtt med forståelse og omsorg hjalp det dem å komme seg videre (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b). Opplevde de derimot manglende støtte fra ledelse, korreks, irettesettelse eller nedsettende kommentarer, mistet de troen på at de kunne fortsette som jordmødre i fødselsomsorgen. En konsekvens av denne opplevelsen var i noen tilfeller å søke seg bort fra fødsler, eller å slutte som jordmor (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016). Noen jordmødre utrykte at det var vanskelig å skille jobb fra privatliv, og aggresjon ble tatt ut på familien (Halperin et al., 2011). Andre fortalte derimot at de elsket jobben, og tok lærdom og så mening i hendelsen og det hjalp dem å gi støtte til andre i liknende situasjoner (Rice et al., 2013; Edqvist et al., 2014; Sheen et al., 2016a).

Skyldfølelse.

Jordmødre beskrev en følelse av å være skyldige, de dømte seg selv, og påtok seg skyld etter en traumatisk hendelse (Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016). Flere sa de tvilte på egne evner og vurderinger, og beskrev seg som ubrukelige, hjelpeløse og verdiløse (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Halperin et al., 2011; Rice et al., 2013; Edqvist et al., 2014; Hunter & Warren, 2014; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b; Schrøder et al., 2017; Javid et al., 2018; Martinés-Serrano et al., 2018). Noen jordmødre fortalte at de hadde en følelse av å bli dømt og straffet av fødekvinnen og hennes familie, samt av kollegaene, og en konsekvens var at noen mistet troen på seg selv som jordmor (Goldbort et al., 2011; Rice et al., 2013; Schrøder et al., 2016). Flere jordmødre som erfarte at det ble en formell sak av hendelsen uttrykte en skamfølelse knyttet til sjokket og skyldfølelsen (McCool et al., 2009). Flere fortalte at de følte de var alene og ensomme med skammen og de vonde tankene, da leder og kollegaer på jobb var travle og utilgjengelige og gav uttrykk for at de ikke var interesserte i hvordan jordmødrene hadde det (McCool et al., 2009; Schrøder et al., 2016; Sheen et al., 2016a). En jordmor fortalte etter en traumatisk hendelse der et barn døde:

«You know, that feeling that I actually... maybe I didn't kill that child, but may have contributed to it» (Schrøder et al., 2016).

Strategier som ble tatt i bruk for å håndtere skyldfølelsen varierte. Flere av jordmødrene stolte ikke lenger på sine egne vurderinger og tilkalte dermed hjelp for den minste ting. De beskrev et behov for mye støtte og bekreftelse på at det de gjorde var korrekt (Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016b). Noen jordmødre som uttrykte sterk skyldfølelse i etterkant av den traumatiske hendelsen hadde bevisst valgt å tilgi seg selv, mens andre fortalte at de fant trøst i at de var flere sammen i den aktuelle hendelsen, som delte skylden (Goldbort et al., 2011; Schrøder et al., 2016). En del fortalte at de i lang tid etter hendelsen ofte ringte avdelingen, eller en kollega for å høre hvordan det var gått med pasienten de hadde hatt på vakt, siden de gikk rundt og grublet på om de hadde gjort noe galt igjen og de hadde behov for å frikjenne seg selv og bli beroliget (Sheen et al., 2016b). Andre isolerte seg og det førte til at flere ble ensomme og grublet mye (Goldbort et al., 2011; Edqvist et al., 2014; Calvert & Benn, 2015; Javid et al., 2018).

Noen jordmødre fortalte at de ble paranoide og var konstant på vakt mot farer, også utenfor arbeidstiden. Det resulterte i at de fikk problemer med å strekke til på flere områder i livet, og

det gikk utover familie og arbeidsliv ved at de ble kontrollerende og fikk angst for at en ny ulykke skulle inntreffe (Edqvist et al., 2014; Sheen et al., 2016a). Andre valgte å ignorere skam og skyldfølelse, og fortsatte som om alt var normalt, og noen beskrev da at de på sikt gikk på autopilot og ble følelsesmessig avstumpet (Hunter & Warren, 2014; Sheen et al., 2016a ; Martinés-Serrano et al., 2018). Flere jordmødre fortalte at de bearbeidet vonde tanker knyttet til traumatiske hendelser ved å sette seg på bussen hjem etter en travel vakt, og koblet ut alle tanker ved å observere andre mennesker (Hunter & Warren, 2014).

Frykt og bekymring for fremtiden

I etterkant av en traumatisk hendelse fryktet jordmødre å miste jobben, bli saksøkt eller dømt, dersom hendelsen hadde forårsaket alvorlig skade eller død (McCool et al., 2009). De beskrev langvarige vonde minner, og uttrykte frykt for hva som ville skje med dem i fremtiden (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Sheen et al., 2016a). Flere fortalte at de tvilte på om de ville være i stand til å håndtere en tilsvarende hendelse igjen, og uttrykte fortvilelse over sin videre arbeidskarriere (Schröder et al., 2016). Jordmødre fortalte at de følte kollegaene snakket om dem, og de kjente seg mistrodd (Calvert & Benn, 2015). Flere uttrykte at de var redde for å ikke strekke til i jobben, og de hadde en opplevelse av at kollegaene så ned på dem fordi utfallet av hendelsen hadde vært negativt. Videre fortalte jordmødrene at de fryktet at andre mente at kvaliteten på jobben de utførte ikke var god nok, og de sa de kjente på en redsel for å ikke strekke til i arbeidslivet (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Sheen et al., 2016b).

Flere tiår etter hendelsen var det jordmødre som uttrykte bekymring over at de ofte tenkte på den traumatiske hendelsen, og sa de ikke hadde fått bearbeidet opplevelsen (Schröder et al., 2016; Martinés-Serrano et al., 2018). De fortalte videre at de erfarte manglende støtte fra ledelsen, da ledelsen kun fokuserte på omfanget og årsaken til hendelsen fremfor den traumatiske innvirkningen det hadde på dem (Sheen et al., 2016a). Jordmødre opplevde å være bekymret for hvordan det ville gå med dem videre, da de ikke hadde fått god nok opplæring i hvordan de skulle kommunisere med pårørende i etterkant av en traumatisk hendelse eller hvordan de skulle håndtere sorgen (Martinés-Serrano et al., 2018). Noen sa det hadde ført til en overdreven frykt og bekymring for at noe skulle skje med familien deres, og det påvirket livskvaliteten til jordmødrene (Sheen et al., 2016a). Etter en traumatisk hendelse var det en jordmor som sa:

«It actually led me to look for other work outside of the acute side of midwifery...because I couldn't, I really couldn't having to work in the same environment where that potential situation could have happend again» (Sheen et al., 2016a).

Strategier som jordmødre fortalte de tok i bruk var å ta tiden til hjelp, og akseptere det som hadde skjedd (Goldbort et al., 2011). Noen sa de oppsøkte psykolog, og andre tok pause fra fødsler (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Schrøder et al., 2016; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b; Schrøder et al., 2017; Javid et al., 2018). Flere jordmødre fortalte at de tenkte mye og ofte på den traumatiske hendelsen, og værstefallstenkning var en strategi flere benyttet i sitt videre virke som jordmor (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011). Jordmødre erfarte at de alltid var forberedt på det verste og tilstrebet å ha full kontroll, fulgte opp nyansatte og lagret all dokumentasjon for å holde ryggen fri (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Schrøder et al., 2016). Noen sa de var redde og plaget med tankespinn og brukte alkohol og rusmidler til å avlede de vonde tankene, mens andre gikk tur med hunden eller tok seg et varmt bad (Hunter & Warren, 2014). Flere jordmødre utrykte derimot at de var så redde og bekymret etter den traumatiske hendelsen at de bad om å bli omplassert, eller sluttet i jobben (Halperin et al., 2011; Schrøder et al., 2016; Javid et al., 2018).

En erfaring jordmødre tar med seg videre i livet

Gjennom analyse og flere runder med diskusjoner kom vi frem til den overordnede forståelsen, som viser at en traumatisk hendelse er en erfaring jordmødre tar med seg videre i livet. Hvordan de håndterte livet etter hendelsen varierte, og jordmødrene tok i bruk ulike strategier. Strategier som ble brukt var knyttet opp mot konteksten den enkelte arbeidet i. Noen jordmødre sa de tok lærdom av hendelsen, mens andre uttalte at de så på det som straff (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Halperin et al., 2011; Rice et al., 2013; Edqvist et al., 2014; Hunter & Warren, 2014; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b; Schrøder et al., 2017; Javid et al., 2018; Martinés-Serrano et al., 2018). Felles for funn i metaetnografien var at vonde minner og sterke følelser var knyttet til den traumatiske hendelsen, og flere av jordmødrene gråt når de fortalte historien sin, på tross av at det i enkelte tilfeller var flere tiår siden hendelsen fant sted. Om erfaringen jordmødre tar med seg videre i livet blir positiv eller negativ ser ut til å ha en sammenheng med hvordan de blir møtt og ivaretatt i etterkant av hendelsen.

Diskusjon og implikasjon for jordmorfag og praksis.

Denne metasyntesen har hatt som hensikt å utforske hvordan jordmødre opplever traumatiske hendelser, samt identifisere hvilke strategier hun benytter i etterkant av en slik hendelse, for å mestre sin arbeidshverdag. Gjennom analysen av de inkluderte studiene var det tre hovedtema som trådte frem: fysisk og psykisk smerte, skyldfølelse og frykt og bekymring for fremtiden. Den overordnede forståelsen av de tre hovedtemaene ledet frem til at det var en erfaring jordmødre tok med seg videre i livet.

En traumatisk hendelse ser ut til å ha innvirkning både fysisk og psykisk på livet og arbeidshverdagen til en stor andel jordmødre (McCool et al., 2009; Halperin et al., 2011). Det kan se ut som den psykiske og fysiske smerten henger sammen, da psykisk smerte over tid noen ganger viser seg å gi utslag i fysiske smerter (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2015). Jordmødre har en jobb der de kommer tett på andre mennesker, og akutte situasjoner kan oppstå uten forvarsel. I følge Statens arbeidsmiljøinstitutt (2015) kan risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser i jobbsammenheng knyttes til sosiale relasjoner og akutte situasjoner som oppstår på arbeidsplassen. Det vil si en arbeidssituasjon som innebærer direkte kontakt med mennesker hvor man må forholde seg til følelser som sorg, sinne og fortvilelse.

Det kan se ut til at flere jordmødre erfarer å bli rammet av posttraumatisk stress syndrom etter en traumatisk hendelse (McCool et al., 2009; Halperin et al., 2011; Edqvist et al., 2014; Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016a). Det samsvarer med funn fra andre studier som viser at en stor andel jordmødre som har deltatt eller vært vitne til en traumatisk hendelse har utviklet posttraumatisk stress syndrom som en konsekvens av hendelsen de har vært involvert i (Leinweber et al., 2017; Slade et al., 2018). Studien til Leinweber et al. (2017) viste at 17 % av jordmødrene oppfylt kriteriene for posttraumatisk stress syndrom, noe som utgjør et stort tall da hele 94 % av jordmødrene som arbeider i fødselsomsorgen oppgir at de har opplevd en traumatisk hendelse i fødselssammenheng (Cohen, Leykin, Golan-Hadari & Lahad, 2017). Det kan se ut som om en konsekvens av posttraumatisk stress syndrom kan være at jordmor utvikler nedsatt empati, som igjen kan skape en emosjonell distanse til fødekvinne (Leinweber et al., 2017; Slade et al., 2018). Jordmødrene i de inkluderte studiene oppgav at de som strategi distanserte seg fra nye fødekvinne, for å håndtere stresset og skyldfølelsen en traumatisk hendelse kan resultere i. Denne strategien var for noen bevisst, mens andre brukte den ubevisst (Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016a). Konsekvensen av en slik strategi kan påvirke kvinnens fødselsopplevelse negativt, da det i Sigurdardottir, Gamble, Gudmundsdottir, Kristjansdottir, Sveinsdottir & Gottfredsdottir (2017) sin studie kommer frem at kvinner som

ikke var fornøyd med støtten fra jordmor i fødsel, mest sannsynlig fikk en negativ fødselsopplevelse.

Jordmødre sa de var redde, hadde utviklet angst og var deprimerte, og flere fortalte at det skyldtes en vedvarende opplevelse av frykt, sjokk og sinne i etterkant av hendelsen (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Halperin et al., 2011; Rice et al., 2013; Edqvist et al., 2014; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b; Schrøder et al., 2017; Javid et al., 2018, Martínés-Serrano et al., 2018). I følge Lazarus (2006, s. 62) kan vedvarende frykt og redsel være fysiologisk stressende, og føre til fysiske skader i kroppen. Noen jordmødre valgte som strategi å ignorere de fysiske smertene, og fortsatte som normalt, og en del utviklet da kroniske lidelser (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015). Det kan være vanskelig å avgjøre hva som er årsak til de fysiske smertene enkelte jordmødre beskriver i studiene, men det foreligger dokumentasjon på at psykososiale forhold på arbeidsplassen har betydning for vedvarende muskel og skjelettplager, da psykiske belastninger og stress kan føre til muskelspenninger og nedsatt blodsirkulasjon som igjen kan gi smerter (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2015).

Det kan se ut til at arbeidsforholdene har mye å si for hvordan jordmødrene håndterte den fysiske smerten. Ved høy arbeidsbelastning og dårlig organisering vedvarte gjerne smertene lenger og noen ble sykemeldt, men ved tilrettelegging og ordnede arbeidsrutiner kom derimot jordmødre seg raskere tilbake i jobb (Sheen et al., 2016a; Javid et al., 2018, Martínés-Serrano et al., 2018). I Statens arbeidsmiljøinstitutt (2015) rapporteres det om at manglende støtte fra ledelsen har ført til økt langtidssykefravær, avgang fra jobb og psykiske og fysiske smerter. Det kan se ut som lederne spiller en viktig rolle for hvordan jordmødrene håndterer hendelsen i ettertid og om det er positive eller negative erfaringer de tar med seg videre. Jordmødre som fortalte at de ble møtt med forståelse og omsorg, uttalte at det hjalp dem videre, og de kunne se tilbake på hendelsen som en lærerik og meningsfull erfaring (Halperin et al., 2011; Rice et al., 2013; Edqvist et al., 2014; Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b). Jordmødre som derimot opplevde lite støttende lederskap, korreks og irettesettelser hadde en følelse av å ikke strekke til, og konsekvensen var i noen tilfeller å søke seg bort fra fødsler, eller å slutte som jordmor (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016). Jordmødre gav uttrykk for at de ikke var godt nok forberedt på hvordan de følelsesmessig skulle håndtere en traumatisk hendelse (McCool et al., 2009; Goldbort et al., 2011; Schrøder et al., 2016). Det kan derfor være hensiktsmessig å sette inn tiltak som ivaretar jordmødres helse etter traumatiske hendelser, når det kommer frem at ubearbeidede følelser kan føre til kroniske lidelser (Lazarus, 2006, s. 62).

Jordmødre erfarte en følelse av å være skyldige, de dømte seg selv, og påtok seg skyld etter en traumatisk hendelse (Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016). Flere studier underbygger dette, og jordmødre som ikke har trening i å håndtere traumatiske hendelser, beskriver en følelse av å være mislykket, verdiløse og skyldige i ettertid, selv om de ikke bidrog til skaden (Muliira, Sendikadiwa & Lwasampijja, 2015; Leinweber et al., 2017). Etter hendelsen var det noen jordmødre som stadig hadde behov for bekreftelse og støtte, og som strategi tilkalte de hjelp for den minste ting (Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016b). Andre jordmødre valgte bevisst å tilgi seg selv, og ta lærdom fra hendelsen (Goldbort et al., 2011; Schrøder et al., 2016). I lys av Lazarus (2006) sin teori spiller jordmødre sine personlige ressurser en viktig rolle når hun skal håndtere en traumatisk hendelse, men på tross av at mange jordmødre er i besittelse av gode ressurser, viser studier at de har behov for støtte og veiledning til å håndtere følelsene sine i ettertid, for å kunne frikjenne seg selv og gå videre (Mollart et al., 2011; Muliira et al., 2015). Jordmødre som har erfart at det er utført debriefing og samtaler i etterkant av hendelsen, har utelukkende gitt positive tilbakemeldinger på at det har hjulpet dem, og bidratt til at de kunne legge opplevelsen bak seg (Halperin et al., 2011; Javid et al., 2018).

I studien til Leinweber et al. (2017) kommer det frem at skyldfølelse spiller en nøkkelrolle i utvikling av posttraumatisk stressyndrom. Det kan derfor være hensiktsmessig å tidlig iverksette tiltak for å redusere følelsen av skyld og skam, da funn fra vår studie viser at konsekvensen for jordmødre som utvikler posttraumatisk stress syndrom kan være omfattende, og i noen tilfeller føre til at de ikke lenger kan fortsette i yrket (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016). En stor andel jordmødre erfarer at de er redde og bekymret for fremtiden etter en traumatisk hendelse (McCool et al., 2009). I følge Austin, Smythe and Jull (2014) viser det seg at det er mangel på hjelp og støtte fra arbeidsgiver, og jordmødrene må selv finne strategier for å håndtere livet videre. En del av jordmødrene sier de tar rusmidler for å avlede frykt og vonde tanker, mens andre klarer det ved hjelp av mere helsebringende tiltak som å gå tur med hunden, eller ta seg et varmt bad (Hunter & Warren, 2014). Studier viser imidlertid at mange jordmødre har behov for å bli ivaretatt, og Mollart et al. (2011) konkluderer med at det bør opprettes selvhjelpskurs og treningsprogram for at jordmødre skal bli bedre rustet til å håndtere traumatiske hendelser. Bedriftsundersøkelsen fra NAV viser at det i dag mangler 200 jordmødre (Kalstø, 2019), og ifølge Statistisk sentralbyrå (2012) kan vi stå overfor en jordmormangel frem mot år 2030. Det fremmer viktigheten av å styrke og ivareta jordmødrene etter en traumatisk hendelse. Blir de derimot ikke ivaretatt etter hendelsen, kan det se ut til at det kan få negative konsekvenser for jordmødrenes liv, arbeidshverdag, og erfaringen de tar med seg videre i livet.

Styrker og svakheter

Funn fra denne metaetnografien kan ikke generaliseres, men gi en dypere forståelse for hvordan jordmødre opplever og håndterer en traumatisk hendelse i ettertid (Noblit & Hare, 1988, s. 24). En svakhet med litteraturstudier kan være at det er avstand til det originale materialet, da funn er basert på andres tolkninger og analyse (Sandelowsky, Docherty & Emden, 1997). Styrken med litteraturstudier er derimot at man samler opp all forskning omkring et tema, og resultatene blir da mere tilgjengelige (Aveyard, 2019, s. 23-29).

Det er gjennomført et bredt søk i relevante databaser, og studier med engelsk eller nordisk språk er inkludert. Studier på andre språk er dermed ikke fanget opp i søket, men de fleste studier publiseres på engelsk, så dermed er det sannsynlig at relevante studier er inkludert, og at hensikten med metaetnografien er besvart. For å få med mangfoldet ble det ikke satt geografiske begrensninger. Ulempen med det kan derimot være at det er kulturelle forskjeller og ulik oppbygging av helsesystemet.

Konklusjon

Å være involvert i en traumatisk hendelse i fødselsomsorgen kan medføre alvorlige konsekvenser for de involverte parter. Metaetnografien har belyst hvordan jordmødre har opplevd en traumatisk hendelse, og hvilke strategier de benyttet i etterkant for å mestre sin arbeidshverdag. Hvordan jordmødre ble ivaretatt av kollegaer og ledelse i etterkant av hendelsen viste seg å ha betydning for hvordan hendelsen påvirket deres liv og arbeidshverdag. Det viste seg at jordmødre som deltar eller er vitne til en traumatisk hendelse i fødselssammenheng tar erfaringen med seg videre i livet. Hvordan de håndterte hendelsen og på hvilken måte den påvirket arbeidssituasjonen og livet videre varierte og var sterkt knyttet til strategiene de benyttet. Noen kom styrket fra hendelsen, mens andre opplevde at den negativt påvirket deres evne til å arbeide videre i fødselsomsorgen.

Referanser

- Austin, D., Smythe, E., Jull, A., 2014. Midwives' wellbeing following adverse events – what does the research indicate? *New Zealand College of Midwives Journal* 50, 19-23.
<https://dx.doi.org/10.12784/nzcomjnl50.2014.3.19-23>
- Aveyard, H., 2019. *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 4. utg. Open University Press, London.
- Beck, C. T., 2004. Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research* 53 (1), 28-35.
https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2004/01000/Birth_Trauma_In_the_Eye_of_the_Beholder.5.aspx
- Beck, C. T., LoGiudice, J., Gable, R. K., 2015. A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: Shaken Belief in the Birth Process. *Journal of Midwifery and Women's Health* 60, 16–23.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12221>
- Calvert, I., Benn, C., 2015. Trauma and the Effects on the Midwife. *International Journal of Childbirth* 5 (2), 100-112. <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.5.2.100>
- Cohen, R., Leykin, D., Golan-Hadari, D., Lahad, M., 2017. Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery* 50, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.009>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 2019. CASP Qualitative checklist. Hentet 09.04.2019 fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Edqvist, M., Lindgren, H., Lundgren, I., 2014. Midwives' lived experience of a birth where the women suffers an obstetric anal sphincter injury – a phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-258>
- Goldbort, J., Knepp, A., Mueller, C., Pyron, M., 2011. Intrapartum Nurses' Lived Experience in A Traumatic Birthing Process. *MCN, American Journal of Maternal/Child Nursing* 36 (6), 373-380. <https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31822de535>
- Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., Wischnitzer, M. L., 2011. Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health* 56 (4), 388-394. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg*. (Meld. St. 12 2008-2009). Hentet 06.01.2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009/id545600/>

- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Kvalitet og pasientsikkerhet. (Meld. St.12 2015-2016). Hentet 03.06.2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/>
- Helsedirektoratet (2010). Et trygt fødetilbud: Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo. Hentet 20.01.2019 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli 1999 nr 64. Hentet 14.12.2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Hunter, B., Warren, L., 2014. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery* 30, 926-934. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.010>
- Javid, N., Hyett, J. A., Homer, C. S. E., 2019. The experience of vasa praevia for Australian midwives: A qualitative study. *Women and Birth* 32(2), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.020>
- Kalstø, Åshild Male. 2019. NAVs bedriftsundersøkelse 2019. Hentet 18.08.19 fra <https://www.nav.no/548468/NAVs+bedriftsunders%C3%B8kelse+2019>
- Lazarus, R. S., 2006. Stress og følelser – en ny syntese. Akademisk Forlag, København.
- Leinweber, J., Rowe, H. J., 2010. The cost of «being with the woman»: secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery* 26 (1), 76-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
- Leinweber, J., Creedy, D. K., Rowe, H., Gamble, J., 2017. Responses to birth trauma and prevalence of posttraumatic stress among Australian midwives. *Women and Birth* 30 (1), 40-45. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.006>
- Malterud, K., 2017. Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag. Universitetsforlaget, Oslo.
- Martínez-Serrano, P., Palmar- Santos, A. M., Solís-Munoz, M., Álvarez-Plaza, C., Pedraz-Marcos, A., 2018. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery* 66, 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.010>
- McCool, W., Guidera, M., Stenson, M., Dauphinee, L., 2009. The Pain That Binds Us: Midwives' Experiences of Loss and Adverse Outcomes Around the World. *Health Care for Women International* 30 (11), 1003-1013. <http://ezproxy2.usn.no:2087/10.1080/07399330903134455>

- Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., Foureur, M., 2011. Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth* 26 (1), 26-32.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.002>
- Muliira, R. S, Sendikadiwa, V. B., Lwasampijja, F., 2015. Predictors of death anxiety among midwives who have experienced maternal death situations at work. *Maternal and Child Health Journal* 19 (5), 1024-1032. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1601-1>
- Noblit, G.W. & Hare, R. D., 1988. *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Sage Publications, Newbury Park, California.
- NSD - personvernombudet for forskning. Skal du behandle personopplysninger? Hentet 15.12.2018 fra
http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldeplikttest.html
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015. Eksempler på virksomheter som ikke skal søke REK. Hentet 15.12.2018 fra
https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLan
- Rice, H., Warland, J., Ed, G. C., 2013. Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery* 29, 1056-1063. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.003>
- Sandelowsky, M., Docherty, S., Emden, C., 1997. Focus on qualitative methods Qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Research in nursing & health* 20 (4), 365-372.
https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/kb63e2/TN_medline9256882
- Sandelowski, M., Barroso, J., 2007. *Handbook of synthesizing qualitative research*. Springer Publishing Company, New York.
- Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., Hvidt, N. C., 2016. Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians’ and midwives’ experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 95 (7), 735-745. <https://doi.org/10.1111/aogs.12897>
- Schrøder, K., La Cour, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., Hvidt, N. C., 2017. Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. *Social Science & Medicine* 176, 14-20.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.017>
- Sheen, K., Spiby, H., Slade, P., 2014. Exposure to traumatic perinatal experiences and posttraumatic stress symptoms in midwives: Prevalence and association with burnout.

- International Journal of Nursing Studies 52 (2), 578-587.
<http://ezproxy1.usn.no:2092/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.006>
- Sheen, K., Spiby, H., Slade, P., 2016a. The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. International Journal of Nursing Studies 53, 61-72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003>
- Sheen, K., Spiby, H., Slade, P., 2016b. What are the characteristics of perinatal events perceived to be traumatic by midwives? Midwifery 40, 55-61.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.007>
- Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H., Gottfredsdottir, H., 2017. The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. Women and Birth 30 (6), 450-459.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>
- Slade, P., Sheen, K., Collinge, S., Butters, J., Spiby, H., 2018. A programme for the prevention of posttraumatic stress disorder in midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study. European Journal of Psychotraumatology 9 (1).
<https://dx.doi.org/10.1080%2F20008198.2018.1518069>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), 2015. Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk. STAMI-rapport 16 (3). Hentet 03.09.2019 fra
<http://hdl.handle.net/11250/284148>
- Statistisk sentralbyrå, 2012. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD. (Rapport 2012/14). Hentet 18.08.2019 fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf
- World Health Organization, 2016. Midwives' Voices, Midwives' Realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Hentet 20.03.2019 fra
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547eng.pdf;jsessionid=BAF5D6EE89AEDC1B159DBE39F798D553?sequence=1>
- World Health Organization, 2018. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Hentet 20.03.2019 fra
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

Del 2. Fordypningsdel

Antall ord: 5523

Fordypningsdelen bør leses i sammenheng med artikkelen.

Innledning

Nasjonalt og internasjonalt er fokus på kvalitet i helsetjenesten et viktig satsningsområde og fødselsomsorgen i Norge holder høy kvalitet i internasjonal sammenheng (Helsedirektoratet, 2010). I dagens fødselsomsorg er det fokus på å opprettholde god kvalitet på helsetjenestene og et viktig satsningsområde for å heve kvaliteten er å styrke utøveren, gjennom systematisk å arbeide med forbedring av tjenestene (Helsedirektoratet, 2010, s. 13). Forbedring av tjenestene blir i dag hovedsakelig gjort ved å utvikle systemer som ivaretar pasientene, og for å opprettholde god kvalitet og ivareta pasientsikkerheten er det stort fokus på utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 57). I tillegg til å styrke brukeren av tjenesten, viser studier at ivaretagelse av de som yter helsetjenester også er nødvendig for å ivareta god kvalitet og pasientsikkerhet (Leinweber & Rowe, 2010; Mollart et al., 2011).

Å arbeide som jordmødre innen fødselsomsorgen krever høy faglig kompetanse med en kunnskapsbasert profesjonsutøvelse, som setter store krav til den enkelte jordmor (International Confederation of Midwives, 2018). Studier viser at det er svært viktig å ivareta jordmødre etter en traumatisk hendelse, da de kan bli skadelidende i ettertid, noe som kan føre til at kvaliteten på arbeidet blir redusert og pasientsikkerheten kan stå i fare (Leinweber & Rowe, 2010; Mollart et al., 2011). De samme studiene sier samtidig lite om hvordan dette bør gjøres og hvilke tiltak som kan iverksettes. For at praksis i større grad skal kunne møte jordmødre etter en traumatisk hendelse i fødselsomsorgen har vi gjennomført en metaetnografi for å utforske hvordan jordmødre opplevde traumatiske hendelser, samt identifisere hvilke strategier hun benyttet i etterkant av en slik hendelse for å mestre sin arbeidshverdag. Det vil kunne synliggjøre hvordan jordmødre opplever og håndterer en traumatisk hendelse. Ved å kartlegge hvilke strategier jordmødre bruker, kan praksis settes i stand til å utvikle relevante tiltak for å bedre opplevelsen for dem i etterkant av hendelsen. På bakgrunn av det ble forskningsspørsmålet: Hvordan opplever jordmor traumatiske hendelser i fødselsomsorgen og hvilke strategier tar hun i bruk i etterkant av hendelsen?

Oppsummering av artikkelmanus

En traumatisk hendelse i fødselssammenheng finner sted før, under, eller etter en fødsel, og det er en situasjon der mor og barn er i livsfare eller kan bli utsatt for alvorlig skade (Beck, 2004). Jordmødre er forpliktet til å stå i situasjoner der liv og helse står i fare, og det er forventet at de skal håndtere akutte situasjoner som kan resultere i traumatiske hendelser (Helsepersonelloven, 1999, § 7). Hensikten med metaetnografien har derfor vært å utforske hvordan jordmødre opplever traumatiske hendelser, samt identifisere hvilke strategier hun benytter i etterkant av en slik hendelse for å mestre sin arbeidshverdag.

Kvalitative primærstudier ble identifisert gjennom systematiske litteratursøk i relevante databaser. Tretten kvalitative primærstudier møtte inklusjonskriteriene, og ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra CASP (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017). De inkluderte studiene ble sammenfattet og analysert ved hjelp av Noblit og Hares 7-trinns metaetnografiske metode (Noblit & Hare, 1988, s. 27). Tre tema trådte frem gjennom analysen: «Fysisk og psykisk smerte», «skyldfølelse» og «frykt og bekymring for fremtiden». Den overordnede forståelsen av de tre hovedtemaene ledet tilslutt frem til at det var en erfaring jordmødre tok med seg videre i livet. Hvordan jordmødre håndterte hendelsen, og på hvilken måte den påvirket arbeidssituasjon og livet videre varierte, og var sterkt knyttet til strategiene de benyttet. Det viste seg at hvordan jordmødre ble ivaretatt av kollegaer og ledelse i etterkant av hendelsen hadde stor betydning for hvordan hendelsen påvirket deres videre liv og arbeidshverdag.

Teoretisk referanseramme

En traumatisk hendelse i fødselsomsorgen, hvor jordmødre opplever død eller annen alvorlig fysisk skade hos fødekvinnen eller barnet, kan oppleves som sjokkerende og overveldende for de involverte parter (Halperin et al., 2011; Sheen et al., 2016a). Hendelsene kan også skape en følelse av kaos og hjelpsløshet hos jordmødrene (Goldbort et al., 2011; Sheen et al., 2016a; Javid et al., 2018). Slike følelser og opplevelser kan sette jordmødrenes fysiske og psykiske helse i fare, og hvordan de mestrer situasjonen er derfor av stor betydning for deres totale helse (Leinweber & Rowe; 2010; Calvert & Benn, 2015; Muliira et al., 2015; Wright et al., 2018). En traumatisk opplevelse i fødsel kan i etterkant beskrives som psykologisk stress (Lazarus, 2006, s. 79; Wright et al., 2018).

Psykologisk stress oppstår når det er et misforhold mellom de krav som stilles og individets evner til å mestre situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21; Lazarus, 2006, s. 79). Dersom

misforholdet mellom krav og ressurser er for stort omtaler Lazarus dette som et traume og personen føler seg hjelpsløs, og resultatet kan være panikk, håpløshet og depresjon (Lazarus, 2006, s. 79). Når et slikt misforhold oppstår, vil det være nødvendig å gjenopprette balanse mellom krav og tilgjengelige ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21; Lazarus, 2006, s. 79). I prosessen med å gjenopprette balanse mellom krav og ressurser, fremhever Lazarus begrepet «mestring» som viktig (Lazarus, 2006, s. 129).

Mestring er en kontinuerlig skiftende kognitiv og atferdsmessig anstrengelse for å takle spesifikke eksterne og/eller interne krav som oppleves som belastende eller overskridende i forhold til en persons ressurser (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141; Lazarus, 2006, s. 139).

Mestringsstrategiene skal hjelpe oss å oppnå kontroll over kravene som utgjør stresset.

Lazarus skriver at stress, følelser og mestring hører sammen, og følelsesbegrepet er det overordnede, siden det inneholder både stress og mestring (Lazarus, 2006, s. 55). Hvordan den traumatiske hendelsen oppleves, er avhengig av jordmødrenes følelser og vurderinger av situasjonen. Måten stresset håndteres, avhenger dessuten av personlig toleranse for stress, intensiteten og graden av stress, samt grad av sosial støtte (Lazarus, 2006, s. 73-78). En traumatisk hendelse i fødselsomsorgen kan oppleves ulikt fordi opplevelsen av stress er knyttet til hvordan personen som utsettes for stress vurderer situasjonen, og selv avgjør graden av stress som påføres, og der personens indre og ytre variabler spiller en viktig rolle (Lazarus, 2006 s. 82-94).

Selve vurderingsprosessen, fra hendelsen skjer til reaksjonen kommer, deles opp i primær-, og sekundærvurdering, og deretter, en revurdering av situasjonen. Vurderingene kan både være bevisst, og ubevisst. Prosessen er dynamisk, og vurderingene henger ofte sammen og overlapper hverandre. Primærvurderingen oppfattes som stressende dersom situasjonen er utfordrende og oppfattes som en trussel om fremtidige skade, eller innbefatter tap etter en skade som allerede har oppstått (Lazarus, 2006, s. 98-99). Sekundærvurderingen er en evaluering av hvilke muligheter og ressurser mennesker har for å takle situasjonen.

Revurderingen kommer i ettertid når personen har gjort ulike mestringsforsøk, og søker etter om de var effektive eller ineffektive (Lazarus & Folkman, 1984, s. 53; Lazarus, 2006, s. 98-104). Mennesker vil vurderer mestring som effektiv dersom den reduserer stressopplevelsen, og ineffektiv når stressnivået er vedvarende høyt (Lazarus, 2006, s. 129). Revurdering er også en mestringsstrategi, da personen ved revurdering kan endre opplevelsen til å være mindre truende enn den opprinnelig var, eller de fortrenger betydningen av opplevelsen (Lazarus, 2006, s. 145-146).

Vurderingsprosessen etterfølges av forskjellige mestringsstrategier: Konfronterende mestring, distansering, selvkontroll, oppsøking av sosial støtte, aksept av ansvar, flukt/unngåelse, planlagt problemløsning, positiv revurdering (Lazarus, 2006, s. 144). Disse mestringsstrategiene har to hovedfunksjoner; problemfokusert- og følelsesfokusert mestring. Ved problemfokusert mestring vil personen avslutte, eller løse problemet, som er knyttet til situasjonen ved å innhente informasjon, lage handlingsplan, eller tilkalle hjelp fra andre. Ved følelsesfokusert mestring vil personen forsøke å regulere følelsene i tilknytning til traumet ved for eksempel å unngå å tenke på opplevelsen eller revurdere den. Selve problemet endres ikke, men opplevelsen av det endrer seg. En opplever å ha kontroll over seg selv ved at en forandrer, tolererer og reduserer intensiteten i det en føler i situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150-153; Lazarus, 2006, s. 145).

Valg av mestringsstrategi er derfor av stor betydning for menneskers fysiske og psykiske helse, og avgjørende for hvordan deres privat- og arbeidsliv fortoner seg, da disse faktorene påvirker hverandre i etterkant av en traumatisk hendelse (Lazarus, 2006, s. 161-163).

Metode med metodediskusjon

Dette kapittelet er en utdypning av de metodiske valg som ble gjort for å strukturere, samle og analysere informasjonen som ble innhentet for å svare på hensikten og problemstillingen i metaetnografien (Polit & Beck, 2017, s. 11). Det supplerer metodekapittelet beskrevet i artikkelen s. 8 og inneholder en diskusjon av de metodiske valg som er gjort gjennom forskningsprosessen.

Det finnes ulike metodiske tilnærminger for å oppsummere kvalitativ forskning, og Noblit og Hares 7-trinns metode (Noblit & Hare, 1988) er godt egnet når det er få studier som omhandler aktuelt tema (Edwards & Kaimal, 2016; Schneider et al., 2016, s. 105; Malterud, 2017b, s. 88-92). Denne metoden gir rom for syntesering og analyse så en oppnår ny innsikt, og det er en systematisk fremgangsmåte i hvordan en metaetnografi skal gjennomføres (Noblit & Hare, 1988, s. 9; Malterud, 2017b, s. 77).

Siden metaetnografien søker jordmødrenes opplevelser og strategier knyttet til det erfarte fenomenet, traumatisk hendelse, er metaetnografien i det fortolkende paradigmet, og som forskere fortolker og oversetter vi innholdet i studiene til hverandre, samtidig som det unike i hver studie beholdes (Noblit & Hare, 1988, s. 11). Det skapes nye metaforer for det studiene beskriver, og på den måten utarbeides en ny fortolkning på tvers av studiene, og en dypere forståelse av vår verden (Noblit & Hare, 1988, s. 13, 82). Det fortolkende paradigmet bygger

på humanvitenskapelige tradisjoner, hvor man søker etter forståelse og innsikt i menneskelig adferd og menneskelige uttrykk (Noblit & Hare, 1988, s. 11; Malterud, 2017a, s. 27; Malterud, 2017b, s. 106). Fortolkningen har som mål å utforske og forstå meningsinnholdet slik det oppleves for de involverte i sin naturlige kontekst (Malterud, 2017a, s. 36).

Metaetnografi

Forskningsspørsmålet avgjorde hvilken metode som var best egnet til å besvare hensikten, og det påvirket alle deler av vårt forskningsarbeid, ved å tjene som en rød tråd gjennom forskningsprosessen (Forsberg & Wengström, 2016, s. 37; Schneider et al., 2016, s. 94). Vi søkte innsikt i jordmødres opplevelser og strategier, og valgte derfor en kvalitativ tilnærming som er godt egnet til å forstå menneskelige erfaringer og opplevelser (Noblit & Hare, 1988, s. 12; Schneider et al., 2016, s. 105). Kvalitativ forskning kan utføres på ulike måter (Noblit & Hare, 1988, s. 12; Schneider et al., 2016, s. 94), og vi valgte å gjennomføre en metasyntese, som er en systematisk gjennomgang av kvalitative primærstudier bestående av analyse, gransking og sammenstilling av resultater fra kvalitative studier (Noblit & Hare, 1988, s. 17; Schneider et al., 2016, s. 66-67; Malterud, 2017b, s. 36; Polit & Beck, 2017, s. 659) ved hjelp av Noblit og Hares 7-trinns metode for gjennomføring av metaetnografi (Noblit & Hare, 1988, s. 26-29) (Tabell 1. i artikkel s. 9). Den interne validiteten sikres ved at metaetnografi er valgt som metode, da den egner seg til å besvare hensikt, og muliggjør en dypere og utvidet forståelse av jordmors opplevelser og strategier etter en traumatisk hendelse (Noblit & Hare, 1988; Schneider et al., 2016, s. 74; Malterud, 2017a, s. 23).

Noblit og Hares 7-trinns metode

Det første trinnet i Noblit og Hares 7-trinns metode var å bestemme tema, og deretter formulere et presist og søkbart forskningsspørsmål (Noblit & Hare, 1988, s. 26-27). For å formulere et presist forskningsspørsmål benyttet vi oss av rammeverket PICO, som bidrog til å bryte ned og strukturere forskningsspørsmålet, samt identifisere relevante norske og engelske søketermer (Schneider et al., 2016, s. 60, 79; Polit & Beck, 2017, s. 33). PICO er et akronym for de engelske ordene: Populasjon (P), intervention (I), comparison (C) og outcome (O), og utgjør elementene av et godt formulert forskningsspørsmål og en presis problemstilling (Schneider et al., 2016, s. 60, 79; Polit & Beck, 2017, s. 33). Elementene i akronymet PICO kan endres etter hva som er mest hensiktsmessig for studien (Aveyard, 2019, s. 33). Siden metaetnografien omhandlet helsepersonell sine opplevelser, ble ikke alle

elementene i PICO tatt i bruk. I og C ble ekskludert da intervensjon og sammenligningsgruppe ikke benyttes i kvalitativ studiedesign (Aveyard, 2019, s. 33). Et alternativ for PICO er PEO. I akronymet PEO er I og C erstattet med E, som står for Exposure. PEO egner seg bedre for kvalitative problemstillinger fordi vi ikke er ute etter en intervensjon (I) eller å sammenlikne (C) et tiltak (Forsberg & Wengström, 2016, s. 61; Polit & Beck, 2017, s. 33). Ved hjelp av PEO formulerte vi forskningsspørsmålet: Hvordan opplever jordmor en traumatisk hendelse i fødselsomsorgen, og hvilke strategier tar hun i bruk i etterkant av hendelsen?

I prosessen ble det satt opp en PEO til innledende søk (Vedlegg 2) og en PEO til hovedsøk (Tabell 4).

Tabell 4: PEO-tabell til utvidet søk med engelske søkeord

	P (population)	E (exposure)	O (outcome)	Begrensning
Engelske søkeord	Midwifery Birth attendant Nurse midwives Obstetric nurse/nursing Labour nurse Health care professionals Delivery nurse Labor nurses	Traumatic birth, Traumatic birth experience, Traumatic childbirth, Birth injuries, Adverse events, Unwanted events, Unexpected events, Critical events, Critical incidents, Critical birth, Stillbirth, Adverse outcome, Umbilical cord prolapse, Vicarious trauma, Sphincter rupture, Medical errors , Obstetric emergencies, Stillbirth m/explode, Obstetric complications, Postpartum haemorrhage, Postpartum hemorrhage, Postpartum hemorrhage m/explode, Eclampsia, Dystocia, Parturition, Foetal death, Perinatal death, Infant mortality, Perinatal mortality, Resuscitation, Delivery complications, Indirect exposure to trauma, Birth accidents	Experience, Coping strategy, Stressmanagement, Stress management, Post traumatic stress disorder, Traumatic stress, Second victim, Secondary traumatic stress, Compassion fatigue, Secondary trauma, Adaptation, Coping, Burn out, Burn out professional, Blame, Guilt, Shame, Debriefing, Crises intervention, Self-care, Emotional stress, social support, resilience	Qualitative

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Etter at forskningsspørsmålet og aktuelle søkeord var definert formulerte vi inklusjons- og eksklusjonskriterier (Noblit & Hare, 1988, s. 27; Schneider et al., 2016, s. 167).

Inklusjonskriteriene (Tabell 5) inneholdt fagfellevurderte, kvalitative primærstudier, siden studien omhandlet jordmødres opplevelser og strategier i etterkant av en traumatisk hendelse. Det ble ikke differensiert på kvalitativ studiedesign. Studier hvor mixed -methodenes var brukt

ble inkludert dersom det var mulig å ekstrahere data fra kvalitative funn. Jordmødre og helsepersonell ble satt som inklusjonskriterie for å dekke opp for ulike definisjonsbegreper i organisering av fødselshjelpen i forskjellige land. Helsepersonell er inkludert da helsearbeidere er utdannet og trent til å håndtere normale, ukompliserte, svangerskap, fødsler og barselperiode, samt kan identifisere, håndtere og henvise videre når det avviker fra det normale forløp (World Health Organization, 2019). Vi ekskluderte studier som omhandlet dolaer, da vi var ute etter helsepersonell sine erfaringer og ikke tilfeldige personer som er valgt ut av fødekvinne til å bistå henne. Studier som omhandlet helsepersonell i primær og spesialisthelsetjenesten, samt i offentlig og privat praksis ble inkludert. Studier som omhandlet studenter ble derimot ekskludert, da vi søkte jordmødres opplevelser og strategier.

Tabell 5: Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte kvalitative primærstudier	Kvantitative studier
Mixed Methods	Reviews og andre meta-etnografier
Studier som omhandler jordmødres/helsepersonells opplevelser/erfaringer og strategier i etterkant av/knyttet til traumatiske hendelser	Jordmorstudenter og andre studenter innen helsefag. Douglas
Traumatiske hendelser i svangerskap, fødsel og barsel	
Offentlig og privat sektor, Primær- og spesialisthelsetjenesten	
Publikasjon-språk: norsk, svensk, dansk og engelsk	Alle andre språk

Søkeprosessen

Ifølge Aveyard (2019, s. 78) er det idelle at man finner all tilgjengelig litteratur om valgt emne, men i virkeligheten er der begrensninger som tid og ressurser. Våre elektroniske søk var omfattende, med mange treff, noe som øker sansynligheten, men ikke er en garanti, for at samtlige aktuelle artikler er fanget opp i våre søk (Malterud, 2017b, s. 113; Aveyard, 2019, s. 88). En detaljert redegjørelse av metaetnografiens systematiske søkeprosess bidrar derimot til å gjøre vår forskning transparent og reproducerbar (Polit & Beck, 2017, s. 98). Samtidig argumenterer Malterud (2017b, s. 125) for at systematikk og transperens er viktig for å gi innsyn i systematikken vi har brukt.

Det ble gjennomført to runder med database-søk; innledende søk, ble gjennomført i januar 2019, (Vedlegg 3) og utvidet søk, fra februar til mai 2019 (Vedlegg 4). Det er nyttig å gjøre et innledende søk, da antall treff gir en indikasjon på om vi er på rett spor (Malterud, 2017b, s.

55). I utvidet søk avgjorde vi hvilke studier som skulle inkluderes i metaetnografien (Noblit & Hare, 1988, s. 28).

Søk ble gjennomført sammen med forskningsbibliotekar for å kvalitetssikre søkene (Polit & Beck, 2017, s. 90). Vi søkte i databasene Cinahl (EBSCO-host), EMBASE (Ovid), Maternity & Infant Care, Medline (Ovid), PsycINFO (Ovid) og PubMed, fordi de inneholder en god bredde av kvalitative primærstudier innen sykepleie- og jordmorfag, medisin og psykologi (Schneider et al., 2016, s. 60). Siden de fleste artikler som publiseres i fagfelleverderte tidsskrift publiseres på engelsk, var det nødvendig å finne relevante engelske søkeord. De ulike databasene er organisert forskjellig med tanke på hvilke søkeord og emneord som brukes i deres database (Schneider et al., 2016, s. 60). Vi brukte derfor brukerveiledningen til den enkelte databasen for å finne riktige søkeord/emnerord/termer til våre søk (Schneider et al., 2016, s. 60). Databasen SweMed+, gav oss Me-SH-termene (Medical Subject Headings (MeSH)) brukt i Medline og PubMed (Schneider et al., 2016, s. 60). I Cinahl fulgte vi brukerveiledningen, samt råd fra forskningsbibliotekar for å finne riktige termer. Det ble også brukt ordbøker og oppslagsverk for å finne riktige oversettelser av søkeord (Helsebiblioteket, 2016). I tilfeller der ordet kunne forekomme i mer enn en variant ble det benyttet trunkering for å utvide søket og dermed sikre et mer uttømmende søk (Polit & Beck, 2017, s. 93; Schneider et al., 2016, s. 60; Helsebiblioteket, 2016). Søkeordene fra PEO ble systematisk kombinert med de boolske operatorene AND og OR i databasene for å sikre funn av artikler som svarte til forskningsspørsmålet (Aveyard, 2019, s. 85). Operatøren AND ble brukt for å kombinere ulike begreper, og dermed begrense søket siden artiklene må inneholde begge søkeordene. OR ble brukt for å utvide søket ved å kombinere synonymer og ulike stavemåter for det samme søkeordet (Aveyard, 2019, s. 85).

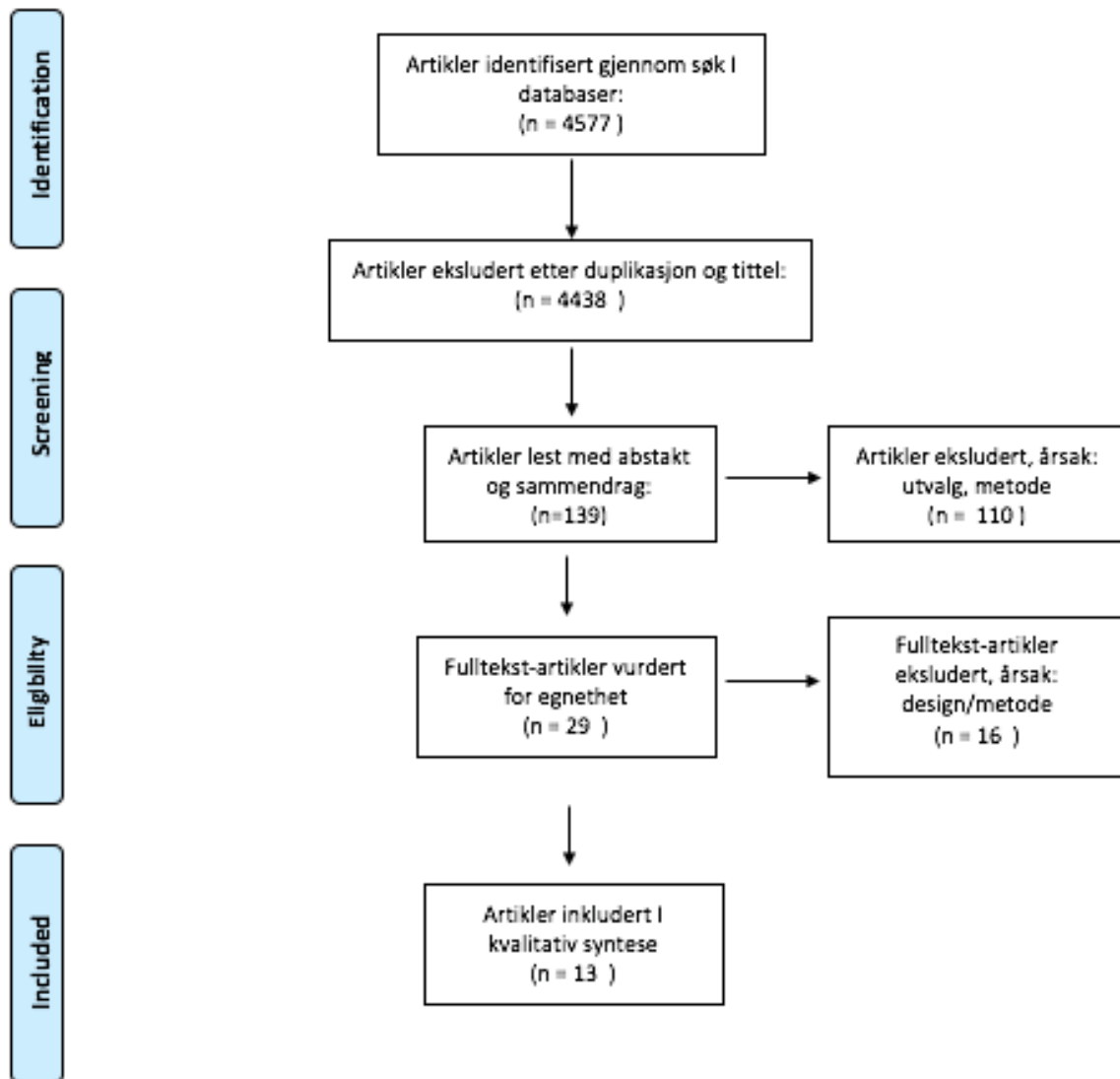
Det innledende søk gav 77 treff og 3 studier fylte inklusjonskriteriene, så i samarbeid med forskningsbibliotekar, utvidet vi søket ved å inkludere flere engelske søkeord. Utvidet søk ble utført i samme databaser som innledende søk og gav 4577 treff, der tittel og abstract ble gjennomgått manuelt av begge forfatterne. Etter denne gjennomgangen ekskluderte vi 4438 studier. Begge forfatterne, uavhengig av hverandre, leste tittel og sammendrag av de gjenværende 139 studiene, og ytteligere 110 studier ble ekskludert. Da satt vi igjen med 29 studier som alle ble lest i fulltekst, av disse ble 16 ekskludert ut fra hensikt med studien og studiedesign Totalt ble 13 studier inkludert i metaetnografien (Tabell 2. i artikkel s. 11). Arbeidet med å inkludere studier ble gjennomført av begge forfatterne uavhengig av hverandre. Det var uenighet om tre av studiene skulle inkluderes, og en tredje person ble konsultert. De tre studiene ble ekskludert, da de ikke møtte inklusjonskriteriene (Vedlegg 5).

For å øke troverdigheten i våre funn, har vi gjort referansesøk på de inkluderte studiene (Aveyard, 2019, s. 90), og fant at de fleste refererer til hverandre. Det øker sannsynligheten for at søkene var uttømmende nok til å besvare vårt forskningsspørsmål, og at søk i andre databaser ikke nødvendigvis ville resultere i flere studier. Prosessen fra litteratursøk til inkluderte primærstudier er illustrert ved Prisma Flytskjema (Figur 1), og gir et detaljert og oversiktlig bilde av prosessen (Malterud, 2017b, s. 61; Polit & Beck, 2017, s. 659).

Figur 1: Prisma flyskjema



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Metaetnografien inneholder et rikt datamaterialet fra 13 primærstudier, med informasjon fra 607 jordmødre og 6 obstetrikere. I utgangspunktet er det artikkelen til Sheen et al. (2016b) som bidrar til et stort antall informanter, og dermed kunne antas å ha et kvantitativ fokus, men artikkelen inneholdt åpne spørsmål i spørreundersøkelsen, og var derfor aktuell. Et stort antall informanter er derimot ikke vesentlig i en metaetnografi, da det er innholdet, og bærekraftigheten som er viktig (Noblit & Hare, 1988; Malterud, 2017b, s. 71, 112). Artiklene betraktes som informasjonsrike fordi deltagernes beskrivelser ofte er svært detaljerte og beskrivende, slik at vi som lesere, kunne forstille oss hvordan den traumatiske hendelsen opplevdes i den konteksten som ble beskrevet. Det er derimot viktig å være bevisst på at vi kun får bruddstykker fra artiklenes datagrunnlag, da vi tolker andre forskeres resultater, og det er mulig vi har tolket nyansene i studiene annerledes enn de opprinnelig var uttrykt (Noblit & Hare, 1988, s. 25; Malterud, 2017b, s. 110). En forklaring på det kan være at vi er jordmødre med lang erfaring fra fødselsomsorgen, som har opplevd traumatiske hendelser, noe som kan påvirke forforståelsen vår. Forforståelse er noe vi tar med oss inn i studien før arbeidet starter og det kan påvirke hvordan vi samler, leser og tolker funn (Malterud, 2017b, s. 44-45). Før vi leste studiene gjennomgikk vi hvordan opplevelsen kunne påvirke oss, og hvordan graden av en slik påvirkning kunne reduseres i forskningsprosessen. Konklusjonen var at det var viktig å ha et åpent sinn og være nysgjerrige uten å ha bestemt oss på forhånd for hva vi skulle mene om innholdet. Vi var og bevisst på å være tro mot studienes hovedfunn og tolkninger ved å utføre korrekt gjengivelse av informantenes og forfatterens uttalelser og resultat (Malterud, 2017a, s. 20). For å unngå bias, har vi vært bevisste på å unngå «kirsebærplukking», som er å velge ut studier som kun støtter vårt eget synspunkt (Aveyard, 2019, s. 74, 86-87).

En styrke ved metaetnografien er at den får med mangfoldet ved å inkludere studier fra ulike nasjoner, en svakhet med det kan derimot være at det er kulturelle forskjeller og ulik oppbygging av helsesystemet, noe som kan gjøre funn mindre overførbare til praksis i Norge. Funnene våre synliggjør at tross for ulik kontekst, rammevilkår og omstendigheter, er jordmødres følelser ved traumatiske hendelser forholdsvis like, gjenkjennbare og forståelige og det styrker metaetnografiens overførbarhet (Malterud, 2017b, s 123-124).

Analyse

Primærstudiene ble lest i fulltekst flere ganger, så i trinn tre av analysen ble vi godt kjent med materialet, og i stand til å identifisere funn og metaforer fra hver studie (Noblit & Hare, 1988, s. 28). I en metaetnografi, som ved systematiske litteratur gjennomganger, er det viktig å bli

godt kjent med datamaterialet, samt kritisk gjennomgå hver artikkel for å kunne vurdere styrker og svakheter (Aveyard, 2019, s. 99-100).

Gjennom trinn fire arbeidet vi oss frem til hvordan studiene var beslektet (Noblit & Hare, 1988, s. 28). Relevante meningsfulle tema og metaforer fra resultatdelen av hver primærstudie ble satt inn i en matrise i Excel, der hver studie ble presentert i hver sin vertikale kolonne. Utarbeidelsen av analysematrisen bestod av samarbeid i flere runder. Prosessen inneholdt mange diskusjoner, endringer og vurderinger som vi kom tilbake til over tid.

Analyseprosessen var derfor fleksibel, grundig og langvarig, noe Noblit og Hare (1988) fremhever som viktig i en en metaetnografi, og som Malterud (2017b, s. 125) og Polit og Beck (2017, s. 558) trekker frem som viktig for forskningens holdbarhet. Ved å studere de inkluderte studienes metode- og funndel inngående, har vi opparbeidet en nærhet til informantenes beskrivelser og studienes metaforer (Noblit & Hare, 1988, s. 39). Det er noe som bidrar til å styrke troverdigheten i vår kvalitative forskning (Forsberg & Wengstöm, 2016, s. 144-145). Gjennom matrisen utviklet vi en forståelse for hvilke hovedmetaforer og beslektede begreper som var felles for våre primærstudier (Noblit & Hare, 1988, s. 28, 34). Ved å abstrahere aktuelle begrep og temaer i den horisontale delen av matrisen, flyttet vi oss over i syvtrinnsmodellens femte trinn (Noblit & Hare, 1988, s. 28), der vi tok i bruk gjensidig resiprok oversettelse og tekstreduserte metaforene/begrepene i studiene til hverandre (Noblit & Hare, 1988, s. 28, 38-39) (Vedlegg 6). Målet var å finne likheter og ulikheter, og systematisk bevare det unike samtidig som vi skapte nye metaforer og begreper (Noblit & Hare, 1988, s. 7, 28). I trinn seks syntiserte vi oversettelsene og tekstreduksjonene til en ny helhet, og formulerte en ny oversettelse basert på alle studiene (Noblit & Hare, 1988, s. 28). Syntesen av de sammenstilte resultatene kalles en andre ordens analyse, og på bakgrunn av den ble det dannet grunnlag for tredje ordens analyse, som er en ny forståelse av våre funn (Noblit & Hare, 1988, s. 29) (Tabell 3. i artikkel s. 13). Avslutningsvis, i trinn syv, formidlet vi syntesen skriftlig i form av artikkel og fordypningsdel.

Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler

I en metaetnografi er det viktig å bli godt kjent med de inkluderte studiene, og styrker og svakheter ved hver studie er kritisk vurdert ved hjelp av CASP (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017; Aveyard, 2019, s. 107-108). Sjekklisten ble valgt da den ifølge Helsebiblioteket (2016) og Aveyard (2019) egner seg godt til kvalitetsvurdering av kvalitative studier. Det er derimot delte meninger vedrørende nødvendigheten av kvalitetsvurdering av

kvalitative studier (Malterud, 2017b, s. 58), men for å være etterprøvbar og transparente i arbeidsprosessen, valgte vi å kritisk vurdere de inkluderte studiene ved hjelp av CASP (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017). En styrke ved metaetnografien er at studiene er av god kvalitet, og inneholder omfattende og varierte resultatbeskrivelser, som gir et bredt og rikt datagrunnlag og belyser vårt forskningsspørsmål (Noblit & Hare, 1988; Malterud, 2017b, s. 112).

CASP er et hjelpemiddel bestående av tre hoveddeler som sikrer vurdering av forskningsartiklenes gyldighet, resultater og klinisk relevans (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017). Sjekklisten består av 10 spørsmål som besvares med Yes (Y), No (N) eller Can't tell (CT) (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017).

Første del av sjekklisten består av spørsmål 1-6 som omhandler studiens gyldighet, spørsmål 7-9 utgjør andre hoveddel og sikrer vurdering av studiens resultater, og spørsmål 10, omhandler studiens kliniske relevans (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017).

Kvalitetsvurdering av studiene ble først gjort individuelt, og deretter diskutert i fellesskap for å utarbeide en samlet kvalitetsvurdering (Vedlegg 7). Majoriteten av studiene ble vurdert til høy kvalitet, mens to av dem ble vurdert til middels god kvalitet. Studiene inneholdt relevant informasjon for vår problemstilling, noe som er av betydning når en skal utføre en metaetnografi (Malterud, 2017b, s. 58).

Etiske aspekter

I metaetnografien har vi forholdt oss til Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker (Førde, 2014). Helsinkideklarasjonen ble utarbeidet av Verdens Legeforening, og bygger på Nürnbergkodeksen, hvor informert samtykke står sentralt (Førde, 2014; Schneider et al., 2016, s. 34). Deklarasjonen underlegger medisinsk forskning etiske standarder som blant annet fremmer respekt for alle mennesker, og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2017a, s. 211). Til tross for at deklarasjonen primært retter seg mot beskyttelse av pasienter i forskning, og ikke gir samme beskyttelse for forskning på helsepersonell (Malterud, 2017a, s. 216), har vi vurdert prinsippene som gjeldende på en overordnet måte siden helsepersonell også er mennesker, og i mange tilfelle i sårbare situasjoner. I kvalitetsvurderingen av artiklene har vi vurdert hvordan forfatterne har beskrevet innhenting av informert samtykke, hvordan de har informert deltakerne, og hvorvidt studien er godkjent av forskningsetiske instanser. Vi har på denne måten ivaretatt vårt etisk ansvar ved å kartlegge hvordan forfatterne av primærstudiene har ivaretatt sine etiske

forpliktelser (Ruyter, K., Førde, R. & Solbakk, J.H, 2014). Samtlige inkluderte studier har redegjort for disse etiske forpliktelsene. Metaetnografien bygger på allerede utførte primærstudier, og det var derfor ikke nødvendig å søke REK eller NSD for å gjennomføre vår studie (Regionale Komiteer for Medisinsk Og Helsefaglig Forskningsetikk, 2015; Nsd - Personvernombudet for Forskning). Videre har vi et ansvar og forpliktelse overfor deltakerne og forfatterne av primærstudiene i å ivareta metaetnografiens validitet ved å ikke misforstå eller forvrengte data. Vi tok utgangspunkt i forfatterens tolkning når vi jobbet videre med litteraturen og var bevisst på å ikke misbruke tilliten til de involverte i studiene (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016; Malterud, 2017b, s.137).

Funn

Diskusjonen er basert på funn presentert i artikkel s. 13.

Diskusjon

For å kunne svare på hensikten med vår metaetnografi har vi funnet det hensiktsmessig å se funnene i lys av Lazarus sin mestringsteori, da hans teori og modeller tar utgangspunkt i hvordan mennesker vurderer og mestrer stressende situasjoner (Lazarus & Folkman, 1984, s. 53).

Funn i metaetnografien viser at en traumatisk hendelse er en erfaring jordmødre tar med seg videre i livet. Det kom frem at hvordan jordmødre ble ivaretatt i etterkant av hendelsen hadde stor betydning for hvilke strategier de benyttet, og for hvordan det påvirket deres liv og arbeidshverdag videre. Om erfaringen som jordmødrene tok med seg ble positiv eller negativ i etterkant av den traumatiske hendelsen viste seg derimot å variere ut fra hvilken mestringsstrategi som ble tatt i bruk av hver enkelt jordmor. Dette kan sees i lys av Lazarus (2006 s. 73-94) sin mestringsteori, da opplevelsen av stress er knyttet til hvordan personen som utsettes for stress vurderer situasjonen, samt hvilken toleranse personen har for stress. I tillegg til opplevelsen og toleransen for stress er graden av sosial støtte en viktig faktor for mestring av stress (Lazarus, 2006, s. 73-78). Ifølge Lazarus teori (2006, s. 144) forholder altså stress og mestring seg gjensidig til hverandre. Det vil si at om stressnivået knyttet til en hendelse er høyt vil ikke personen ha en høy grad av mestring. Motsatt sier derimot Lazarus at lav grad av stress knyttet til hendelsen vil resultere i en høyere grad av mestring (Lazarus, 2006, s. 144), videre skiller han mellom to typer mestringsstrategier, problemfokuserte strategier og følelsesfokuserte strategier.

Metaetnografien avslørte at det var varierende hvordan det gikk med jordmødre etter en traumatisk hendelse, noe som kan tyde på at hvilke strategier de tok i bruk var knyttet til hvordan opplevelsen preget deres videre liv. Flere av de inkluderte studiene rapporterte om jordmødre som utviklet psykiske og fysiske plager i ettertid av den traumatiske hendelsen. Fellestrekkene for disse jordmødrene var at de følte skyld og skam, tok stort ansvar for det som hadde hendt og i liten grad opplevde støtte fra ledelse og kollegaer (Hunter & Warren, 2014; McCool et al., 2009; Schrøder et al., 2016; Schrøder et al., 2017; Sheen et al., 2016a). Det viste seg at jordmødrene tok i bruk strategier der de bevisst eller ubevisst distanserte seg fra fødekvinne og fødselsarbeid. I lys av Lazarus, (2006, s. 144) sin teori tar jordmødrene i bruk følelsesmessige strategier når de skaper distanse. Ved å benytte følelsesfokuserte strategier forsøker mennesker å regulere hva de føler ved situasjonen, ved å skape avstand (Lazarus, 2006 s. 145). Å skape en emosjonell avstand i fødselsarbeidet kan på den ene siden bidra til at jordmødre erfarer mestring, men på den andre siden kan det påvirke fødekvinne fødselsopplevelse. Ved at jordmor skaper distanse kan fødekvinne få inntrykk av at hun ikke er tilstede, noe som kan påvirke kvinnens fødselsopplevelse negativt, da tilstedeværelse av jordmor i fødsel og en-til-en omsorg er viktig i fødselsarbeidet (Homer et al., 2008, s. 3). I tillegg til følelsesfokuserte strategier, henviser Lazarus (2006, s. 145) til at vi benytter oss av problemfokuserte strategier. Disse strategiene har til hensikt å løse problemet ved at menneskene tar i bruk egne ressurser og gjør noe konkret når en hendelse oppleves som skadelig, truende eller negativ (Lazarus, 2006, s. 145). Noen av jordmødrene benyttet denne strategien ved at de valgte å aksepterte situasjonen de var kommet i, og så på det som læring, eller en yrkes risiko (Rice et al., 2013; Edqvist et al., 2014; Sheen et al., 2016a). Andre snakket med leder, kollegaer eller psykolog, og fortalte at om de ble møtt med forståelse og omsorg hjalp det dem å komme seg videre (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b). Det kan derfor se ut til at jordmødre som opplever å få god sosial støtte har bedre forutsetning til å kunne se tilbake på hendelsen som en lærerik erfaring på tross av det negative utfallet. I følge Lazarus og Folkman, (1984, s. 53) er det viktig å ha fokus på at støtten som blir gitt er av god kvalitet, da det bidrar til en opplevelse av positiv revurdering, noe som reduserer stress og fremmer mestring.

Det kom frem i metaetnografien at noen jordmødre søker seg bort fra fødsler, eller slutter som jordmødre etter en traumatisk hendelse (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016). De jordmødrene som fortalte at de opplevde å bli møtt med forståelse og omsorg sa det hjalp dem å komme seg videre (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Sheen et al., 2016a; Sheen et al., 2016b). De som derimot opplevde manglende støtte fra

ledelsen mistet troen på at de kunne fortsette som jordmødre i fødselsomsorgen (Halperin et al., 2011; Calvert & Benn, 2015; Schrøder et al., 2016). Dersom mennesker får hjelp til å redusere stresset de opplever vil det i følge Lazarus, (2006, s.129) kunne bidra til en opplevelse av mestring, noe som ser ut til å være en avgjørende faktor for om jordmødre fortsetter å jobbe innen fødselsomsorgen etter å ha opplevd en traumatisk hendelse. Ved å se funnene i lys av Lazarus sin mestringsteori kommer det frem at det er viktig å ha fokus på å ivareta jordmødrene. Det kan bidra til at erfaringen de tar med seg videre i livet inneholder personlig vekst og styrke, fremfor psykiske og fysiske lidelser, skyldfølelse og frykt og bekymring for fremtiden.

Konklusjon og kliniske implikasjoner

Ved å se våre funn i lys av Lazarus sin mestringsteori oppnås det en forståelse for hvilke opplevelser og følelser som ligger til grunn for de ulike mestringsstrategiene jordmødre benytter i etterkant av en traumatisk hendelse. Funns viser at jordmødre har behov for å bli ivaretatt i etterkant av en hendelsen, og det kommer frem at støtte fra leder og kollegaer i noen tilfeller har vært avgjørende for om de fortsetter å jobbe i fødselsomsorgen. Får de ikke hjelp til å håndtere stresset hendelsen har påført dem kan det se ut til at det kan få negative konsekvenser for noen av jordmødrenes videre liv og arbeidshverdag. Vi har ikke kommet over studier som kun har hatt fokus på hvordan livet fortøner seg for jordmødrene i etterkant av en traumatisk hendelse, eller strategier som de da benytter, så det er behov for ytterligere forskning på det området. Det vil kunne bidra til et mere nyansert bilde på hvor og hvordan det er mest hensiktsmessig at praksis går inn med tiltak som ivaretar dem i etterkant av hendelsen. Det kan se ut som å innføre gode systemer i praksis kan redusere stresset traumen påfører jordmødrene, og bidra til at erfaringen de tar med seg videre i livet er basert på en følelse av mestring.

Referanser

- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. (4.utg.). London: McGraw-Hill/Open University Press.
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=birth+trauma%3A+in+the+eye+of+the+beholder>
- Calvert, I. & Benn, C. (2015). Trauma and the Effects on the Midwife. *International Journal of Childbirth*, 5(2), 100-112. <http://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.5.2.100>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 2019. CASP Qualitative checklist. Hentet 09.04.2019 fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 28.07.2019 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/>
- Edqvist, M., Lindgren, H. & Lundgren, I. (2014). Midwives' lived experience of a birth where the women suffers an obstetric anal sphincter injury – a phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-258>
- Edwards, J. & Kaimal, G. (2016). Using meta-synthesis to support application of qualitative methods findings in practice: A discussion of meta-ethnography, narrative synthesis, and critical interpretive synthesis. *The arts in Psychotherapy*, 51, 30-35.
<https://ezproxy2.usn.no:3481/10.1016/j.aip.2016.07.003>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur och Kultur
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet 28.07.2019 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- Goldbort, J., Knepp, A., Mueller, C. & Pyron, M. (2011). Intrapartum Nurses' Lived Experience in A Traumatic Birthing Process. *MCN, American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(6), 373-380.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0b013e31822de535>
- Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I. & Wischnitzer, M. L. (2011). Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives. *Journal of*

- Midwifery & Women's Health*, 56(4), 388-394. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsel- og barselomsorg*. (Meld. St. 12 2008-2009). Hentet 06.01.2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/>
- Helsebiblioteket. (2016) Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie. Hentet 22.01.2019, fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2010) *Et trygt fødetilbud: Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Oslo. Hentet 20.01.2019 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/245/Et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen-IS-1877.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64. Hentet 14.12.2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Homer, C., Brodie, P. & Leap, N. (2008). *Midwifery Continuity of Care : A Practical Guide*. Chatswood, NSW: Elsevier Australia.
- Hunter, B. & Warren, L. (2014). Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery* 30, 926-934. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.010>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2018). ICM definitions. Hentet 08.09.2019 fra <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/icm-definitions.html>
- Javid, N., Hyett, J. A. & Homer, C. S. E. (2019). The experience of vasa praevia for Australian midwives: A qualitative study. *Women and Birth* 32(2), 185-192. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.020>
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leinweber, J. & Rowe, H. J. (2010). The cost of «being with the woman»: secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76-87. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.04.003>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McCool, W., Guidera, M., Stenson, M. & Dauphinee, L. (2009). The Pain That Binds Us: Midwives' Experiences of Loss and Adverse Outcomes Around the World. *Health*

- Care for Women International*, 30(11), 1003-1013.
<http://ezproxy2.usn.no:2087/10.1080/07399330903134455>
- Moher, D., Loberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., The PRISMA Group (2009) *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7): e1000097. <https://doi.org/10.137/journal.pmed.1000097>
- Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C. & Foureur, M. (2011). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and Birth*, 26(1), 26-32.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.002>
- Muliira, R. S, Sendikadiwa, V. B. & Lwasampijja, F. (2015). Predictors of death anxiety among midwives who have experienced maternal death situations at work. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1024-1032. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1601-1>
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing Qualitative Studies*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- NSD - personvernombudet for forskning. *Skal du behandle personopplysninger?* Hentet 15.12.2018 fra
http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meldeplikttest.html
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia, PA.: Wolters Kluwer Health.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015). *Eksempler på virksomheter som ikke skal søke REK*. Hentet 15.12.2018 fra
https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLan
- Rice, H., Warland, J. & Ed, G. C. (2013). Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth. *Midwifery*, 29, 1056-1063.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.003>
- Ruyter, K., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F. & Hvidt, N. C. (2016). Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians’ and midwives’ experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstretica et Gynecologica Scandinavica*, 95(7), 735-745. <https://doi.org/10.1111/aogs.12897>
- Schrøder, K., La Cour, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F. & Hvidt, N. C. (2017). Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic

- childbirth. *Social Science & Medicine*, 176, 14-20.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.017>
- Schneider, Z. (2016). *Nursing and Midwifery research methods and appraisal for evidence-based practice* (5. utg.). Chatswood, NSW: Elsevier Australia,
- Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P. (2016a). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 61-72. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003>
- Sheen, K., Spiby, H. & Slade, P. (2016b). What are the characteristics of perinatal events perceived to be traumatic by midwives? *Midwifery*, 40, 55-61.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.06.007>
- World Health Organization. (2019). Skilled birth attendants. Hentet 07.01.2019 fra https://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/skilled_birth_attendant/en/
- Wright, E.M., Matthai, M.T. & Budhathoki, C. (2018). Midwifery Professional Stress and Its Sources: A Mixed-Methods Study. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(6). 660-667. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12869>

Vedlegg

Vedlegg 1: Link til Forfatterveiledning til Tidsskriftet Midwifery

<https://www.midwiferyjournal.com/content/authorinfo>

Vedlegg 2: PEO-tabell til innledende søk

	P (population)	E (exposure)	O (outcome)
Norske søkeord	Jordmødre Helsepersonell	Traumatisk fødsel Traumatisk fødsels-opplevelse Uønsket hendelser Komplikasjoner	Erfaring Opplevelse Strategi Stressmestring
Engelske søkeord	Midwife Birth attendant Health personnel Health care personnel Healthcare professionals	Traumatic birth Traumatic birth experience Unwanted event Complications	Experience Coping strategy Stress management

Vedlegg 3: Søkelogg ved Innledende søk i Medline 30.01.19

16	7 and 10 and 11 and 15	77
15	12 or 13 or 14	830772
14	stress.tw.	660417
13	coping.tw.	48517
12	exp Stress, Psychological/ or exp Adaptation, Psychological/	221848
11	1 or 2	31161
10	8 or 9	405507
9	exp Parturition/	15320
8	(birth* or labor or labour or parturition).tw.	399442
7	3 or 4 or 5 or 6	1239110
6	("unexpected event*" or "unwanted event*").tw.	814
5	incident*.tw.	125692
4	complicat*.tw.	992614
3	traumatic*.tw.	145584
2	midwi*.tw.	22941
1	Midwifery/	18325

Vedlegg 4:

Cinahl søkestrategi 19.02.19

S1 MH "Nurse Midwives") OR (MH "Midwives+") OR "midwifery or midwives or midwife" (12,366)
S2 (MH "Obstetric Nursing") OR "obstetric nurse" (4,583)
S3 TX midwife or midwives or midwifery (144,497)
S4 TX obstetric nurse (3,571)
S5 TX health care professionals (132,123)
S6 TX delivery nurse (7,834)
S7 "labor nurse" (7)
S8 "traumatic birth or traumatic childbirth or traumatic labor" (0)
S9 "traumatic childbirth" (39)
S10 (MH "Birth Injuries+") OR "birth injuries" (1,162)
S11 (MH "Adverse Health Care Event+") (55,169)
S12 "critical events" (299)
S13 "critical birth" (8)
S14 (MH "Perinatal Death") (6,630)
S15 (MH "Obstetric Emergencies") OR (MH "Labor Complications+") OR "obstetric complications" (10,935)
S16 (MH "Postpartum Hemorrhage") OR "postpartum hemorrhage or postpartum bleeding or pph" (2,782)
S17 (MH "Eclampsia+") (7,371)
S18 (MH "Shoulder Dystocia") OR "shoulder dystocia" (836)
S19 (MH "Labor+") OR (MH "Obstetrics") (16008)
S20 (MH "Perinatal Death") OR "fetal death" (7139)
S21 (MH "Infant Mortality") (7834)
S22 (MH "Labor Complications+") (9836)
S23 "birth accident" (2)
S24 S1 OR S2 OR S7 (16,838)
S25 S3 OR S4 OR S5 OR S6 (267, 630)
S26 S24 OR S25 (270,992)
S27 S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 (100,567)
S28 S26 AND S27 (12,455)
S29 "experiences or perceptions or attitudes or views or feelings or qualitative" (0)
S30 "experience" (198,017)
S31 "coping strategies or coping skills or coping or cope" (0)
S32 (MH "Coping+") (30,948)
S33 (MH "Stress Management") OR "stress management" (8,334)
S34 MH "Stress Disorders, Post-Traumatic+" (18,879)
S35 (MH "Stress Disorders, Post-Traumatic+") (18,879)
S36 "traumatic stress" (5,830)
S37 "second victim" (73)
S38 (MH "Compassion Fatigue") OR (MH "Stress, Occupational+") (21,193)
S39 (MH "Adaptation, Psychological+") OR (MH "Adaptation, Occupational") OR "adaptation" (51,446)
S40 (MH "Burnout, Professional+") (8,304)
S41 "blame" OR (MH "Scapegoating") (3,319)
S42 (MH "Guilt+") (3,282)
S43 (MH "Shame") (1,668)
S44 (MH "Crisis Intervention") OR "debriefing or debrief or critical incident stress debriefing" (3,543)
S45 (MH "Stress, Psychological+") OR "emotional stress" (70,017)
S46 (MH "Self Care+") (42,885)
S47 (MH "Support, Psychosocial+") (66,695)
S48 "resilience in nursing" (47)
S49 "resilience or resiliency or resilient" (0)
S50 (MH "Umbilical Cord Prolapse") (5)
S51 "vicarious trauma" (95)
S52 S27 OR S50 OR S51 (100,662)
S53 "sphincter injuries" (123)
S54 (MH "Health Care Errors+") OR (MH "Treatment Errors+") OR "medical errors" (32,732)
S55 S52 OR S53 OR S54 (101,353)
S56 S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36 OR S37 OR S38 OR S39 OR S40 OR S41 OR S42 OR S43 OR S44 OR S45 OR S46 OR S47 OR S48 OR S49 (423,855)
S57 S26 AND S55 AND S56 (1,858)
S58 (MH "Qualitative Studies+") (124,344)
S59 S57 AND S58 (374)

Embase søkestrategi lagret 07.04.19 – overført til Word uke 31 2019

1 midwife.mp. or exp Midwifery/ (30103)
2 nurse midwife {No Related Terms} (6653)
3 nurse midwife.mp. or exp Nurse Midwives/ (6679)
4 obstetric nurse.mp. or exp Obstetric Nursing/ (2031)
5 labour nurse.mp. (0)
6 healthcare professionals.mp. or exp Health Personnel/ (1426637)
7 delivery nurse.mp. (37)
8 labor nurses.mp. (42)
9 1 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (1429330)
10 traumatic birth.mp. (204)
11 traumatic birth experience.mp. (35)
12 traumatic childbirth.mp. (79)
13 birth injuries.mp. or exp Birth Injuries/ (4703)
14 adverse events.mp. (230248)
15 unwanted events.mp. (163)
16 unexpected events.mp. (731)
17 critical incidents.mp. (1332)
18 critical events.mp. (2112)
19 critical birth.mp. (14)
20 stillbirth.mp. or Stillbirth/ (18744)
21 stillbirth.mp. or exp Stillbirth/ (18744)
22 exp Pregnancy Complications/ or complications.mp. or exp Obstetric Labor Complications/ (1208426)
23 post partum haemorrhage.mp. (6)
24 Postpartum Hemorrhage/ or post partum hemorrhage.mp. (12781)
25 postpartum hemorrhage.mp. or exp Postpartum Hemorrhage/ (13476)
26 exp Eclampsia/ or eclampsia.mp. (22480)
27 exp Dystocia/ or shoulder dystosia.mp. (6179)
28 parturition.mp. or exp Parturition/ (35915)
29 fetal death.mp. or exp Fetal Death/ (35519)
30 perinatal death.mp. or exp Perinatal Death/ (5430)
31 infant mortality.mp. or exp Infant Mortality/ (21060)
32 perinatal mortality.mp. or exp Perinatal Mortality/ (27002)
33 resuscitation.mp. or exp Resuscitation/ (102191)
34 delivery complications.mp. (734)
35 indirect exposure to trauma.mp. (10)
36 birth accidents.mp. (0)
37 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or
28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (1602769)
38 9 and 37 (120580)
39 limit 38 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (23042)
40 limit 39 to "qualitative (maximizes specificity)" (2798)
41 limit 38 to "qualitative (maximizes specificity)" (2798)
42 limit 38 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (23669)
43 adverse outcome.mp. or exp Pregnancy Outcome/ (102919)
44 38 and 43 (3461)
45 experience.mp. (886600)
46 coping strategy.mp. (2718)
47 stressmanagement.mp. (25)
48 stress management.mp. (8690)
49 post traumatic stress disorder.mp. or exp Stress Disorders, Post-Traumatic/ (57473)
50 traumatic stress.mp. (19274)
51 second victim.mp. (160)
52 secondary victim.mp. (5)
53 secondary traumatic stress.mp. or exp Compassion Fatigue/ (796)
54 exp Adaptation, Psychological/ or adaptation.mp. (299118)
55 Coping.mp. (86995)
56 burn out.mp. or exp Burnout, Psychological/ (1281)
57 burnout professional.mp. or exp Burnout, Professional/ (15865)
58 blame.mp. (6594)
59 guilt.mp. or exp Guilt/ (15148)
60 shame.mp. or exp Shame/ (7434)
61 exp Crisis Intervention/ or debriefing.mp. (10079)
62 exp Self Care/ (75439)
63 emotional stress.mp. or exp Stress, Psychological/ (95276)
64 37 or 43 (1660149)
65 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or
63 (1403288)
66 9 and 64 and 65 (22876)
67 limit 66 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (4823)
68 limit 66 to "qualitative (maximizes specificity)" (1076)
69 limit 66 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (5315)
70 social support.mp. or exp Social Support/ (95939)
71 exp Resilience, Psychological/ (2401)
72 65 or 70 or 71 (1464371)

73 umbilical cord prolapse.mp. (320)
74 vicarious trauma.mp. (151)
75 sphincter rupture.mp. (143)
76 medical errors.mp. or exp Medical Errors/ (128327)
77 Emergencies/ or obstetric emergencies.mp. (38494)
78 64 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 (1808651)
79 9 and 72 and 78 (27119)
80 limit 79 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (6272)
81 limit 79 to "qualitative (maximizes specificity)" (1391)

1

¹ Søkene i databasen Embase ble lagret i søkemotorens eget lagringssystem. Dette innebærer at søket i dag har et avvik i antall treff fra det som presenteres i Prisma FlowChart, fordi flytting av lagret søk til Word dokument medfører en oppdatering av søket og dermed inkludering av nye artikler som er publisert etter at søket ble avsluttet. Antall treff slik det presenteres i Prisma FlowChart demonstrer det korrekte antall treff som ble oppnådd med søk i Embase.

Maternity & Infant Care søkestrategi lagret 070419

1 midwife.mp. or exp Midwifery/ (10485)
2 nurse midwife {No Related Terms}(373)
3 nurse midwife.mp. or exp Nurse Midwives/ (373)
4 obstetric nurse.mp. or exp Obstetric Nursing/ (33)
5 labour nurse.mp. (2)
6 healthcare professionals.mp. or exp Health Personnel/ (1016)
7 delivery nurse.mp. (31)
8 labor nurses.mp. (29)
9 1 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (11528)
10 traumatic birth.mp. (136)
11 traumatic birth experience.mp. (24)
12 traumatic childbirth.mp. (46)
13 birth injuries.mp. or exp Birth Injuries/ (449)
14 adverse events.mp. (1368)
15 unwanted events.mp. (1)
16 unexpected events.mp. (8)
17 critical incidents.mp. (209)
18 critical events.mp. (15)
19 critical birth.mp. (7)
20 stillbirth.mp. or Stillbirth/ (4671)
21 stillbirth.mp. or exp Stillbirth/ (4671)
22 exp Pregnancy Complications/ or complications.mp. or exp Obstetric Labor Complications/ (22396)
23 post partum haemorrhage.mp. (0)
24 Postpartum Hemorrhage/ or post partum hemorrhage.mp. (124)
25 postpartum hemorrhage.mp. or exp Postpartum Hemorrhage/ (1371)
26 exp Eclampsia/ or eclampsia.mp. (6559)
27 exp Dystocia/ or shoulder dystosia.mp. (0)
28 parturition.mp. or exp Parturition/ (559)
29 fetal death.mp. or exp Fetal Death/ (2308)
30 perinatal death.mp. or exp Perinatal Death/ (1252)
31 infant mortality.mp. or exp Infant Mortality/ (7431)
32 perinatal mortality.mp. or exp Perinatal Mortality/ (4780)
33 resuscitation.mp. or exp Resuscitation/ (0)
34 delivery complications.mp. (179)
35 indirect exposure to trauma.mp. (0)
36 birth accidents.mp. (0)
37 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or
29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (43001)
38 9 and 37 (1150)
39 limit 38 to "qualitative (maximizes sensitivity)" [Limit not valid; records were retained] (1150)
40 limit 39 to "qualitative (maximizes specificity)" [Limit not valid; records were retained] (1150)
41 limit 38 to "qualitative (maximizes specificity)" [Limit not valid; records were retained] (1150)
42 limit 38 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" [Limit not valid; records were retained]
(1150)
43 adverse outcome.mp. or exp Pregnancy Outcome/ (991)
44 38 and 43 (7)
45 experience.mp. (16103)
46 coping strategy.mp. (22)
47 stressmanagement.mp. (0)
48 stress management.mp. (72)
49 post traumatic stress disorder.mp. or exp Stress Disorders, Post-Traumatic/ (253)
50 traumatic stress.mp. (363)
51 second victim.mp. (1)
52 secondary victim.mp. (0)
53 secondary traumatic stress.mp. or exp Compassion Fatigue/ (18)
54 exp Adaptation, Psychological/ or adaptation.mp. (3020)
55 Coping.mp. (1291)
56 burn out.mp. or exp Burnout, Psychological/ (19)
57 burnout professional.mp. or exp Burnout, Professional/ (168)
58 blame.mp. (260)
59 guilt.mp. or exp Guilt/ (349)
60 shame.mp. or exp Shame/ (159)
61 exp Crisis Intervention/ or debriefing.mp. (252)
62 [exp Self Care/] (0)
63 emotional stress.mp. or exp Stress, Psychological/ (63)
64 37 or 43 (43562)
65 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63
(20419)
66 9 and 64 and 65 (250)
67 limit 66 to "qualitative (maximizes sensitivity)" [Limit not valid; records were retained] (250)
68 limit 66 to "qualitative (maximizes specificity)" [Limit not valid; records were retained] (250)
69 limit 66 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" [Limit not valid; records were retained]
(250)
70 social support.mp. or exp Social Support/ (5151)

71 [exp Resilience, Psychological/] (0)
72 65 or 70 or 71 (24362)
73 umbilical cord prolapse.mp. (91)
74 vicarious trauma.mp. (4)
75 sphincter rupture.mp. (43)
76 medical errors.mp. or exp Medical Errors/ (225)
77 Emergencies/ or obstetric emergencies.mp. (240)
78 64 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 (43921)
79 9 and 72 and 78 (284)
80 limit 79 to "qualitative (maximizes sensitivity)" [Limit not valid; records were retained] (284)
81 limit 79 to "qualitative (maximizes specificity)" [Limit not valid; records were retained] (284)

Medline søkestrategi lagret 07.04.19 – overført til Word uke 31 2019

1 midwife.mp. or exp Midwifery/ (21325)
2 nurse midwife {No Related Terms} (551)
3 nurse midwife.mp. or exp Nurse Midwives/ (7269)
4 obstetric nurse.mp. or exp Obstetric Nursing/ (2988)
5 labour nurse.mp. (0)
6 healthcare professionals.mp. or exp Health Personnel/ (500509)
7 delivery nurse.mp. (34)
8 labor nurses.mp. (40)
9 1 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (519653)
10 traumatic birth.mp. (140)
11 traumatic birth experience.mp. (18)
12 traumatic childbirth.mp. (60)
13 birth injuries.mp. or exp Birth Injuries/ (5651)
14 adverse events.mp. (126691)
15 unwanted events.mp. (87)
16 unexpected events.mp. (524)
17 critical incidents.mp. (909)
18 critical events.mp. (1628)
19 critical birth.mp. (12)
20 stillbirth.mp. or Stillbirth/ (9697)
21 stillbirth.mp. or exp Stillbirth/ (9697)
22 exp Pregnancy Complications/ or complications.mp. or exp Obstetric Labor Complications/ (3016166)
23 post partum haemorrhage.mp. (1)
24 Postpartum Hemorrhage/ or post partum hemorrhage.mp. (6905)
25 postpartum hemorrhage.mp. or exp Postpartum Hemorrhage/ (8243)
26 exp Eclampsia/ or eclampsia.mp. (37500)
27 exp Dystocia/ or shoulder dystosia.mp. (4451)
28 parturition.mp. or exp Parturition/ (28580)
29 fetal death.mp. or exp Fetal Death/ (31819)
30 perinatal death.mp. or exp Perinatal Death/ (3801)
31 infant mortality.mp. or exp Infant Mortality/ (33787)
32 perinatal mortality.mp. or exp Perinatal Mortality/ (10112)
33 resuscitation.mp. or exp Resuscitation/ (90598)
34 delivery complications.mp. (801)
35 indirect exposure to trauma.mp. (9)
36 birth accidents.mp. (0)
37 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (3243054)
38 9 and 37 (29631)
39 limit 38 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (19795)
40 limit 39 to "qualitative (maximizes specificity)" (1896)
41 limit 38 to "qualitative (maximizes specificity)" (2011)
42 limit 38 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (7165)
43 adverse outcome.mp. or exp Pregnancy Outcome/ (77449)
44 38 and 43 (1490)
45 experience.mp. (605932)
46 coping strategy.mp. (1883)
47 stressmanagement.mp. (8)
48 stress management.mp. (4331)
49 post traumatic stress disorder.mp. or exp Stress Disorders, Post-Traumatic/ (34333)
50 traumatic stress.mp. (13220)
51 second victim.mp. (124)
52 secondary victim.mp. (5)
53 secondary traumatic stress.mp. or exp Compassion Fatigue/ (489)
54 exp Adaptation, Psychological/ or adaptation.mp. (324925)
55 Coping.mp. (49213)
56 burn out.mp. or exp Burnout, Psychological/ (11218)
57 burnout professional.mp. or exp Burnout, Professional/ (10736)
58 blame.mp. (5165)
59 guilt.mp. or exp Guilt/ (10696)
60 shame.mp. or exp Shame/ (5175)
61 exp Crisis Intervention/ or debriefing.mp. (8400)
62 [exp Self Care/] (52336)
63 emotional stress.mp. or exp Stress, Psychological/ (125824)
64 37 or 43 (3261121)
65 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63
(1115993)
66 9 and 64 and 65 (5594)
67 limit 66 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (4779)
68 limit 66 to "qualitative (maximizes specificity)" (822)
69 limit 66 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (3826)
70 social support.mp. or exp Social Support/ (83411)
71 [exp Resilience, Psychological/] (4727)
72 65 or 70 or 71(1168212)

- 73 umbilical cord prolapse.mp. (150)
- 74 vicarious trauma.mp. (102)
- 75 sphincter rupture.mp. (96)
- 76 medical errors.mp. or exp Medical Errors/ (110055)
- 77 Emergencies/ or obstetric emergencies.mp. (39604)
- 78 64 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 (3381002)
- 79 9 and 72 and 78 (7279)
- 80 limit 79 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (6234)
- 81 limit 79 to "qualitative (maximizes specificity)" (1023)

2

² Søkene i databasen Medline ble lagret i søkemotorens eget lagringssystem. Dette innebærer at søket i dag har et avvik i antall treff fra det som presenteres i Prisma FlowChart, fordi flytting av lagret søk til Word dokument medfører en oppdatering av søket og dermed inkludering av nye artikler som er publisert etter at søket ble avsluttet. Antall treff slik det presenteres i Prisma FlowChart demonstrer det korrekte antall treff som ble oppnådd med søk i Medline.

PsycINFO søkestrategi lagret 07.04.19 – overført til Word uke 31 2019

1 midwife.mp. or exp Midwifery/ (1693)
2 nurse midwife {No Related Terms} (80)
3 nurse midwife.mp. or exp Nurse Midwives/ (87)
4 obstetric nurse.mp. or exp Obstetric Nursing/ (6)
5 labour nurse.mp. (0)
6 healthcare professionals.mp. or exp Health Personnel/ (158384)
7 delivery nurse.mp. (6)
8 labor nurses.mp. (9)
9 1 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 (159571)
10 traumatic birth.mp. (83)
11 traumatic birth experience.mp. (16)
12 traumatic childbirth.mp. (41)
13 birth injuries.mp. or exp Birth Injuries/ (404)
14 adverse events.mp. (10199)
15 unwanted events.mp. (33)
16 unexpected events.mp. (428)
17 critical incidents.mp. (1426)
18 critical events.mp. (596)
19 critical birth.mp. (0)
20 stillbirth.mp. or Stillbirth/ (639)
21 stillbirth.mp. or exp Stillbirth/ (639)
22 exp Pregnancy Complications/ or complications.mp. or exp Obstetric Labor Complications/ (20459)
23 post partum haemorrhage.mp. (0)
24 Postpartum Hemorrhage/ or post partum hemorrhage.mp. (1)
25 postpartum hemorrhage.mp. or exp Postpartum Hemorrhage/ (119)
26 exp Eclampsia/ or eclampsia.mp. (279)
27 exp Dystocia/ or shoulder dystosia.mp. (0)
28 parturition.mp. or exp Parturition/ (16910)
29 fetal death.mp. or exp Fetal Death/ (384)
30 perinatal death.mp. or exp Perinatal Death/ (182)
31 infant mortality.mp. or exp Infant Mortality/ (1771)
32 perinatal mortality.mp. or exp Perinatal Mortality/ (210)
33 resuscitation.mp. or exp Resuscitation/ (1)
34 delivery complications.mp. (147)
35 indirect exposure to trauma.mp. (19)
36 birth accidents.mp. (1)
37 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29
or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (51213)
38 9 and 37 (2535)
39 limit 38 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (1111)
40 limit 39 to "qualitative (maximizes specificity)" (378)
41 limit 38 to "qualitative (maximizes specificity)" (398)
42 limit 38 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (763)
43 adverse outcome.mp. or exp Pregnancy Outcome/ (20736)
44 38 and 43 (985)
45 experience.mp. (380937)
46 coping strategy.mp. (2897)
47 stressmanagement.mp. (9)
48 stress management.mp. (7772)
49 post traumatic stress disorder.mp. or exp Stress Disorders, Post-Traumatic/ (10287)
50 traumatic stress.mp. (15940)
51 second victim.mp. (15)
52 secondary victim.mp. (12)
53 secondary traumatic stress.mp. or exp Compassion Fatigue/ (1034)
54 exp Adaptation, Psychological/ or adaptation.mp. (65321)
55 Coping.mp. (85438)
56 burn out.mp. or exp Burnout, Psychological/ (518)
57 burnout professional.mp. or exp Burnout, Professional/ (2500)
58 blame.mp. (8722)
59 guilt.mp. or exp Guilt/ (18833)
60 shame.mp. or exp Shame/ (12297)
61 exp Crisis Intervention/ or debriefing.mp. (10134)
62 [exp Self Care/] (9824)
63 emotional stress.mp. or exp Stress, Psychological/ (2019)
64 37 or 43 (55030)
65 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63
(569287)
66 9 and 64 and 65 (742)
67 limit 66 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (661)
68 limit 66 to "qualitative (maximizes specificity)" (192)
69 limit 66 to "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" (344)
70 social support.mp. or exp Social Support/ (76943)
71 [exp Resilience, Psychological/] (12677)
72 65 or 70 or 71 (629264)

73	umbilical cord prolapse.mp. (1)
74	vicarious trauma.mp. (437)
75	sphincter rupture.mp. (1)
76	medical errors.mp. or exp Medical Errors/ (2185)
77	Emergencies/ or obstetric emergencies.mp. (23)
78	64 or 73 or 74 or 75 or 76 or 77 (57263)
79	9 and 72 and 78 (1076)
80	limit 79 to "qualitative (maximizes sensitivity)" (898)
81	limit 79 to "qualitative (maximizes specificity)" (275)

3

³ Søkene i databasen PsycINFO ble lagret i søkemotorens eget lagringssystem. Dette innebærer at søket i dag har et avvik i antall treff fra det som presenteres i Prisma FlowChart, fordi flytting av lagret søk til Word dokument medfører en oppdatering av søket og dermed inkludering av nye artikler som er publisert etter at søket ble avsluttet. Antall treff slik det presenteres i Prisma FlowChart demonstrer det korrekte antall treff som ble oppnådd med søk i PsycINFO.

PubMed Søkestrategi 08.04.19

- 1 Midwifery (50690)
- 2 Birth attendant (909)
- 3 Nurse midwives (9625)
- 4 Obstetric nurse (0)
- 5 Obestic nurse (4861)
- 6 Labour nurse (45704)
- 7 Labor nurse (45704)
- 8 Delievery nurse (363946)
- 9 Delivery nurse (19107)
- 10 Health care professional (654090)
- 11 (health care professional) OR delivery nurse) OR delievery nurse) OR labor nurse) OR labour nurse) OR
obstetric nurse) OR nurse midwives) OR birth attendant) OR
Midwifery (890993)
- 12 (health care professional) OR delivery nurse) OR delivery nurse) OR labor nurse) OR labour nurse) OR
obstetric nurse) OR nurse midwives) OR birth attendant) OR
Midwifery (715887)
- 13 traumatic birth (10347)
- 14 traumatic birth experience (595)
- 15 traumatic childbirth (504)
- 16 Search birth injuries (9247)
- 17 adverse events (186691)
- 18 unwanted events (957)
- 19 unexpected events (5098)
- 20 critical incident (3603)
- 21 critical events (33890)
- 22 critical birth (10112)
- 23 Stillbirth (9671)
- 24 obstetric complication (2858)
- 25 obstetric emergencies (115603)
- 26 obstetric emergencies (1429)
- 27 postpartum haemorrhage (9919)
- 28 postpartum hemorrhage (9919)
- 29 eclampsia (37185)
- 30 dystosia (2)
- 31 dystocia (6139)
- 32 parturition (114343)
- 33 fetal death (43315)
- 34 perinatal death (13246)
- 35 medical errors (134173)
- 36 sphincter rupture (309)
- 37 umbilical cord prolaps (2)
- 38 umbilical cord prolapse (382)
- 39 vicarious trauma (882)
- 40 infant mortality (114441)
- 41 perinatal mortality (26157)
- 42 resuscitation (13)
- 43 recusitation (0)
- 44 resuscitation (117958)
- 45 delivery complications (72500)
- 46 indirect exposure to trauma (599)
- 47 birth accidents (1729)
- 48 shoulder dystocia (1412)
- 49 vasa previa rupture (46)
- 50 (traumatic birth) OR traumatic birth experience) OR traumatic childbirth) OR birth injuries) OR adverse
events) OR unwanted events) OR unexpected events) OR critical incident) OR critical events) OR critical
birth) OR stillbirth) OR obstetric complication) OR obstetric emergencies) OR obstetric emergencies) OR
postpartum haemorrhage) OR postpartum hemorrhage) OR eclampsia) OR dystosia) OR dystocia) OR
parturition) OR fetal death) OR perinatal death) OR medical errors) OR sphincter rupture) OR umbilical cord
prolaps) OR umbilical cord prolapse) OR vicarious trauma) OR infant mortality)
OR perinatal mortality) OR resuscitation) OR recusitation) OR resuscitation) OR delivery complications) OR
indirect exposure to trauma) OR birth accidents) OR shoulder dystocia) OR
vasa previa rupture (846121)
- 51 (traumatic birth) OR traumatic birth experience) OR traumatic childbirth) OR birth injuries) OR adverse
events) OR unwanted events) OR unexpected events) OR critical incident) OR critical events) OR critical
birth) OR stillbirth) OR obstetric complication) OR obstetric emergencies) OR obstetric emergencies) OR
postpartum haemorrhage) OR postpartum hemorrhage) OR eclampsia) OR dystocia) OR dystocia) OR
parturition) OR fetal death) OR perinatal death) OR medical errors) OR sphincter rupture) OR
umbilical cord prolapse) OR umbilical cord prolapse) OR vicarious trauma) OR infant mortality) OR perinatal
mortality) OR resuscitation) OR resuscitation) OR resuscitation) OR delivery complications) OR indirect
exposure to trauma) OR birth accidents) OR shoulder
dystocia) OR vasa previa rupture (800357)
- 52 Experience (606667)
- 53 coping strategy (5308)
- 54 Stressmanagement (1)

- 55 stress management (63745)
- 56 posttraumatic stress disorder (34551)
- 57 traumatic stress (43438)
- 58 second victim (682)
- 59 secondary victim (500)
- 60 secondary trauma (20319)
- 61 adaptation (310399)
- 62 coping (151687)
- 63 burnout (14257)
- 64 burnout professional (11265)
- 65 blame (5259)
- 66 guilt (10683)
- 67 shame (5242)
- 68 debriefing (3011)
- 69 selfcare (177711)
- 70 emotional stress (161487)
- 71 social supprt (0)
- 72 social support (354938)
- 73 resilience (21895)
- 74 (experience) OR coping strategy) OR stress management) OR stressmanagement) OR post traumatic stress disorder) OR traumatic stress) OR second victim) OR secondary victim) OR secondary trauma) OR adaptation) OR coping) OR burnout) OR burnout professional) OR blame) OR guilt) OR shame) OR debriefing) OR selfcare) OR emotional stress) OR social supprt) OR social support) OR resilience (1564689)
- 75 Qualitative studies (168319)
- 76 (health care professional) OR delivery nurse) OR delivery nurse) OR labor nurse) OR labour nurse) OR obstetric nurse) OR nurse midwives) OR birth attendant) OR midwifery)) AND (traumatic birth) OR traumatic birth experience) OR traumatic childbirth) OR birth injuries) OR adverse events) OR unwanted events) OR unexpected events) OR critical incident) OR critical events) OR critical birth) OR stillbirth) OR obstetric complication) OR obstetric emergencies) OR obstetric emergencies) OR postpartum haemorrhage) OR postpartum hemorrhage) OR eclampsia) OR dystocia) OR dystocia) OR parturition) OR fetal death) OR perinatal death) OR medical errors) OR sphincter rupture) OR umbilical cord prolapse) OR umbilical cord prolapse) OR vicarious trauma) OR infant mortality) OR perinatal mortality) OR resuscitation) OR resuscitation) OR resuscitation) OR delivery complications) OR indirect exposure to trauma) OR birth accidents) OR shoulder dystocia) OR vasa previa rupture)) AND (experience) OR coping strategy) OR stress management) OR stressmanagement) OR post traumatic stress disorder) OR traumatic stress) OR second victim) OR secondary victim) OR secondary trauma) OR adaptation) OR coping) OR burnout) OR burnout professional) OR blame) OR guilt) OR shame) OR debriefing) OR selfcare) OR emotional stress) OR social supprt) OR social support) OR resilience)) AND Qualitative studies", (1467)
- 77 (health care professional) OR delivery nurse) OR delievery nurse) OR labor nurse) OR labour nurse) OR obstetric nurse) OR nurse midwives) OR birth attendant) OR midwifery)) AND (traumatic birth) OR traumatic birth experience) OR traumatic childbirth) OR birth injuries) OR adverse events) OR unwanted events) OR unexpected events) OR critical incident) OR critical events) OR critical birth) OR stillbirth) OR obstetric complication) OR obstetric emergencies) OR obstetric emergencies) OR postpartum haemorrhage) OR postpartum hemorrhage) OR eclampsia) OR dystosia) OR dystocia) OR parturition) OR fetal death) OR perinatal death) OR medical errors) OR sphincter rupture) OR umbilical cord prolaps) OR umbilical cord prolapse) OR vicarious trauma) OR infant mortality) OR perinatal mortality) OR resuscitation) OR recusitation) OR resuscitation) OR delivery complications) OR indirect exposure to trauma) OR birth accidents) OR shoulder dystocia) OR vasa previa rupture)) AND (experience) OR coping strategy) OR stress management) OR stressmanagement) OR post traumatic stress disorder) OR traumatic stress) OR second victim) OR secondary victim) OR secondary trauma) OR adaptation) OR coping) OR burnout) OR burnout professional) OR blame) OR guilt) OR shame) OR debriefing) OR selfcare) OR emotional stress) OR social supprt) OR social support) OR resilience)) AND Qualitative studies" (1699)
- 78 (health care professional) OR delivery nurse) OR delivery nurse) OR labor nurse) OR labour nurse) OR obstetric nurse) OR nurse midwives) OR birth attendant) OR midwifery)) AND (traumatic birth) OR traumatic birth experience) OR traumatic childbirth) OR birth injuries) OR adverse events) OR unwanted events) OR unexpected events) OR critical incident) OR critical events) OR critical birth) OR stillbirth) OR obstetric complication) OR obstetric emergencies) OR obstetric emergencies) OR postpartum haemorrhage) OR postpartum hemorrhage) OR eclampsia) OR dystocia) OR dystocia) OR parturition) OR fetal death) OR perinatal death) OR medical errors) OR sphincter rupture) OR umbilical cord prolapse) OR umbilical cord prolapse) OR vicarious trauma) OR infant mortality) OR perinatal mortality) OR resuscitation) OR resuscitation) OR resuscitation) OR delivery complications) OR indirect exposure to trauma) OR birth accidents) OR shoulder dystocia) OR vasa previa rupture)) AND (experience) OR coping strategy) OR stress management) OR stress management) OR post traumatic stress disorder) OR traumatic stress) OR second victim) OR secondary victim) OR secondary trauma) OR adaptation) OR coping) OR burnout) OR burnout professional) OR blame) OR guilt) OR shame) OR debriefing) OR selfcare) OR emotional stress) OR social support) OR social support) OR resilience)) AND qualitative studies" (1467)

Vedlegg 5: Oversikt over ekskluderte artikler med begrunnelse

Forfatter og årstall	Tittel og tidsskrift	Årsak til ekskludering
Wright, E., Theo Matthai, M., Budhathoki, C. (2018)	Midwifery professional stress and it's sources: A mixed-methods study. <i>Journal of Midwifery & Women's health</i> 2018;63:660-667	Mixed-Methods studie. Studien fokuserte på grad av stress og svarer ikke til våre inklusjonskriterier
Dahlen, H. G., Caplice, S. (2014)	What do midwives fear? <i>Women and Birth</i> , 27 (2014) 266-270	Kvalitativ deskriptiv studie. Fokus på hva jordmødre frykter i fødsel. Svarer ikke til våre inklusjonskriterier.
Mackin, P., Sinclair, M. (1998)	Labour ward midwives' perceptions of stress. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 1998, 27, 986-991	Mixed-Methods studie. Ser på hva som forårsaker stress hos jordmødre. Svarer ikke til våre inklusjonskriterier.

Vedlegg 6: Eksempel på tekstreduksjon og vår oversettelse fra syntesen *

Datamateriale fra Calvert og Benn (2015) ... because some participants identified biographical disruption was the cause of the chronic illness. Mertle who experienced a breach of trust by an obstetrician related biographical disruption as the cause of her chronic back pain	Tekstreduksjon og oversettelse Traumet kan skape fysiske, kroniske smerter i rygg og skuldre.
Datamateriale fra Javid et al. (2018) The personal impacts of this unexpected event included feeling scared, shocked, guilty, and described how the experience took its toll. Professional processes included the experience of working in organized chaos, feeling for the parents, finding communication to be hard, and doing their best to save the baby.	Tekstreduksjon og oversettelse En skremmende og rystende opplevelse, som kan preges av sjokk og kaos.
Datamateriale fra Halperin et al. (2011) ...these tragic situations challenged their sense of professional and personal competency, making them feel alone, emotionally overwhelmed, and like failures	Tekstreduksjon og oversettelse Å miste troen på sine faglige evner, føle seg hjelpeløs, sårbar og mislykket preger flere av jordmødrene
Datamateriale fra Schröder et al. (2016) In the interview study, all participants expressed that their sense of guilt was closely related to their perception of their own impact on the course of events. Those who had doubts about whether a different approach might have changed the outcome were more troubled by guilt, and even more so if an actual mistake had occurred	Tekstreduksjon og oversettelse Føler seg skyldig og ansvarlig for å ha gjort en dårlig jobb
Datamateriale fra McCool et al. (2008/2009) It is clear from midwives' comments in both developed and developing nations that involvement in an adverse outcome generates fear and anxiety regarding employment and livelihood	Tekstreduksjon og oversettelse Frykt for å bli saksøkt, funnet skyldig og miste jobben følger den traumatiske hendelsen
Datamateriale fra Schröder et al. (2016) When asked what impact the traumatic birth had had on their lives, some of the participants of the interview study had considered whether they would be capable of going through a similar ordeal in the future.	Tekstreduksjon og oversettelse Enkelte er usikre på om de tåler flere traumatiske hendelser

*I metaetnografien er tekstreduskjonen basert på utsagn fra mer enn en enkeltstudie. Den er gjort tverrgående og er basert på alle de 13 inkluderte artiklene.

Vedlegg 7: Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler basert på CASP (Critical Appraisal Skills Program (CASP) Qualitative Research Checklist).

Sjekklisten består av 10 spørsmål som besvares i tabellen med Yes (Y), No (N) eller Can't tell (CT) (Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2017).

- 1: Was there a clear statement of the aims of the research?
- 2: Is a qualitative methodology appropriate?
- 3: Was the research design appropriate to address the aims of the research?
- 4: Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?
- 5: Was the data collected in a way that addressed the research issue?
- 6: Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?
- 7: Have ethical issues been taken into consideration?
- 8: Was the data analysis sufficiently rigorous?
- 9: Is there a clear statement of findings?
- 10: How valuable is the research?

Forfatter/år	Spørsmål i CASP										Samlet Kvalitetsvurdering	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
McCool et al. (2009)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Middels, da den mangler tydelig formidling av resultatene
Halperin et al. (2011)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Goldbort et al. (2011)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	CT	N	Y	Middels, da data-analysen var uklar og funnene utydelig presentert
Rice et al. (2013)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Edqvist et al. (2014)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Hunter & Warren (2014)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Calvert & Benn (2015)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Sheen et al. (2016a)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Schröder et al. (2016)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Sheen et al. (2016b)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Schröder et al. (2017)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Javid et al. (2018)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy
Martinès-Serrano et al. (2018)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Høy