

Fødselsopplevelser – hva synes å bidra
til at de blir en negativ erfaring?

Elisabeth Grimsrud

Master of Public Health

MPH 2014:30



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Fødselsopplevelser – hva synes å bidra til at de blir en negativ erfaring?

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-95-9



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Fødselsopplevelser – hva synes å bidra til at de blir en negativ erfaring?				
Författare				
Elisabeth Grimsrud				
Författarens befattning och adress				
Jordmor, Abc-enhet, Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Kirkeveien 166, Oslo				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare/Extern	
12.11.2014			Mirjam Lukasse, RNM, MSc, PhD, Post-doc ved NTNU, Ansatt ved Høgskolen i Oslo og Akershus.	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
53	Norsk	Norsk	1104-5701	978-91-86739-95-9
Sammanfattning				
<p>Hensikt: Å belyse hvilke aspekter kvinner selv trekker fram når de beskriver sin fødselsopplevelse som negativ.</p> <p>Metode: Kvalitativ tematisk analyse er anvendt for å analysere fritekstkommentarer fra 103 kvinner som har vurdert sin fødselsopplevelse som negativ, i den norske kohorten av Bidens-studien.</p> <p>Hovedresultater: Tre hovedtemaer trer fram i resultatene: ”Komplikasjoner hos mor, barn eller begge”, ”Å ikke føle seg sett og hørt” og ”Opplevelse av smerte og tap av kontroll”. Funnene viser at majoriteten av kvinnene hadde opplevd uventede og dramatiske komplikasjoner. Mange hadde følt seg ignorert, dårlig behandlet og ikke inkludert i avgjørelser. Et mindretall opplevde at den negative fødselsopplevelsen hovedsaklig skyldtes smerte og/eller tap av kontroll.</p> <p>Konklusjon: Kvinnenes beskrivelser viser at de ikke forventet å oppleve det de gjorde i fødsel, det være seg komplikasjoner eller mangelfull ivaretagelse. Enkelte opplevde situasjoner som må betraktes som overgrep i form av forsømmelse, verbale overtramp og uhøflig opptreden fra omsorgsgivernes side. I denne studien kommer det fram at omsorgsgiveres holdninger og væremåte er vesentlig for en positiv fødselsopplevelse. Den informasjonen som kom fram gjennom funnene kan brukes av jordmødre for på best mulig måte å forebygge negative fødselsopplevelser.</p>				
Nyckelord				
negativ fødselsopplevelse, tematisk analyse, bidens				



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Birth experiences – what seems to make them negative?				
Author				
Elisabeth Grimsrud				
Author's position and address				
RNM, Alternative Birth Care unit, Oslo University Hospital, Ullevål, Kirkeveien 166, Oslo				
Date of approval			Supervisor /External	
12.11.2014			Mirjam Lukasse, RNM, MSc, PhD, Post-doc at NTNU, employed at College of Oslo and Akershus	
No. of pages	Language – thesis	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
53	Norwegian	English	1104-5701	978-91-86739-95-9

Abstract

Aim: This study aimed to explore the aspects women describe as contributing to their negative experience of childbirth.

Methods: We used qualitative thematic analysis to analyze 103 free-text comments in a questionnaire from the Norwegian cohort of the Bidens study. The comments were provided by women who had a negative childbirth experience.

Main findings: The majority of respondents reported experiencing unexpected and dramatic complications during childbirth. We identified three major themes: “(i) complications in mother, baby or both”, “(ii) not being seen or heard”; and (iii) “experience of pain and loss of control”. Further, the majority of respondents had felt ignored, had not been treated with respect, and did not feel included in decisions about their childbirth. A minority described pain and loss of control as the main reason for their negative birth experience.

Conclusions: The women’s comments show that they did not expect to experience negative things during childbirth. Further, they were unprepared for complications and improper care. Alarmingly, many respondents experienced what must be characterized as abuse in the health-care system (i.e. neglect, verbal abuse or rudeness). The present study shows that caregivers’ attitudes and presentation contribute importantly to a positive childbirth experience. Midwives can use the information gained from this study to prevent negative birth experiences.

Key words

negative birth experience, thematic analysis, bidens

1. INTRODUKSJON	5
1.1 Innledning	5
1.2 Bakgrunn	6
1.3 Folkehelseperspektivet	12
1.4 Nordisk perspektiv	13
1.5 Studiens nytteverdi	13
2. TEORETISK RAMMEVERK	14
2.1 Salutogenese	14
2.2 Empowerment	16
2.3 Coping	17
3. HENSIKT	17
3.1 Forskningsspørsmål	17
4. METODE	17
4.1 Forskningsdesign/kvalitativ metode	18
4.2 Materiale	18
4.3 Analysemetode	20
4.4 Valideringstiltak	22
4.5 Forfatterens egen forforståelse	22
4.6 Ethiske refleksjoner	23
5. RESULTAT	23
5.1 Komplikasjoner hos mor, barn eller begge	24
5.2 Å ikke føle seg sett og hørt	28
5.3 Opplevelse av smerte og tap av kontroll	33
6. DISKUSJON	35
6.1 Resultatdrøfting	35
6.2 Metoderefleksjon	43
7. KONKLUSJON	44
8. TAKK	45
REFERANSER	46
VEDLEGG 1, Tematisk kart 1	51
VEDLEGG 2, Tematisk kart 2	52

1. INTRODUKSJON

1.1 Innledning

Fødselsopplevelser er livshendelser som majoriteten av kvinner kan se tilbake på som sterke, smertefulle, men store og flotte opplevelser. I vår del av verden oppleves barnefødsler forholdsvis få ganger i løpet av livet, og kvinner blir stadig eldre når de får sitt første barn (NOU 1999:13, St.meld.nr.12, 2008-09). For en del kvinner kan fødselsopplevelsen ha vært vanskelig og traumatisk, noe de forsøker å fortrenge.

Debatten rundt svangerskaps- og fødselsomsorgen har først og fremst handlet om den medisinske kvaliteten på tilbudene. Det som måles som utkomme for mor og barn er oftest tilstander som forteller noe om sykelighet eller dødelighet. Dette kan eksempelvis være keisersnittfrekvens, forekomst av store perinealrifter og antall nyfødte med lav Apgar score eller behov for overflytting til nyfødt-intensivavdeling (Downe & McCourt 2008). Positive eller negative opplevelser av fødselen har tradisjonelt sett ikke blitt betraktet som like viktig innen forskningen (Downe & McCourt 2008). Etter hvert som mødre- og spedbarnsdødeligheten i vår del av verden har blitt svært lav (St.meld.nr.12, 2008-09), har forskning rundt opplevelser av fødselen fått økende interesse.

Gjennom et langt yrkesliv som jordmor, har forfatteren heldigvis opplevd at mange kvinner har hatt gode fødselsopplevelser preget av mestringsfølelse og glede. På den annen side har forfatteren også opplevd at noen kvinner har sittet igjen med en følelse av at fødselen var en negativ eller noen ganger en traumatisk opplevelse, og at det å føde barn ikke ga noen følelse av mestring eller personlig vekst. Videre er det en del kvinner som har opplevd fødsel som så traumatisk at de ikke ønsker å få flere barn fordi de ikke orker å gjennomgå en fødsel flere ganger (Baston et al 2008, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012, Waldenström 2003, Waldenström et al 2004, Wilde-Larsson et al 2011).

Valg av oppgave baserer seg på et ønske om å finne ut hva som synes å bidra til negative fødselsopplevelser. Denne informasjonen kan anvendes til å forebygge at kvinner opplever fødsel som en negativ livserfaring.

1.2 Bakgrunn

1.2.1 Negative opplevelser

En opplevelse kan sies å være innholdet av en persons subjektive erfaring, enten den henger sammen med ytre sansepåvirkninger (persepsjon), emosjonell tilstand (følelse), tankeprosesser eller motivasjon. Opplevelser har et personlig preg og har betydning for menneskets handlinger. Innen moderne psykologisk forskning rundt opplevelser forsøker man å finne sentrale dimensjoner i individets opplevelsesverden slik de viser seg i selvopplevelse, oppfatning av andre og av ting i omgivelsene (Store norske leksikon 2012). Positiv eller negativ opplevelse av fødsel henger også sammen med kvinnens subjektive fødselsopplevelse, altså hvordan hun selv personlig opplevde fødselen.

En positiv fødselsopplevelse kjennetegnes ved at kvinnen etterpå føler seg styrket som kvinne, får en dypere selvinnsikt, økt selvfølelse samt at fødsel ses som en overgangsfase til en ny og bedre dimensjon i livet (Downe & McCourt 2008, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006). Negative fødselsopplevelser kan ses som det motsatte, at kvinnen kan sitte igjen med en følelse av at kroppen sviktet og at opplevelsen ikke ga en følelse av mestring. Årsakene til dette kan ha sin bakgrunn i uventede komplikasjoner, ikke oppfylte forventninger eller manglende støtte fra og tillit til fødselshjelperen (Hauck et al 2007, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Waldenström et al 2004).

Kvinnens subjektive fortolkning av fødselen behøver ikke nødvendigvis ha sammenheng med faktiske, negative hendelser. Dersom kvinnen har følt seg trygg og godt ivaretatt underveis i fødselsforløpet kan hun totalt sett ha opplevd fødselen som en positiv erfaring til tross for eventuelle alvorlige komplikasjoner. På den annen side kan en kvinne som har hatt en helt ukomplisert fødsel, ha opplevd denne som en negativ erfaring dersom hun ikke har følt seg trygg og ivaretatt (Garthus-Niegel 2014).

En negativ fødselsopplevelse er ikke ensbetydende med at kvinnen utvikler klinisk fødselsangst eller PTSD (posttraumatisk stresslidelse), selv om en negativ fødselsopplevelse synes å være en sterkt medvirkende faktor til utvikling av fødselsangst eller PTSD (Størksen et al 2013, Garthus-Niegel 2014). Kvinner som har hatt en negativ fødselsopplevelse kan ha opplevd en faktisk objektiv hendelse som gjorde opplevelsen negativ, eller det kan ha vært et dårlig forhold til fødselshjelper som lå til grunn. Dette kan ha vært en livshendelse for kvinnen som hun har taklet på en relevant måte for så å kunne gå videre i livet (Waldenström et al 2004). Videre bør problemstillingen rundt hva en negativ fødselsopplevelse kan innebære også ses i lys av at mennesker er utstyrt med ulike ressurser for å mestre motgang eller vanskelige livshendelser.

Studier som har hatt til hensikt å undersøke kvinners positive eller negative opplevelser av fødsel har undersøkt kvinnes fødselsopplevelse på ulike tidspunkt i kvinnes livsfase. I noen studier har kvinner besvart spørreskjemaer ved en eller flere tidspunkter i en påfølgende graviditet (Størksen et al 2013), mens i andre studier har kvinnene også besvart spørreskjemaer noen dager etter fødsel og 1-2 måneder etter fødsel (Garthus-Niegel et al 2014). Det kan tenkes at respondentenes svar til en viss grad preges av at kvinnene er gravide på nytt og er i en sårbar livsfase hvor de blir konfrontert med sin forrige negative fødselsopplevelse. Enkelte studier har undersøkt kvinners fødselsopplevelse opptil flere år etter fødselen (Baston et al 2008, Waldenström 2003). De sistnevnte studiene finner at kvinnes syn på sin fødselsopplevelse endres over tid. Dette kan gå både i positiv og negativ retning. I Waldenströms (2003) studie fant man at kvinnes oppfattelse av fødselssmerte bleknet over tid, mens en negativ helhetsopplevelse så ut til å intensiveres med tiden. Baston et al (2008) fant at spesielt kvinnes syn på fødselshjelperne ble mer kritisk med tiden. Likeledes fant de at kvinner som hadde hatt vedvarende store helseproblemer etter fødselen anså fødselen som en mer negativ erfaring tre år etter fødselen. Også kvalitative studier har på ulike måter beskrevet kvinners negative fødselsopplevelser når kvinnene har vært gravide på nytt (Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012).

Den faktoren som i litteraturen utkrystalliserer seg som den viktigste i forhold til å virke forebyggende på negative fødselsopplevelser, er støtte fra jordmor under fødsel (Ayers, Eagle & Wearing 2006, Hodnett 2002, Hodnett et al 2013, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006, Wilde-Larsson et al 2011.). Støtte er et vagt begrep, men faktorer som kommer inn under begrepet er følgende: At jordmor er tilstedeværende eller tilgjengelig ved behov, å bli tatt på alvor, at kvinnen oppfordres til å være medansvarlig og får være delaktig i avgjørelser. Det ser videre ut til at jordmors tro på kvinnes evne til å føde og at hun er lydhør er andre viktige faktorer. (Downe & McCourt 2008, Hodnett 2002, Hodnett et al 2013, Leap et al 2010, Parrat & Fahy 2003, Wilde-Larsson et al 2011).

Det ser ut til at kontinuitet og individbasert tilnærming i svangerskaps- og fødselsomsorgen er viktige elementer i forebyggelsen av negative fødselsopplevelser (Downe & McCourt 2008, Hodnett 2002, Hodnett 2013, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006). Med dette menes en form for omsorg preget av at den er individuelt tilpasset den enkelte kvinne og hennes behov, samt kontinuitet med tanke på omsorgsgiver (Thomson & Downe 2010, Wilde-Larsson et al 2011).

I en del studier hevdes det at den faktoren som ser ut til å ha minst betydning for en positiv fødselsopplevelse totalt sett, er smertelindring. I de tilfellene hvor det synes viktig å få en eller annen type smertelindring, handler det mer om at kvinnen etter et langt forløp uten fremgang føler at grensene for hva hun kan mestre er overskredet og at hun trenger hjelp for å komme videre (Downe & McCourt 2008, Hodnett 2002, Nilsson, Bondas & Lundgren

2010). Epiduralblokkade er uten tvil den mest effektive måten å lindre fødselssmerte på. Det ser imidlertid ikke ut til at denne typen bedøvelse nødvendigvis gir flere positive fødselsopplevelser (Waldenström et al 2004, Baston et al 2008, Kringeland, Daltveit & Møller 2009). For en del kvinner vil det være utenkelig å skulle føde uten medikamentell smertelindring selv om fødselsforløpet ellers er helt normalt. For disse kvinnene vil opplevelsen av fødselen kunne bli en negativ erfaring dersom de ikke får gehør for sitt ønske fra fødselshjelperen (Downe & McCourt 2008, Hauck et al 2007).

1.2.2 Forekomst

Flere studier antyder at 10-20% av alle fødende karakteriserer fødsel som en negativ opplevelse (Baston et al 2008, Kringeland, Daltveit & Møller 2009, Lukasse et al 2010). En studie antyder at så mange som opp til en tredel av alle kvinner ser negativt på sin fødselsopplevelse (Garthus-Niegel et al 2014). Forekomsten av alvorlig fødselsangst beskrives i ulike studier å være 6-11% (Lukasse, Schei & Ryding 2014, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Størksen et al 2013,). Fullt utviklet posttraumatisk stresslidelse (PTSD) menes i en studie å forekomme hos 1-2% av kvinner som har født (Ayers, Eagle & Waring 2006), mens en annen studie antyder opp til 6% (Garthus-Niegel 2014).

1.2.3 Risikofaktorer

En rekke studier viser at de kvinnene som hyppigst opplever fødselen negativt er førstegangsfødende, kvinner som har tidligere negative opplevelser med fødsel, kvinner som opplever uventede komplikasjoner i fødselen, kvinner som føler at de har mistet kontrollen og kvinner som opplever at de ikke har blitt «sett og hørt» (Ayers, Eagle & Waring 2006, Baston et al 2008, Kringeland, Daltveit & Møller 2009, Thomson & Downe 2010, Waldenström et al 2004, Wilde-Larsson et al 2011). En del kvinner synes å være spesielt sårbare for å utvikle fødselsangst og PTSD, for eksempel kvinner som har opplevd ulike former for overgrep, kvinner som opplever liten støtte fra partner og kvinner som allerede har en historie med psykisk sykdom (Ayers, Eagle & Waring 2006, Kringeland, Daltveit & Møller 2009, Lukasse et al 2010, Waldenström et al 2004). I en norsk studie (Lukasse et al 2010) var et av funnene at fødselsangst hos flergangsfødende primært kunne knyttes til tidligere negativ opplevelse av fødsel. Det viste seg videre at kvinner som aldri hadde opplevd overgrep rapporterte negative fødselsopplevelser like hyppig som de som hadde en historie med overgrep.

Å ha kontroll i fødsel vil inneholde ulike elementer for den enkelte fødende. For kvinner som har en holdning om at ene og alene kvinnen selv har rett til å selv bestemme forløsningsmåte, vil selvvalgt, planlagt keisersnitt eksempelvis være å ha kontroll over

fødselen (Kringeland, Daltveit & Møller 2009). For andre kvinner vil en følelse av å ha kontroll dreie seg om at de føler seg medansvarlige og inkluderte i avgjørelser underveis i fødsel, og at de blir invitert til dette av fødselshjelperne (Lundgren & Dahlberg 2002, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Waldenström et al 2004). Tap av kontroll pekes på som en av risikofaktorene for å oppleve fødselen som negativ. I denne sammenhengen kan tap av kontroll være tap av fysisk kontroll eller selvkontroll, eller å ikke ha kontroll over hva som skjer med seg selv. Dette kan være et uttrykk for mangel på kunnskap om eller forståelse for hva som skjer i kroppen i en normal fødselsprosess, eller det kan være at kvinnen ikke forstår hvorfor intervensjoner blir gjort (Baston et al 2008, Lundgren & Dahlberg 2002, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Waldenström et al 2004).

Følelsen av å ha kontroll i fødselsforløpet kan også handle om å ha kontroll over situasjonen i den forstand at den fødende føler seg informert om og deltagende i bestemmelser, samt å kunne tilpasse seg endringene i fødselsprosessen og akseptere usikkerheten som ligger i fødselsprosessens natur (Ayers, Eagle & Waring 2006, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006, Wilde-Larsson et al 2011).

1.2.4 Konsekvenser

Opplevelsen av fødselen kan gi permanente eller langvarige innvirkninger, positive eller negative, på kvinners liv (Baston et al 2008, Thomson & Downe 2010, Waldenström 2003, Waldenström et al 2004). En negativ fødselsopplevelse kan føre til utvikling av posttraumatisk stresslidelse, økt risiko for depresjoner, alvorlig fødselsangst og at kvinner ved senere fødsler forlanger et elektivt keisersnitt (Ayers, Eagle & Waring 2006, Garthus-Niegel et al 2014, Kringeland, Daltveit & Møller 2009, Lukasse et al 2010, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Saisto, Ylikorkala & Halmesmäki 1999). Videre kan en negativ fødselsopplevelse føre til at kvinnen velger å ikke få flere barn fordi hun ikke orker tanken på å skulle føde igjen (Ayers, Eagle & Waring 2006, Downe & McCourt 2008, Lukasse et al 2010). Traumatiske fødselsopplevelser vil videre kunne virke negativt inn på tilknytningen til barnet, samt få konsekvenser for parforhold og seksualliv (Ayers, Eagle & Waring 2006, Baston et al 2008, Lundgren 2005, Thomson & Downe 2010). Noen kvinner som karakteriserer fødselen som negativ kan ha opplevd så alvorlige hendelser i forbindelse med fødsel at det får langvarige psykiske konsekvenser for dem (Waldenström et al 2004).

1.2.5 Tiltak

Tiltak som er gjort for å bedre kvinners opplevelse av fødselen har i stor grad vært fokusert rundt bedre smertelindringsmetoder, flere muligheter for overvåking og høyere forekomst av inngrep i fødsel, muligens i den tro at dette for kvinner flest skal virke betryggende (Downe & McCourt 2008). Det har ikke blitt sett på som like viktig å sette i verk tiltak som kan bidra til å øke fødekvinners mestringsevne og tro på egne fødekrefter. Slike tiltak kan for eksempel være fødselsforberedende kurs med spesiell vekt på mestring, kontinuerlig støtte under fødselen, mer kontinuitet i omsorgen og et mer hjemlig og trygt fødemiljø (Downe & McCourt 2008).

1.2.6 Økt nivå av obstetriske intervensjoner

I den vestlige verden preges fødselsomsorgen i dag av en stadig sterkere avhengighet av «eksperter». Dette har medført et økende antall inngrep selv i normale fødselsforløp (Downe & McCourt 2008, Kringeland & Møller 2006, NOU 1999, St.meld.nr 12 2008-09, Wagner 2001, Walsh, El-Nemer & Downe 2008). En uheldig konsekvens av dette er at mange kvinner i økende grad tror det er helt nødvendig med medisinske inngrep i fødselen for at den skal oppfattes som trygg. Over tid vil dette ifølge Wagner (2001) gjøre at kvinner i økende grad mister troen på at kroppen deres er i stand til å føde uten medisinsk-teknologisk hjelp. Dette synet støttes også av andre forfattere (Kringeland & Møller 2006, Lundgren 2005, Lundgren & Dahlberg 2002, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006). Kvinnen inntar dermed en passiv rolle i egen fødsel og legger alt ansvar i forbindelse med fødsel over i ekspertenes hender. På den måten slipper kvinnen selv å ta ansvar (Downe & McCourt 2008, Kringeland & Møller 2006, Lundgren & Dahlberg 2002, Wagner 2001, Walsh, El-Nemer & Downe 2008). Litteraturen viser at mange jordmødre har en oppfatning om at en normal fødsel med et minimum av inngrep er viktig for en positiv fødselsopplevelse for kvinnene (Berg 2005, Lundgren & Berg 2007, Lundgren & Dahlberg 2002). I praksis kan det imidlertid tenkes at det enkleste for jordmor er å hjelpe en fødende som tilpasser seg systemet, og hvor jordmor styrer fødselen. Dette kan spesielt være tilfellet på travle fødeavdelinger hvor det ikke er praktisk mulig å være tilstede etter kvinnens behov (Walsh, El-Nemer & Downe 2008).

Mange kvinner har et ønske om en så naturlig fødsel som mulig. I en norsk kohortstudie (Kringeland, Daltveit & Møller 2010) fant man blant annet en stor andel førstegangsfødende kvinner som hadde et ønske om en vaginal fødsel uten inngrep, altså en naturlig fødsel (n=17292). Vaginal fødsel uten inngrep var her definert som en fødsel med barn i hodepresentasjon og ingen inngrep, det vil si ikke indusert, ingen medikamentell smertelindring, ingen episiotomi, ingen vakum, tang eller keisersnitt. Kun 29,3 % av disse kvinnene endte opp med å gjennomføre en naturlig fødsel, slik de i utgangspunktet ønsket seg (Kringeland, Daltveit & Møller 2010). Årsakene til at så mange kvinner som ønsket en

naturlig fødsel endte opp med inngrep i forløpet kan være flere. Kvinnen kan underveis i fødselsforløpet ha ombestemt seg med tanke på smertelindring, eller det kan ha vært manglende støtte fra fødselshjelpere til å mestre en naturlig fødsel. Det kan også ses som et uttrykk for at terskelen for inngrep er lav og aksepten høy. Videre kan det tenkes at den lave andelen naturlige fødsler skyldes at definisjonen er streng, da den utelukket alle former for inngrep i fødsel. I en del andre land er definisjonen av normal fødsel noe mindre streng (Kringeland, Daltveit & Møller 2010).

1.2.7 Forventninger til fødselen

Majoriteten av kvinner som skal føde, har noen forventninger til sin forestående fødsel. Noen forventninger knytter seg til helsesystemet og fødselshjelperne, andre forventninger knytter seg til dem selv som fødekvinne og hvordan de selv vil mestre fødselsarbeidet (Hauck et al 2007, Kringeland & Møller 2006, Lundgren 2005, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010). Trenden med økt aksept for inngrep i fødselen har endret kvinners forventninger til fødsel slik at mange vil forvente å oppleve bruk av teknologi og inngrep i fødsel, samt ha en oppfattelse om at fødsel er en medisinsk begivenhet. Kvinner kan også ha forventninger til helsesystemet i den forstand at de forventer å ha en støttende og tilstedeværende jordmor som er der for å hjelpe kun dem gjennom fødselen (Lundgren & Dahlberg 2002, Lundgren 2005, Nilsson, Bondas & Lundgren). Dette står i kontrast til virkeligheten mange jordmødre arbeider i, med stadig økende arbeidsmengde og knappe ressurser må de ofte ta hånd om flere fødende på en gang. Dette gir mindre tid til hver enkelt fødende som jordmor skal ha omsorg for (Lundgren & Dahlberg 2002).

I en kvalitativ studie fra Australia beskriver Hauck et al (2007) hvordan kvinners forventninger til fødsel hadde innvirkning på deres fødselsopplevelser. De beskriver kvinner som sa de hadde et åpent sinn, at fødsel var å «følge strømmen», å være fleksible samt å ta ting som de kom, altså kan sies å ha hatt en positiv innstilling, opplevde en positiv fødsel og at deres forventninger var oppfylt. Disse hadde følt seg involverte, og de aksepterte og forsto eventuelle inngrep som hadde vært nødvendige i fødselsforløpet. Kvinner som så på fødsel som en medisinsk begivenhet, som smertefull og skremmende, altså en negativ holdning og forventning til fødsel, fikk dette bekreftet og dermed forventningene oppfylt. De som hadde negative forventninger på forhånd, men som hadde god støtte av jordmor samt hadde opplevd at fødselen gikk lettere og bedre enn fryktet fikk en positiv opplevelse, men ikke sine negative forventninger oppfylt. De som fikk en negativ fødselsopplevelse uten at forventningene ble oppnådd, hadde ofte svært spesifikke ønsker vedrørende fødsel, eksempelvis at de ikke skulle ha noen inngrep og at de ikke forsto hvorfor slike eventuelt måtte utføres. Når kvinnene som deltok i denne studien (Hauck et al 2007) ventet barn på nytt, hadde de kvinnene som hadde positive opplevelser ganske like forventninger som forrige gang, mens de med negative forventninger hadde tilpasset sine i en retning som gjorde det mer sannsynlig at de kunne oppnå neste gang. De aller fleste deltakerne forventet i utgangspunktet en normal, vaginal fødsel, og de som fikk det hadde

en positiv opplevelse samt at deres forventninger ble møtt. De som hadde en negativ opplevelse hadde i stor grad tilpasset seg et system med høyt nivå av inngrep, slik at realiteten ble helt annerledes enn hva som var forventet. Disse funnene stemmer overens med andre studier som omhandler negative fødselsopplevelser (Lundgren 2005, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012, Saisto, Ylikorkala & Halmesmäki 1999, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006).

Mange kvinner som har negative fødselsopplevelser har ikke fått sine forventninger oppfylt. De oppgir at de ikke har fått støtte fra fødselshjelperne, at eventuelle ønskebrev eller fødselsplaner ikke har vært tatt hensyn til, at de har opplevd uventede komplikasjoner eller at de føler de har fått misvisende eller feilaktig informasjon (Ayers, Eagle & Waring 2006, Kringeland, Daltveit & Møller 2009, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006, Wilde-Larsson et al 2011).

Kvinner har forventninger om at jordmoren skal være en støtte for dem underveis i fødselen. For noen kvinner vil det innebære støtte og hjelp til å gå gjennom en fysiologisk normal fødsel. Andre kvinner vil forvente at jordmoren støtter dem når de har passert sine grenser for hva de kan mestre, og derfor trenger hjelp i form av smertelindring eller annen medisinsk intervensjon (Downe & McCourt 2008, Wilde-Larsson et al 2011, Ayers, Eagle & Waring 2006, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010).

1.3 Folkehelseperspektivet

En negativ opplevelse av fødsel kan som beskrevet i kapittel 1.2.4 gi permanente eller langvarige innvirkninger på kvinners liv (Ayers, Eagle & Waring 2006, Baston et al 2008, Thomson & Downe 2010, Waldenström 2003, Waldenström et al 2004). I et samfunnsøkonomisk perspektiv er det kostbart at et økende antall kvinner krever å få utført planlagt keisersnitt på grunn av tidligere traumatisk fødselsopplevelse eller angst for å føde. Et keisersnitt koster minst dobbelt så mye som en vaginal fødsel (St. meld. Nr 12, Wagner 2001). Videre er det ressurskrevende, både personellmessig og økonomisk, å gi et terapitilbud til et økende antall kvinner som har en negativ fødselsopplevelse bak seg. En betydelig andel av disse traumene kunne antagelig ha vært unngått (Thomson & Downe 2010, Wagner 2001).

Som tidligere nevnt kan negative opplevelser få konsekvenser både på kort og lang sikt på individnivå. Det kan hevdes at det også kan få konsekvenser på populasjonsnivå. Med det menes at dersom gruppen kvinner med psykiske eller fysiske traumer forårsaket av en negativ fødselsopplevelse øker, så vil det også bli en økende gruppe personer som har behov for hjelp til å bearbeide traumene. Det kan også tenkes at kvinner som har hatt negative eller traumatiske fødselsopplevelser vil kunne overføre sine negative holdninger

om at fødsel er en potensielt risikabel livshendelse til andre i sin omkrets, som barn, barnebarn, venner og øvrig familie. Det kan derfor hevdes at dette i økende grad er et folkehelseproblem.

1.4 Nordisk perspektiv

Organiseringen av svangerskaps- og fødselsomsorgen i de nordiske landene er ganske lik, i den forstand at det er ønskelig at den skal være en sammenhengende omsorg i en naturlig livsprosess med mulighet for personlig utvikling, trygghet og sikkerhet. Videre er det et ønske om at tjenesten skal preges av kontinuitet og individuell omsorg ut fra den enkelte families behov (Socialstyrelsen 1996, Sosial- og helsedirektoratet 2005, St.meld.nr 12 2008-09, Sundhedsstyrelsen 1998). I de skandinaviske landene er det jordmødre som i stor grad er ansvarlige for svangerskapsomsorgen og som håndterer normale fødsler. Majoriteten av fødsler foregår på sykehus. I Finland derimot, er det svært få jordmødre i svangerskapsomsorgen. Finske gravide går til kontroll hos lege og helsesøster (Grønset 2013).

Uavhengig av hvem som er omsorgsgiver, så fremstår svangerskaps- og fødselsomsorgen i de nordiske landene som fragmentert. Med dette menes at svangerskapsomsorgen i hovedsak foregår i kommunehelsetjenesten, de fleste kvinner føder så på et sykehus, og deretter kommer de tilbake til omsorg i kommunen, oftest med andre omsorgsgivere enn de hadde i svangerskapet. Denne fragmenteringen kan være en utfordring spesielt i forhold til kvinner som har hatt negative fødselsopplevelser, og som kunne hatt behov for en mer sammenhengende omsorg.

1.5 Studiens nytteverdi

Som nevnt tidligere er det gjort en del forskning om temaet fødselsopplevelser, både hva som bidrar til positive så vel som negative opplevelser. Det anses at denne studien ytterligere vil kunne bidra til å belyse hva som synes å medvirke til negative fødselsopplevelser.

2. TEORETISK RAMMEVERK

Opplevelser er som nevnt i kapittel 1.2 subjektive erfaringer som dannes av ytre sansepåvirkninger (persepsjon), emosjonell tilstand (følelse), tankeprosesser eller motivasjon. Alle typer positive eller negative opplevelser må dermed kunne sies å være av personlig karakter. Individuer har ulike ressurser og måter å takle motgang og utfordringer på, noen mer hensiktsmessige enn andre.

2.1 Salutogenese

De fleste helsetjenestesystemer synes å være forankret i patologi, svangerskaps- og fødselsomsorgen inkludert. Utkomme for mor og barn måles stort sett i forekomst av sykkelighet og dødelighet (Downe & McCourt 2008). En annen innfallsvinkel kan være hvilke faktorer som bevarer helse i stedet for å se på hvilke som skaper sykdom, en salutogen innfallsvinkel. Begrepet salutogenese ble utviklet av en amerikansk forsker, Aaron Antonovsky i 1979 (Antonovsky 1991). Salutogenese innebærer å se på hva som gjør at enkelte mennesker synes å oppfatte at de har en god helse til tross for at de kan ha vært utsatt for traumatiske eller vanskelige utfordringer i livet. Antonovsky mente at svaret lå i ulike forbindelser mellom individer, deres erfaringer og deres sosiale historier. Videre utviklet Antonovsky begrepet oppfattelse av sammenheng eller sense of coherence (SOC). Begrepet har tre elementer:

1. Meningsfullhet, en dypere følelse av at livet er meningsfullt og at de krav som stilles en er utfordringer som er verdt å ta. I meningsfullhet ligger også et ønske om mestring. Dette vil for en fødende kvinne innebære at hun føler seg delaktig i de prosessene som skaper erfaringene og opplevelsene.
2. Håndterbarhet er i hvilken grad individer føler de har ressurser til å møte de krav de blir stilt overfor, eller at de vet hvor de kan finne hjelp. For en kvinne i fødsel kan ressursene være hennes egne eller de kan komme fra andre som kvinnen stoler på og har tillit til, som pårørende eller helsepersonell.
3. Begripelighet er i hvilken grad individer finner den virkeligheten de lever i å være forståelig, meningsfull, velordnet og stabil i stedet for tilfeldig og uforutsigbar. I dette ligger også at en fødende kvinne forstår hva som foregår og hvorfor.

Teorien om salutogenese gir en begrepsmessig måte å tenke på i forhold til hvordan man kan påvirke gravide kvinner til å ha som mål å oppnå helse og velvære heller enn å unngå sykdom. Med dette menes i hvilken grad en person har tro på egen evne til å oppnå en bedre helse ved å anvende de ressurser som er tilgjengelig for dem. Teorien anerkjenner at stressfaktorer og uventede livshendelser vil opptre, eksempelvis obstetriske

komplikasjoner. Det er imidlertid personens salutogene respons, uttrykt som SOC, som styrker personen til å bevege seg framover mot optimal helse (Sinclair & Stockdale 2011).

Alle gravide kvinner har ikke et utgangspunkt som definerer dem som «lavrisiko-gravide». Det kan være nødvendig å ha fokus på det patogene. Dette var ifølge Antonovsky (1991) allikevel ikke til hinder for å ha et fokus på hvordan man som helsearbeider kan tilrettelegge omsorgen for akkurat denne personen for å oppnå et optimalt resultat. Dette i kontrast til å ha fokus på risikohåndtering. Det er ikke uten utfordringer å skulle anvende den salutogene teorien innen svangerskaps- og fødselsomsorgen. Dersom alle kvinner skal styrkes gjennom utviklingen av en sterk SOC, uansett utgangspunkt, vil det kreve at alle helsearbeidere forstår og har evne og vilje til å håndtere kompleksiteten av den kognitive, motivasjons- og atferdsmessige dynamikken i kvinners opplevelse av svangerskap og fødsel (Sinclair & Stockdale 2011).

Implementering av salutogen teori innenfor fødselsomsorgen åpner opp muligheten for å se hver enkelt fødsel som unikt normal. Downe og McCourt (2008) beskriver den unikt normale fødsel som en kompleks sammenheng mellom biologi og psykologi, hvor mor og barn interagerer på unike og uforutsigbare måter i fødselssammenheng. Downe og McCourt (2008) foreslår videre at i stedet for å kontrollere hva som, i sjeldne tilfeller, kan gå galt ved å standardisere omsorgen for alle, så bør man heller forstå og øke hver enkelt kvinnes muligheter for hva som kan gå bra (Downe & McCourt 2008, Downe 2012).

En høy SOC synes å hjelpe individer med å kunne takle kaos og usikkerhet når de møter det. Personer som scorer høyt på SOC-skalaen ser ut til å ha et høyt nivå av velvære med en sterk følelse av positiv helse, selv under ekstreme omstendigheter. Antonovsky mente at utviklingen av SOC skjedde i barndommen, og at dersom den ikke var godt utviklet innen personen var ung voksen var det usannsynlig at den kunne utvikles videre senere i livet (Antonovsky 1991). I sammenheng med svangerskap, fødsel og barseltid hevder andre forskere (Downe & McCourt 2008, Downe 2012, Sinclair & Stockdale 2011) at en kvinnes SOC kan reduseres dersom hun har hatt en negativ og angstfylt fødselsopplevelse og at den tilsvarende kan økes dersom fødselsopplevelsen har vært positiv og fylt med mestringsfølelse. En kvinne som tidligere har hatt en negativ fødselsopplevelse kan tenkes å ha opplevd at hun ikke hadde ressurser til å mestre fødselen. Hun kan ha hatt en lav følelse av begripelighet, at hun ikke forsto hva som foregikk og liten meningsfullhet fordi hun ikke følte seg delaktig i det som skjedde. Kvinner som har hatt en tidligere negativ fødselsopplevelse vil kunne oppleve en ny, positiv og god fødselsopplevelse som en helende erfaring. Dersom den nye fødselsopplevelsen preges av at kvinnene opplever fødselen som meningsfull, håndterbar og begripelig, kan man tenke seg at de også vil oppnå en høyere eller styrket SOC (Thomson & Downe 2010, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010).

2.2 Empowerment

Empowerment defineres i Health Promotion Glossary, utgitt av WHO (1998) som:

«In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health»

Empowerment kan være en sosial, kulturell, psykologisk eller politisk prosess hvor individer eller grupper settes i stand til å uttrykke sine behov, sette ord på bekymringer, tenke ut strategier for hvordan de kan involveres i avgjørelser. Videre dreier det seg om hvordan man kan finne politiske, sosiale og kulturelle tiltak for å møte behovene. Gjennom en slik prosess vil mennesker se en nærmere sammenheng mellom sine mål i livet og hvordan man kan nå målene.

Det er en forskjell mellom empowerment på individnivå og samfunnsnivå. Empowerment på individnivå dreier seg hovedsakelig om individets evne til å ta avgjørelser og ha kontroll over sitt eget liv. Empowerment på samfunnsnivå innebærer at individer opptrer kollektivt for å oppnå større innflytelse på og få mer kontroll over helsedeterminanter og livskvalitet i sitt eget samfunn (WHO 1998).

Innen svangerskaps- og fødselsomsorgen kan empowerment forstås slik at gravide og fødende kvinner styrkes og settes i stand til for eksempel ta ansvar for egen fødsel ved å motta tilstrekkelig informasjon til å kunne ta valg til beste for seg selv. Empowerment er et ord som vanskelig lar seg oversette til norsk, men i denne sammenhengen er det relevant å oversette det med «å settes i stand til». Det ligger også noe styrkende i begrepet. I forbindelse med en positiv fødselsopplevelse hvor kvinnen har en god følelse av å ha mestret fødselens utfordringer, samt fått nødvendig støtte for å klare det, så vil kvinnen sannsynligvis føle at fødselen var en empowering, eller styrkende, erfaring. Dersom fødselen var en negativ opplevelse for eksempel preget av tap av kontroll over egen kropp og manglende forståelse for hva som skjedde underveis, vil dette mest sannsynlig være en erfaring som for kvinnen var dis-empowering. I dette ligger at opplevelsen ikke bygget opp under kvinnens selvfølelse, men snarere reduserte den (Berg 2005). Kvinner som har opplevd fødselen som negativ kan også ha følt seg dis-empowered av et dårlig forhold til jordmor (Nilsson, Bondas & Lundgren 2010).

Jordmødre kan hjelpe kvinner med å føle seg empowered, eller styrket, ved å ta utgangspunkt i kvinnens egne ressurser, tilby relevant informasjon og signalisere at jordmor har tro på at kvinnen er i besittelse av nødvendige ressurser for å gå gjennom svangerskapet, føde og å bli mor (Berg 2005, Lundgren og Berg 2007).

2.3 Coping

Mestring, eller coping, må kunne sies å være en viktig faktor for individets helse. Coping er definert som: «...the process of managing stressors that have been appraised as taxing or exceeding a person's resources and as the efforts to manage...environmental and internal demands» av Lazarus og medarbeidere i Ogden (2007, s 256). For mange kvinner vil fødselsarbeidet overskride alle forventninger og forestillinger de måtte ha hatt til fødsel på forhånd, spesielt gjelder dette førstegangsfødende. En aktiv eller problemfokuset mestringsstrategi innebærer at man skaffer seg relevant informasjon og gjør valg ut fra det. Følelsesfokuset mestring innebærer både kognitive og atferdsmessige strategier for å håndtere følelsene (Ogden 2007). I forbindelse med fødsel vil det trolig være mest effektivt med en kombinasjon av disse mestringsstrategiene. Kvinner som har en negativ fødselsopplevelse bak seg, har i flere studier beskrevet lite følelse av deltakelse og kontroll, altså en liten grad av mestring (Lundgren & Berg 2007, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012).

3. HENSIKT

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke aspekter kvinner selv trekker fram når de beskriver sin fødselsopplevelse som negativ.

3.1 Forskningsspørsmål

Hvilke aspekter synes å være framtrepende for at kvinner har oppfattet fødselen som en negativ erfaring?

4. METODE

Denne studien har til hensikt å belyse aspekter som kvinner selv trekker fram når de får anledning til å beskrive sine fødselsopplevelser i fritekst. Kvinnene som er inkludert i studien har vurdert sin fødselsopplevelse som en negativ erfaring. Enhver fødsel er en unik og subjektiv opplevelse for den enkelte fødekvinne, og gjennom analyse av kvinners egne beskrivelser av fødsel er målet å få en økt forståelse av og innsikt i hva disse kvinnene mente var medvirkende til at fødselen opplevdes som negativ. Formålet med studien og problemstillingen som er valgt har ført til at et kvalitativt design er benyttet.

4.1 Forskningsdesign/kvalitativ metode

Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning og menneskelig erfaring. Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst. Kvalitativ forskning er velegnet dersom en ønsker å få innsikt i enkeltmenneskers livserfaringer og deres egne tolkninger av disse. (NEM 2009)

4.2 Materiale

Materialet i denne studien er den norske kohorten fra en større kohortstudie utført i seks europeiske land. Studien har blant annet undersøkt sammenhenger mellom ulike former for overgrep, fødselsangst og depresjon (Lukasse et al 2010). Den europeiske studien ble kalt Bidens, som er et akronym for Belgia, Island, Danmark, Estland, Norge og Sverige, som var de landene som deltok. I min studie er det benyttet data fra den norske delen av studien (Lukasse et al 2010). Studien ble gjennomført blant en uselektert populasjon gravide, ved fem ulike fødeavdelinger i Norge mellom januar 2008 og mars 2009. Hensikten med studien (Lukasse et al 2010) var å undersøke sammenhenger mellom selvrapportert historie av overgrep i barndommen og fødselsangst. Antall fødsler på de fem fødeavdelingene varierte fra 1300 til 3400 fødsler per år. Et spørreskjema vedlagt informasjon om studien, samt et samtykkeskjema ble sendt til gravide kvinner etter at de hadde vært til rutineultralyd i uke 18 av svangerskapet. Kvinner som hadde behov for behandling på grunn av patologi funnet ved ultralydundersøkelsen og kvinner med utilstrekkelige norskkunnskaper ble ekskludert. Det ble sendt ut en påminnelse og gjennomsnittlig svarprosent var 50. Det endelige utvalget besto av 2365 kvinner i Norge.

Det ble anvendt validerte instrumenter for å måle ulike former for overgrep, fødselsangst og depresjon. I tillegg ble kvinnene bedt om å beskrive sin første og eventuelt siste fødselsopplevelse ved å krysse av for ett av følgende alternativer:

1) En udelt positiv opplevelse; 2) En overveiende positiv opplevelse, men med negative elementer; 3) En overveiende negativ opplevelse, men med positive elementer; 4) En udelt negativ opplevelse. Disse variablene ble delt inn i enten positiv eller negativ opplevelse. Det var satt av plass til fritekstkommentarer knyttet til svangerskap og fødsel på slutten av spørreskjemaet. Feltene som var avsatt til fritekstkommentarer var todelt. Det første feltet hadde følgende tekst: Har du andre opplevelser knyttet til svangerskap og fødsel som er viktige? Det var satt inn svarbokser for ja eller nei, samt plass til eventuell fritekst. Det andre fritekstfeltet innledet med spørsmål om respondenten hadde kommentarer til spørsmålene som var stilt i spørreskjemaet, samt opplysninger om mulige kontaktpersoner dersom kvinnen etter å ha svart på spørreskjemaet hadde behov for å snakke med noen.

I hele materialet utgjorde flergangsfødende 56,3% (n=1331). Av disse hadde 21,1% (n=281) karakterisert forrige fødselsopplevelse som negativ. Litt over en tredel av alle respondenter hadde skrevet fritekstkommentarer, som skal brukes i denne studien.

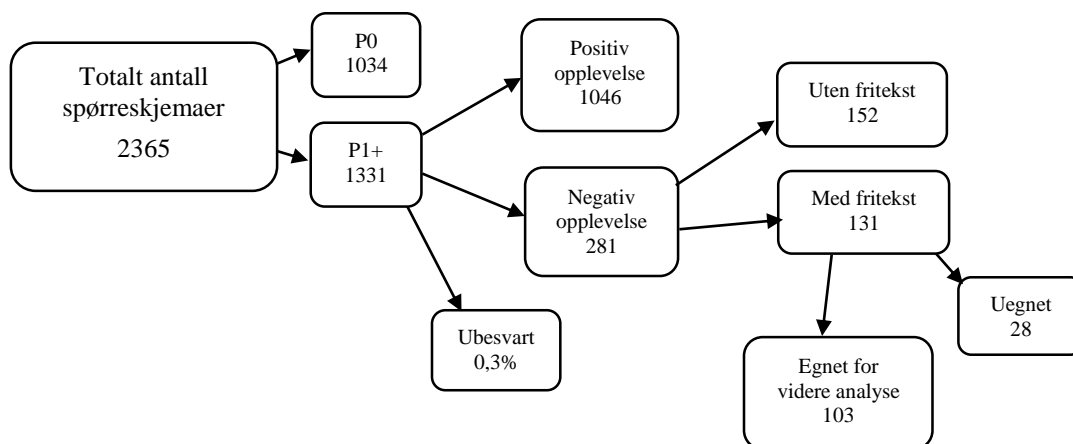
4.2.1 Utvalg

Følgende utvalg ble trukket ut fra det opprinnelige datasettet:

Inklusjonskriterier: Flergangsfødende som hadde krysset av for at forrige fødsel var en negativ opplevelse (svaralternativ 3 eller 4 over) og som hadde skrevet fritekstkommentarer.

Eksklusjonskriterier: Førstegangsfødende, kvinner som hadde opplevd forrige fødsel som positiv, samt kvinner som hadde krysset av for negativ fødselsopplevelse men som ikke hadde skrevet fritekstkommentarer.

Disse utvalgskriteriene resulterte i et utvalg på 131 respondenter. Ved nærmere gjennomgang av friteksten var det nødvendig å utelate en del spørreskjemaer fordi friteksten ikke handlet om selve fødselen. Videre var det nødvendig at kommentarene var fylldige nok til å kunne brukes i en videre analyse. Av 131 mulige fritekstkommentarer var 103 egnet for videre analyse.



Figur 1, Utvalg av respondenter

4.3 Analysemetode

Som analysemetode for materialet brukes tematisk analyse (thematic analysis) i henhold til Braun & Clarke (2006). Tematisk analyse er en kvalitativ metode som har til hensikt å identifisere, analysere og beskrive mønstre eller temaer i et materiale. Dataene i denne studien består av fritekstkommentarer fra et spørreskjema, og disse inneholder alt fra en enkelt setning og opptil en halv side fritekst. Det var ikke mulig å gå tilbake til respondenter for eventuell utdyping av eller klargjøring av utsagn. Dette materialet består dermed kun av den friteksten som er skrevet av kvinnene selv på spørreskjemaet. Flere kvalitative metoder inkluderer tematisk analyse som et steg i analyseringsprosessen, f.eks. innholdsanalyse. Hensikten er å finne mønstre i et gitt materiale, og teksten i seg selv gir temaene. Braun & Clarke beskriver at det er ulikt i hvilken dybde data analyseres, semantisk (manifest) eller latent analyse (Braun & Clarke 2006). Hvilken dybde som velges vil være avhengig av det datamaterialet man har. Ved en semantisk tilnærming identifiseres ulike temaer og forskeren leter ikke etter en underliggende mening i materialet. Dette i motsetning til den latente tilnærmingen som innebærer en mer abstrahert og fortolkende analyse.

I denne studien er en semantisk tilnærming valgt, da det synes som den mest hensiktsmessige måten å analysere fritekstkommentarer på. Tematisk analyse søker først og fremst å identifisere og beskrive mønstre i dataene, og det er også hensikten i denne studien.

Braun & Clarke (2006) anbefaler å utføre analysen i seks steg:

1. Å gjøre seg kjent med materialet. Dette innebærer å lese gjennom hele materialet flere ganger for å danne seg et overordnet inntrykk av innholdet. Det kan være en fordel at også en annen forsker leser gjennom materialet for å sikre at man har en så lik forståelse av innholdet som mulig. Underveis i lesingen vil man begynne å lete etter mulige temaer eller mønstre.

I denne studien ble alle fritekstkommentarene skrevet ut og lest gjentatte ganger av forfatteren og av en kollega, uavhengig av hverandre. Etter å ha lest gjennom fritekstkommentarene flere ganger, begynte det å danne seg tanker om hva materialet fortalte noe om i helhet.

2. Å lage innledende koder, finne utsagn som ligner hverandre eller antas å ha samme eller lignende mening. Man kan også se etter utsagn som står i kontrast til hverandre.

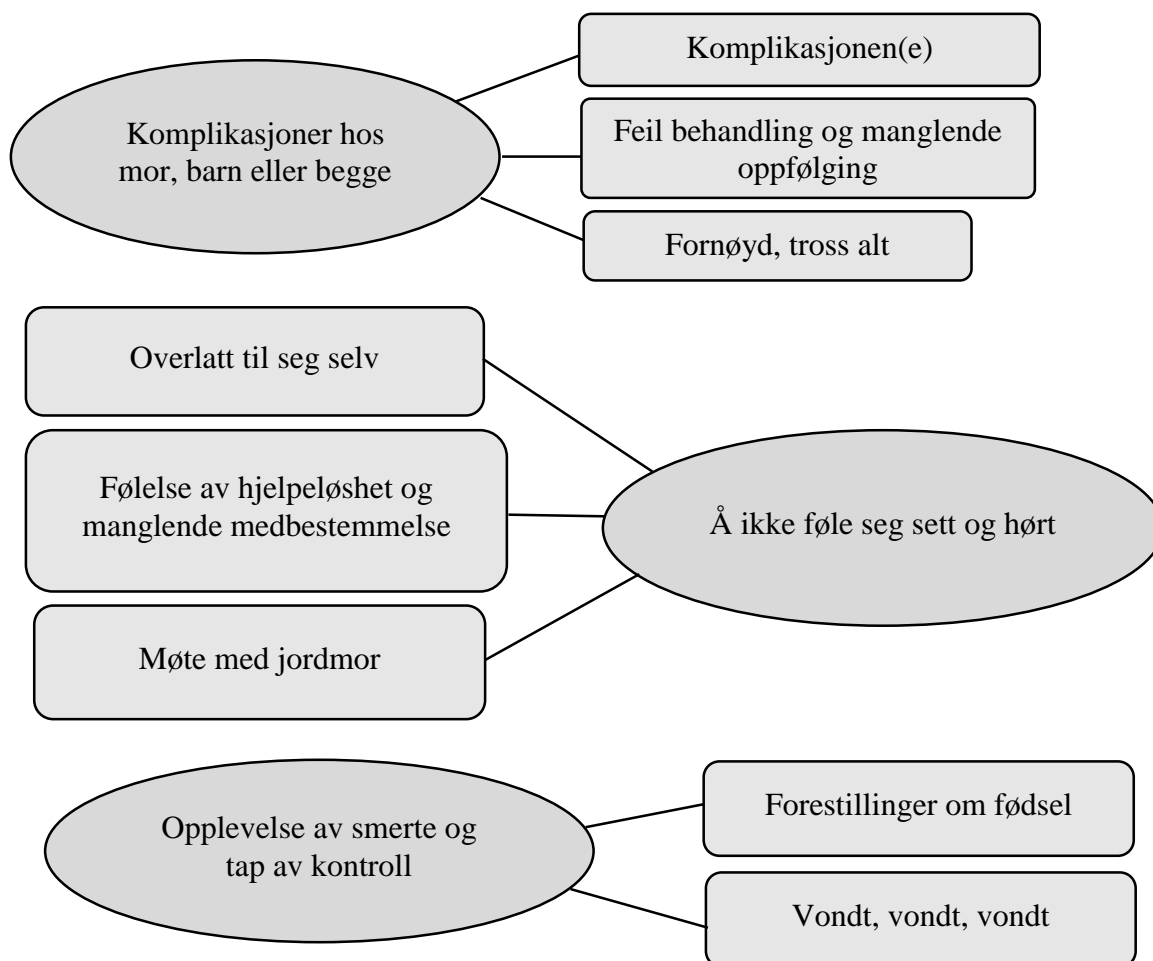
Fritekstkommentarene i denne studien ble i dette steget sortert etter utsagn som lignet hverandre eller som syntes å ha lignende innhold. Dette ble først gjort av forfatteren og kollegaen hver for seg, for deretter og sammenlignes av begge. Videre ble det laget et tematisk kart, for å gjøre det mer oversiktlig (vedlegg 1, side 51).

3. Søke etter temaer. Uttalelser som har lignende innhold bringes sammen for å utvikle et potensielt tema.

Under dette steget ble det gjort ytterligere gjennomgang av den kodede friteksten samt raffinering av det tematiske kartet. Foreløpige navn ble satt på de temaene som syntes å tre fram som hovedtemaer (vedlegg 2, side 52).

4. Gjennomgang av temaene. Alle de individuelle kommentarene innenfor et potensielt tema gjennomgås, for å se om de er samstemte. I denne fasen kan det hende at noen kommentarer kanskje må flyttes til et av de andre potensielle temaene, eller eventuelt at et nytt tema utvikles.

I denne fasen av gjeldende studie ble alle kommentarer under hvert hovedtema gjennomgått gjentatte ganger. Potensielle undertemaer ble revidert flere ganger, og noen kommentarer ble flyttet til andre undertemaer. Det tematiske kartet ble revidert, med et endelig kart som resultat. Dette kartet viser hovedtemaer og undertemaer (se figur 2).



Figur 2, Tematisk kart over hovedtemaer og undertemaer

5. Gi temaene navn samt definere dem. Temaene kan navngis med tekst fra kommentarer eller gis navn som fanger innholdet i temaet.

Temaer og undertemaer i denne studien ble gitt navn som forfatteren mener fanger innholdet i temaet.

6. Rapportere. Denne oppgaven inneholder rapporten fra gjeldende studie.

4.4 Valideringstiltak

Påliteligheten i en kvalitativ studie er essensiell for at lesere skal kunne danne seg et inntrykk av verdien av studien. Dette krever at det anvendes en etablert og klart beskrevet metode. Troverdighet og etterrettelighet er også viktige komponenter for påliteligheten i studien (NEM 2009). Bruk av direkte sitater fra fritekstkommentarene i spørreskjemaene kan hjelpe leseren å gjøre seg opp en mening om påliteligheten. En grundig beskrivelse av analyseprosessen er et viktig valideringstiltak, slik at leseren får en forståelse av hvordan forskeren har gått fram. Beskrivelse av analyseprosessen i denne studien er gitt i kap 4.3. For ytterligere å øke troverdigheten, er det en fordel at flere enn en forsker leser gjennom dataene, slik at det oppnås en størst mulig grad av enighet hva gjelder innhold og temaer i materialet (Braun & Clarke 2006, NEM 2009, Malterud 2003). I denne studien ble datamaterialet lest gjennom av forfatteren og en annen forsker.

4.5 Forfatterens egen forforståelse

Forforståelse er de erfaringene forskeren bringer med seg gjennom yrkeserfaring og fra tidligere litteratur om emnet. Forforståelsen vil alltid være til stede. I beste fall kan den styrke prosjektet, den vil også ofte i stor grad være forskerens motivasjon for å velge akkurat dette emnet. I andre tilfeller kan forforståelsen ødelegge et prosjekt, dersom alt til syvende og sist handler om egne erfaringer og man ikke evner å se hva datamaterialet egentlig handler om (Malterud, 2003).

Forfatteren har nærmere 25 års erfaring som jordmor. For det meste har hun arbeidet på en ABC-enhet (Alternative Birth Care), som tilbyr en sammenhengende svangerskaps- og fødselsomsorg til friske kvinner som ønsker en naturlig fødsel uten bruk av medikamentell smertelindring. Forfatteren har også i perioder arbeidet på en observasjonspost for syke gravide. Det er dermed ikke til å unngå at hun har med seg noen tanker om hva som kan finnes i dette materialet. Videre har forfatteren lest et stort antall vitenskapelige artikler om fødselsopplevelser. Disse inkluderer både kvalitative og kvantitative studier. Forfatteren har dermed både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap om emnet. Tilnærmingen til materialet må dermed sies å være teoristyrkt. En slik form for tematisk analyse vil ifølge Braun & Clarke (2006) kunne gi en mindre rik beskrivelse av datamaterialet som helhet, men en mer

detaljert analyse av aspekter av dataene. Forfatteren har forsøkt å ha et så åpent sinn som mulig ved gjennomlesing av dataene slik at det som ble kommunisert av kvinnene skulle komme fram på best mulig måte. Underveis i prosessen har forfatteren hatt en bevissthet rundt forforståelsen, samt kontinuerlig reflektert systematisk og kritisk i forhold den.

4.6 Ethiske refleksjoner

Kohortstudien (Lukasse et al 2010) som er utgangspunktet for denne studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Disse komiteene er hjemlet i forskningsetikkloven og helseforskningsloven. Alle medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter skal forhåndsgodkjennes av REK. Også det norske datatilsynet har godkjent kohortstudien (Lukasse et al 2010). Respondentenes anonymitet i min studie er sikret gjennom at det ikke er mulig å spore hvem kvinnene er, hvor de kommer fra eller hvilket sykehus de tilhørte.

Respondentene fikk skriftlig informasjon om studien og de signerte et samtykkeskjema. Det vil si at respondentene godkjente alt materiale i spørreskjemaet, inkludert fritekstkommentarene, til bruk i forskning. Det kreves derfor ikke ytterligere godkjenninger for foreliggende studie.

Det er relativt vanlig at det i større spørreskjemaundersøkelser settes av plass til utdypende fritekstkommentarer i forhold til ett eller flere temaer. Fritekstkommentarene må man gå ut fra at blir lest gjennom av forskerne, men de blir ofte ikke gjenstand for nærmere analyse. Det kan betraktes som uetisk å invitere respondenter til å skrive fritekst i et spørreskjema, kanskje om intime eller vanskelige temaer, uten at disse også blir anvendt i forskningen.

5. RESULTAT

Det trer fram tre hovedtemaer i dette datamaterialet: «*Komplikasjoner hos mor, barn eller begge*», «*Å ikke føle seg sett og hørt*» og «*Opplevelse av smerte og tap av kontroll*».

De to dominerende temaene omhandler komplikasjoner og å ikke føle seg sett og hørt, som fordeler seg med omtrent like mange kommentarer under hvert tema.

Fritekstkommentarene under hvert hovedtema handler på et overordnet plan om det samme eller utsagnene har lignende innhold, men med noe ulike innfallsvinkler og nyanser. Hvert hovedtema er derfor delt inn med undertemaer (Se figur 2, s 21). Noen av fritekstkommentarene kunne ha passet inn under flere av temaene eller undertemaene.

Forfatteren har imidlertid valgt å plassere disse ut fra hva som synes å være det mest fremtredende budskapet i teksten. Direkte sitater fra fritekstkommentarene blir brukt for på best mulig måte å illustrere innholdet i de identifiserte temaene. Sitatene er skrevet i kursiv. Der hvor store bokstaver eller understreking er anvendt, er det slik kvinnen selv har skrevet det i teksten. Parenteser med tekst i vanlig skrift i sitatene er forfatterens anonymisering av for eksempel navn på sykehus.

5.1 Komplikasjoner hos mor, barn eller begge

Svært mange av kvinnene som hadde skrevet kommentarer som falt inn under dette temaet hadde opplevd alvorlige komplikasjoner som i mange tilfeller hadde rammet både dem selv og barnet deres. Det er forståelig at de definerte sin fødsel som en negativ livserfaring. Det fantes imidlertid nyanser i materialet som gjorde det hensiktsmessig å dele hovedtemaet inn i følgende tre undertemaer:

«Komplikasjon(e)», «Feil behandling og manglende oppfølging» og «Fornøyd, tross alt».

5.1.1 Komplikasjonen(e)

Når kvinnene rapporterte om mer eller mindre alvorlige komplikasjoner som opptrådte i forbindelse med fødsel, kunne det se ut til at dette i noen grad overskygget gleden ved å ha fått barn og dermed preget fødselsopplevelsen negativt.

«Det var grusomt å få narkose ved keisersnittet. Man sover da under fødselen og får ikke med seg at man blir mamma».

«Gikk 43 uker, ble strippa en onsdag, stresstest fredag og ble tatt vannet på kl 09, satt på drypp kl 12, mistet veer rundt kl 16. Presset selv, fikk røde øyne, 10 cm åpning. Hun satt fast og ble dyttet inn rundt kl 20, satt kateter, ble akutt keisersnitt 02.03. Fikk sykehusinfeksjon etterpå, høy feber i tre uker, såret ble klippet opp femte dagen. Hadde store smerter i magen, hadde fått en blodansamling. Gikk på Flagyl, hadde masse undersøkelser under hele mitt opphold på sykehuset. Var ikke frisk og rask før det hadde gått et år. Alt bra med barn!! Med unntak av noe redusert hørsel, som kom av at hun hadde tid under fødsel med lite surstoff. Masse bæsje i fostervannet.»

«Ved forrige fødsel fikk jeg rifter som ble sydd i narkose i to timer etter fødsel, fordi det var vanskelig å se hva som hørte sammen. Måtte resutureres dagen etter og to måneder etter fødselen. Alle plagene og smertene som disse riftene medførte gjør at jeg er veldig spent på

hvordan det skal bli denne gangen. Tiden etter fødselen var verre enn selve fødselen og jeg kan ikke se for meg hvordan det skal bli denne gangen når jeg har to barn å ta vare på».

Å føde et ekstremt prematurt barn bød på ekstra utfordringer for foreldrene. Først hadde moren kanskje opplevd alvorlige komplikasjoner selv. Deretter innebar det å få et prematurt barn ofte et langt sykehusopphold, med opp- og nedturer i forhold til komplikasjoner som oppsto hos barnet.

«Fødte i uke 26 med vårt første barn. Hadde rier i et døgn, full åpning men barnet satt fast. Det endte med katastrofekeisersnitt. Tre måneder på sykehus. Mange komplikasjoner med barnet. Innlagt shunt som har gått tett flere ganger».

Kvinnene beskrev at god støtte fra de nærmeste var en verdifull faktor i en vanskelig situasjon.

«Født barn ekstremt prematurt i uke 26 med keisersnitt. Får god støtte av kjæreste og familie. Er redd for å måtte ta keisersnitt, og er redd for å føde for tidlig. En vaginal fødsel til termin står høyest på ønskelista».

Dersom mor hadde opplevd alvorlig komplikasjon med skade på seg selv, barnet eller begge, så førte det til bekymring for om dette ville gjenta seg ved forestående fødsel. De hadde allerede erfart at det kunne gå veldig galt.

«Redsel for å få svangerskapsforgiftning og morkakeløsning som i min 2. fødsel. Redd for at barnet skal dø og at jeg selv skal bli skadet eller dø».

«Angst for om barnet overlever fødselen uten å være syk».

Noen opplevde alvorlige komplikasjoner hos mor, og hvor foreldrene ikke nødvendigvis kunne reise hjem med et levende, friskt barn:

«Svangerskap med svangerskapskomplikasjoner: alvorlig preeklampsi med følgende hellp-syndrom som førte til at barnet måtte forløses i uke 24. Barnet døde under fødselen».

5.1.2 Feil behandling og manglende oppfølging

Kvinnene hvis beskrivelser er plassert under dette undertemaet, mente at fødselshjelpen de mottok var feil eller mangelfull. Som en konsekvens ble det stilt spørsmål ved fødselshjelpenes faglige kompetanse, med mistillit til helsepersonellet som resultat. Ikke alle følte seg nødvendigvis feilbehandlet, men mente de hadde fått mangelfull oppfølging før, under eller etter fødselen.

«Jeg har ikke en god opplevelse av forrige fødsel da det endte med akutt keisersnitt pga truende asfyxi. Jeg hadde svangerskapsforgiftning. Sykehuset gjorde flere feil, og barnet fikk en stor hjerneskade. Hun har CP. I etterkant har vi fått medhold mht pasientskadeerstatning».

«Pga svangerskapsforgiftning ble jeg satt i gang, ble overstimulert – 6 timer med rier nesten sammenhengende før hastekeisersnitt ble gjort. Dette pga lav hjerterefrekvens hos barn. Opplevde dette som svært dramatisk, barnet måtte gjenopplives. Er derfor svært spent, gruer meg til forestående fødsel».

Noen kvinner hadde opplevd flere kompliserte svangerskap og fødsler, hvor de mente det var gjort feil i behandlingen. Når enkelte i tillegg opplevde å miste barn flere ganger, så ble tilliten til helsevesenet dårlig. Mange av kvinnene følte ikke de ble tatt på alvor underveis, og de følte seg avvist i etterkant av hendelsen. Dette gjorde deres situasjon enda vanskeligere.

«Mitt første barn døde av polycystisk nyresykdom etter å ha levd 2 ½ time. Dette ble oppdaget ett døgn før. Mitt andre barn døde av asfyxiskader fem døgn etter vaginal fødsel. Dette skyldtes uterusruptur og jeg ble ikke behandlet som risikopasient og ingen prosedyrer eller rutiner var fulgt. Jordmor og lege lyttet ikke til meg og mine smerter under fødsel, og unnlot å vurdere hvorfor CTG var patologisk. Dette har gitt meg posttraumatisk stresslidelse i etterkant, da sykehuset har avvist oss og oversett oss i etterkant. Det er reist sak mot sykehuset. Har pga dette store problemer i dette svangerskapet og det er planlagt keisersnitt 3 uker før termin».

Enkelte ganger oppsto komplikasjoner brått og uventet. Disse ble håndtert adekvat i øyeblikket av det tilstedeværende personellet, og mange kvinner var umiddelbart lettet over å ha overlevd og at barnet overlevde. På lengre sikt var det flere som syntes at oppfølging i ettertid var fraværende eller mangelfull, og at dette kunne medvirke til at det ble vanskelig å planlegge en ny graviditet.

«Gjennom mitt første svangerskap var jeg frisk, opplagt og hadde masse energi helt til fødselen. Jeg fikk imidlertid HELLP-syndrom og ble akutt dårlig da vannet gikk. Det ble derfor en svært traumatisk opplevelse med mye smerter, uro, akutt keisersnitt, lang rekonvalesens fysisk og stor psykisk belastning i ettertid. Dessverre hadde ikke sykehuset oppfølging av «syke» barselkvinner, noe som medførte at det tok 1 ½ år før jeg kom i kontakt med noen jeg kunne gå i samtaler hos. Dette har preget meg i ettertid, gjort valget om et nytt barn vanskelig, og redsel for fødsel så stor at keisersnitt er planlagt. Jeg har byttet sykehus og fødested».

5.1.3 Fornøyd, tross alt

Noen kvinner skrev om traumatiske opplevelser i forbindelse med svangerskap og fødsel, som for eksempel at de mistet barnet sitt. De definerte derfor selve fødselsopplevelsen som overveiende negativ på grunn av den faktiske hendelsen. Til tross for dette uttrykte disse kvinnene at de følte seg godt ivaretatt i en vanskelig situasjon, og at de derfor skrev kommentaren slik de gjorde. God oppfølging i nåværende svangerskap så ut til å være en trygghetsskapende faktor for kvinnene, selv om de ikke helt turte tro at det skulle gå bra denne gangen heller.

«Min siste fødsel var et dødt barn som hadde vært dødt ca 10 dager da det ble født. Tror nå at jeg ikke ville innse det jeg kanskje visste en stund før vi kontaktet lege..... dette skjedde under en ferietur. Hjemreisen til det lokale sykehuset ble svært lang, men fikk bearbeidet en del av sjokket under hjemturen. Ble veldig godt mottatt på sykehuset og fikk god hjelp, slik at selve fødselen ikke ble en skrekkopplevelse. Før dette skjedde hadde jeg panikk for å føde igjen, skulle til gynekolog, tenkte egentlig keisersnitt. Har nå gått til kontroll på sykehuset annenhver uke siden uke 18, og det har hjulpet meg veldig, men føler meg ikke helt trygg før det hele er over. Det høres sikrest ut å ta keisersnitt, men føler på en måte at jeg vil prøve å føde igjen. Mulig at jeg får panikk på slutten, men tror ikke det. Kommer til å kreve god oppfølging/påpassing under og etter fødsel!»

«Dødfødsel i mars 2007, jeg var i uke 31. En helt forferdelig opplevelse og erfaring av livets virkelighet. Er takknemlig for at vi ble gravid på nytt, og for at dette har ført meg og samboer nærmere hverandre. Er SÅ UTROLIG REDD for at noe skal gå galt denne gangen også. (Er veldig fornøyd med oppfølging fra sykehuset). Føles som en evig bekymring, siden vi har opplevd at DET kan skje oss..... vi håper absolutt på det beste, men noe inni oss er forberedt på det verste. Gleden over nytt svangerskap blir i den forstand dempet. Bekymringene gjør oss slitne, men vi takler det så godt vi kan».

De kvinnene som hadde oppfattet helsepersonellet de var i kontakt med som kompetente og profesjonelle virket å ha stor tillit til sykehuset og helsepersonellet til tross for dramatiske opplevelser.

«Siste fødsel hadde jeg preeklampsi som kom i slutten av svangerskapet, og som endte med eklampsi. Selve fødselen ble en overveiende negativ opplevelse på grunn av omstendighetene, men personellet var utrolig profesjonelt i den sammenhengen og det endte bra med barn og mor etterpå. Med denne begrunnelse har jeg endog stor tillit til personellet og rutinene ved (nn) fødeavdeling. Jeg føler meg trygg nå, og har fått god oppfølging»

«Tidligere fødsel startet i uke 23. Tror det hele ble en negativ opplevelse da vi var veldig redde og usikre på hvordan det skulle gå. Positivt var den faglige kompetansen som ble vist i forhold til jenta vår»

5.2 Å ikke føle seg sett og hørt

Kvinnenes følelse av ikke å ha blitt sett og hørt hadde ulike dimensjoner og beskrivelser. Det er kvinnenes egne subjektive oppfatninger av hvordan situasjonen var som kommer fram i dataene, og kvinnene har lagt vekt på ulike faktorer. Dette hovedtemaet er derfor delt inn i tre undertemaer: «Følelse av hjelpeløshet og manglende medbestemmelse», «Overlatt til seg selv» og «Møte med jordmor».

5.2.1 Følelse av hjelpeløshet og manglende medbestemmelse

Kvinnene hadde ulike oppfatninger om hva det ville si å ikke bli sett og hørt. Dette kunne eksempelvis være at de ikke ble inkludert i avgjørelser, at det manglet forutsigbarhet eller at de følte seg hjelpeløse fordi de ikke ble tatt alvorlig.

«Synes svangerskap er problemfritt, fødsel litt verre. Ved første fødsel var jeg dårlig forberedt og syntes lite fungerte. Andre gang hadde jeg en rask og egentlig veldig enkel fødsel, men det ble en vond opplevelse da sykehuset var fullt og vi måtte reise til et annet sykehus og så vidt kom fram. Denne gangen har jeg plass på (jordmorstyrt fødeenhet) og vissheten om at jeg får komme dit så fort fødselen starter er nok det viktigste for meg og gjør at jeg ikke bekymrer meg. Vet at fødselen blir veldig vond, men har valgt bort kjemisk smertelindring mot vissheten om FORUTSIGBARHET OG MEDBESTEMMELSE.»

Mange kvinner følte seg uforberedt på hva som skulle skje. Dette kunne ha sin bakgrunn i at de ikke mente de hadde fått tilstrekkelig informasjon om prosedyrer eller inngrep som skulle gjøres, eller at inngrep ble utført underveis uten at kvinnen ble informert om hvordan og hvorfor. Flere syntes ikke at det ble lagt til rette for at ønsker kvinnene måtte ha i forbindelse med fødselen ble oppfylt.

«Jeg fikk satt inn progesteron i skjeden 2 ganger under forrige fødsel, som gjorde at jeg fikk svært smertefulle maserier som hadde svært dårlig progresjon i fødselsforløpet. Dette skjedde 24 timer før barnet kom. I mellomtiden fikk jeg epidural for at jeg skulle spare på kreftene, men pga bedøvelse i benet ble jeg forhindret fra å føde stående. Jeg hadde bekkenløsning og måtte ligge og føde, noe som resulterte i at bekkenet mitt ikke var som normalt igjen før over ett år etterpå. En fostervannshinne ble også revnet opp under fødselen, uten mitt samtykke eller at jeg i det hele tatt ble informert. Mannen min ble plassert bak et forheng uten å vite noe som helst. Han hørte bare plutselig noen smerteutrop. Dette var litt traumatisk for oss begge».

I mange tilfeller dreide det seg om at kvinnene ikke følte at de ble hørt eller forstått, med en følelse av maktesløshet som resultat. Hva skulle de ha gjort for å bli hørt?

«Har begge ganger følt meg dårlig ivaretatt, oversett og hjelpeløs. Har ikke blitt hørt når jeg har kommet med synspunkter eller konkrete saker. Fødte en sønn vaginalt på 5140 g, 53 cm som ingen trodde var over 4000 g uten meg selv. Ble totalt avvist da jeg mente han var stor. Er også denne gangen redd for følgene ved evt for stort barn. Har søkt om planlagt keisersnitt og avventer den avgjørelsen. Håper det i fremtiden kan bli lettere å bli hørt av fagpersoner»

En del kvinner hadde hatt samtaler med leger eller jordmødre før fødselen på grunn av ulike problemstillinger de ville ha en klarhet i på forhånd. Kvinnene oppfattet at de hadde en avtale om hvordan ting skulle gjøres, men opplevde at disse avtalene ikke ble fulgt. Mange følte seg da frustrerte og maktesløse overfor systemet når slike situasjoner oppsto.

«Jeg var i samtale på sykehuset før fødsel nr 2, fordi den første fødselen endte i keisersnitt etter mange timer. Ble lovet tidligere keisersnitt hvis det gikk i samme retning som første gang. Det ble ikke tatt hensyn til, alle måtte sette seg inn i situasjonen min, så timene gikk og jeg brukte enda lengre tid før det endte i akutt keisersnitt igjen».

Enkelte kvinner følte seg «lurt», når avtaler ikke ble overholdt. Det virket også forvirrende på mange at de fikk ulik og noen ganger motstridende informasjon fra mange forskjellige fagpersoner.

«Dette barnet er ikke planlagt, men ønsket. Alderen min gjør at jeg er engstelig for mye! Forrige fødsel var jeg innlagt en uke før termin, fødsel satt i gang en uke over. Mange forskjellige meninger fra diverse leger. Jeg følte meg frustrert og maktesløs. Var på forhånd engstelig pga sterk astma. Fikk drypp, var lovet epidural ved behov – dette skulle være forberedt, det var det ikke. Veer stoppet opp, til slutt ble barnet tatt med tang. Jeg revnet og ble klippet. Fødselsstuen ble trang med to leger, jordmor og barnepleier, så jeg sendte barnefar på gangen. Var ikke forberedt på en slik fødsel, på svangerskapskurs handlet det bare om fødsel i badekar eller på alle fire».

Flere kvinner påpekte at de fikk dårlig informasjon om barnet sitt dersom det var en situasjon som krevde at mor og barn måtte adskilles. Dette ble ytterligere forsterket dersom det var nødvendig å overflytte barnet til annet sykehus, fordi det da ofte tok lengre tid før mor kunne få ha kontakt med barnet. Informasjonsflyten ble også vanskeliggjort når mor og barn befant seg på hvert sitt sykehus.

«Dårlig oppfølging underveis i fødselen samt i etterkant. Opplevde å bli skilt fra barnet i nesten et døgn, da barnet ble fraktet til (neonatalavdeling) et annet sykehus. DÅRLIG informasjon underveis».

5.2.2 Overlatt til seg selv

Kvinnene beskrev det å bli overlatt til seg selv på ulike måter. Det kunne dreie seg om manglende støtte fra partner eller manglende tilstedeværelse og støtte fra jordmor. Kommentarene beskrev også situasjoner som kunne oppfattes som misforståelser eller misoppfatninger mellom kvinnen og fødselshjelperen og som førte til at kvinnene hadde en følelse av å måtte klare seg selv.

«I hvilken grad samboer engasjerer seg, interesserer seg i graviditeten eller svangerskapet. Føles som en greie du går alene med i ni måneder uten at samboer spør, leser, snakker og eller er nysgjerrig. Så skal han liksom være en støttespiller under fødselen, uten å ha vært der ellers i svangerskapet. Litt sent å liksom skulle bry seg veldig da! Føler jeg heller kan klare det på egen hånd»

Kvinner som ble sendt hjem fra fødeavdelingen fordi de angivelig ikke var i fødsel følte seg avvist av helsepersonellet. De syntes ikke de ble trodd når de uttrykte at de hadde vondt, og at de ikke fikk relevant hjelp og støtte.

«Følte meg veldig dårlig behandlet og ikke trodd ved min forrige (nr 2) fødsel. Veer startet kl 09, sykehuset ca kl 14 for sjekk. Reiste hjem, kom inn igjen på sykehuset ca kl 21 med 3

minutter mellom veene, forferdelig vondt! Sendt hjem mot min vilje med innsovningstablett. Var veldig fortvilet, men fikk beskjed at det var maserier. Sa jeg ikke kunne vurdere når e skal reise inn igjen hvis det skal bli tettere rier eller vondere!! Ga meg en Pinex så e skulle klare å komme meg ned i bilen. Gråt og var veldig fortvilet. Kom hjem, tok innsovningstabletten (som jeg fikk beskjed om). Så gikk vannet, pressveer. Ambulanse kom uten jordmor/lege. Endte med hjemmefødsel. Blødde over 10 dl ved første fødsel, men ble likevel sendt hjem. Gutten som jeg fødte hjemme hadde navlestrengen x 3 rundt hodet, blå. FY SKAM!!!!»

Kvinnen i sitatet under hadde et ønske om å føde på en vanlig fødeavdeling hvor hun kunne få medikamentell smertelindring, og ikke på en jordmorstyrt enhet hvor dette ikke var en mulighet. Hun ble overlatt mye til seg selv, og fødselen ble dermed ikke i samsvar med hennes ønske.

«Fødte mitt første barn på (jordmorstyrt enhet på sykehus) og ønsket IKKE å være der. Var mye alene på fødestuen da jordmoren hadde ting å gjøre andre steder. Følte meg lurt fordi jeg ble lovet å bli flyttet til føden (den normale hvor man får bedøvelse). Satt alene i badekar en periode, da jordmoren var ute og følget mitt spiste kveldsmat. Synes det var uansvarlig».

Flere kvinner oppfattet at personalet ikke ga dem nødvendig eller tilstrekkelig informasjon om deres eller barnets situasjon. De følte ofte at de ble overlatt til seg selv med tanker og bekymringer og dette ble oppfattet som lite tillitvekkende.

«Følte meg overlatt til meg selv etter keisersnittet. Følte at blødningene mine ble hemmeligholdt. Fikk ikke se datteren min på 9,5 timer etter keisersnittet uten at noen forklarte meg hvorfor. Har slitt mye med tilliten etterpå (tilliten til helsevesenet)»

5.2.3 Møte med jordmor

Temaet har fått navnet «møte med jordmor» fordi det i de fleste tilfeller er jordmoren man først møter når man kommer inn til fødeavdelingen for å føde. Det er imidlertid ikke bare jordmødre det handler om her, men også annet personell som leger og barnepleiere. Kommentarene viser at kvinnene oppfattet det å ha «god kjemi» med jordmor som viktig for fødselsopplevelsen deres, samt at det var viktig å føle seg behandlet med respekt og høflighet.

«Barnepleier kommenterte at jeg uttrykte smerte ved å si at «man har de tre første månedene av svangerskapet til å ta abort på» og at «det gjør vondt å føde». Jordmor sydde

meg enda jeg uttrykte at det var vondt. Var bedøvd, men fikk ikke tilbud om lystgass eller spray. Opplevde også andre lite hyggelige bemerkninger i forhold til at jeg ikke var i form til å dusje og første urineringen etter fødsel. Følte meg dessuten veldig overlatt til meg selv etter fødsel (var på barselhotell), og er urolig for hvordan dette blir når mannen må være hjemme med ettåringen vår...»

«Klarte ikke å slutte å røyke, dette ble til regelrett mobbing av ei jordmor og flere barselpleiere..... som alenemor får ein lite hjelp de tre dagane hun ligger på barsel. Gruer meg sykt til fødselen! Har vurdert å føde hjemme.»

Mange kvinner beskrev at de hadde blitt utsatt for ufine eller upassende kommentarer fra helsepersonellet de var i kontakt med. Det bidro til deres negative opplevelse av fødselen. Videre bidro slike kommentarer eller annen upassende væremåte til at kvinnene ikke syntes de ble behandlet med respekt og verdighet i en for dem sårbar situasjon.

«At jordmor kunne tatt hensyn til brev jeg hadde skrevet i forhold til å opplyse om tidligere seksuelle overgrep, at hun kunne tatt seg tid til å være mer til stede under fødselen. Virket som et par av jordmødrene ble redd av å få vite at det kunne bli vanskelig psykisk, en av dem ble da sint flere ganger under fødsel når jeg lagde au-lyder – sa at om jeg ikke tidde stille ville hun sende meg hjem, en annen var knapt til stede. Veldig positivt med hun som hoppet opp i sengen min, sa dette greier du osv, tilstedeværelse. Kunne ønske noen tok seg tid til en eller flere ordentlige prater etter fødsel.... en debriefing»

«Rask fødsel med mye smerter på en gang over kort tid. Lite hyggelig jordmor, med tre veldig uerfarne studenter til stede. Avklarte ikke med meg at det var greit å ha så mange «tilskuere» til stede»

«Var til samtaler under forrige graviditet pga redsel for fødsel (spesielt samtaletilbud til kvinner med fødselsangst). Opplyst i pasientjournal. Fødselsjordmor håndterte opplysningene dårlig»

«Ved forrige fødsel følte jeg at jeg fikk lite informasjon, og at jordmor forlot oss og ikke var engasjert. Følte meg dårlig ivaretatt»

«Overveldet av ammepress i barseltiden, trakassering på barsel, fødselsdepresjon ignorert og bagatellisert av helsepersonell på barsel»

Kvinnen som har skrevet kommentaren under oppsummerer faktorer som de fleste kvinnene opplevde som viktige i forhold til hva slags forventninger de hadde til jordmor.

«Hvordan jordmor møter og behandler den fødende er svært viktig, det har mye å si for hvordan opplevelsen av fødselen blir. Viktig at den fødende blir møtt på en ordentlig måte, forstått og respektert. En jordmor skal være en støttespiller for den fødende»

5.3 Opplevelse av smerte og tap av kontroll

De aller fleste kvinnene hadde noen forestillinger om sin forestående fødsel. Det kunne være egne forestillinger eller forestillinger skapt av andre. For noen kvinner var selve fødselen kun forbundet med smerte.

Undertemaene her er: «*Forestillinger om fødsel*» og «*Vondt, vondt, vondt*»

5.3.1 Forestillinger om fødsel

Kvinnenes forestillinger og tanker om fødsel var ikke alltid i samsvar med hva den enkelte faktisk opplevde. Noen syntes de hadde fått feilaktig eller mangelfull informasjon om konkrete saker på forhånd. Andre hadde skapt seg forestillinger basert på andres formeninger om hvordan fødselen skulle bli.

«Fikk ingen informasjon om at epidural kan ødelegge pressrier. Tror man må informere bedre om dette, kanskje man i større grad blir spart for tang og vakum?»

«Jeg fikk hele mitt forrige svangerskap høre: du med slik fødekropp, dette kommer til å bli lett. Jeg fikk snudd barnet ei uke før termin – fra seteleie. Heldigvis!! Fordi jeg ikke har en fødekropp!! Hvorfor sier de slik?!!! Dette kan man jo aldri vite. Jeg hadde en svært tøff fødsel. Selv om jeg liksom hadde fødekropp og hadde vært i god form. Selve fødselen ble en skrekkopplevelse – både for meg og min samboer»

Mangelfull eller dårlig informasjon kunne medføre at kvinnenes tanker om og forventninger til hvordan fødselen skulle arte seg ikke ble møtt. Kvinnen som skrev sitatet under sier hun ikke følte seg forberedt på det som skulle komme, noe som kan skyldes mangelfull informasjon om fødselsinduksjon.

«Mitt første svangerskap ble avsluttet med tidlig vannavgang og begynnende rier. Riene roet seg, og fødselen var likevel ikke i gang. Etter å ha ligget i to døgn uten at noe særlig skjedde, ble jeg satt i gang med drypp. Da fikk jeg en «pang-start», noe som jeg opplevde som særdeles smertefullt. Jeg fikk totalt panikk, og var absolutt ikke forberedt. Dette ga meg en negativ fødselsopplevelse, som gjør at jeg er redd for å føde denne gangen»

5.3.2 Vondt, vondt, vondt

Noen kvinner beskrev at deres negative fødselsopplevelse mest var forbundet med smerte. Videre at det å føde ble oppfattet som en slitsom oppgave.

«Vil få utdype at følelsen av å ha fått et friskt barn er udelt positiv, når fødselen i seg selv først var over. Vondt, vondt, vondt!!!»

«Negative opplevelser under fødsel er stort sett koblet opp mot smerter og det at det er så utrolig slitsomt, ikke redsel. Når fødselen er overstått, tenker jeg meg det som stort sett positivt»

Smerte ble også satt i sammenheng med at fødselen var intens og hvor kvinnen ikke følte å ha kontroll over situasjonen.

«Hadde rask fødsel, 4 timer, smertefullt og følte ukontrollerbart»

Noen kvinner oppga langvarige fødselsforløp som utmattende og dermed svært smertefulle. Dette var fremtredende dersom kvinnen hadde en grunnsykdom som i seg selv medførte at hun generelt ble fortere utmattet enn friske kvinner.

«Jeg har MS og hovedproblemet er FATIGUE. Fødselen tok ca 30 timer, med mye maserier. Jeg ble helt utslitt og klarte ikke stå på bena de siste 10 timene.... Jeg brukte ikke epidural av redsel for å oppleve lammelser i bena. Fikk minimalt med smertestillende. Jeg klarte ikke glede meg over barnet de første 10 timene og var helt apatisk av utmattelse.... Jeg mener at fødselen burde vært satt i gang mye tidligere og fått smertestillende medisiner (ikke bare lystgass som jeg ble kvalm av), så kroppen kunne restituere seg raskere»

En del kvinner hadde synspunkter på at jordmødre i liten grad tilbød de fødende smertelindring under fødsel. Flere hadde en formening om at dette hadde sammenheng med at jordmødre kun var opptatt av naturlige fødsler og at de derfor var tilbakeholdne med medikamentell smertelindring.

«Ble ikke tilbudt noen form for smertestillende under forrige fødsel. Dette gjorde fødselen til en veldig negativ opplevelse. Jordmødrene burde være flinkere til å tilby smertestillende for å ikke gjøre fødselen til en traumatisk opplevelse»

6. DISKUSJON

6.1 Resultatdrøfting

Funnene i denne studien knytter seg til kvinners egne beskrivelser av hva de mener bidro til at de hadde en negativ fødselsopplevelse. Beskrivelsene er hentet fra fritekstkommentarer i et større spørreskjema, som omtalt under kapittel 4.2. I funnene trer det fram tre hovedtemaer:

- 1) Komplikasjoner hos mor, barn eller begge
- 2) Å ikke føle seg sett eller hørt
- 3) Opplevelse av smerte og tap av kontroll

Majoriteten av respondentene hadde beskrivelser som ligger under tema 1 og 2, med omtrent like mange under hvert tema. En minoritet av beskrivelsene handlet om smerte og tap av kontroll alene. Den videre resultatdrøftingen vil knyttes opp mot de tre hovedtemaene og undertemaene i funnene.

6.1.1 Komplikasjoner

6.1.1.1 Feil behandling og manglende oppfølging

Funnene knyttet til komplikasjoner handlet i stor grad om at kvinnene opplevde at de enten fikk feil behandling eller manglende oppfølging før, under eller etter fødsel. Mange av kvinnene hadde beskrevet at de hadde opplevd alvorlige komplikasjoner som å miste et barn, få et skadet barn eller selv var blitt skadet i forbindelse med fødsel.

Det fremkommer av kvinnenenes egne beskrivelser i min studie at de hadde alvorlige obstetriske tilstander ved fødselstidspunktet, og mange av dem ville falle inn i kategorien høyrisikogravide. Deres negative fødselsopplevelser ble forsterket ved at de etter egen oppfatning ikke hadde fått adekvat oppfølging før, under eller etter fødselen. Mange gravide har i utgangspunktet den største tillit til ekspertkunnskap og medisinsk-teknologiske metoder. For disse er medisinsk og teknologisk kontroll ensbetydende med sikkerhet og beskyttelse mot risiko (Berg 2005, Kringeland & Møller 2006, Wagner 2001). Profesjonelle kan sies å bygge opp under denne antagelsen, da det gis inntrykk av at bare man overvåker og kontrollerer nok, så kan sykelighet og dødelighet forebygges og unngås (Downe & McCourt 2008). Når kvinnene i min studie tvert imot opplevde at komplikasjoner rammet dem til dels hardt, så mistet de i stor grad tilliten til det systemet som skulle beskytte dem mot disse.

Det beskrives i flere studier (Baston et al 2008, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010) at kvinner som har hatt en tidligere traumatisk fødsel, kan gi en følelse av skuffelse over egen manglende evne til å føde, samt sinne, sorg og frykt. Videre finner man i de samme studiene at kvinnene under den traumatiske fødselen ikke hadde følelse av å være til stede, at de ikke forsto hvorfor inngrep ble gjort og dermed ikke følte seg medansvarlige eller til stede i sin egen fødsel. Kvinnene i min studie ga uttrykk for mye sinne, sorg og frykt i det de hadde skrevet. Noen ga også uttrykk for en følelse av ikke å ha vært helt til stede. Tolkningen av beskrivelsene gjør at man får et inntrykk av at disse følelsene først og fremst syntes rettet mot de som bisto dem under fødselen, og som kvinnene mente måtte lastes for det som skjedde. Selve hendelsen kan ikke omgjøres for disse kvinnene, men dersom de hadde fått en gjennomgang og forklaring av fødselsforløpet i ettertid, kunne muligens følelsen av å ha fått satt det hele i perspektiv gjort det mer forståelig. Flere kvinner i min studie etterlyste oppfølging etter en vanskelig og negativ fødsel. Mange av kvinnene hadde en følelse av å bli oversett og følte seg dermed dårlig ivaretatt. Et antall studier antyder at det er et stort forbedringspotensial i forhold til oppfølging etter en traumatisk fødsel med den hensikt å redusere de psykiske skadevirkningene som kan oppstå i ettertid (Ayers, Eagle & Waring 2006, Thomson & Downe 2010, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006).

Det er ingen tvil om at kvinnene i min studie hadde vært utsatt for alvorlige hendelser som kunne være vanskelig å forstå, akseptere og håndtere for den enkelte. Dersom man skulle se dette i et salutogent perspektiv, kan det tenkes at kvinnene som mente de hadde fått feil behandling og manglende oppfølging kan ha fått en lavere SOC (beskrevet i kapittel 2.1) forårsaket av hendelser i forbindelse med fødsel. Noen av de utfordringene mennesker blir stilt overfor gjennom livet er ubegripelige og lite meningsfulle, men til tross for det så tvinges man til å håndtere dem på en mer eller mindre hensiktsmessig måte. Det kan være vanskelig å se noe meningsfullt og begripelig i det å bli utsatt for alvorlige komplikasjoner i forbindelse med det som skulle være en gledelig begivenhet, altså å få barn. Håndterbarheten blir også utfordret dersom kvinnen ikke forstår hvordan hun skal klare å mestre situasjonen, og at de som skulle hjelpe henne, helsepersonellet, synes å ha sviktet. Enkelte har tilstrekkelige ressurser til å mestre store påkjenninger som de ble utsatt for i forbindelse med fødsel, mens andre ikke er i besittelse av de samme ressursene.

En økende andel gravide defineres i dag som høyrisikogravide. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved om den økende andelen risikogravide kun skyldes en virkelig økning, eller om det også til en viss grad skyldes at flere tilstander ses på som risikofylte (Berg 2005). Selv om jordmødre først og fremst har et selvstendig ansvar for kvinner med normale svangerskap og fødsler, så er de også viktige fagpersoner i omsorgen for kvinner med høy risiko. Dette i samarbeid med andre fagpersoner, først og fremst fødselsleger. Jordmødre som arbeider med kvinner som er under risiko for komplikasjoner forsøker ifølge Berg (2005) og Lundgren & Berg (2007) å balansere det naturlige og det medisinske perspektivet. En risikoutsatt kvinne som har tillit til og tro på helsepersonellet, kan lettere

delegere til dem å gjøre nødvendige inngrep og allikevel ha en følelse av kontroll og innflytelse over situasjonen (Berg 2005, Lundgren & Berg 2007). Et tillitsfullt forhold mellom kvinne og jordmor vil kunne ha den virkningen at kvinnens SOC øker. Kvinnene i min studie som mente de hadde fått feil eller mangelfull oppfølging har ifølge sine beskrivelser ikke opplevd et tillitsfull forhold til sine omsorgsgivere og har heller ikke følt seg inkludert.

6.1.1.2 Komplikasjon(e)

Mange kvinner i min studie beskrev at selve komplikasjon(e) var årsaken til deres negative fødselsopplevelse. De lastet ikke noen spesielt for det som skjedde, men beskrev at de hadde bekymringer og engstelse rundt neste fødsel. En norsk studie (Størksen et al 2013) har undersøkt hvordan tidligere fødselsopplevelse har innvirkning på angst for fødsel (sekundær fødselsangst). De fant at en subjektiv helhetsopplevelse av fødselen som negativ, var sterkere assosiert med angst for neste fødsel enn obstetriske komplikasjoner. Obstetriske komplikasjoner var årsak til fødselsangst avhengig av antallet komplikasjoner kvinnene hadde erfart, jo flere komplikasjoner jo større risiko for å utvikle fødselsangst. Allikevel var kvinnes negative opplevelse av fødselen som helhet den mest utslagsgivende faktoren. De fant at majoriteten av kvinner (80%) som hadde opplevd komplikasjoner i fødsel ikke hadde en negativ opplevelse av fødsel og heller ikke hadde utviklet fødselsangst. Dette var en kohortundersøkelse, og sa dermed ikke noe om hva kvinnene la i en negativ fødselsopplevelse (Størksen et al 2013). Det kan tenkes at de kvinnene som hadde opplevd komplikasjoner men ikke hadde en negativ fødselsopplevelse opplevde et godt forhold til omsorgsgiverne, preget av tillit og god informasjon underveis i forløpet, som beskrevet av flere (Berg 2005, Lundgren & Berg 2007, Parrat & Fahy 2003), som er viktige faktorer for at kvinner skal føle seg godt ivaretatt. Det kan også tenkes at disse kvinnene generelt hadde en høy SOC og tilstrekkelige ressurser for å mestre utfordringene de ble stilt overfor.

6.1.1.3 Fornøyd, tross alt

Noen kvinner i min studie hadde opplevd alvorlige komplikasjoner men var allikevel fornøyd med den faglige og menneskelige omsorgen de hadde fått underveis i fødselsforløpet. De hadde vurdert fødselsopplevelsen som sådan som negativ på grunn av faktiske negative hendelser. Disse kvinnene hadde stor tillit til helsepersonellet som var involvert, både i forhold til faglig kompetanse og på det omsorgsmessige planet. I disse tilfellene må man gå ut fra at kvinnene har fått forklaring på og gjennomgang av fødselsforløp slik at de har forstått hva som faktisk skjedde. Videre beskriver disse kvinnene at de har fått god oppfølging i ettertid, samt også i påfølgende svangerskap. Det kan videre tenkes at disse kvinnene hadde en høy SOC som gjorde at de til tross for en traumatisk og kaotisk fødselsopplevelse klarte å takle denne. En av komponentene i SOC,

håndterbarhet, innebærer individets egne ressurser til å møte krav, men også at de vet hvor de kan få hjelp. Kvinnene i min studie beskriver at de hadde fått hjelp i form av støtte fra sine nærmeste, men også fra helsepersonell. Flere studier påpeker at det å føle seg godt ivaretatt uavhengig av om fødselen er komplisert eller normal er viktig for at kvinnens opplevelse av fødselen skal bli så positiv som mulig (Hauck et al 2007, Lundgren 2005, Lundgren & Dahlberg 2002, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010).

6.1.2 Å ikke føle seg sett og hørt

Kvinnene som hadde en oppfattelse av ikke å ha blitt sett eller hørt beskrev at dette kunne dreie seg om manglende medbestemmelse, bli overlatt til seg selv, ikke bli tatt alvorlig eller et lite hyggelig møte med jordmor. Dette kunne føre til at kvinnene følte seg hjelpeløse og maktesløse overfor helsepersonellet de var i kontakt med og «systemet». Det ble beskrevet at de følte seg overkjørt og ikke ble tatt på alvor i forhold til bekymringer de måtte ha fremmet. Beskrivelsene som faller inn under dette temaet viser at noen av kvinnene også her hadde opplevd komplikasjoner, men ikke av så alvorlig karakter som under temaet komplikasjoner. I beskrivelsene lå dessuten hovedfokus på at kvinnene ikke syntes de var blitt sett, hørt eller inkludert, mer enn på eventuelle komplikasjoner.

6.1.2.1 Følelse av hjelpeløshet og manglende medbestemmelse

Kvinner i fødsel er i en sårbar situasjon og er prisgitt systemet, det vil si fødselsomsorgen. Et eksempel på dette er kvinnen som i kapittel 5.2.1 beskriver at hun ble sendt videre til en annen fødeavdeling fordi det var fullt der hun opprinnelig hadde plass. Hun rakk bare så vidt fram, kvinnen opplevde situasjonen som en stressfaktor som ga henne en negativ fødselsopplevelse på grunn av manglende forutsigbarhet og medbestemmelse. I en slik situasjon blir jordmoren systemets ansikt utad og blir den personen som oppfattes negativt av brukere av tjenesten. Jordmødrene kan i så måte bli ofre for systemet. Stadig økende arbeidsmengde og knappe ressurser gjør at det blir vanskeligere å skape et nært forhold til hver enkelt kvinne. Mangel på tid til hver enkelt fødende går ut over kvaliteten på omsorgen og muligheten for å være tilstedeværende blir redusert. Man risikerer at de fødende i større grad blir «problemer» som må håndteres, enn kvinner som bør behandles ut fra at de har individuelle behov (Downe & McCourt 2008, Lundgren & Dahlberg 2002).

Kvinnene i min studie beskriver at de følte seg hjelpeløse og maktesløse når de ikke ble hørt. Dette kan ses som manglende empowerment og umyndiggjørelse. Ønsker de måtte ha hatt i forbindelse med fødsel ble ikke tatt hensyn til og de fikk heller ikke tilstrekkelig informasjon. Flere studier påpeker at de nevnte elementene synes viktige for at kvinner skal

oppleve fødselen som positiv (Lundgren & Dahlberg 2002, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Waldenström et al 2004).

I en studie (Leap et al 2010) beskrev kvinner at de opplevde fødsel som en vanskelig men «empowering» (styrkende) erfaring som gjorde at de hadde en følelse av virkelig å ha oppnådd noe. Kvinnene i Leap et al's (2010) studie la i sine svar vekt på at gjennom hele svangerskapet og under fødselen hadde jordmødrene uttrykt stor tiltro til kvinnenes evner til å kunne føde. I kontrast til det som er beskrevet ovenfor, kan en negativ fødselsopplevelse ses som utmattende og noen ganger som en skuffelse over at man ikke maktet å «prestere» (Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010). Dette kan i noen grad settes i sammenheng med manglende kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Med dette menes at kvinner ofte ikke forberedes og settes i stand til å mestre eller ta ansvar for egen fødsel. Manglende eller dårlig forberedelse kan betraktes som manglende empowerment av kvinnene. Videre kan det tenkes at kvinnene ikke har fått tilstrekkelig støtte og bekreftelse fra fødselshjelperne underveis i fødsel, det være seg støtte til å gjennomføre en naturlig fødsel eller støtte i form av behov for smertelindring eller andre nødvendige inngrep (Downe & McCourt 2008). I beskrivelsene i min studie finnes flere elementer som bekrefter dette.

Videre beskrev flere kvinner i min studie at deres maktesløshet også kunne knytte seg til at avtaler som var gjort med helsepersonell på forhånd, ikke ble overholdt. Dette ble oppfattet som et tillitsbrudd av kvinnene og kan ses som et uttrykk for manglende kontinuitet innad i systemet. Manglende informasjon underveis i fødselsforløpet ble også beskrevet av mange. Inngrep ble utført uten at kvinnen hadde forstått hvorfor eller hvordan det skulle utføres. Kvinnene ble ikke inkludert eller oppfordret til å være delaktige. Dette kan forstås i lys av den biomedisinske organiseringen av fødselsomsorgen, med en økende mengde inngrep i potensielt normale fødsler, samt den økte aksepten for inngrep (Kringeland & Møller 2006, Wagner 2001, Walsh, El-Nemer & Downe 2008).

6.1.2.2 Overlatt til seg selv

Å bli overlatt til seg selv kunne dreie seg om manglende støtte fra partner, eller manglende tilstedeværelse eller engasjement fra jordmors side. Kvinner som har et dårlig forhold til partner, eller ingen partner i det hele tatt har ikke mulighet til å dra nytte av den støtten en partner kan gi under fødselen. Personer med en høy SOC lever oftest i en sammenheng hvor de har tilstrekkelig med sosial støtte. Partneren er en viktig del av denne sosiale sammenhengen. Det er sannsynlig å anta at kvinner som lever i et vanskelig parforhold eller på annen måte mangler sosial støtte vil ha en lavere SOC og dermed vil være dårligere rustet til å mestre utfordringene i fødsel. Disse kvinnene vil ha et ekstra stort behov for den støtten de kan få fra jordmoren. I denne sammenhengen vil det være viktig at jordmor er

lydhør, ser hva kvinnen har behov for og tilpasser omsorgen etter behovene (Downe & McCourt 2008, Lundgren & Dahlberg 2002).

Følelsen av å være overlatt til seg selv gjorde mange kvinner i min studie engstelige og skuffet fordi de hadde sett for seg at de skulle møte nærvær og støtte fra helsepersonellet. Flere tidligere studier (Baston et al 2008, Hauck et al 2007, Hodnett et al 2013, Hodnett 2002) viser at støtte fra jordmor under fødsel er en av de viktigste faktorene for å oppnå en positiv og god fødselsopplevelse. Manglende bekreftelse kan føre til stressfølelse, usikkerhet og redsel, skuffelse, dårligere mestring av smerte og en følelse av å ha feilet. Dersom den fødende skal kunne få bekreftelse og støtte underveis i fødselsforløpet forutsetter det en tilstedeværende jordmor (Berg 2005, Lundgren & Berg 2007).

6.1.2.3 Møte med jordmor

I min studie kunne møtet med jordmor gjøre fødselsopplevelsen til en negativ erfaring. Dette kunne dreie seg om upassende kommentarer og generelt en behandling som kvinnene fant nedverdiggende og lite respektfull. En stor andel av kvinnene beskrev også jordmødre eller annet personell som hadde vært til stede, men som ikke hadde gitt dem den støtten og mentale tilstedeværelsen de hadde behov for. Tilstedeværelse kan være fysisk tilstedeværelse, men verdien av denne er liten dersom jordmoren er mer opptatt av praktiske og tekniske oppgaver eller generelt virker lite engasjert i kvinnen. Dette kommer godt fram i mitt materiale og støttes også av andre studier (Hodnett 2002, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010, Thomson & Downe 2012, Wilde-Larsson et al 2011).

Overgrep eller mishandling forekommer også innenfor helsevesenet. Det finnes ingen omforent definisjon av hva dette inneholder, men det antydes at det er hensiktsmessig å fokusere på følgende: Forsømmelse, verbale, fysiske og seksuelle overgrep (d'Oliveira, Diniz & Schraiber 2002). Innenfor fødselsomsorgen i de nordiske landene kan man tenke seg at de vanligst forekommende overgrep er forsømmelse og verbal mishandling. Eksempler på forsømmelse kan være å ignorere kvinnens behov, at kvinner ikke får nødvendig støtte og oppmerksomhet. Verbale overgrep kan være at helsepersonellet er uhøflige, bryske og usympatiske, eller verbal mobbing i form av upassende kommentarer (d'Oliveira, Diniz & Schraiber 2002). I en kvalitativ dansk studie (Schroll, Kjærgaard & Midtgaard 2013) fant forskerne at kvinner mente overgrepene oftest skjedde utilsiktet.

I min studie beskriver mange kvinner at de har vært utsatt for det som må kunne kalles verbal mobbing. Det er vanskelig å vite om disse kommentarene fra helsepersonellets side er uttalt med overlegg eller ikke. Videre kan det i min studie gjenkjennes aspekter av det som kan kalles overgrep, i at en del kvinner beskrev situasjoner hvor de følte seg ignorert, at deres behov for støtte ikke ble imøtekommet og at de ikke ble sett og hørt som individer.

Dette kunne for eksempel dreie seg om at ønskebrev ble ignorert eller at kvinnen ikke ble forespurt om det var greit å ha studenter til stede ved fødselen. Man må gå ut fra at helsepersonellet som var involvert sannsynligvis ikke hadde noen intensjon om å «skade» kvinnene. Til tross for det uttrykker disse situasjonene at makten mellom den fødende og helsepersonellet i mange tilfeller er skjevt fordelt, og det bidrar ikke til at kvinnen føler seg empowered. Flere studier uttrykker bekymring i forhold til at fødselshjelpenes adferd og holdninger er blitt beskrevet av fødekvinne som lite tillitvekkende og omsorgsfull (Baston et al 2008, Saisto, Ylikorkala & Halmesmäki 1999, Thomson & Downe 2010).

6.1.3 Smerte og tap av kontroll

Opplevelse av smerte og tap av kontroll var i min studie beskrevet som en overveldende og ukontrollerbar smerteopplevelse. Dette kunne for noen være kombinert med at det hadde vært et langvarig og utmattende fødselsforløp. Andre hadde beskrivelser om situasjoner som fortalte at de ikke var forberedt på det de ville møte i fødsel.

6.1.3.1 Vondt, vondt, vondt

I min studie har noen kvinner beskrevet at selve smerteopplevelsen var den faktoren som gjorde fødselen til en negativ erfaring. Noen nevnte også at å føde var slitsomt og intenst sammen med smertefullt. Det er vanskelig å sikkert vite hva som ligger til grunn for disse beskrivelsene annet enn det som faktisk står beskrevet. Det kan også være at disse kvinnene ikke hadde noe spesifikt ønske om en naturlig fødsel uten medikamentell smertelindring. Dette kan ha sin bakgrunn i den økende aksepten for inngrep og oppfatningen om at fødsel er en medisinsk begivenhet som kan og bør behandles (Kringeland & Møller 2006, Wagner 2001, Walsh, El-Nemer & Downe 2008). Videre kan det ha hatt sammenheng med at de følte et tap av kontroll, fikk manglende bekreftelse fra jordmor og at dette gjorde mestringsprosessen av smerte vanskeligere.

Flere forfattere beskriver at opplevelse av smerte og følelsen av å miste kontroll er nært knyttet sammen (Lundgren & Berg 2007, Nilsson, Bondas & Lundgren 2010, Thomson & Downe 2010). De hevder at dersom kvinnen føler seg dårlig ivaretatt, får lite bekreftelse, er redd eller føler seg overlatt til seg selv, så vil kvinnen føle at hun mister kontrollen over seg selv og fødselssituasjonen. Dersom den fødende blir engstelig og redd vil nivået av stresshormoner øke. Disse virker hemmende på de hormonene som fremmer fødselsarbeidet (Hodnett et al 2013).

Beskrivelsene i min studie som omhandlet smerte som hovedårsak til en negativ fødselsopplevelse var få. Det kom heller ikke fram om disse kvinnene hadde hatt god eller mindre god hjelp fra jordmødre eller andre. Imidlertid kan det tenkes at de ikke hadde fått

tilstrekkelig støtte og bekreftelse av sine fødselshjelpere. Effekten av kontinuerlig støtte i fødselen som viktig for en positiv opplevelse synes å være godt dokumentert (Hodnett et al 2013, Lundgren & Berg 2007, Thomson & Downe 2010,). Kontinuerlig støtte i fødselsforløpet fører til flere spontane fødsler, mindre bruk av medikamentell smertelindring, færre utilfredse kvinner, kortere fødsler, færre operative forløsninger og færre barn med lav Apgar score (Hodnett et al 2013).

En kvinne i min studie mente at jordmødre generelt var tilbakeholdne med å tilby medikamentell smertelindring. Det kan være at flere av kvinnene hadde dette synet uten at det ble klart kommunisert i kommentaren deres. Det må kunne sies å være godt dokumentert både gjennom kvalitative og kvantitative studier at smerte alene ikke er det som i størst grad synes å bidra til negative fødselsopplevelser (Hauck et al 2007, Hodnett 2002, Hodnett et al 2013, Leap et al 2010, Thomson & Downe 2010, Waldenström, Rudman & Hildingsson 2006). Ut fra dette kan det være på sin plass å stille spørsmål ved om det kan ha vært andre faktorer som var utslagsgivende for at kvinnene i min studie karakteriserte sin fødsel som en negativ erfaring, enn smerte. Kvinnene i min studie kan tenkes å ha overskredet sine grenser for hva de kunne mestre av smerte, men at dette ikke ble sett av jordmor og at kvinnen dermed ikke fikk den hjelpen hun hadde behov for. I enkelte faser av fødselen blir mange kvinner svært innadvendte, og har ikke alltid lett for å kommunisere sine behov. Det kan derfor være vanskelig for jordmor til enhver tid å tolke kvinnen riktig (Lundgren 2005, Lundgren & Dahlberg 2002).

6.1.3.2 Forestillinger om fødsel

Kvinnene i min studie som ikke fikk den fødselen de hadde forestilt seg beskriver at mangel på relevant informasjon og forberedelse kunne være årsaker til dette. Forventninger til fødsel og fødselsforberedelse kan innebære ulike coping- eller mestringsstrategier for ulike kvinner (Hauck et al 2007, Lundgren 2005, Thomson & Downe 2010). Kvinners forberedelser kan tenkes gjort ut fra tre ulike typer strategier: 1) En aktiv strategi hvor kvinnen leser og skaffer seg mest mulig informasjon, inkludert gjennom samtale med omsorgsgiver. 2) En mellomting mellom aktiv og følelsesmessig strategi som innebærer å selektere ut den informasjonen som ikke passer med kvinnens forestillinger og forventninger. 3) En følelsesbasert strategi som kan innebære å aktivt unngå informasjon, med tanker om at dette må man bare gå gjennom eller at helsepersonellet tar ansvar for fødselen. Uansett valg av strategi, så kan noen kvinner ha urealistiske forventninger til fødselen. Da kunne det ha vært av betydning at kvinnene hadde hatt en kontinuitet med omsorgsgiver gjennom svangerskapet og at omsorgen var individuelt tilpasset den enkelte kvinne slik at hun kunne være rustet til fødselen med realistiske forventninger (Hauck et al 2007, Saisto, Ylikorkkala & Halmesmäki 1999).

Fødsel er en uunngåelig konsekvens av svangerskap for de fleste. En fødsel er uforutsigbar i den forstand at man ikke vet når den starter, og man vet ikke nøyaktig hvordan den vil arte seg for den enkelte. Elementet av usikkerhet og at det er en ukjent situasjon man skal inn i, kan for mange kvinner være en stressfaktor som gjør at de ikke føler seg rustet for å føde (Downe & McCourt 2008, Lundgren 2005, Thomson & Downe 2012).

6.1.4 Oppsummering av resultatdrøfting

I en systematisk oversikt om kvinners opplevelse av fødsel (Hodnett 2002) oppsummerer forfatteren resultatene slik: Det er fire faktorer som er utslagsgivende for kvinners evaluering av sin fødselsopplevelse; personlige forventninger, hvor mye støtte kvinnen har mottatt fra omsorgsgiver, kvaliteten på forholdet mellom fødekvinne og omsorgsgiver og å bli involvert i avgjørelser. I min studie finnes alle disse elementene igjen i kvinnenes egne beskrivelser. En del av kvinnene i min studie opplevde uventede og til dels dramatiske hendelser, mange oppfattet liten støtte fra og en mangelfull kvalitet på forholdet til omsorgsgiverne. Videre var det mange kvinner som beskrev at de ikke var blitt involvert i avgjørelser. Konklusjonen i Hodnetts (2002) systematiske oversikt er at omsorgsgiveres holdninger og væremåte er den faktoren som peker seg ut som den viktigste i forhold til om kvinnen opplever fødsel positivt eller negativt. Dette er også viktige funn i min studie. Det framkommer ikke ny informasjon i min studie, men det bør være til ettertanke at det er de samme årsakene som fortsatt skaper negative fødselsopplevelser hos mange kvinner.

6.2 Metoderefleksjon

Hensikten med denne studien har vært å belyse aspekter som kvinner selv har beskrevet som medvirkende til sine negative fødselsopplevelser. Dette er gjort ved å analysere fritekstkommentarer i et større spørreskjema (Lukasse et al 2010) ved hjelp av kvalitativ tematisk analyse (Braun & Clarke 2006).

En viktig svakhet ved studien er metoden for datainnsamling, ved at den kun består av fritekstkommentarer skrevet av kvinnene selv. Dette begrenser forfatterens mulighet til å analysere materialet mer i dybden enn hva som er gjort. Dersom det for eksempel hadde vært mulighet for å gjøre dybdeintervjuer ville dette sannsynligvis ha styrket studien. Ved dybdeintervju kunne forfatteren fått verdifull tilleggsinformasjon og hatt mulighet for oppklaring av utsagn og synspunkter som kvinnene hadde.

Utvalget av kvinner i min studie besvarte spørreskjemaet etter å ha vært gjennom en eller flere fødsler tidligere, og de var gravide på nytt på det tidspunktet de besvarte spørreskjemaet (Lukasse et al 2010). Dette forholdet kan tenkes å være en ulempe ved studien. En ny graviditet kan påvirke hvordan kvinnen svarer fordi en ny graviditet på godt

og vondt vil fremkalle minner fra foregående svangerskap og fødsler. Som tidligere nevnt så vil minner og opplevelser endres over tid, enkelte minner blekner mens for eksempel negative opplevelser ser ut til å intensiveres med tiden (Waldenström 2003, Baston et al 2008). I min studie kan det tenkes at de kvinnene som hadde skrevet fritekstkommentarer enten svarte ut fra at det er de verste opplevelsene som huskes best, eller det kan tenkes at de har besvart ut fra hva som virkelig ble oppfattet som viktig for dem. Beskrivelsene som ble inkludert i studien besto av kommentarer fra 103 spørreskjemaer, og dette utgjorde omtrent en tredel av alle respondenter som hadde karakterisert sin fødselsopplevelse som negativ. De respondentene som ikke hadde skrevet fritekstkommentarer kan for eksempel tenkes å ha mottatt en eller annen form for hjelp eller terapi i forbindelse med den negative fødselsopplevelsen og dermed ikke følte behov for å utdype nærmere.

En styrke ved studien er at kvinnene som besvarte spørreskjemaet var en uselektert populasjon gravide, og at de tilhørte fem ulike sykehus på forskjellige geografiske steder i Norge. Studiens troverdighet menes ivaretatt gjennom bruk av direkte sitater, samt en grundig beskrivelse av framgangsmåten (kapitel 4).

Kvalitative studier er ikke overførbare, heller ikke denne. Resultater fra kvalitative studier er uttrykk for informantenes subjektive meninger, oppfatninger og opplevelser og kan ikke generaliseres. Imidlertid mener forfatteren at det er grunn til å ta resultatene i studien alvorlig. Majoriteten av funnene i min studie støttes av tidligere forskning om negative fødselsopplevelser, og det kan ses som en styrke for studien.

7. KONKLUSJON

Funnene i denne studien knyttet seg til kvinner som hadde karakterisert sin fødselsopplevelse som en negativ erfaring, og som hadde beskrevet sine fødselsopplevelser i fritekst i et spørreskjema. Tre hovedtemaer kom fram: Komplikasjoner hos mor, barn eller begge, å ikke føle seg sett og hørt og opplevelse av smerte og tap av kontroll. I mange av beskrivelsene uavhengig av tema, finnes elementer av at kvinnene ikke hadde forventet å oppleve det de gjorde i forbindelse med fødselen. Få eller ingen forventer å miste barn, oppleve alvorlige komplikasjoner, å føle seg dårlig behandlet eller ikke bli hørt og sett av de som skulle være der for å hjelpe og støtte dem.

Svangerskaps- og fødselsomsorgen er i stor grad innrettet slik at den skal oppdage og eventuelt behandle avvik. Den er også ment å skulle legge til rette for den mer mentale forberedelsen til fødsel og foreldreskap (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Omsorgen preges av liten grad av sammenheng og individuell tilpasning. Det kan stilles spørsmål ved

om dagens organisering av svangerskaps- og fødselsomsorgen er mer et hinder enn en pådriver for «empowerment», mestringsfølelse og en styrking av SOC for gravide og fødende.

Majoriteten av fødende kvinner møter jordmødre og annet helsepersonell som de oppfatter som støttende og omsorgsfulle, og de opplever fødsel som en positiv og styrkende erfaring. Minoriteten er mindre heldige, som kvinnene i min studie, og møter personer som opptrer lite omsorgsfullt og støttende. En del kvinner blir foruroligende nok, utsatt for det som må kunne kalles overgrep i helsevesenet. Selv om min studie omhandler forhold som ikke alltid er mulig å forhindre eller forutse, så kan det hevdes at det kan være en gevinst i at helsepersonell reflekterer over egne holdninger og adferd overfor brukerne. Flere kvinner ville kunnet oppleve fødselen som en overveiende positiv erfaring, dersom de hadde følt seg godt ivaretatt. Det største forbedringspotensialet ut fra mine funn, ligger nettopp i dette.

Det bør være et mål for alle som arbeider innen svangerskaps- og fødselsomsorgen at hver enkelt kvinne skal oppleve fødsel som en så positiv livshendelse som mulig. Det synes å være viktig å anstrenge seg for at en kvinnes første fødsel skal bli så positiv og styrkende som mulig. Dette vil legge et godt grunnlag for kvinnens videre reproduktive liv.

8. TAKK

Å skrive denne oppgaven har fortont seg som et unormalt langvarig svangerskap, samt en komplisert fødsel. Jeg vil derfor rette en kjempemessig takk til min hovedveileder Mirjam Lukasse og til min biveileder Lena Henriksen. Begge har gitt meg konkrete, nyttige og raske tilbakemeldinger på spørsmål knyttet til selve skrivingen. Minst like viktig har det vært med uvurderlig oppmuntring og støtte på det menneskelige planet underveis, spesielt når jeg har vært nær ved å gi opp. Da har det kommet godt med at de begge har hatt stor tro på at jeg skulle klare å gjennomføre innen tidsfristen.

Jeg må også rette en takk til den nærmeste familien som har holdt ut med en til dels innesluttet, lett oppfarende og noe fraværende kone, mor, mormor og datter.

Sist men ikke minst er jeg takknemlig for at så mange kvinner hadde tatt seg tid til å skrive, til dels detaljert, om sine negative og vanskelige fødselsopplevelser, og jeg håper inderlig at jeg har klart å formidle deres oppfatninger og synspunkter på en god måte.

REFERANSER

- Antonovsky, A. (1991). *Helsans mysterium*, (1st ed.), Bokförlaget Natur och Kultur.
- Ayers, S., Eagle, A., Waring, H. (2006). «The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study», *Psychology, Health & Medicine*, vol. 11, no. 4, pp. 389 – 398.
- Baston, H., Rijnders, M., Green, J., Buitendijk, S. (2008). «Looking back on birth three years later: Factors associated with negative appraisal in England and in the Netherlands», *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 26, no. 4, pp. 323 – 339.
- Berg, M. (2005). «A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine», *Journal of Perinatal Education*, vol. 14, no. 1, pp. 9 – 21.
- Braun, V., Clarke, V. (2006), «Using thematic analysis in psychology», *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, no. 2, pp. 77 – 101.
- Den nasjonale forskningsetiske komite (NEM) (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*, ISBN: 978-82-7682-059-1
- D'Oliveira, A.F.P.L., Diniz, S.G., Schraiber, L.B. (2002). «Violence against women in health-care institutions: an emerging problem», *The Lancet*, vol. 359, pp. 1681 – 85.
- Downe, S., McCourt, C. (2008). From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. In: *Normal Childbirth Evidence and Debate*. S. Downe (eds.), (2nd ed.) Churchill Livingstone, pp. 3 – 27.
- Downe, S. (2012). «Skilled help from the heart: the story of a midwife research programme», *Evidence Based Midwifery*, vol. 10, no. 1, pp. 4 – 9.
- Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C.S., Eberhard-Gran, M. (2014). «The Role of Labor Pain and Overall Birth Experience in the Development of

Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Cohort Study», *Birth*, vol. 41, no. 1, pp. 108 – 115.

Grønset, E. (2013). «Vil ha tilbake svangerskapsomsorgen», *Tidsskrift for den norske jordmorforening*, no. 3, pp. 23 – 24.

Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., Butt, J. (2007). «The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience», *Midwifery*, vol. 23, no. 3, pp. 235 – 247.

Hodnett, E.D. (2002). «Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review», *Am J Obstet Gynecol*, vol. 186, no. 5, pp. 160 – 72.

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2013). «Continuous support for women during childbirth», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5.

Kringeland, T., Daltveit, A.K., Møller, A. (2009). «What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section», *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 37, pp. 364 – 371.

Kringeland, T., Daltveit, A.K., Møller, A. (2010). «How Does Preference for Natural Childbirth Relate to the Actual Mode of Delivery? A Population-based Cohort Study from Norway», *Birth*, vol. 37, no. 1, pp. 21 – 27.

Kringeland, T., Møller, A. (2006). «Risk and security in childbirth», *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, vol. 27, no. 4, pp. 185 – 191.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., Huber, U. (2010). «Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care», *J Midwifery Womens Health*, vol. 55, pp. 234 – 242.

Lukasse, M., Schei, B., Ryding E.L. (2014), on behalf of the Bidens Study Group. «Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries», *Sexual & Reproductive Healthcare*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007> [Article in press]

Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E., Schei, B. (2010). «Childhood Abuse and Fear of Childbirth – A Population-based Study», *Birth*, vol. 37, no. 4, pp. 267 – 274.

Lundgren, I. (2005). «Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth», *Midwifery*, vol. 21, pp. 346 – 354.

Lundgren, I., Berg, M. (2007). «Central concepts in the midwife – woman relationship», *Scand J Caring Sci*, vol. 21, pp. 220 – 228.

Lundgren, I., Dahlberg, K. (2002). «Midwives' experience of the encounter with women and their pain during childbirth», *Midwifery*, vol. 16, pp. 155 – 164.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning, en innføring*, (3rd ed.) Universitetsforlaget, Oslo.

Nilsson, C., Bondas, T., Lundgren, I. (2010). «Previous birth experience in women with intense fear of childbirth», *JOGNN*, vol. 39, pp. 298 – 309.

NOU (1999): 13, *Kvinner helse i Norge*

Ogden, J. (2007). *Health Psychology a textbook*, (4th ed.) Buckingham: Open University Press, pp. 256 – 259.

Parrat, J., Fahy, K. (2003). «Trusting enough to be out of control: a pilot study on women's sense of self during childbirth», *Australian Journal of Midwifery*, vol. 16, no. 1, pp. 15 – 22.

Saisto, T., Ylikorkala, O., Halmesmäki, E. (1999). «Factors associated with fear of delivery in second pregnancies», *Obstetrics & Gynecology*, vol. 94, no. 5, part 1, pp. 679 – 82.

Schroll, A-M., Kjærgaard, H., Midtgaard, J. (2013). «Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women – a qualitative study», *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 13, no. 74, <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/74>

Sinclair, M., Stockdale, J. (2011). «Achieving optimal birth using salutogenesis in routine antenatal education», *Evidence Based Midwifery*, vol. 9, no. 3, pp. 75.

Socialstyrelsen (1996). *Hälsovård, före, under och efter graviditet*, Stockholm.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*, IS-1179, Oslo.

Store norske leksikon (2012). Hentet 20. juli 2014 fra <http://snl.no/opplevelse>.

St.meld.nr.12 (2008-2009). *En gledelig begivenhet, Om en sammenhengende svangerskapsfødsels- og barselomsorg*

Størksen, H.T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S., Eberhard-Gran, M. (2013). «The impact of previous birth experience on maternal fear of childbirth», *Acta Obstet Gynecol Scand.* vol. 92, pp. 218 – 324.

Sundhedsstyrelsen (1998). *Svangreomsorg. Retningslinjer og redegørelse. Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsel og barselperiode*, Komiteen for sundhedsoplysning, Danmark.

Thomson, G., Downe, S. (2012). «A hero's tale of childbirth», *Midwifery*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.07.008> [Article in press].

Thomson, G.M., Downe, S. (2010). «Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience», *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 28, no. 1, pp. 102 – 112.

Wagner, M. (2001). «Fish can't see water: the need to humanize birth», *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 75, pp. 25 – 37.

Waldenström, U. (2003). «Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth», *Birth*, vol. 30, no. 4, pp. 248 – 254.

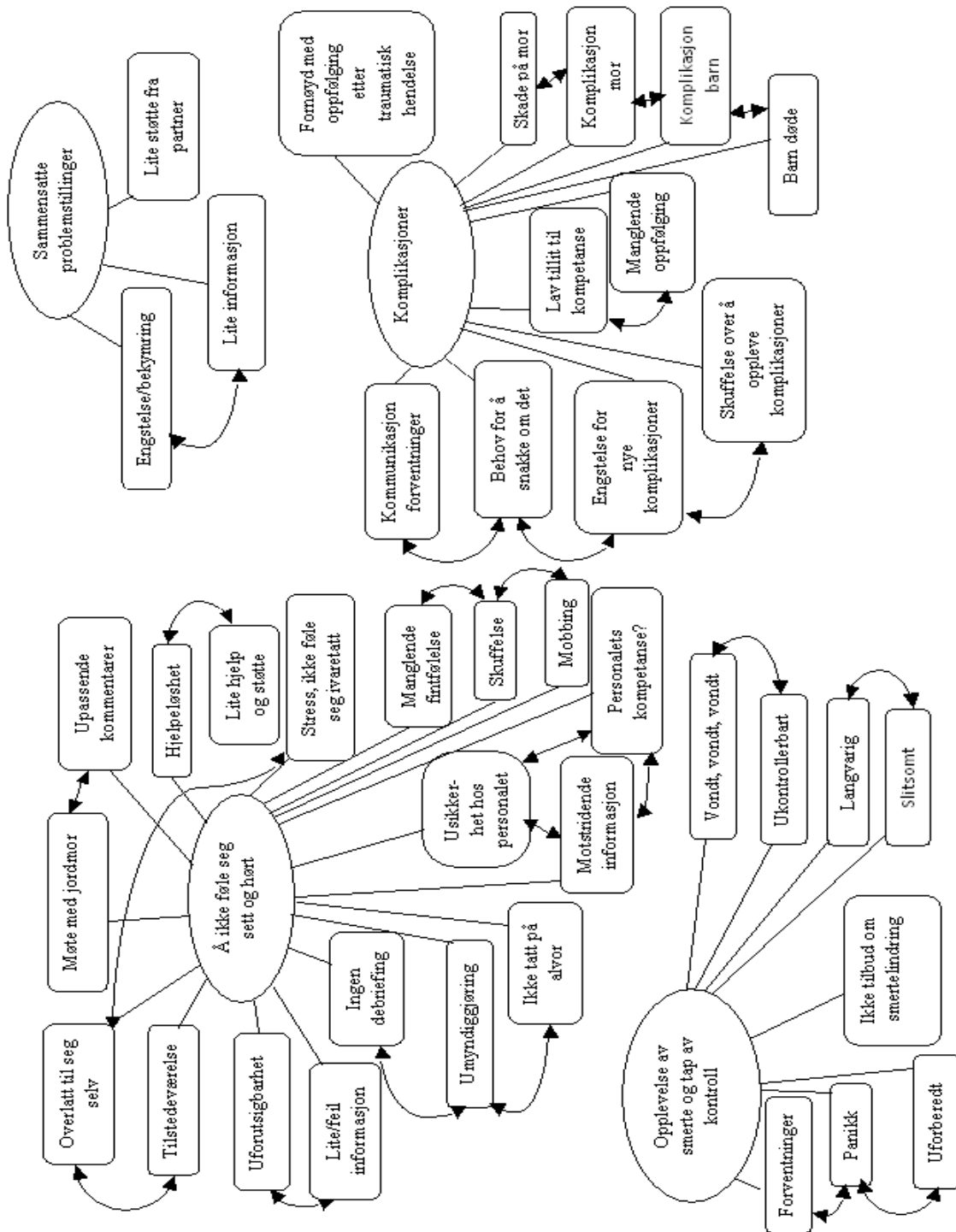
Waldenström, U., Hildinsson, I., Rubertsson, C., Rådestad, I. (2004). «A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample», *Birth*, vol. 31, no. 1, pp. 17 – 27.

Waldenström, U., Rudman, A., Hildingsson, I. (2006). «Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied», *Acta Obstetrica et Gynecologica*, vol. 85, pp. 551 – 560.

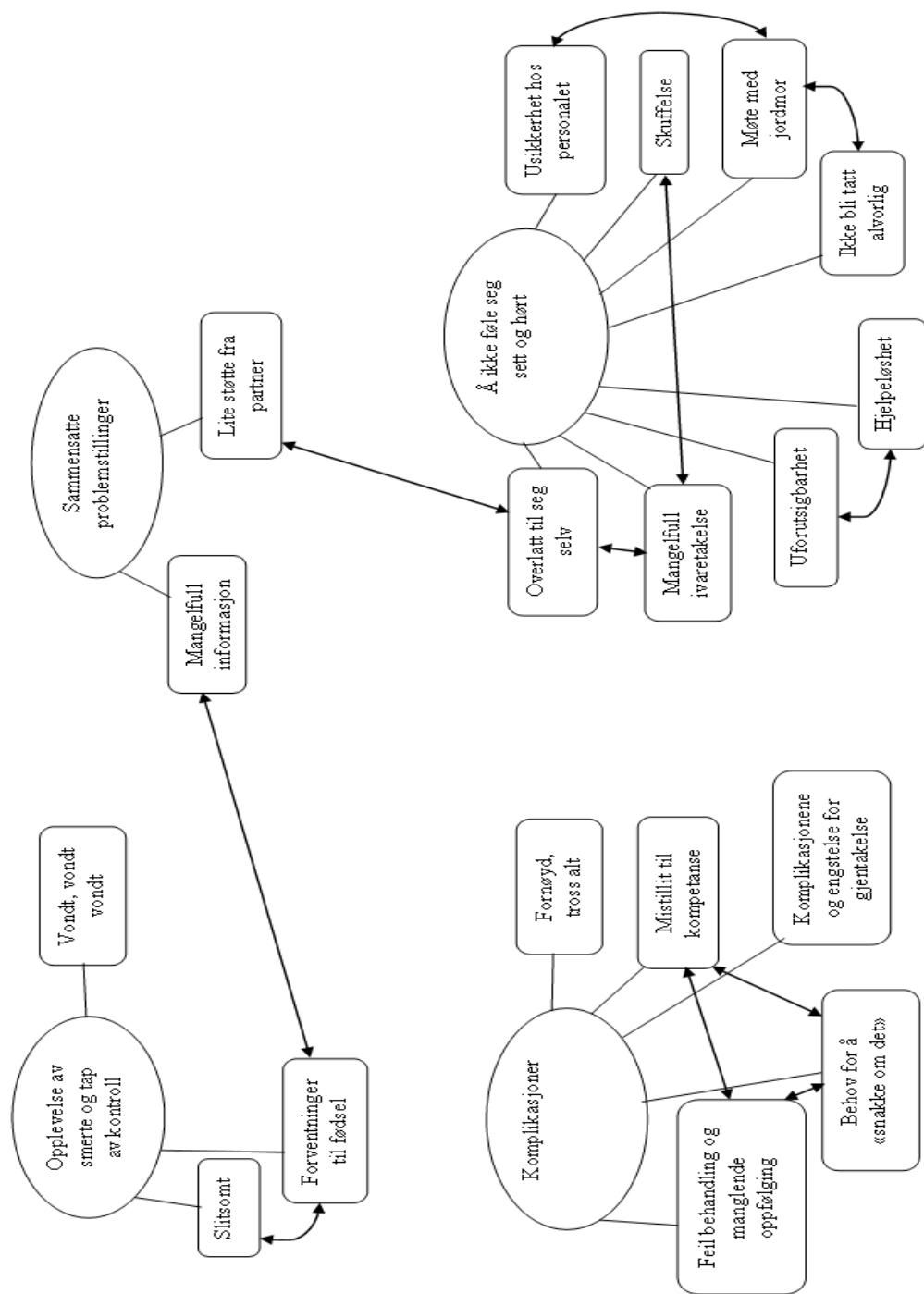
Walsh, D., El-Nemer, A.M.R., Downe, S. (2008). Rethinking risk and safety in maternity care. In: *Normal Childbirth, Evidence and Debate*. S. Downe (eds.), (2nd ed.) Churchill Livingstone, pp. 117 – 127.

World Health Organization (WHO) (1998) *Health Promotion Glossary*.

Wilde-Larsson, B., Sandin-Bojö, A-K., Starrin, B., Larsson, G. (2011). «Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study», *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, pp. 1168 – 1177.



VEDLEGG 1, Tematisk kart med koder og potensielle temaer.



VEDLEGG 2. Tematisk kart 2, med koder og potensielle temaer.

