



Høgskulen på Vestlandet

JOR508 - Masteroppgave Grunnutd. og Påbygg

JOR508-O-2022-VÅR1-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	15-04-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR1
Sluttdato:	06-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 JOR508 1 O 2022 VÅR1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	501
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	12273
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	7
Andre medlemmer i gruppen:	503

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

**«Flergangsfødende kvinner med fødselsangst sine erfaringer med å
forberede seg til vaginal fødsel»**

**«Multiparous women with birth anxiety and their
experiences of preparing for vaginal birth»**

Kandidatnummer

503, 501

Navn på masterprogrammet

Påbygg master jordmorfag

Fakultet/Institutt/program

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder

Vigdis Aasheim, Anne Britt Vika Nilsen

Innleveringsdato

6.mai 2022

Antall ord:

12 273

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært krevende, spennende og lærerikt. Vi vil rette en spesiell takk til kvinnene i vår studie som lot seg intervju.

Takk til våre to veiledere Vigdis Aasheim og Anne Britt Vika Nilsen ved Høgskulen i Bergen, for all hjelp underveis. De har hatt troen på prosjektet og motivert oss til å gjennomføre oppgaven.

Vi hadde ikke klart det uten hjelp og støtte fra mann, barn, venner, familie og kollegaer. Takk for all tålmodighet, It-hjelp, støtte og gode diskusjoner rundt temaet vårt.

Bryne,

Mai, 2022

Sammendrag

Hensikten: Studiens hensikt var å få dybdekunnskap om flergangsfødende kvinner med fødselsangst sine behov for oppfølging i svangerskapet.

Metode: Studien ble gjennomført ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervju av seks kvinner som hadde fødselsangst. Alle disse kvinnene hadde fått ekstra oppfølging utover basisprogrammet hos jordmor i svangerskapet.

Resultater: Fem av kvinnene hadde til felles at fødselsangsten skyldtes tidligere traumatiske opplevelser i forbindelse med svangerskap og fødsel. Vi kom frem til tre funn. Første funn viste at kvinnen hadde behov for en tilgjengelig jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen som gir tilpasset individuell oppfølging. Det andre funnet viste at traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsler gjorde kvinnene sårbare i møte med helsevesenet. Det siste funnet var at fødeplan var et godt redskap for å skrive ned individuelle behov, og få disse formidlet.

Konklusjoner: 1) Kvinnene hadde behov for en tilgjengelig svangerskapsomsorg som gir tilpasset individuell oppfølging. 2) Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel gjorde kvinnen sårbar i møte med helsevesenet. 3) Fødeplan var et godt redskap for å få skrevet ned behov og få formidlet dem.

Nøkkelord: Fødselsangst, flergangsfødende, multiparous, fear of childbirth, tokofobia, salutogonese, continuity of care, fødeplan.

Abstract

Purpose: The purpose of the study was to gain in-depth knowledge about multiple birth women with birth anxiety, and their need of health service during pregnancy.

Method: The study was conducted using semi-structured individual interviews of six women who had birth anxiety, they had received extra follow-up beyond the basic program with a midwife during pregnancy.

Results: Five of the women had in common that the fear of childbirth was due to previous traumatic experiences from pregnancy and childbirth. We came up with three findings. Initial finding showed that the woman needed an available midwifery service in maternity care which could provide individual follow-up. The second finding showed that traumatic experiences from previous pregnancies and births made the woman vulnerable in contact with the health service. The last finding showed that a birth plan was a good tool for writing down needs and getting them communicated.

Conclusions: 1) The women needed an available maternity care that could provide an individual follow-up service. 2) Traumatic experiences from previous pregnancies and births made the woman vulnerable in contact with the health service. 3) The birth plan was a good tool for writing down needs and getting them communicated.

Keywords: Fear of childbirth, tokophobia, salutogonese, continuity of care, birth plan, multiparous.

Innhold

1. Introduksjon og bakgrunn	1
1.1 Studiens hensikt og forskningsspørsmål	3
1.2 Søkestrategi	4
1.3 Begrepsavklaringer og avgrensinger	4
2. Teori	6
2.1 Fødselsangst	6
2.2 Salutogenetisk perspektiv	7
2.3 Svangerskapsomsorgen i Norge	8
3. Metode	11
3.1 Design	11
3.2 Utvalg	11
3.3 Innsamling av data	12
3.4 Analyse	13
3.5 Forskningens troverdighet	14
3.6 Klargjøring av forforståelse	14
3.7 Forskningsetiske vurderinger	15
4. Studiens funn	17
4.1 En tilgjengelig jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen som gir tilpasset individuell oppfølging	17
4.2 Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel gjorde kvinnen sårbar i møte med helsevesenet	19
4.3 Kvinnene skrev ned tanker og følelser i en fødeplan og det ble viktig at helsepersonell leste og tok hensyn til den	20
5. Diskusjon	23
5.1 Oppfølging av jordmor i svangerskapsomsorgen	23
5.2 Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel	25
5.3 Fødeplan som verktøy	27
5.4 Diskusjon av metode	29
6. Konklusjon og funnenes videre betydning	32
Litteraturliste	33
Vedlegg 1. Eksempel fra analyseprosessen	38
Vedlegg 2. Analyseprosessen	40
Vedlegg 3. Svar fra REK	41
Vedlegg 4. Endelig godkjenning REK	44

Vedlegg 5. Godkjenning fra NSD	45
Vedlegg 6. Informasjonsskriv	48
Vedlegg 7. Intervjuguide	51
Vedlegg 8. Samtykkeerklæring	52

1. Introduksjon og bakgrunn

Svangerskap og fødsel er en naturlig del av kvinnen liv. Jordmødre i svangerskapsomsorgen møter kvinner i gleder, forventninger og bekymringer knyttet til den forestående fødsel. For enkelte kvinner blir bekymringen så stor at de utvikler fødselsangst. I løpet av de siste ti årene har det vært en voksende forskningsinteresse for kvinners frykt for fødsel (C. Nilsson et al., 2018). Begrepet frykt for fødsel ble beskrevet i 1981 i en befolkning av svenske gravide, og definert som en sterk angst som svekket kvinnens daglige funksjon og velvære (C. Nilsson et al., 2018). I Norge er det vanlig å definere fødselsangst som en opplevelse av sterk uro eller frykt for å føde, der engstelsen kan være så altoverskyggende at hverdagen blir ødelagt (Helsedirektoratet, 2018a, p. 18a). En metaanalyse fra 2015 hentet fra skandinaviske og europeiske land, samt USA og Canada, viste at 10% av gravide kvinner hadde fødselsangst (Cork, Leahy-warren, Neill, & kashan, 2015). En omfattende longitudinal survey, gjennomført av Larsson (2015) baserer sine tall på to andre studier (Rouhe, Salmela Aro, Gissler, Halmesmäki, & Saisto, 2011; Storksen, Eberhard-Gran, Garthus-Niegel, & Eskild, 2012), viste at 10% av gravide lider av alvorlig fødselsangst (Larsson, Karlström, Rubertsson, & Hildingsson, 2015). En systematisk oversikt og metaanalyse (M. A. O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny, & O'Neill, 2017) anslo en global samlet prevalens på 14 % for kvinner med alvorlig fødselsangst. Oversikten er hentet fra skandinaviske og europeiske land, USA og Canada. Dersom en sammenligner studien til Larsson et.al. (2015) og O'Connell et.al. (2017), viser det en global økning i andel kvinner med fødselsangst. Når en ser de nordiske landene for seg, viser en systematisk oversikt gjort av Nilsson et. al. (2018) at rundt 20% av gravide kvinner har fødselsangst, hvorav 5-10% opplever intens frykt (C. Nilsson et al., 2018).

En norsk studie viser at hos flergangsfødende med fødselsangst kan frykten skyldes tidligere kompliserte fødsler (Halvorsen & Nerum, 2013). Samme funn fremkommer i en tysk systematisk oversikt (Striebich, Mattern, & Ayerle, 2018). En annen systematisk oversikt og metasyntese som inkluderte 14 kvalitative studier, viste at andre årsaker til fødselsangst kan være manglende tillit til personale, frykt for skader, smerter og tap av kontroll. De samme funn refereres også i en metaanalyse av O'Connell et al. (M. A. O'Connell, Khashan, Leahy-Warren, Stewart, & O'Neill, 2021). Konsekvenser for barnet der kvinner har fødselsangst kan være for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og problemer med tilknytningen mellom mor og barn, viser en systematisk gjennomgang av Stoll et al. (Stoll, Swift, Fairbrother, Nethery, & Janssen, 2018). En randomisert kontrollert studie viser at stress

og angst hos den gravide kan gi høye nivåer av kortisol som er forbundet med økt risiko for spedbarnets mentale helse (Akbarzadeh, Toosi, Zare, & Sharif, 2011).

Kvinnens angst kan vise seg som magesmerter under graviditet, økt sykefravær og hyppige besøk på fødeavdelingen (Saisto & Halmesmäki, 2003).

Kvinner med fødselsangst kan i tillegg ha større risiko for komplikasjoner som lengre fødselsforløp (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012; Sydsjö, Sydsjö, Gunnervik, Bladh, & Josefsson, 2012), økt risiko for keisersnitt (Sanni et al., 2022) og økt fare for barseldepresjon (Räisänen et al., 2013). De helsemessige utfordringene forbundet med fødselsangst kan også gi samfunnsmessig ringvirkninger som økt sykefravær og økt behov for oppfølging fra helsepersonell (M. A. O'Connell et al., 2021; Räisänen et al., 2013).

Dette stemmer overens med funn fra en nyere norsk studie fra 2020 basert på norske data fra Bidens kohortstudie. Studien påpeker at fødselsangst kan føre til økte samfunnsøkonomiske kostnader i form av økt ressursbruk og oppfølgingsbehov i primær- og spesialisthelsetjenesten (Henriksen, Borgen, Risløkken, & Lukasse, 2020). Alle de fem sykehusene som var involvert i studien hadde et tilbud til kvinner med fødselsangst, men innholdet i tilbudet varierte mellom sykehusene. Dette kan indikere at sykehusenes praksis er forskjellige. Studien bekreftet samtidig behovet for mer forskning på behandling av fødselsangst (Henriksen et al., 2020).

En annen studie viste at kvinner som fikk behandling for sin fødselsangst hadde høyere risiko for intervensjoner som induksjon og planlagt keisersnitt (Sydsjö et al., 2012). Også

folkehelseinstituttets gjennomgang av det medisinske fødselsregisteret viser fra 2019, en økning i induksjoner på bakgrunn av tidligere traumatiske fødselsopplevelser (MacSali, Stangenes, Júlíusson, & Eriksen, 2020). Gjennomgangen beskriver at 26,2% av fødslene ble induisert, hvorav 1,6% hadde psykisk indikasjon eller fødselsangst som årsak (MacSali et al., 2020). Induksjon krever tettere overvåkning av fødselen på grunn av økt fare for medisinske komplikasjoner (Caughey et al., 2009).

Det er i tillegg større risiko for keisersnitt ved induksjon (Caughey et al., 2009). Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker at en økning av keisersnitt på grunn av ikke medisinske årsaker er en utfordring, og de framhever at vaginal fødsel er å foretrekke ved normale svangerskap (WHO, 2015).

Forskning viser at vaginal fødsel kan styrke kvinnes bestemmelsesrett, troen på egen mestring og kan gi en økt trykghetsfølelse i morsrollen (Kringeland, Daltveit, & Möller, 2009). Samtidig resulterer vaginal fødsel i en forlenget ammeperiode (Brown & Jordan, 2013) og bedre tilknytning mellom mor og barn (E. R. Moore, Anderson, Bergman, & Dowswell, 2012).

I en systematisk oversikt (Striebich et al., 2018) kommer det frem at kvinner med fødselsangst gråter ofte og trenger å snakke om frykten sin. Jordmødre har nedfelt i sine yrkesetiske retningslinjer at de skal bidra til faglig forsvarlig omsorg eller hjelp slik at kvinner og familien kan delta aktivt i beslutninger og uttrykke behov som angår egen helse. I tillegg skal jordmor arbeide helsefremmende og overholde sitt profesjonelle ansvar og plikter (International Confederation of, 2004). Flere studier viser at det er vanligst å ha støttesamtaler enten hos kommunal jordmor, lege eller spesialist (Christina Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010a; Persson & Dykes, 2009; Ryding, Persson, Onell, & Kvist, 2003). WHO sine anbefalinger fra 2016 tar utgangspunkt i at alle kvinner skal gis mulighet til å få støtte gjennom svangerskap og fødsel, og det understrekes at det skal gis både sosial, kulturell, emosjonell og psykologisk støtte (WHO, 2016). Derimot viser en studie fra 2010 at de som arbeider i spesialisthelsetjenesten er usikre på hvordan de skal kunne gi individuell behandling i forhold til hva kvinnene trenger (Salomonsson, Wijma, & Alehagen, 2010).

En metasyntese fra 2021 avviser at eierskap til fødsel og det å møte frykten, gjør at kvinnene føler seg styrket og klarer å håndtere frykten med en følelse av trygghet (O'Connell, Khashan, & Leahy-Warren, 2021). O'Connell et al. beskriver at funnene bekrefter behovet for utvikling av fremtidige intervensjoner for fødselsangst og fremhever særlig behov for ytterligere global kvalitativ forskning (MacSali et al., 2020).

Wigert et al. finner at det er utført lite forskning på kvinners erfaringer med frykt for fødsel, så målet for deres studie var å syntetisere publiserte kvalitativ litteratur for å utdype forståelsen av kvinners erfaringer med frykt for fødsel (H. Wigert et al., 2020). Begge metasyntesene fra O'Connell et. al. og Wigert et.al etterlyser behov for ytterligere kvalitative studier på kvinners erfaringer med fødselsangst.

1.1 Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Som jordmødre ser vi et behov for mer dybdekunnskap om flergangsfødende kvinner med og deres behov for oppfølging i svangerskapet. Masteroppgavens tema omhandler hva flergangsfødende kvinner selv sier de trenger for å forberede seg til en vaginal fødsel. I tillegg har tidligere forskning bekreftet behov for ytterligere studier av kvinners egne erfaringer om fødselsangst. Følgende forskningsspørsmål er utgangspunktet for studien:

Hvilke erfaringer har flergangsfødende kvinner med fødselsangst i forberedelsen til vaginal fødsel?

1.2 Søkestrategi

For å finne forskning på temaet “kvinner med fødsel angst og forberedelse til vaginal fødsel” har vi søkt i databasene Cinal, Medline, Cochrane, Epstimonicos og Psykinf. Søk ble gjort i disse databasene fordi de dekker fagområder innen, jordmor, sykepleie, psykologi og helse. Her fant vi norske, skandinaviske og engelsk språklige studier som var aktuelle. Etter anbefalinger fra bibliotekar ble også Google scholar inkludert fordi dette er en mer generell database som gjør det mulig å få tilgang på et større forskningsmateriale. Ordet fødselsangst finnes ikke i internasjonal litteratur, derimot brukes ordene tokofobia og fear of childbirth som er et annet ord som refererer til frykt for fødsel (Maeve A. O'Connell, Leahy-Warren, Khashan, Kenny, & O'Neill, 2017). Datasøkene ble gjort med de engelske ordene: fear of childbirth or tokophobia or tocophobia or phobia of childbirth or anxiety of childbirth AND (MH “Multiparas”) OR “multiparas” OR multigravida OR multiparae OR multiparous AND second time mother* or second-time mother* or third time mother* or third-time mother* OR multiple pregnan* or multiple birth* or multiple childbirth AND (MH “Vaginal Birth+”) OR “vaginal birth” And (MH “Childbirth Education”) OR (MH “Prepared Childbirth”) OR (MH “Childbirth Educators”) OR midwifery led counseling OR childbirth education or prepared childbirth. Norske søkeord som er brukt er fødselsangst, fødeplan, støttesamtaler, helhetlig jordmor omsorg. I tillegg har vi gjort håndsøk ved hjelp av referanselister som vi fant i aktuelle artikler og bøker om liknende tema.

1.3 Begrepsavklaringer og avgrensinger

I oppgaven brukes begrepet helsepersonell om yrkesgruppene jordmor, lege, gynekolog, barnepleiere og ulike typer studenter.

I andre land brukes ofte et W-DEQ skjema som er et verktøy for å kartlegge graden av fødselsangst (Wijma, Wijma, & Zar, 1998). I Norge graderes ikke fødselsangsten og rutinemessig brukes det ingen kartleggingsverktøy (Henriksen et al., 2020). W-DEQ og hva det innebærer blir ikke belyst i oppgaven.

Det finnes intervensjoner som psykoedukasjon, støtte i grupper, hypnose og yoga kurs i svangerskapet og svangerskapskurs, men på grunn av oppgavens størrelse, funn og problemstilling blir det ikke omtalt i oppgaven (Moghaddam Hosseini, Nazarzadeh, & Jahanfar, 2018).

Alle kvinnene i vår studie sa at partnerstøtten var viktig i fødselsarbeidet og vi er kjent med partners støtte og betydning for kvinner med fødselsangst. På grunn av oppgavens størrelse og problemstilling vil allikevel ikke dette bli omtalt (Helena Wigert et al., 2020).

Når vi i oppgaven bruker begrepet traumatisk fødselsopplevelse inkluderer dette traume både for kvinnen og frykt for barnets helse (Christina Nilsson et al., 2010a).

Ved gjennomføringen av studien pågikk en verdensomfattende koronapandemi. Det var fremdeles restriksjoner i Norge, men ikke strenge tiltak. Kvinnene i vår studie problematiserte heller ikke dette i forhold til fødselsangsten (Folkehelseinstituttet, 2022).

2. Teori

Den teoretiske bakgrunnen for vår studie vil bli gjort rede for i dette kapitlet, og det er med på å danne grunnlaget for drøftingen av resultatene. Teorien omhandler fødselsangst og salutogenese, og i tillegg beskrives innholdet i svangerskapsomsorgen i Norge.

2.1 Fødselsangst

For mange kvinner bringer graviditeten med seg både gleder, usikkerhet og fryktfølelser, og det er normalt å føle på et stort register av følelser og forventinger i løpet av et svangerskap. Men det kan være krevende for kvinnen å gjennomgå de fysiske og psykiske endringene som et svangerskap innebærer (Murphy & Strong, 2018). For noen kvinner, kan tanker knyttet til den forestående fødsel, skape engstelse og bekymring. Engstelse, som oppleves sterk og overveldende og som vedvarer i tid, kan ifølge Halvorsen og Nerum defineres som fødselsangst (Halvorsen, Nerum, & Universitetet i Tromsø Det helsevitenskapelige, 2013). Fødselsangst som begrep er likevel ikke entydig definert i litteraturen, viser en internasjonal metaanalyse (Maeve A. O'Connell et al., 2017). En annen brukt definisjon av fødselsangst kan være en intens frykt som kan opptre før, under eller etter fødselen. Kvinnen kan da oppleve frykt en for å bli gravid eller for å måtte føde, eller at frykten forstyrrer hennes normale liv og aktiviteter (Wijma et al., 1998). En annen studie (Dencker et al., 2019) deler noen av de samme aspektene, men her omtales fødselsangst som et uttrykk for ulike følelsesmessige vanskeligheter knyttet til fødsel, og at det muligens kan være hensiktsmessig å skille mellom frykt før fødsel, og frykt etter fødsel. Frykt før fødsel kan påvirke kvinnens generelle helse, og fødselsangsten vil også kunne påvirke kvinnen både i svangerskapet, under fødselen og barseltiden. Det kan oppstå både for kvinner som ikke har født, er første- eller flergangsfødende (Dencker et al., 2019).

Fødselsangst kan beskrives som en personlig- og emosjonell opplevelse (Eriksson, Westman, & Hamberg, 2005). Kvinnen kan oppleve ulike symptomer som svette, hjertebank, diare og svimmelhet som følge av angsten. Angsten kan komme plutselig og uventet, og enkelte kan oppleve sterke følelser som frykt for å dø, at de skal miste kontrollen eller blir gal (Cullberg, Malde, & Bureid, 1999, p. 132).

Redsel for å miste kontroll eller ikke å kunne håndtere en situasjon, kan føre til at mestringsstrategier blir å foreta valg som gjør at man prøver å unngå det som skaper ubehaget (Cullberg et al., 1999, p. 136). En studie gjort av Henriksen et al. viser at enkelte kvinner ber om keisersnitt som en

mestringsstrategi for å håndtere fødselsangsten (Henriksen et al., 2020), noe som bekreftes i flere studier (Hall et al., 2009; Striebich et al., 2018).

Brudal beskriver at dersom det følelsesmessige og selve frykten styrer tankelivet til kvinnen, kan fødselsangsten utvikler seg til en fobi, og det kan være vanskelig for den gravide å se for seg fødselen på en nyansert måte og at alt ikke er forbundet med risiko (Brudal, 2000, p. 20). Brudal sier videre at kvinner derfor vil ha behov for å bearbeide graviditetens psykologiske utfordringer og tidligere traumatiske fødselsopplevelser, og at slik støtte og samtaler bør skje over tid (Brudal, 2000, p. 160).

2.2 Salutogenetisk perspektiv

Det teoretiske rammeverket i vår oppgave er en salutogen tilnærming. Betydningen av ordet salutogenese kan sies som «det som skaper helse» (Lindström & Eriksson, 2015, p. 27). Teorien er valgt på grunnlag av at den er hensiktsmessig når vi skal belyse og forklare de handlinger og prosesser som settes i gang hos kvinner med fødselsangst når de skal forberede seg til vaginal fødsel.

Salutogenese tar hensyn til menneskets totale livshistorie, hva som er meningsfullt og hvordan det henger sammen. I tillegg beskriver den hvordan mennesker klarer å komme seg gjennom belastende livshendelser på en god måte (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Antonovsky var professor i medisinsk sosiologi, og han utviklet denne teorien som en motvekt til patogenesen som legger vekt på årsaker som gir sykdom. Det salutogene teoretiske rammeverket ser på hva som fremmer helse i motsetning til patogenesen som setter søkelys på diagnoser og setter mennesker i bås (Antonovsky & Sjøbu, 2012, pp. 25-26). Antonovsky var interessert i å finne ut av hva som gjorde at noen klarer seg, selv om de opplevde høy stressbelastning. I sine studier fant han at måten mennesker håndterte stress på ble en viktig faktor for hvordan de ble påvirket av utfordrende og traumatiske livshendelser (Lindström & Eriksson, 2015, pp. 14-15).

Grunnholdningen til de utfordringer man møter i livet kaller Antonovsky for «Sense of coherence», og det blir betraktet som et av nøkkelbegrepene i teorien. På norsk vil det si “en opplevelse av sammenheng” (OAS) som innebærer begrepene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet handler om forståelse og hvordan mennesker klarer å organisere det de utsettes for, og hvordan de klarer å tilegne seg informasjon. Håndterbarhet handler om evne til å ta i bruk egne ressurser, hvordan en tenker og bearbeider det en møter i livet, hvordan kunnskap og informasjon blir tatt i bruk, eller om en ber om hjelp dersom det er nødvendig. Meningsfullhet handler mer om

følelsesdelen i livet, om opplevelsene gir mening, hvordan en motiveres og engasjeres og tar del i eget liv (Antonovsky & Sjøbu, 2012, pp. 38-41).

I følge Antonovsky skjer etableringen av en sterk OAS i barneårene og kan ifølge teorien sees på som en mestringsressurs og livsorientering (Antonovsky & Sjøbu, 2012, p. 108). Kvinner med høy grad av OAS vil dermed oppleve å ha meningsfulle liv, håndtere og finne løsninger på livets livshendelser, som for eksempel i forbindelse med svangerskap, fødsel og barseltid. Utvikling av svak OAS kan føre til at en kan ha problemer med motstandsressursene som kontakt med indre følelser, sosiale relasjoner, meningsfulle aktiviteter og eksistensielle tanker (Antonovsky & Sjøbu, 2012, pp. 42-43). Det kan forstås med at negative holdninger til graviditet, fødsel og det ufødte barnet er forbundet med lav OAS. Ifølge Antonovsky kan mennesker med lav OAS ha mindre effektive mestringsstrategier for å håndtere stress (Antonovsky & Sjøbu, 2012). I henhold til den salutogenetiske helsemodellen til Antonovsk, vil fødselsangst hos den gravide være et sammenhengende hele, med ingen eller liten frykt i den ene enden, og alvorlig og sterk frykt i den andre (Striebich et al., 2018). Fødselsangsten vil da være klinisk relevant hvis den påvirker kvinners livskvalitet (Striebich et al., 2018). Et salutogent perspektiv i arbeidet med kvinner i svangerskap-, fødsel- og barselomsorg, fokuserer på kvinners indre styrke og kapasitet som kan ha en positiv innvirkning på fødselen. I en studie av Voogand et al. ble det vist til viktigheten av å snakke om personsentrert informasjon som en del av nøkkelen til forståelse, og det har vist seg at det er mulig å styrke OAS gjennom veiledning og undervisning (Voogand, Alehagen, & Salomonsson, 2020).

2.3 Svangerskapsomsorgen i Norge

I Norge har helsedirektoratet gjennom retningslinjer og veileder utarbeidet et basisprogram for oppfølging i svangerskapet. Programmet inneholder ni konsultasjoner inkludert fosterdiagnostikk. I tillegg er det beskrevet at dersom det er behov, bør gravide få tilbud om ekstra oppfølging utover basisprogrammet. All informasjon om resultat av tester og konsultasjoner dokumenteres på helsekort for gravide (Helsedirektoratet, 2018b). Tilbudet er frivillig og gratis. Informasjonen skal være forebyggende og kunnskapsbasert og vektlegge brukermedvirkning i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata, 2008).

De fleste gravide får en fragmentert oppfølging i svangerskap, fødsel og barseltid og den utføres både av lege og jordmor i dag. Kvinnen kan selv velge hvor de vil ha oppfølgingen (Helsedirektoratet, 2018b). Svangerskapsomsorgen i Norge har utviklet seg gradvis, og i løpet av de siste årene er det satt mer søkelys på psykisk helse hos den gravide. Dagens svangerskapsomsorg har som formål:

sikre at svangerskap og fødsel forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, hennes sosiale velvære blir best mulig, sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret eller oppdaget, og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet (Helsedirektoratet, 2018b).

I tillegg skal det gis passende informasjon om livsstil, svangerskap og fødsel (Helsedirektoratet, 2018b).

Fødeplan ble introdusert på 1980 tallet og kan være et hjelpemiddel for kvinnene. I fødeplanen kan de skrive ned sine egne ønsker og hva som er viktig for dem i fødsel, deres ambisjoner, frykt eller bekymringer. I tillegg kan det være et kommunikasjonsverktøy mellom kvinnene og de som skal hjelpe henne og familien (Lothian, 2006). I Norge har vi en todelt modell for oppfølging i svangerskap- fødsel og barseltiden, der oppfølging i svangerskapet foregår i primærhelsetjenesten, og fødsel stort sett foregår i spesialisthelsetjenesten (Meld.St.12, 2008-2009). I Storbritannia er det prøvd ut en annen omsorgsmodell som kalles Continuity of care (Sandall, Soltani, Gates, Shennan, & Devane, 2016). I Norge blir begrepet omtalt som en sammenhengende jordmortjeneste (Mortensen, 2021). I denne omsorgsmodellen gis omsorgen av samme jordmor eller jordmødre i svangerskap- fødsel- og barseltid, og modellen garanterer at kvinnen møter samme jordmor i svangerskap og fødsel (Sandall et al., 2016). For kvinnene blir kontinuitet av omsorgspersoner sett på som gullstandarden i jordmorsomsorgen (Sandall et al., 2016), og jordmor beskrives som den ledende fagpersonen i planleggingen, organiseringen, og den som utøver omsorg til kvinnen gjennom hele svangerskapet og til barseltiden. Modellen brukes til kvinner med normale svangerskap, mens en er mer forsiktig der det er kompliserte svangerskap (Sandall et al., 2016). Evaluering av modellen viste at kontinuitet av omsorgspersoner gjorde kvinner mer tilfreds med omsorgen de fikk, jordmødrene var mer tilfreds med jobben og deres autonomi, og det reduserte intervensjonsraten. Ved å gjennomføre en slik modell har kvinnene større sjanse for å føde vaginalt, mindre risiko for prematur fødsel, kortere fødselsforløp og høyere grad av positiv fødselsopplevelse (Sandall et al., 2016).

På Helgelandskysten i Norge ble det gjennomført et samtaleprosjekt for gravide med fødselsangst. Der beskrives at kjent jordmor ga trygghet og kontinuitet, og at det hadde betydning for mestringsevnen i forbindelse med fødselsangst (Roghell, Robertson, & Urvik, 2016). Samtaler der kvinner med fødselsangst blir fulgt opp av kjent jordmor eller en liten gruppe kjente jordmødre, som støtter kvinnene gjennom hele svangerskap, fødsel og barseltiden, er anbefalt av WHO, en sammenhengende jordmortjeneste (WHO, 2016). Continuity of care modellen blir nevnt som et

alternativ, og sees på som spesielt gunstig for kvinner med fødselsangst, viser prosjektet på Helgelandskysten (Roghell et al., 2016). Et annet viktig aspekt i dagens svangerskapsomsorg er et av regjeringens mål for helsepolitikken som er å prioritere de pasientgruppene som trenger det mest. Dette innebærer å «*prioritere tiltak for å sikre kontinuitet i tilbudet til gravide med påvist risiko og spesielle behov, for eksempel gravide med fødselsangst*» (Meld.St.12, 2008-2009). Flere steder i Norge er denne oppfølgingen lagt til spesialisthelsetjenesten, fødepoliklinikken i den helse-regionen kvinnene tilhører (Henriksen et al., 2020). Oppfølgingen innebærer at en møter den gravides ønsker og behov og ser på hva hun trenger mer kunnskap om. Kvinnene kan fortelle om tidligere fødselsopplevelser eller andre traumer og utfordringer (Ferguson, Davis, & Browne, 2013). Støttesamtale er en fellesbetegnelse for samtaler med ulikt mål og innhold, men samtalen skal sette søkelys på situasjonen her og nå (Kjelsen, 2011). Målet med støttesamtalen kan være å finne mestringsstrategier, styrke selvfølelsen, øke aktivitetsnivået og utvide kontaktnettet, eller å vedlikeholde funksjonsnivået. Støttesamtalen kan foregå hvor som helst og har vanligvis en varighet på en time (Kjelsen, 2011).

3. Metode

Vår studie baserer seg på intervju med flergangsfødende kvinner med fødselsangst og hvordan de forberedte seg til vaginal fødsel. Kvinnene var i alderen 23-36 år, bodde i et område på Vestlandet, de hadde født en eller flere ganger tidligere og hadde hatt ekstra støttesamtaler hos jordmor.

3.1 Design

Forskningsspørsmålet vårt ga oss mulighet å få mer kunnskap om hvilke erfaringer flergangsfødende kvinner med fødselsangst har behov for i forberedelsen til vaginal fødsel. Kvalitativ forskningsmetode tar utgangspunkt i individets subjektive opplevelser, i vår studie handlet det om kvinnenes selvopplevde historier og denne metoden var derfor relevant å bruke (Polit & Beck, 2017, p. 10). Kvalitativ forskning handler om å forstå noe og ikke forklare hvorfor (Malterud, 2017b, p. 39) og problemstillingen er avgjørende for hvilken metode en velger (Polit & Beck, 2017, pp. 15-16).

3.2 Utvalg

Innsamlingen av data ble gjort med utgangspunkt i å sette søkelys på studiens problemstilling og målsetting på best mulig måte (Malterud, 2017b, p. 58). Kvale et al. beskriver at det er vanlig med 5-15 deltakere for å få et rikt datamateriale i kvalitativ forskning (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2018, p. 148). Det er «Information power» som indikerer, desto mer informasjon utvalget har som er relevant for studien, desto lavere mengde deltakere er nødvendig (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016). Mengden på datamaterialet vårt ble påvirket av studiens størrelse og hvor mange kvinner som sa seg villig til å bli intervjuet. Vi inkluderte kvinner med fødselsangst som hadde født vaginalt en eller flere ganger og som fikk ekstra støttesamtaler for sin fødselsangst i svangerskapet hos kommunal jordmor. I vår studie ga hver kvinne en fyldig beskrivelse av sine opplevelser, og det førte til en stor mengde datamateriale om hvilke erfaringer de hadde i forberedelsen til vaginal fødsel (Malterud et al., 2016). Målet vårt var å rekruttere mellom 4-7 kvinner. Vi fikk hjelp av kommunejordmødre i et område på Vestlandet til å rekruttere aktuelle kvinner. Vi endte til slutt opp med seks kvinner som ønsket å delta i studien.

Jordmødrene ble informert om studien på et samarbeidsmøte for kommunejordmødre, oktober 2021, i tillegg ble det sendt ut informasjon på e-post til alle kommunejordmødre og deres ledere i november 2021. E-posten inneholdt informasjon om studien og hensikten. Behov for hjelp til rekruttering ble beskrevet, samtidig var informasjonsskriv og samtykkeskjema lagt med slik at

jordmødrene kunne levere ut til aktuelle kvinner. Kvinnene ble rekruttert fra november-desember 2021 og de fleste tok selv kontakt med oss via SMS. I tillegg tok enkelte kommunejordmødre kontakt med oss etter ønske fra kvinnene. Kvinner fra fire kommuner deltok, og de ble rekruttert av fem forskjellige kommunejordmødre og kommunene har forskjellig innbyggerstørrelse/demografi. Når målet for antall kvinner og mengde informasjon som tidligere er beskrevet var nådd, var det ikke var behov for å rekruttere flere kvinner, og jordmødrene ble informert via en lukket gruppe på Facebook for kommunejordmødre i det konkrete området på Vestlandet.

3.3 Innsamling av data

Kvalitativt forskningsintervju har som formål å forstå dagliglivet til den som blir intervjuet ut fra deres ståsted (Kvale et al., 2018, p. 42). Vi valgt å samle inn data ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervju. Denne type intervju ligner en del på en vanlig dagligdags samtale, men semistrukturert intervju inneholder hverken en samtale med lukket spørreskjema eller åpen samtale, og skal utføres på bakgrunn av intervjuguiden som inneholder forhåndsbestemte tema (Kvale et al., 2018, p. 46).

Utarbeidingen av intervjuguiden var godt planlagt og inneholdt spørsmål som omhandlet sentrale tema på bakgrunn av forskningsspørsmålet (Thagaard, 2018, p. 95). Den ble bygd opp på en strukturert måte for å få et godt innhold og klima for intervjuet (vedlegg 7). Intervjuguiden ble delt inn i tre deler, først med innledende spørsmål om alder, sivilstatus, utdanning, paritet, når de fødte sist og hvor de fikk oppfølging. Andre del var åtte åpne spørsmål som omhandlet tema, blant annet på hvilken måte fødselsangsten påvirket dem og hvilken oppfølging de fikk for sin fødselsangst. Vi avsluttet med tre spørsmål: om de hadde noe å tilføye til temaet, hvordan de opplevde å bli intervjuet og om de hadde behov for oppfølging etter intervjuet (Thagaard, 2018, pp. 95, 100-101). Ved å bruke åpne spørsmål ga det kvinnene en mulighet til å fortelle mer fritt hvordan deres erfaringer var (Thagaard, 2018, p. 97).

I forkant av intervjuene valgte vi å gjennomføre et pilotintervju. Dette ble gjort for å teste ut spørsmålene og gjennomføring av intervjuene (Polit & Beck, 2017, p. 520). Etter pilotintervjuet ble det gjort noen endringer på enkelte spørsmål, blant annet hvordan de opplevde fødselen. Sårbarheten i det kvinnene tidligere hadde opplevd krevde at de hadde trygghet og tillit til oss som skulle intervjuer (Malterud, 2017b, p. 133). Å skape en god og tillitsfull atmosfære er et viktig mål for intervjusituasjonen (Thagaard, 2018, p. 99), og for å skape denne trygghet fikk kvinnene selv velge hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet og tidspunkt som passet best for dem. To av kvinnene valgte å møtes på kjent helsestasjon. De andre fire ønsket at vi kom hjem til dem. Felles for alle intervjuene var at de ble gjennomført av intervjuer i tillegg til en observatør. Observatøren hadde en

tilbaketrukket rolle for å ikke ha en forstyrrende effekt på intervjuet. Det var samme intervjuer og observatør som gjennomførte alle intervjuene og endringer ble ikke gjort underveis. Bakgrunnen for det valget var noen fysiske begrensninger hos ene studenten som gjorde det utfordrende å intervjuer. Varighet på intervjuene var mellom 32 og 75 minutter og det ble brukt to båndopptakere for å være sikre på at vi fikk tatt opp intervjuene. Alle utenom en hadde barnet hos seg under intervjuet. Intervjuer oppsummerte underveis for å sjekke at en hadde riktig oppfatning av de kvinnene sa, i tillegg kom observatør med innspill og oppsummerte innholdet på slutten av samtalen. På grunn av temaets sensitivitet var et krav fra REK at alle skulle få tilbud om en oppfølgingssamtale, som for eksempel samtale hos kjent kommunal jordmor, akutt team i kommunene, men ingen hadde behov for en slik samtale. Intervjuene ble avsluttet med småprat om barna deres.

3.4 Analyse

Malterud's systematiske tekstanalyse ble brukt i vår studie som metode for analyseprosessen (Malterud, 2017a, pp. 97-115). På en enkelt og spesifikk måte ga den oss først et helhetsinntrykk av de kvinnene sa, innholdet ble sorterte i kodegrupper for å finne meningsbærende enheter. Videre satt vi sammen kvinnenes ord og gjenfortalte med egne ord, og til slutt sammenfattet det som var kommet frem ved å lage ny analytisk tekst og illustrerte det med gullsiter.

Etter hvert intervju transkriberte vi ordrett det som ble sagt på båndopptaket fra intervjuene. Begge forfattere gjennomførte hele analyseprosessen sammen og fordelte det likt mellom oss. Til sammen satt vi igjen med datamaterialet på 45 712 ord. Båndopptaket av intervjuene ble hørt gjennom flere ganger i tillegg leste vi gjennom det transkriberte materialet for å danne oss et helhetsinntrykk og fikk et fugleperspektiv på innholdet. Vi satt igjen med syv forskjellige temaer som gikk igjen i materialet og hadde betydning med bakgrunn i forskningsspørsmålet. Videre snevret vi inn materialet ved og sorterte meningsbærende enheter i tre ulike kodegrupper (Malterud, 2017a, pp. 100-105). I tredje trinn omgjorde og sammenfattet vi innholdet til kondensat i "jeg" form, der formålet var å gjenfortelle og sette sammen innholdet fra subgruppene basert på kvinnenes egne ord (Malterud, 2017a, pp. 105-108). Til slutt i analyseprosessen, sammenfattet vi kondensatene til en analytisk tekst for hver kode – og subgruppe. Analyseprosessen var en dynamisk prosess der vi gikk frem og tilbake mange ganger mellom de forskjellige trinnene. Vi illustrerte hovedfunnene ved å bruke gullsiter fra kvinnene, det gjenspeilte deres meninger og innholdet som var relevant på bakgrunn av forskerspørsmålet (Malterud, 2017a, pp. 108-115). Resultatene blir vist og presentert senere i oppgaven.

3.5 Forskningens troverdighet

Et kjennetegn for alt vitenskapelig arbeid skal være troverdighet i forskningen, og sentrale begrep som validitet og reliabilitet brukes ved forskningsarbeid (Thagaard, 2018, p. 181). Validitet refererer til i hvilken grad konklusjonene i studiet som er gjennomført er objektive og velbegrunnet, og i hvilken grad studien måler det en har ment å måle (Polit & Beck, 2017, p. 207). Reliabilitet handler om nøyaktighet ved studien, i hvilken grad den er fri for målefeil og gjennomført på en måte som har skapt tillit (Polit & Beck, 2017, p. 316).

For å oppnå troverdighet i studien vår har vi gjort rede for alle ledd i forskningsprosessen og samtidig lagt frem egen for forståelse og perspektiv for å sikre åpenhet (Thagaard, 2018, pp. 181-189). Vi har redegjort for utvalg, datasamling og analyse. I tillegg er det gjennomført en vurdering av anvendbarheten ved forskningen til slutt i oppgaven (Malterud, 2017b). For å få et bredt utvalg baserer studien seg på intervju av kvinner fra flere ulike kommuner. I forkant av intervjuene hadde vi utarbeidet en intervjuguide der vi var bevisst på å bruke åpne spørsmål. I situasjoner hvor vi ønsket mer utfyllende svar, ikke helt forstod eller var usikre på det kvinnene svarte, hadde vi forberedt oppfølgings spørsmål. For å sikre felles forståelse på svarene kvinnene ga, oppsummerte vi underveis i intervjuene. Vi brukte båndopptaker under intervjuene og ivaretok dermed påliteligheten. For å sikre at informasjonen vi fikk under intervjuene ble tatt opp og av god kvalitet, valgte vi å bruke to båndopptakere. I forbindelse med transkriberingen brukte vi bare materiale fra den ene båndopptakeren som hadde best lyd. Opptakene fra intervjuene ble hørt på mange ganger i tillegg til å lese det transkriberte materialet. Våre veiledere har og hørt gjennom deler av materialet og bekreftet at materialet vi hadde fått var gjenkjennbart ut fra tidligere studier om temaet. Empirien fra litteraturen vi har funnet støtter opp under dette, og i tillegg har vi og funnet litteratur på det motsatte, noe som viser gyldighet og påliteligheten til våre funn (Malterud, 2017b, pp. 41-42). Vi har diskutert våre funn opp mot forskning som er gjort tidligere og kunnskap som var relevant for temaet. I tillegg har vi vurdert styrker og svakheter i studien på slutten av oppgaven. Intervjuene valgte vi å gjøre individuelt i stedet for fokusgruppe med tanke på sensitiviteten i temaet, noe som øker troverdigheten. For å gjøre analyseprosessen så gjennomsiiktig som mulig har vi lagt med eksempel på analyseprosessen (vedlegg 1 og 2).

3.6 Klargjøring av for forståelse

Som forskere vil vår erfaring som jordmødre påvirke alt det som skrives i oppgaven, hvordan vi tolker og forstår det kvinnene har beskrevet. Vi skal på best mulig måte formidle hva kvinnene vi intervjuet

har sagt og legge til side vår erfaring og opplevelse. Vår forforståelse blir derfor beskrevet slik at leser får kunnskap om den (Malterud, 2017b, pp. 41-42).

Grunnlaget for våre erfaringer er at vi begge er utdannet jordmødre og har over 20 års erfaring som jordmødre i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Over de siste 10 år har vi jobbet som jordmødre i kommunehelsetjenesten i mellomstore kommuner på Vestlandet. Vi jobber ikke i samme kommune, men i kommuner som kan sammenlignes med hverandre. Begge er mødre og har født egne barn, men ingen av oss har personlig erfaring med fødselsangst. Gjennom vår praksis har vi møtt mange kvinner med fødselsangst og deres familier, både i fødsel og til samtaler som jordmor i kommunen. Kunnskapen vi har fått gjennom oppfølging av kvinner med fødselsangst, har gitt oss erfaring til å samtale med dem. Alle kvinner og deres familier vi har møtt har hatt ulik erfaring med hvordan fødselsangsten arter seg. Det er likevel noen felles trekk som gjør at vi over år har fått god erfaring og trygghet i å ha støttesamtaler med disse kvinnene.

Intervjuene har gitt oss noen sterke historier og møter med kvinner som har erfaringer fra opplevelser som har påvirket dem på mange forskjellige måter. Alle kvinnene vi intervjuet hadde fått både skriftlig og muntlig informasjon om at vi begge var jordmødre med lang erfaring. Flere av dem fortalte at det følte godt at vi var jordmødre og hadde erfaring med den type samtaler av kvinner med fødselsangst. De beskrev at de da kunne føle seg trygge, og dersom de fikk emosjonelle følelser og trengte å gråte, kunne de "slippe følelsene fri".

3.7 Forskningsetiske vurderinger

Helsinki-deklarasjonen fremhever at det legges vekt på frivillighet, informasjon og vern om integritet, i tillegg legges det særlig vekt på hvordan en skal beskytte ekstra sårbare grupper som deltar i forskning (Helsinki, 2013). Medisinsk forskning er regulert av norske lover og forskrifter for å beskytte mennesker. Etiske retningslinjer som gjør seg gjeldene i denne oppgaven er: informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Lovdata, 2008). Etiske utfordringer knyttet til kvalitative studier skal vi som forskere være ekstra forsiktige og oppmerksomme på (Malterud, 2017b, p. 211). Gjenkjennbare data som navn, steder og spesielle tiltak som enkelte kommuner tilbydde, anonymisert og erstattet (Thagaard, 2018). Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien, og de signerte samtykkeerklæring før intervjuene ble gjennomført. Informasjon ble gitt om studiens hensikt, frivillig deltakelse, datamateriale og at behandlingen av materiale ble behandlet konfidensielt, og at de når som helst kunne trekke sin deltakelse uten å oppgi grunn (Malterud, 2017b, pp. 214-215).

Studien vår inneholder persondata og helseforskning og vi måtte derfor søke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk senter for forskningsdata (NSD), (Malterud, 2017a, p. 211). Å få svar fra REK og NSD tok svært lang tid. Vi søkte REK juni 2021 og fikk raskt svar at søknaden ble behandlet i august 2021. Vi fikk svar fra REK i september 2021 om at studien ble godkjent mot at noen endringer ble gjort. Endringene omhandlet at alle kvinner vi intervjuet skulle få tilbud om en oppfølgingssamtale dersom de hadde behov. De måtte få betenkningstid før de takket ja til å delta og kvinnen skulle rekrutteres av kommunejordmødre. Det manglet noen telefonnummer på infoskrivet og det måtte komme tydelig frem i informasjonsskrivet at vi var studenter og ikke forskere. I tillegg måtte det komme tydelig frem i infoskrivet at intervjuene omhandlet et forskningsprosjekt og ikke var en del av den ordinære oppfølgingen hos jordmor. Endringene ble gjort og nytt informasjonsskriv ble sendt til REK og endelig godkjent i slutten september 2021 (vedlegg 4). Studien ble søkt til Norsk senter for forskningsdata i slutten av september 2021 og godkjent i november 2021 (vedlegg 5).

De innhentede personopplysninger i form av skriftlige materiale og lydopptak fra intervjuene ble oppbevart og lagret på forskningsserver ved Høgskulen på Vestlandet, der bare oss to studenter og våre veiledere hadde tilgang (HVL). Regelverket setter strenge krav til både lagring, håndtering og destruering av slike persondata (Lovdata, 2008). Etter prosjektslutt skal opplysningene oppbevares i fem år av dokumentasjonshensyn. Forskningsetiske hensyn ble kontinuerlig vurdert gjennom hele forskningsprosessen, slik at deltakerne ble ivaretatt best mulig og at studien vår kan bidra til ny og verdifull innsikt og kunnskap for personer, grupper og samfunn (Helsinki, 2013).

4.Studiens funn

Funn vi gjorde etter å ha gjennomført innholdsanalyse vil bli presentert i dette kapitlet. Vi satt igjen med tre tema som er knyttet opp til kvinner med fødselsangst sine erfaringer i forberedelsen til vaginal fødsel: 1) En tilgjengelig jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen som gir tilpasset individuell oppfølging, 2) Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel gjorde kvinnen sårbar i møte med helsevesenet, 3) Fødeplan var et redskap for å få skrevet ned behov og få formidlet dem, se tabell 1.

Tabell 1 Oversikt over tema

En tilgjengelig jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen som gir tilpasset individuell oppfølging	<ul style="list-style-type: none">- De gode møtene- Kjent jordmor
Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel gjorde kvinnen sårbar i møte med helsevesenet	<ul style="list-style-type: none">- Den vonde fødselsopplevelsen- Det var vanskelig å ikke ha kontroll- Det var utfordringer i møte med helsevesenet
Fødeplan var et redskap for å få skrevet ned behov og få formidle dem	<ul style="list-style-type: none">- Det var godt å skrive ned tanker og følelser- Det var en måte å formidle informasjon på

4.1 En tilgjengelig jordmortjeneste i svangerskapsomsorgen som gir tilpasset individuell oppfølging

Alle kvinnene vi intervjuet ønsket og fikk oppfølging av kommunejordmor i svangerskapet. De forteller at jordmor var tilgjengelig, lett å komme i kontakt med og hadde tid når de hadde behov for samtale. De fleste hadde fysiske plager som gjorde at de ble mer engstelige og hadde derfor økt

behov for å snakke med jordmor. En kvinne forteller at når hun fikk plager som hjertebank, søvnproblemer, eller ble engstelig for barnet i magen, tok hun kontakt med jordmor, og samtalen gjorde at hun følte seg roligere og opplevde mer trygghet og kontroll.

“Det var godt å ha telefonnummer til jordmor og dersom jeg ikke fikk tak i henne med en gang så ringte hun meg opp igjen. Jeg hadde endel fysiske plager, var engstelig og gråt mye, klarte ikke å være en god mor for barnet vi hadde fra før. Da trengte jeg å snakke med jordmor og hadde støtt og stadig telefonsamtaler med henne, om det bare var 5 eller 10 minutter til dagen så hjalp det fryktelig godt og det var alfa og omega for meg” (kvinne #3).

De fleste fortalte at de opplevde at fastlegen hadde dårlig tid og var kun opptatt av å måle BT og sjekke urinen. Bare en av kvinnen valgt å gå til fastlege i tillegg til jordmor gjennom hele svangerskapet. De andre tok kun de nødvendige blodprøvene hos fastlege og fikk resten av oppfølgingen hos jordmor.

“Jeg føler ikke at fastlegen tar seg tid nok til den enkelte. Jeg tok bare blodprøver hos legen og resten av oppfølgingen tok jeg hos jordmor” (kvinne #3).

Alle kvinnene forteller at de hadde oppfølging av samme jordmor gjennom hele svangerskapet. Det at hun var kjent hadde stor betydning, det var godt og forutsigbart. Noen beskriver at de i tillegg hadde hatt oppfølging av samme jordmor i tidligere svangerskap og det var godt å komme til en jordmor som kjente dem fra før.

“Jeg gikk til samme jordmor begge ganger, hun fulgte meg opp også etter forrige fødsel. I dette svangerskapet husket hun meg igjen og spurte tidlig hvordan jeg hadde det i forhold til hvordan det gikk sist. Det var en tøff tårn sist, sa hun til meg. Det var veldig greit, og jeg følte meg sett” (kvinne #1).

Flere av kvinnene i vår studie som ble henvist til spesialisthelsetjenesten opplevde at enkelte helsepersonell ikke følte noen forpliktelser for dem, og avtaler de tidligere hadde inngått ble brutt. Flere beskriver utfordringer i møte med enkelte helsepersonell, som å ikke å vite hvem de skulle møte og at helsepersonell hadde ikke kjennskap til dem. En kvinne sa at hun måtte fortelle sin historie på nytt og på nytt hele tiden. En annen av kvinnene opplevde at hun måtte kjempe mot det hun oppfatter som et «system», noe som påførte henne ekstra belastning og skapte utrygghet.

“Du vet ikke hvem du treffer, på hver kontroll på sykehuset traff jeg alltid en ny person og måtte begynne å fortelle alt på ny igjen, jeg skulle ønske at jeg traff samme person. Jeg var så sliten og klarte ikke å ta flere kamper, jeg var så sliten. Jeg satt på kontoret og hadde egentlig mye på hjertet,

men ble sittende å bare gråte uten lyd, jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre, jeg var bare helt stum. Jeg var så sliten av å alltid kjempe” (kvinne #5).

Det å ha en kjent jordmor på konsultasjoner eller i fødsel hadde gitt dem mer trygghet og kontroll, sier flere av kvinnene. De ser at de forstod det ville vært vanskelig å gjennomføre, men forteller samtidig at de ville følt seg tryggere i fødsel dersom de hadde en kjent jordmor, eller en de hadde møtt før som visste hva de hadde snakket om. En av kvinnene fortalte at hun hadde vært til oppfølging på sykehuset flere ganger i svangerskapet, hun opplevde ro når hun møtte en jordmor hun hadde snakket med tidligere.

“Jeg hadde vært på mange undersøkelser inne på sykehuset i slutten av svangerskapet. Jeg traff en jordmor jeg hadde møtt før, hun kjente meg igjen og jeg visste at hun hadde kontroll, hun ga meg trygghet og tydelig beskjed og da kjente jeg at nå kan jeg slappe av” (kvinne #3).

4.2 Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel gjorde kvinnen sårbar i møte med helsevesenet

Fem av de seks kvinnene vi intervjuet hadde traumatiske opplevelser ved sist fødsel. De fortalte at det var opplevelser i forbindelse med forrige fødsel som bidro til at de nå hadde utviklet fødselsangst. De fleste kvinnene sa at de traumatiske opplevelsene fra forrige fødsel kom tilbake etter at de ble gravid på nytt. De fortalte at det var vanskelig å legge disse opplevelsene bak seg, noe som førte til usikkerhet om en ny fødsel og hva det kunne innebære for dem.

«Jeg var redd for at det skulle bli som sist ... komplikasjoner og opplevelser i sist fødsel førte til at jeg hadde mye plager og lite energi til å ta meg av barnet i barseltiden» (kvinne #1).

Kvinnene fortalte at de hadde behov for å snakke med helsepersonell om forrige fødsel, og at de trengte bekreftelser på egne opplevelser og en oppklaring av hva som egentlig hadde skjedd.

“Følelsen av å bli overstyrt. De forhørte seg ikke med meg før de gjorde ting, sånn med epidural for eksempel, den bare satt de uten å spør» (kvinne #3).

De fleste klarte å legge fra seg usikkerheten en stund, men beskrev at de trengte å snakke mer om dette senere i svangerskapet. Kvinnene fortalte at samtalene med jordmor ikke bare bidro til å bearbeide tidligere fødselsopplevelser, men også hjalp dem til å foreta valg om hvordan de ønsket den kommende fødselen.

“Vi gikk derfor gjennom forrige fødsel ganske tidlig i svangerskapet, leste journalen og så på hva det stod der. Vi hadde mange samtaler om forrige fødsel og hva jeg ønsket denne gang” (kvinne #1).

Kvinnene fortalte at selv om samtaleene ikke tok bort angsten og redselen, bidro det til en følelse av kontroll som ble opplevd som viktig for å mestre den forestående fødselen.

“Så redselen sitter jo i, du blir jo ikke kvitt den, men det å på en måte klare å temme følelsen nok til å klare å stå i det” (kvinne #5).

Kvinnene fortalte også at tidligere negative opplevelser i møte med helsepersonell førte til at de hadde behov å være forberedt og selv å bestemme hvordan de ville ha det i dette svangerskapet. Fem av de seks kvinnene ønsket igangsettelse av kommende fødsel på bakgrunn av sine negative fødselsopplevelser.

“Når jeg ble gravid med nummer to så var det litt den der ... nå vil jeg bestemme hvordan jeg vil ha det og det er ingen som skal styre det for meg” (kvinne #3).

Noen av kvinnene opplevde i tillegg å møte negative holdninger fra helsepersonell, og at enkelte helsepersonell bagatelliserte følelsen de hadde når de fortalte om sin angst. En kvinne fortalte at helsepersonell på sykehuset ikke så noen grunn til at hun skulle ha fødselsangst fordi hun hadde født normalt tidligere. Henvisningen ble avslått. Dette ble en situasjon for kvinnen hvor hun ikke følte seg hverken sett eller hørt, og hun opplevde å miste kontrollen. For henne skapte dette mer stress og uro, og hennes tillitt til helsepersonalet ble svekket.

“De forstod ikke hva jeg prøvde å komme frem til og hva jeg hadde angst for.» (kvinne #2).

Flere av kvinnene ble avvist i forhold til ønsket om å bli satt i gang, og det var vanskelig for dem å argumentere for igangsettelse med bakgrunn i sin fødselsangst.

“De hørte til slutt på meg og jeg visste at jeg ikke skulle måtte gå over termin, det var det som reddet alt” (kvinne #2).

4.3 Kvinnene skrev ned tanker og følelser i en fødeplan og det ble viktig at helsepersonell leste og tok hensyn til den.

Kvinnene forteller at det ble viktig å lage en fødeplan tidlig i svangerskapet, og at de hadde stort utbytte av å skrive en fødeplan. Fødeplanen var et hjelpemiddel der de reflekterte over hvilke valg de ønsket seg før og under fødselen, og det hjalp å skrive ned sine tanker om egne følelser og behov. Innholdet i planen kunne variere, men de fleste sier at det ble en del av bearbeidingen av den

tidligere traumatiske fødselsopplevelsen, og de formidlet at å ha en fødeplan gav dem mer kontroll i dette svangerskapet. En kvinne skrev notater hjemme for seg selv, mens andre fikk hjelp av jordmor i kommunen med å konkretisere og skrive mer detaljert om hvilken informasjon de hadde behov for.

Tema som ble viktig å formidle i fødeplanen var beskrivelser av tidligere fødselsopplevelser, ønsker om å bli dekket til, å få tidlig epidural, få informasjon og tydelige beskjeder om det som skulle skje underveis og betydningen av det å bli hørt. Det ble viktig for flere å få med en dato for igangsettelse, eller å få fram ønske om ikke mer undersøkelser enn nødvendig. Noen ønsket ikke å ha med legestudent, men de kunne ha med jordmor student.

“Først skrev jeg notater hjemme om hva som var viktig for meg og hva jeg trengte. Jeg trengte å skrive det ned og ikke bare snakke om det. Jordmor hjalp meg å skrive og formulerte det slik at det var mest mulig hensiktsmessig. Det stod at jeg vil bli hørt under fødsel, at det jeg sier betyr noe og at jeg vil ha god informasjon” (kvinne #5).

Fødeplanen var en måte å formidle informasjon på og ble brukt på forskjellige måter. Den reflekterte noe av kvinnenes personlige historie og ble brukt som et kommunikasjonsverktøy mellom dem og helsepersonell som skulle hjelpe på sykehuset. Kvinnene forteller at fødeplanen sikret at helsepersonell som skulle hjelpe fikk informasjon slik at kvinnene fikk den støtten de trengte. Da kunne de føle seg trygge. Flere beskrev at det kjentes godt at planen lå i journalen.

“Jeg følte at nå har jeg laget en plan, den lå i journalen og sykehuset har godkjent den, da har de faktisk hørt på meg” (kvinne #1).

På tross av at planen var laget og lå i journalen, opplevde flere at planen ikke ble lest og tatt hensyn til ved kontroller på sykehuset. Enkelte fikk en følelse at planen ikke hadde noe betydning, og det ga dem mer angst. De fleste måtte sikre seg at helsepersonell kjente til planen, og det ble derfor notert at de hadde en fødeplan på helsekortet i tillegg til at de hadde med seg en papirutgave. De fleste opplyste i tillegg at de hadde en plan til helsepersonell når de kom til kontroller på sykehuset.

“Jeg hadde skrevet en plan, den var ikke lang en gang, men ingen leser det. Vi har gjort mye arbeid med planen og det er ingen som hører på meg allikevel” (kvinne #5).

Selv om de opplevde at planen ikke ble lest og tatt hensyn til, sier alle kvinnene at de ville ha skrevet samme plan om igjen dersom de skulle bli gravid på nytt.

“Dersom jeg hadde blitt gravid på nytt igjen, ville jeg sendt inn samme fødeplan, men jeg ville nok ikke vært så redd som sist. Opplevelsene sitter i bakhodet og jeg vet hva som har skjedd tidligere. Jeg

ville nok ikke kalt at jeg har fødselsangst etter denne fødselen, men jeg er bekymret for om det som skjedde første gang kunne skje igjen” (kvinne #1).

5.Diskusjon

I dette kapittelet blir våre funn i studien diskutert opp mot tidligere forskning og teori, i tillegg blir metodens styrker og svakheter diskutert. Intervjuene resulterte i tre temaer som omhandlet: 1) Oppfølging av jordmor i svangerskapsomsorgen. 2) Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel. 3) Fødeplan som verktøy.

5.1 Oppfølging av jordmor i svangerskapsomsorgen

Kvinner med fødselsangst har behov for en tilgjengelig og kjent jordmor. At jordmor var tilgjengelig for kvinnene betydde blant annet at de fikk telefonnummeret hennes og enkelt fikk time når de hadde behov. En av kvinnene i vår studie forteller at hun støtt og stadig hadde telefonsamtaler med jordmor når hun fikk fysiske plager og var engstelig. Hvordan kvinnene opplever frykten, og at stress symptomer hadde innvirkning på deres daglige liv, bekreftes i en systematisk metasyntese (H. Wigert et al., 2020). Når kvinnene refererte til tilgjengelighet, så kunne det blant annet handle om at en kort telefonsamtale med jordmor kunne hjelpe henne i hverdagen. Dette er i tråd med Regjeringens ønsker om en tilgjengelig jordmortjeneste ut fra brukernes behov (St.meld.nr.12 & Departement, 2008-2009). To studier bekrefter blant annet at kvinner med fødselsangst har behov for mer oppfølging og oppsøker helsetjenesten oftere (M. A. O'Connell et al., 2021; Räisänen et al., 2013).

I Norge kan kvinnen selv velge om hun vil ha oppfølging hos jordmor eller lege i kommunen (Helsedirektoratet, 2018b). Tilgjengeligheten for kvinnene i vår studie handlet også om tiden helsepersonell hadde til dem. Alle kvinnene fikk oppfølging av jordmor. De fortalte at legen ikke tok seg nok tid, og at de derfor bare valgt å ta blodprøver der og tok resten av oppfølging hos jordmor. En tverrsnittstudie av Hall et al. viser at færre kvinner som går til fødselslege rapporterte om alvorlig frykt for fødsel enn de som går til jordmor (Hall et al., 2009). Hensikten med studien var å utforske kvinners nivå av fødselsangst, søvnmangel og tretthet i løpet av 3. trimester i svangerskapet. Christiaens et al., konkluderte i en annen studie at fødselsleger bør være mer oppmerksomme på problemet med fødselsangst i møte med kvinner (Christiaens, Van De Velde, & Bracke, 2011). Denne studien bestod av 833 kvinner fra Nederland og Belgia og ble gjennomført ved hjelp av et spørreskjema som ble delt ut i svangerskapsuke 30.

Alle kvinnene i vår studie hadde fått oppfølging av samme jordmor gjennom hele svangerskapet, i tillegg hadde noen hatt den samme jordmor i tidligere svangerskap. En kvinne forteller at jordmor kjente henne fra før og det hun hadde opplevd tidligere, hun følte seg møtt og sett. Kvinnene i en

studie gjort av Rami og Tangerud, vektla også kontinuitet, trygghet og kjent jordmor som betydningsfullt for mestringsevnen der angsten står i fokus (Ramvi & Tangerud, 2011). Kvinner i vår studie opplevde at det var godt at jordmor i svangerskapet var kjent i motsetning til når de kom til spesialisthelsetjenesten, der visste de ikke hvem de traff. En kvinne opplevde å stadig møte ukjent helsepersonell og det var slitsomt å fortelle alt på nytt igjen, hun skulle ønske hun traff samme person. En metaanalyse (Perriman, Davis, & Ferguson, 2018) gjennomført i Australia, England, New Zealand, USA og Danmark fra 2006-2016, beskriver at forholdet til jordmor ble viktig og hadde betydning for praksis og utvikling av omsorgstilbudet til kvinnene med bruk av modellen, Continuity of care.

I følge Antonovsky (Antonovsky & Sjøbu, 2012) er det følelsen av sammenheng som påvirker forståelsen, det vil her si hvordan kvinnene klarer å organisere det de utsettes for slik at det blir forståelig for dem. Gjennom å vurdere hva kvinnene har behov for, tilpasset jordmor oppfølgingen og gjorde seg tilgjengelig og ga støtte når plagene til kvinnene oppstod og de hadde behov for samtale. En studie (Sjostrom, Langius-Eklof, & Hjertberg, 2004) viser at jordmor jobber salutogenetisk når hun klarer å vurdere kvinnenes individuelle behov for oppfølging under svangerskapet. En av kvinnene forteller at jordmor til og med kom på hjemmebesøk ukentlig når hun ikke klarte å komme til helsestasjon på konsultasjon.

Det å ha møtt jordmor som skulle være med på fødsel i forkant ville opplevdes som trygt, forteller enkelte av kvinnene i vår studie. Vi tolker at kvinnene i vår studie etterlyser en sammenheng i jordmortjenesten. Utfra våre kvinners ønsker ville denne modellen gitt garanti for å møte samme jordmor i svangerskap og fødsel, og de hadde sluppet å fortelle sine historier til flere enn nødvendig (Sandall et al., 2016). En studie fra Sverige indikerer at det å ha tilgang til en kjent jordmor kan ha innvirkning på kvinnens fødselsopplevelse og kvinner rapporterte om en mer positiv fødselsopplevelse, informasjon, beslutningstaking og kontroll var høyere når man hadde en kjent jordmor (Hildingsson, Rubertsson, Karlström, & Haines, 2019). Retningslinjene for svangerskapsomsorgen i Norge (2018) og St.meld.12 «en helhetlig svangerskapsomsorg» (2008-2009) anbefaler at kvinnene møter så få fagpersoner som mulig (Helsedirektoratet, 2018b; Meld.St.12, 2008-2009). En helhetlig svangerskapsomsorg er delvis utprøvd ved Helgelandskysten i Sandnessjøen der de leide ut jordmødre til små nabokommuner som hadde oppfølging både i svangerskap og barseltiden. Gjennomføringen viste seg å være vanskelig og det ble ikke lagt til rette for å følge kvinnene i fødsel og det var bare tilfeldig om kjent jordmor var på jobb når kvinnen skulle føde (Mortensen, 2021). En narrativ review fra Australia (Homer, 2016) har vist at det kan være utfordrende å få til en endring av praksis. Dersom modellen skal innføres vil det kreve

langtidsplanlegging og en omlegging av ressurser for å sikre at kvinnene har tilgang på tilstrekkelig antall jordmødre.

Kvinnene i vår studie ønsker oppfølging i svangerskapet av jordmor i kommunen, de forteller at jordmor var lett å få tak i og hadde tid til dem. Samtidig etterlyser de en sammenhengende tjeneste der de ønsker å møte kjent jordmor i svangerskap- fødsel og barseltid, som de forteller ville gitt dem mer trygghet.

5.2 Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel

Kvinnene i vår studie gav uttrykk for at de hadde behov for å bearbeide tidligere traumatiske opplevelser i fødsel. Fødselsangsten for de fleste var relatert til tidligere traumatiske fødselsopplevelser, og den ble aktivert i forbindelse med et nytt svangerskapet. Brudal (Brudal, 2000, pp. 64-66) beskriver at tidligere traumatiske fødsler kan føre til fødselsangst ved neste graviditet dersom man ikke får snakket om det. Dette samsvarer med en systematisk oversikt som viste at for flergangsfødende var den sterkeste predikatoren for frykt en tidligere negativ opplevelse (Dencker et al., 2019). Videre fortalte kvinnene at frykten for at negative hendelser skulle gjentas skapte en usikkerhet om hva den kommende fødselen kunne føre med seg, og at tanker om negative opplevelsene ble vanskelig å legge bak seg (Dencker et al., 2019). De samme funn viser en fenomenologisk studie gjennomført på andregangsfødende kvinner fra Sverige (Christina Nilsson, Bondas, & Lundgren, 2010b). Deres funn viste at kvinners tidligere erfaringer med en traumatiske fødsler var sentral i deres frykt for fødsel. Andre studier viser og at tidligere erfaringer hadde stor innflytelse og relateres til plager i senere svangerskap (Karlström, Nystedt, & Hildingsson, 2015; Christina Nilsson et al., 2010a). Behovet for å snakke om tidligere opplevelser var vedvarende gjennom hele svangerskapet, ga alle kvinnene i vår studie uttrykk for, og for noen økte behovet for støttesamtaler når fødselen nærmet seg. Beck og Watson beskrev i en studie hvordan kvinner hadde det i svangerskapet etter en tidligere opplevd traumatisk fødsel (Beck & Watson, 2010). Studien viste at kvinnene hadde behov for å snakke om og bearbeide tidligere traumatiske fødsler for å bli klar til neste svangerskap. De tidligere fødselsopplevelsene preget kvinnene i vår studie på flere ulike måter. Hos en av dem kom tvilen tidlig om vaginal fødsel var det beste alternativet for henne, eller om hun heller skulle bestille keisersnitt. Hun valgte til slutt vaginal fødsel. I tråd med våre funn viser en studie at kvinner som fikk bearbeide den traumatiske fødselsopplevelsen gjennom graviditeten ved å få støtte og samtaler, valgte å føde vaginalt i stedet for keisersnitt (Sjögren, 1997). Samtalene med jordmor gjorde at våre kvinner tok mer aktivt del i planleggingen med tanke på ønsker for fødsel, og ved å bearbeide negative opplevelser opplevde de å redusere frykten. De forteller om en

følelse av økt medvirkning, noe som framstod som viktig for å redusere eller håndtere fødselsangsten. O'Connell et al. fant og i en metasyntese at kvinnene hadde behov for å ta kontroll og være medbestemmende i avgjørelser for å få eierskap til fødselen (M. A. O'Connell et al., 2021).

En av kvinnene i studien opplevde å møte negative holdninger fra helsevesenet når hun fortalte om sin angst. Utsagn og meninger fra helsepersonell ble av henne oppfattet som bagatelliseringer eller virkelighetsbeskrivelser hun ikke kjente seg igjen i, til tross for at hun forklarte sin situasjon så godt hun kunne. Hun fortalte at hun var redd for å føde, men ble ikke møtt på denne følelsen. Brudal (2000) sier at helsepersonell kan bagatellisere de følelsene kvinnen har, for eksempel ved å si at angsten er en del av det å skulle føde eller dele ut en brosjyre som omhandler teamet fødselsangst (Brudal, 2000, p. 49). Det samsvarer med en engelsk kvalitativ studie som fant at situasjoner kvinner med fødselsangst fryktet var å ikke bli hørt eller bli tatt med i viktige beslutningsprosesser. Studien omfattet både første- og flergangsfødende kvinner og det var flergangsfødende som i hovedsak påpekte dette (Slade, Balling, Sheen, & Houghton, 2019). I likhet med kvinnene i vår studie, hadde også disse kvinnene skrevet fødeplan og snakket om ønsker og behov knyttet til fødselen, men likevel fryktet de at deres ønsker ikke skulle bli ivarettatt i prosessen.

Den salutogene teorien bruker begrepene håndterbarhet om evnen til å ta i bruk egne ressurser, hvordan man tenker eller bearbeider informasjon, eller hvordan man motiveres eller engasjeres av det man møter i livet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Kvinnene i vår studie forteller at de har behov for å snakke om tidligere traumatiske fødselsopplevelser og usikkerhet knyttet til dette. En salutogen tilnærming vil være å tidligst mulig oppklare å hjelpe kvinnen til å gjøre situasjonene håndterbar. Samtaler om tidligere opplevelser bidrar til å oppklare og gjøre situasjonen mer forståelig (Walseth & Malterud, 2004). På den måten får kvinnen et bedre grunnlag til å medvirke og få innflytelse på en situasjon hun i utgangspunktet opplever som angstskapende.

Helsepersonell kan lett vurdere en fødsel som normal eller enkel dersom den i medisinsk forstand har forløpt uten komplikasjoner. Man legger da en medisinsk vurdering til grunn for avgjørelser uten å ta hensyn til kvinnens synspunkt. En kvalitativ studie (J. E. Moore, Low, Titler, Dalton, & Sampelle, 2014) ønsket å belyse hva som påvirker kvinners ønsker for å bli indusert. Kvinnene i denne studien ble intervjuet før og etter induksjon. Informerende og inkluderende beslutningsprosesser er viktige betingelser for god fødselsomsorg viser funn fra studien (J. E. Moore et al., 2014). Flere av kvinnene i vår studie hadde tidlig i svangerskapet et ønske å bli indusert. De opplevde at det å ha en tidsbestemt dato for induksjon ga dem følelse av trygghet og kontroll. Flere av kvinnene erfarte at det ikke var enkelt å få innvilget induksjon uten en tydelig medisinske grunn. En medisinsk vurdering kan formuleres slik: For å forhindre en medisinsk komplisert tilstand hos mor eller barn kan induksjon vurderes som tiltak av medisinsk helsepersonell (Lehmann, Baghestan, Børdahl, Muller Irgens, &

Rasmussen, 2019; Macsali et al., 2020). Det har imidlertid blitt mer vanlig at kvinnens egne ønsker vektlegges i større grad enn tidligere (Macsali et al., 2020), og det å få innvilget induksjon var en viktig avgjørelse, og til stor hjelp for kvinnene for å håndtere usikkerheten knyttet til fødsel med bakgrunn i sin fødselsangst (Macsali et al., 2020).

Kvinnene i vår studie hadde behov for å bearbeide sine tidligere fødselsopplevelser i sin forberedelse til kommende fødselen. Tidlig identifisering av traumatiske fødselsopplevelser kan være viktig for å kunne komme i gang med en god og tilrettelagt oppfølging av kvinner med fødselsangst (M. A. O'Connell, Khashan, & Leahy-Warren, 2020; Slade et al., 2019). Samtalene mellom jordmor og kvinnen startet tidlig i svangerskapet og handlet om å oppklare situasjoner og hendelser fra forrige fødsel i tillegg til å bearbeide de traumatiske opplevelsene. Samtalene bidro også til en bevisstgjøring av hvordan kvinnene ønsket oppfølging ved kommende fødselen. Jordmor jobber da i tråd med de yrkesetiske retningslinjene som skal bidra til å gi en faglig forsvarlig omsorg og hjelpe kvinnen til å uttrykke behov som angår egen helse (International Confederation of, 2004), og det kan betraktes som en salutogen tilnærming til kvinnens helse.

5.3 Fødeplan som verktøy

Kvinnene i vår studie hadde et behov for å skrive ned tanker og følelser i en fødeplan og at helsepersonell leste og tok hensyn til den. De refererte til fødeplanen som et nyttig verktøy for å forsikre seg at deres tanker, ønsker og behov ble ivaretatt både før, under og etter fødselen. Kvinnene gav uttrykk for at det ble viktig å lage fødeplanen tidlig i svangerskapet av flere grunner. De opplevde at å utforme fødeplanen bidro til å bearbeide tidligere traumatiske fødselsopplevelser. Dette samsvarer med en kvalitativ studie som viste at det å skrive ned tanker rundt frykten, enten som brev til seg selv eller andre, ble opplevd som nyttig og angstreduserende etter tidligere traumatiske fødselsopplevelser (Melender, 2002). Våre funn viser at ved å bearbeide tidligere traumatiske opplevelser gav kvinnene uttrykk for at de opplevde mer kontroll i dette svangerskapet. En kvinne fortalte at fødeplanen bidro til å dempe redselen for kommende fødsel og dersom hun skulle blitt gravid senere ville hun vært bekymret, men mest sannsynlig ikke definert frykten som fødselsangst.

Kvinnene i vår studie opplevde fødeplanen som et kommunikasjonsverktøy og et bindeledd mellom dem og de ulike instanser de møtte i svangerskapet. Å skrive fødeplanen ga mer trygghet, de slapp å forklare seg når fødselen var i gang og kvinnene visste at helsepersonellet hadde kjennskap til deres individuelle behov. En systematisk oversikt og metasyntese viste at å jobbe med en fødeplan retter fokus på fremtiden, noe som har vist seg å være hjelpsomt når en har fødselsangst (H. Wigert et al., 2020). Mange kvinner i vår studie hadde framtidrettede ønsker om fødselen, som å bli satt i gang på

et gitt tidspunkt, men å få dette innvilget opplevde de som vanskelig, noe som førte til usikkerhet og økt angst. En kvinne fortalte at hun følte seg misforstått og ikke hørt på, og avvisningen skapte mer angst. Noen av kvinnene hadde jobbet mye med fødeplanen og de ble frustrert når de opplevde at helsepersonell ikke hadde lest eller satt seg inn i fødeplanen. Det å oppleve vanskelig situasjon, fortalte flere av kvinnene, skapte mer usikkerhet og angst. En av kvinnene valgte derfor å skrive ut fødeplanen fysisk for å forsikre seg at den ble lest i møte med helsepersonell.

Kvinnene i vår studie opplevde fødeplanen som et hensiktsmessig verktøy og den gav dem mulighet til å fortelle sin personlige historie, samtidig som de planla og forberedte seg til fødsel. Å få hjelp av jordmor til å skrive en fødeplan gir også et innblikk i fødselens naturlige og psykologiske prosesser, og basert på kunnskap om normal fødsel får kvinnen mulighet til å reflektere over hva som kan hjelpe henne (Greer BSc Jean, 2014), viser en kvalitativ studie fra Storbritannia. Fødeplanen kan i tillegg være et godt verktøy for jordmor og de ulike helsepersonell som møter kvinnen i svangerskapet. Fødeplanen kan inneholde informasjon om tidligere traumer som kan ha betydning i fødselen. Samtidig kan fødeplanen hjelpe jordmor å se på kvinnen som et individ og på den måten behandler henne mer individuelt. I en hektisk hverdag på sykehuset kan jordmor raskt få et innblikk i kvinnens ønsker og behov for hjelp (Lothian, 2006).

En fødeplan kan føre til at kvinnen i større grad ansvarliggjøres, noe som gir henne medbestemmelsesrett i forhold til viktig avgjørelser knyttet til egen fødsel. På den måten kan man sette søkelys på kvinnens egne ressurser og styrker. Det å kunne bruke fødeplanen på mest mulig involverende måte støtter en salutogen tilnærming. Jordmor kan veilede kvinnen til å håndtere frykten ved å ha fokus på positive dialoger om normale fødsler istedenfor å ha fokus på risiko (Greer BSc Jean, 2014). En norsk kvalitativ studie viste at å være oppmerksom og fokusere på kvinnens individuelle kapasitet og styrker, synes å bidra til positive erfaringer med graviditet og fødsel (Dahlberg et al., 2016).

Kunnskapen jordmoren får om kvinnene kan hjelpe henne til å bedre samspillet og dialogen slik at hun kan informere og trygge kvinnene i deres evne til å føde og bli mor. En positiv fødselsopplevelse kan være med på å styrke kvinnes tro på seg selv (Dahlberg et al., 2016). Jordmor sine holdninger kan være med å påvirke kvinnen positivt ved å gi grundig informasjon for eksempel om fødselsforløpet. Når kvinnen arbeider med en fødeplan sammen med jordmoren, deler hun tanker og ideer noe som kan bidra til å utvikle tillit (Gulbrandsen, Aarseth, Aaby, & Valdal, 2004).

Selv om fødeplanen ble utformet og notert på helsekort for gravide og journal, ble den nødvendigvis ikke lest av helsepersonell, viser våre funn. Det er ikke enkelt å svare på hvorfor det ikke blir gjort, men en mulig årsak kan være at helsepersonellet ofte er presset på tid, og av den grunn ikke har

ruknet å forberede seg godt i møte med den gravide. En annen grunn kan være at tidspress også fører til at man ikke rekker å gå utenom fastsatte prosedyrer og derfor ikke er bevisst at dette kan være svært viktig for den gravide. Når kvinner blir henvist til spesialisthelsetjenesten er det derfor (Christina Nilsson et al., 2010a) viktig at hun blir tatt på alvor og at hennes behov for oppfølging blir gitt oppmerksomhet (Dahlberg et al., 2016). Man kan også tenke seg at helsepersonell ikke leser fødeplaner fordi de av ulike grunner har en negativ holdning til både den og "kravstore" gravide. En negativ innstilling til kvinnen kan være med å bidra til en negativ fødselsopplevelse (Lothian, 2006; H. Wigert et al., 2020).

Bruk av fødeplan i fødselen er ikke et ukjent verktøy. Den ble tatt i bruk allerede på 80 tallet. Formålet var også da at kvinnen skulle få den fødselen som hun ønsker seg (Lothian, 2006). Det ser ut til at kvinner med fødselsangst ser på fødeplanen som et viktig kommunikasjonsverktøy og et bindeledd mellom ulike helseinstanser. En fødeplan kan være med på å påvirke kvinnens graviditet på mange ulike nivå som, personlige forventninger, kvaliteten på samarbeidet mellom kvinnen og helsepersonell, samt involvering når beslutninger skal tas, og dette ansees som viktig faktorer for en positiv fødselsopplevelse. En positiv fødselsopplevelse kan føre til styrking av kvinnens selvtillit og kan føre til at hun får mindre fødselsangst i fremtiden (Dahlberg et al., 2016; H. Wigert et al., 2020).

5.4 Diskusjon av metode

Vårt forskningsspørsmål var å få dybdekunnskap om de erfaringer kvinner med fødselsangst hadde gjort seg i sin forberedelse til vaginal fødsel. For å belyse tema på en mest mulig utdypende mulig måte var det naturlig å ta i bruk en kvalitativ forskningsmetode med semistrukturerte individuelle intervju. Som intervjuere var vi selv aktive i forskingsprosessen og for at studien skal være pålitelig vil vi i dette kapittelet utdype våre refleksjoner og arbeidet vi gjorde med egen forforståelse, åpenhet og refleksiviteten i forhold til dette. Refleksivitet innebærer her at vi har vist evne og vilje til å sette spørsmålstegn ved eget arbeid og konklusjon som henger sammen med åpenheten og forforståelsen vår (Malterud, 2017b). Malterud (Malterud, 2017a, p. 44) fremhever at det er både fordeler og ulemper med forforståelse inn i et forskningsprosjekt. Utgangspunktet for vår forforståelse er at vi begge er jordmødre med erfaring både fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Vår bakgrunn gav oss en fordel ved at vi hadde kunnskap om temaet og lett kunne kommunisere om dette med kvinnene. Vi opplevde det som tillitsskapende og at det styrket intervju-situasjonen. Alle kvinnene vi intervjuet var informert om at vi var jordmødre og vårt inntrykk var at kvinnene opplevde det positivt. En kvinne fortalte av det var betryggende at vi hadde erfaring fra andre gravide med fødselsangst. Ut fra et forskningsståsted må en være bevisst på hvordan profesjonsbakgrunnen kan være med å påvirke uttalelser fra deltakere og hvordan en oppfatter det som blir fortalt (Malterud, 2017a, p.

136). Det at vi selv er kvinner og jordmødre kan føre til at kvinnene ubevisst forteller det de tror vi ønsker å høre, eller at de er redde for å snakke negativt om våre kollegaer. Vår oppfattelse er likevel at kvinnene vi har intervjuet har vært åpne og ærlige og fortalt fritt om hva de har erfart. Vi har derfor forsøkt å være bevisst på vår faglige bakgrunn og forforståelse, og at det kan være med på å påvirke måten vi tolke informasjon på. Erfaringen og tryggheten vi har som jordmødre i å snakke med gravide gjorde at intervjusituasjonen ikke opplevdes skremmende eller fremmed for oss, selv om konsultasjon hos jordmor er ulik en intervjusituasjon. På tross av det, hørte vi noen ganger i lydopptakene at vi gikk over i behandlerrolle og ut av intervjurollen, dette var noe vi diskuterte i etterkant av hvert intervju og var bevisst på i analyseprosessen. Malterud (Malterud, 2017a, p. 136) beskriver at det er motsetninger mellom forskningssamtalen og den kliniske samtalen. Det vil si at den kliniske dialogen er mer rette mot identifisering og løsning av kvinnenes problemer.

Ifølge Malterud (2017) er det viktig at intervjuobjektene føler seg komfortable, spesielt dersom intervjuet omhandler sensitive tema (Malterud, 2017a, pp. 137-138). Kvinnene i vår studie fikk derfor selv velge tidspunkt og hvor de ønsket at intervjuene skulle foregå. For å forsøke å skape en avslappende stemning, både før og etter intervjuet, snakket vi litt om barnet deres og hvordan hverdagen som foreldre var.

Utfordringen som gjelder vår forforståelse, var å sørge for at intervjuguiden var åpen nok og ikke preget av vår forforståelse. Vi hadde diskutert spørsmålene med veileder og ble anbefalt å gjennomføre et pilotintervju, og på den måten fikk vi innspill fra en utenforstående. Vi anser det som en styrke at vi gjennomførte piloten der vi fikk testet ut intervjuguiden, det førte til at vi la til et spørsmål om fødsel og fikk nyttige innspill til oppfølgingsspørsmål.

For å oppnå validitet i studien har vi gjort rede for alle ledd i forskningsprosessen, og samtidig belyst egen forforståelse og perspektiv for å sikre åpenhet (Thagaard, 2018, pp. 181-189). Vi anser også å ha ivaretatt åpenheten ved å spørre hvordan kvinnene opplevde å bli intervjuet, og på den måten var vi åpne ovenfor kvinnene om at vi ønsket ærlige tilbakemeldinger.

For å få et materiale som belyser forskningsspørsmålet vårt gjorde vi et strategisk utvalg på antall kvinner som ble intervjuet. Studien vår er liten og dersom vi hadde intervjuet flere kvinner kunne vi muligens fått andre svar. Vi anser det som en styrke at kvinnene har kommet med utfyllende informasjon, at de kommer fra flere kommuner og er rekruttert og har fått oppfølging av forskjellige jordmødre. Dersom mengden deltakere er for lite kan det være vanskelig å generalisere, og hvis antallet er for stort så vil materialet være omfattende og det være for liten tid til å gjennomføre en dypgående analyse. (Kvale et al., 2018, p. 148).

Populasjonen av kvinner med fødselsangst omfatter alt fra første til flergangsfødende. En svakhet i studien vår er at vi bare har intervjuet flergangsfødende, og vi hadde muligens fått andre funn

dersom førstegangsfødende var inkludert. Selv om studien bare innbefatter flergangsfødende og er liten, mener vi likevel at funnene som omhandler «kjent jordmor» og «fødeplanen» har overføringsverdi til førstegangsfødende.

6. Konklusjon og funnenes videre betydning

Målet med studien var å få mer kunnskap om flergangsfødende kvinner med fødselsangst sine behov for oppfølging i svangerskapet. Funnene viste at kvinnene hadde behov for:

- 1) En tilgjengelig svangerskapsomsorg som gir tilpasset individuell oppfølging. De opplevde at jordmor hadde tid til dem og var tilgjengelig. Det fikk enkelt kontakt med henne på telefon for å få en samtale eller en time når de hadde behov for det. Jordmor i kommunen kjente dem og det de hadde snakket om, noe som ga dem trygghet. Derimot skapte det utrygghet å ikke vite hvem de skulle møte på sykehuset, de kjente dem ikke og visste ikke hvilke behov de hadde. Kvinnene formidlet et ønske om en helhetlig svangerskap-, fødsel- og barselomsorg der de møter en kjent jordmor.
- 2) Traumatiske erfaringer i tidligere svangerskap og fødsel gjorde kvinnen sårbar i møte med helsevesenet. Kvinnene hadde behov for å bearbeide tidligere traumatiske fødselsopplevelser i forberedelsen til kommende fødsel. De hadde behov for å bli møtt og trodd på i forhold til fødselsangst og for å ha mer kontroll selv, ønsket fem av seks induksjoner av fødsel.
- 3) Fødeplan var et godt redskap for å få skrevet ned behov og få formidlet dem. Kvinnene fortalte at de hadde behov for å lege en fødeplan og at det var viktig at den ble lest og brukt av helsepersonell.

I våre funn ble vi overrasket over at årsaken til kvinnenenes fødselsangst hos fem av seks kvinner bunnet i tidligere traumatiske fødselsopplevelser og vonde møter med helsepersonell. I tillegg overrasket det oss at behovet for induksjon var så stort, og at kvinnene trengte induksjon for å håndtere angsten. Andre funn som kjent jordmor, bearbeiding av tidligere fødselsopplevelser og behovet for å skrive fødeplan ble derimot bekreftet ut fra våre erfaringer og var ikke uventede funn. Våre funn om hva kvinner med fødselsangst har behov for av oppfølging i svangerskapet samsvarer med tidligere forskning på temaet. Vi mener våre funn vil være overførbare til dagens praksis fordi det er med på å skape en mere bevissthet på hva kvinner med fødselsangst har behov for.

Litteraturliste

- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *119*(10), 1238-1246. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x
- Akbarzadeh, M., Toosi, M., Zare, N., & Sharif, F. (2011). Effect of learning attachment behaviors on anxiety and maternal fetal attachment in first pregnant women. *Evidence Based Care*, *1*, 21-34.
- Antonovsky, A., & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nurs Res*, *59*(4), 241-249. doi:10.1097/NNR.0b013e3181e501fd
- Brown, A., & Jordan, S. (2013). Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *J Adv Nurs*, *69*(4), 828-839. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06067.x
- Brudal, L. F. (2000). *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforl.
- Caughey, A. B., Sundaram, V., Kaimal, A. J., Cheng, Y. W., Gienger, A., Little, S. E., . . . Tran, S. H. (2009). Maternal and neonatal outcomes of elective induction of labor. *Evidence report/technology assessment*(176), 1.
- Christiaens, W., Van De Velde, S., & Bracke, P. (2011). Pregnant women's fear of childbirth in midwife-and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. *Women & health*, *51*(3), 220-239.
- Cork, F. C., Leahy-warren, P., Neill, S. M., & kashan, A. s. (2015). Worldwide prevalens of tocofopia: A systematic review and Meta Analysis. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/291792550 Worldwide prevalence of tocofobia A Systematic Review and Meta-Analysis](https://www.researchgate.net/publication/291792550_Worldwide_prevalence_of_tocophobia_A_Systematic_Review_and_Meta-Analysis)
- Cullberg, J., Malde, P., & Bureid, G. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis* (5. utg. ed.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M., & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *7*, 2-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., . . . Sparud-Lundin, C. (2019). Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, *32*(2), 99-111. doi:10.1016/j.wombi.2018.07.004
- Eriksson, C., Westman, G., & Hamberg, K. (2005). Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *26*(1), 63-72.
- Ferguson, S., Davis, D., & Browne, J. (2013). Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women Birth*, *26*(1), e5-e8. doi:10.1016/j.wombi.2012.09.003
- Folkehelseinstituttet. (2022). Koronavirus-temaside. Retrieved from <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/>
- Greer BSc Jean, R. (2014). 'Fear of childbirth'and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery*, *12*(3), 95.
- Gulbrandsen, P., Aarseth, J., Aaby, E., & Valdal, A. (2004). A birth plan--effects and evaluation. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *124*(23), 3055-3057.

- Hall, W. A., Hauck, Y. L., Carty, E. M., Hutton, E. K., Fenwick, J., & Stoll, K. (2009). Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 38(5), 567-576. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x
- Halvorsen, L., & Nerum, H. (2013). Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel-med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep.
- Halvorsen, L., Nerum, H., & Universitetet i Tromsø Det helsevitenskapelige, f. (2013). *Psykiske belastninger ved svangerskap og fødsel : med fokus på fødselsangst, ønske om keisersnitt og tidligere seksuelle overgrep*. Universitetet i Tromsø, Tromsø.
- Helsedirektoratet. (2018a). *Fødselsangst*. Retrieved from <https://www.helsenorge.no/fodsel/fodselsangst>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Svangerskapsomsorgen : nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsinki. (2013). Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Retrieved from <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen>.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/helsinkideklarasjonen>
- Henriksen, L., Borgen, A., Risløkken, J., & Lukasse, M. (2020). Fear of birth: Prevalence, counselling and method of birth at five obstetrical units in Norway. *Women Birth*, 33(1), 97-104. doi:10.1016/j.wombi.2018.11.008
- Hildingsson, I., Rubertsson, C., Karlström, A., & Haines, H. (2019). A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sex Reprod Healthc*, 21, 33-38. doi:10.1016/j.srhc.2019.06.004
- Homer, C. S. E. (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *Med J Aust*, 205(8), 370-374. doi:10.5694/mja16.00844
- HVL. HVL sin forskingsservar. Retrieved from <https://www.hvl.no/forskning/forskningsetikk/handtering-av-personopplysningar-og-helseforskningsdata/>
- International Confederation of, M. (2004). *Making pregnancy safer : the critical role of the skilled attendant : a joint statement by WHO, ICM and FIGO*.
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1), 251-251. doi:10.1186/s12884-015-0683-0
- Kjelsen, H. B. (2011). Støttesamtalens dynamikk. Retrieved from <https://napha.no/content.ap?thisId=14344&msckid=33438032a9d811ec87691153a9a59d6c>
- Kringeland, T., Daltveit, A. K., & Möller, A. (2009). What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health*, 37(4), 364-371. doi:10.1177/1403494809105027
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2018). Det kvalitative forskningsintervju (3. utg., 4. oppl. utg.). *Oslo: Gyldendal akademisk*.
- Larsson, B., Karlström, A., Rubertsson, C., & Hildingsson, I. (2015). The effects of counseling on fear of childbirth. In (Vol. 94, pp. 629).
- Lehmann, S., Baghestan, E., Børdahl, P. E., Muller Irgens, L., & Rasmussen, S. A. (2019). Trial of labor after cesarean section in risk pregnancies: A population-based cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 98(7), 894-904. doi:10.1111/aogs.13565
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Lothian, J. (2006). Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(2), 295-303. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x
- Lovdata. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Macsalí, F., Stangenes, K., Júlíusson, P. B., & Eriksen, S. W. (2020). fødselsnytt.

- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Meld.St.12. (2008-2009). *En gledelig begivenhet*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Melender, H.-L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of midwifery & women's health*, 47(4), 256-263.
- Moghaddam Hosseini, V., Nazarzadeh, M., & Jahanfar, S. (2018). Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth*, 31(4), 254-262. doi:10.1016/j.wombi.2017.10.007
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*(5), CD003519-CD003519. doi:10.1002/14651858.CD003519.pub3
- Moore, J. E., Low, L. K., Titler, M. G., Dalton, V. K., & Sampselle, C. M. (2014). Moving toward patient-centered care: Women's decisions, perceptions, and experiences of the induction of labor process. *Birth*, 41 2, 138-146.
- Mortensen, B. (2021). Sammenheng i jordmortjenesten gjør en forskjell - hva venter vi på i Norge? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 7(2), 109-115. doi:10.18261/issn.2387-5984-2021-02-10
- Murphy, H., & Strong, J. (2018). Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers' traumatic birth experiences. *Health Care Women Int*, 39(6), 619-643. doi:10.1080/07399332.2018.1442838
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010a). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 39(3), 298-309. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010b). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., . . . Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 28. doi:10.1186/s12884-018-1659-7
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., & Leahy-Warren, P. (2020). Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. doi:10.1016/j.wombi.2020.05.008
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., Leahy-Warren, P., Stewart, F., & O'Neill, S. M. (2021). Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7, CD013321. doi:10.1002/14651858.CD013321.pub2
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907-920. doi:10.1111/aogs.13138
- O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 96(8), 907-920. doi:10.1111/aogs.13138
- O'Connell, M. A., Khashan, A. S., & Leahy-Warren, P. (2021). Women's experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. *Women Birth*, 34(3), e309-e321. doi:10.1016/j.wombi.2020.05.008

- Perriman, N., Davis, D. L., & Ferguson, S. (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, *62*, 220-229. doi:10.1016/j.midw.2018.04.011
- Persson, E. K., & Dykes, A.-K. (2009). Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery*, *25*(4), 449-460. doi:10.1016/j.midw.2007.08.001
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Tenth edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Ramvi, E., & Tangerud, M. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nurs Health Sci*, *13*(3), 269-274. doi:10.1111/j.1442-2018.2011.00614.x
- Roghell, P. K., Robertson, E., & Urvik, C. K. (2016). samtaletilbud for gravide kvinner ved Fødeavdelingen Helgelandssykehuset, avd. Sandnessjøen.
- Rouhe, H., Salmela Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E., & Saisto, T. (2011). Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *118*.
- Ryding, E. L., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives counseling of pregnant women in fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *82*(1), 10-17. doi:10.1034/j.1600-0412.2003.820102.x
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R., & Heinonen, S. (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 51Q 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*, *3*.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *82*(3), 201-208. doi:10.1080/j.1600-0412.2003.00114.x
- Salomonsson, B., Wijma, K., & Alehagen, S. (2010). Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth. *Midwifery*, *26* 3, 327-337.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
- Sanni, K.-R., Eeva, E., Noora, S., Korhonen, L., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2022). The influence of maternal psychological distress on the mode of birth and duration of labor: findings from the FinnBrain Birth Cohort Study. *Archives of Women's Mental Health*, *25*, 1-10. doi:10.1007/s00737-022-01212-0
- Sjostrom, H., Langius-Eklof, A., & Hjertberg, R. (2004). Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, *83*(12), 1112-1118. doi:10.1111/j.0001-6349.2004.00153.x
- Sjögren, B. (1997). Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, *18*(4), 266-272. doi:10.3109/01674829709080698
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K., & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*, *19*(1), 96-96. doi:10.1186/s12884-019-2241-7
- St.meld.nr.12, & Departement, H. o. o. (2008-2009). En gledelig begivenhet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Stoll, K., Swift, E. M., Fairbrother, N., Nethery, E., & Janssen, P. (2018). A systematic review of nonpharmacological prenatal interventions for pregnancy-specific anxiety and fear of childbirth. *Birth*, *45*(1), 7-18. doi:10.1111/birt.12316
- Storksén, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *91*(2), 237-242. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x

- Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018). Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*, *61*, 97-115. doi:10.1016/j.midw.2018.02.013
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M., & Josefsson, A. N. N. (2012). Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, *91*(1), 44-49. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01242.x
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Voogand, M., Alehagen, S., & Salomonsson, B. (2020). The relationship between fear of childbirth and sense of coherence in women expecting their first child. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *26*, 100555.
- Walseth, L. T., & Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- WHO. (2015). *WHO statement on caesarean section rates*. Retrieved from https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/?amp=1&msclkid=86aa98c1af8411e
- WHO. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., . . . Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *15*(1), 1704484-1704484. doi:10.1080/17482631.2019.1704484
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., . . . Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *15*(1), 1704484. doi:10.1080/17482631.2019.1704484
- Wijma, K., Wijma, B., & Zar, M. (1998). Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, *19*(2), 84-97. doi:10.3109/01674829809048501

Vedlegg 1. Eksempel fra analyseprosessen

Trinn 1	Trinn 2	Trinn 3	Trinn 4	
Få et helhetsinntrykk, finne foreløpige tema	Finne meningsbærende enheter og sortere i kode- og subgrupper	Omgjorde og sammenfattet innholdet til kondensat i kunstig jeg form	Sammenfattet kondensatene til ny tekst for hver subgruppe	Ny analytisk tekst for kodegruppen
Verktøy for forberedelse/ fødeplan	<p>Kodegruppe Det var innholdet og formidlingen i fødeplanen....</p> <p>Subgruppe 1 Det var en måte å formidle informasjon på</p>	<p>Fødeplanen ble minn måte å kommunisere med de jeg skulle møte på sykehuset, jeg ønsket derfor at innholdet skulle bli formidlet på en best mulig måte. Den konkrete planen gjorde at jeg kunne slippe det litt, tenke mindre på det og da den var bekreftet mottatt fra sykehuset var det ikke noe mer jeg kunne gjøre og bekymringen ble mindre. Jeg følte meg trygg og det var min hånd ut til de som skulle hjelpe meg, som en sikkerhetsline. Planen lå i journalen og det kjentes godt å vite at den var der når jeg skulle inn å føde. Jeg opplevde som oftest at de hadde lest planen, de tok hensyn til mine ønsker da jeg var på kontroller, derimot opplevde jeg i noen av møtene at planen ikke ble lest og tatt hensyn til. Dette skapte en følelse av at planen ikke hadde betydning. Dette førte til at jeg måtte sikre at de kjente til planen og den ble derfor skrevet på helsekortet og jeg hadde en papirutgave</p>	<p>Kvinnene opplevde at fødeplanen var et godt kommunikasjonsverktøy mellom dem og sykehuset. Flere beskrev at det kjentes godt at planen lå i journalen, det gjorde at de kunne slippe det og de ble mindre bekymret. En av kvinnen beskrev at det var min hånd ut, som en sikkerhetsline til de som skulle hjelpe henne. Enkelte opplevde at planen ikke ble lest og tatt hensyn til når de var på kontroll på sykehuset. Dette skapte en følelse av at planen ikke hadde betydning. Dette førte til at de måtte sikre at de kjente til planen og den ble skrevet på helsekortet og de hadde en papirutgave som de tok med seg. I tillegg måtte de minne helsepersonell på at de hadde en fødeplan</p>	<p>Det var viktig å få skrevet ned behov og få formidlet dem.</p> <p>Mange av kvinnene snes at det var viktig å lage en fødeplan i svangerskapet, de sa at det hjalp å skrive ned tanker og følelser og ikke bare snakke om det. De fortalte at de ville skrevet samme plan på nytt dersom de ble gravid igjen. Innholdet i planen kunne variere, tema som ble viktig for kvinnene å formidle var blant annet dato for igangsettelse, informasjon, bli sett, hørt og møtt. Kvinnene opplevde at fødeplanen var et godt kommunikasjonsverktøy mellom dem og sykehuset. Flere beskrev at det kjentes godt at planen lå i journalen. En av kvinnene beskrev at det var min hånd ut, som en sikkerhetsline til de som skulle hjelpe henne. Derimot opplevde noen at planen ikke ble lest og tatt hensyn til når de var på kontroll på sykehuset. Det skapte mer angst og en følelse av at planen ikke hadde</p>

		<p>som jeg tok med. I tillegg måtte jeg minne dem på at jeg hadde en fødeplan.</p>		<p>betydning. Det førte til at de måtte sikre at helsepersonell kjente til planen og det ble derfor notert på helsekortet og de hadde en papirutgave som de tok med seg. I tillegg måtte de minne helsepersonell på at de hadde en fødeplan.</p>
	<p>Subgruppe 2 Det var godt å skrive ned tanker og følelser</p>	<p>Det ble viktig for meg å lege en fødeplan tidlig i svangerskapet. Jeg skrev notater hjemme for meg selv hva tenger jeg og hva som var viktig for meg. Det ble en bearbeiding for meg selv ved å skrive ned og ikke bare snakke om det. Jordmor i svangerskapsomsorgen hjelp meg å konkretisere og skrive mer detaljert. Ønskene som ble viktig for meg var blant annet: ønske om å bli dekket til, tidlig epidural, ønske om å bli hørt, og få informasjon, ønsket ikke legestudent, kunne ha med jordmor student, ønsket ikke mer undersøkelser enn nødvendig, at det jeg sier skal bety noe, det ble viktig å få en dato til igangsettelse, beskrivelse av tidligere fødselsopplevelser, ønsket tydelige beskjeder og det var viktig for meg å ha kontroll.</p>	<p>Mange kvinner synes det var viktig å lage en fødeplan i svangerskapet, de sa at det hjalp å skrive ned tanker og følelser og ikke bare snakke om det. Flere av kvinnen trengte hjelp av jordmor til å utforme en konkret fødeplan. Innholdet i planen kunne variere, tema som ble viktig å formidle var blant annet dato for igangsettelse, informasjon, bli sett, hørt og møtt.</p>	

Vedlegg 2. Analyseprosessen

Trinn 1: Første trinn handlet c					
Mål: Se etter foreløpig tema som går igjen i materialet, det bør avgrenses til 4-8 tema.					
Tema 1	Tema 2	Tema 3	Tema 4	Tema 5	Tema 6
Informasjon	Følelse av kontroll	Bli møtt, hørt og forstått	Fødselsopplevelse	Verktøy for forberedelse/ fødeplan	Møte med jordmor i svangerskapsomsorgen og med sykehuset
Trinn 2: Har sortert i ulike kodegrupper for å finne meningsbærende enheter					
Mål: Snevre inn materialet til omlag 3-5 kodegrupper				Trinn 3:	
Kodegruppe 1		Kodegruppe 2	Kodegruppe 3	Vi trekte ut informasjon som allerede var kodet i grupper, omgjorde og sammenfattet innholdet til kondensat i kunstig jeg form.	
Det var jordmor i svangerskapet som reddet alt....		Det er tøft å leve i usikkerhet...	Det var innholdet og formidlingen i fødeplanen....	Formålet var å gjennomfortelle og sette sammen innholdet i subgruppene basert på kvinnenes egne ord.	
Subgruppe 1		Subgruppe 1	Subgruppe 1		
De gode møtene		Den vonde fødselsopplevelsen	Det er godt å skrive ned tanker og følelser	Trinn 4:	
Subgruppe 2		Subgruppe 2	Subgruppe 2	Vi syntetiserte hver enkelt kodegruppe og undergrupper. Det vil si at vi sammenfattet kondensatene til en analytisk tekst for hver kode- og undergruppe. Vi illustrerte hovedfunnen ved gullsitater.	
Kjent jordmor		Det er vanskelig å ikke ha kontroll	Det var en måte å formidle informasjon på	Det har vært en dynamisk prosess der en har gått frem og tilbake mellom de forskjellige trinnene.	
		Subgruppe 3			
		Det var utfordringer i møte med helsepersonell			
Funn av trinn 4:					
En tilgjengelig jordmortjeneste som gir tilpasset individuell oppfølging		Tidligere erfaringer i svangerskapet og fødsel gjorde kvinnene sårbare i møte med helsevesenet	Det var viktig å få skrevet ned behov og få formidle dem		

Vedlegg 3. Svar fra REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Anna Stephansen	45008366	08.09.2021	282438

Vigdis Aasheim

Prosjektsøknad: Fødselsangst og vaginal fødsel
Søknadsnummer: 282438
Forskningsansvarlig institusjon: Høgskulen på Vestlandet

Prosjektsøknad godkjennes med vilkår

Søkers beskrivelse

Formålet med dette prosjektet er å få kunnskap om flergangsfødende kvinner med fødselsangst sine behov for oppfølging i svangerskapet, og hvordan jordmødre gjennom denne kunnskapen kan gi målrettede tiltak for denne brukergruppen. Problemstillingen er : «Hvilke erfaringer har flergangsfødende kvinner med fødselsangst med å forberede seg til vaginal fødsel?»

Kvinnene som skal inkluderes er flergangsfødende kvinner med fødselsangst som har født vaginalt i løpet av de to siste årene og som fikk ekstra oppfølging for sin fødselsangst i svangerskapet hos kommunal jordmor. Kvinnene må forstå og snakke norsk.

Prosjektet vil være nyttig for helsepersonell som møter kvinner med fødselsangst, samt nyttig for kvinner med fødselsangst som vil kunne motta mer målrettede tiltak for sin fødselsangst.

Vi viser til søknad mottatt 08.06.21 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i møtet 18.08.21. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

REKs vurdering

Det er en prospektiv, kvalitativ studie der to master studenter i jordmorfag ved HVL vil undersøke «Hvilke erfaringer har flergangsfødende kvinner med fødselsangst med å forberede seg til vaginal fødsel?»

Målet er å inkludere 4-7 kvinner som har født vaginalt en eller flere ganger før og som fikk ekstra oppfølging for sin fødselsangst i svangerskapet hos kommunal jordmor. Prosjektet

legger opp til kvalitative, individuelle, og semistrukturerte intervjuer med kvinner som melder sin interesse til å delta.

Beredskap

I søknaden står det følgende: *Dersom deltakerne har behov for oppfølging etter gjennomført intervju vil kvinnene få tilbud om oppfølging hos kommunejordmor eller henvises til kommunens akutte team.*

REK vest mener at alle bør få tilbud om en oppfølgingssamtale også kan de velge om de ønsker deg den.

Intervjuer

REK vest merker seg at spørsmålene er nærgående og går f.eks. på fødselsangst og forberedelser til fødsel. REK vest ber prosjektlederen om å vurdere om det ikke bør være noen med tyngre kompetanse, enn studenter, tilgjengelig under intervjuer i tilfelle det oppstår emosjonelt krevende situasjoner som kan være vanskelig for studenter å håndtere.

Personvern

Intervjuer blir tatt opp i lydfiler med utstyr som er godkjent for dette formålet ved HVL. (Alle data blir overført til forskningsserver innen et døgn etter opptak og slettes etter dette.) REK vest har ingen merknader til det.

Det står i informasjonsskrivet at 'Lydopptakene og datamaterialet som blir brukt, vil bli slettet etter at masteroppgaven er levert inn. Imidlertid sier studentene i søknadsskjema pkt. 5.14. at dataene skal lagres i 5 år etter prosjektslutt til etterkontroll'. Det er den reelle tidshorizonten for prosjektet man bør opplyse om i informasjonsskrivet.

Rekruttering

Følgende står i søknaden: Rekrutteringen vil foregå ved at jordmor i svangerskapsomsorgen møter kvinner som har født. Utvelgelsen videreføres ved at kontaktpersonene deler ut informasjonsskriv og informere kvinnene muntlig om studiet i forbindelse med vanlig konsultasjon. REK vest gjør oppmerksom på at forskningsdeltakerne bør få litt betenkningstid. Videre må det forklares tydelig i informasjonsskrivet at intervjuene er en del av et forskningsprosjekt og at det ikke er en del av oppfølgingen hos jordmor.

Som et ledd i rekrutteringsarbeidet vil studentene i tillegg henge opp flyers (som oftest en ensidig trykksak) på fellesarealer ved helsestasjonene og bruke sosiale medier som blant annet termingrunder på Facebook. Dette mener REK vest er unødvendig. Komitéen bemerker at det ikke blir utfordrende å rekruttere mellom fire til syv forskningsdeltakere til prosjektet og dermed at det vil være overflødig med bruk av såpass mange rekrutteringskanaler. REK vest setter vilkår om at rekrutteringen skjer gjennom jordmor at alle som melder sitt ønske om å delta får svar fra studenter. REK vest tenker at det blir mange flere enn syv som melder sin interesse.

Informasjonsskriv

Informasjonsskriv mangler telefonnummer til prosjektleder. Masterstudenter bør kalle seg selv for studenter og ikke forskere.

Vilkår:

- Forbedret beredskap: Alle får tilbud om oppfølgingssamtale
- Bruk av jordmor som rekrutteringskanal.
- Oppdatert informasjonsskriv sendes til REK vest.

Vedtak

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest senest 6 måneder etter sluttdato 01.06.2023, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Vennlig hilsen,

Nina Langeland

REK vest leder, Professor, dr.med. UiB

Kopi til:

Høgskulen på Vestlandet

Vedlegg 4. Endelig godkjenning REK



Region: REK vest	Saksbehandler: Anna Stephansen	Telefon: 45008356	Vår dato: 30.09.2021	Vår referanse: 282438
----------------------------	--	-----------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Vigdis Aasheim

282438 Fødselsangst og vaginal fødsel

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Vigdis Aasheim

REKs svar på generell henvendelse

REK vest anser vilkår som oppfylt og godkjenner prosjektet.

Med vennlig hilsen,
Anna Stephansen

Sekretariatsleder/Kontorsjef

Ph.D

Tel. 55 97 84 96

Mobil: 45008356

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)

<http://helseforskning.etikkom.no>

Vennlig hilsen

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Denne e-posten er sendt automatisk fra REK og kan ikke besvares

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,

E-post: rek-vest@uib.no

Web: <https://rekoortalen.no>

Vedlegg 5. Godkjenning fra NSD

[Meldeskjema](#) / [Fødselsangst og vaginal fødsel](#) / [Vurdering](#)

Vurdering

Referansenummer

437406

Prosjekttittel

Fødselsangst og vaginal fødsel

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Vigdis Aasheim, vigdis.aasheim@hvl.no, tlf: 55585647

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Elin Barane Helland, 982019@stud.hvl.no, tlf: 93284902

Prosjektperiode

01.09.2021 - 31.05.2022

Vurdering (1)**03.11.2021 - Vurdert****BAKGRUNN**

Prosjektet er vurdert og godkjent etter helseforskningsloven § 10 av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) i vedtak av 8.9.2021, deres referanse 282438).

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

VURDERING

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 3.11.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

VURDERING AV BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler særlige kategorier av personopplysninger (helseopplysninger) om en sårbar gruppe (kvinner med fødselsangst), noe som kan utløse en plikt til å foreta personvernkonsekvensvurdering (DPIA).

NSD har vurdert at det ikke var behov for å gjøre en DPIA jf. personvernforordningen art. 35 nr. 1 for dette prosjektet. Dette var basert på en helhetsvurdering der følgende momenter ble vektlagt:

- De registrerte samtykker til bruk av sine personopplysninger
- De registrerte får god informasjon om behandlingen av personopplysningene og sine rettigheter
- Opplysningene behandles konfidensielt og i tråd med HVL sine retningslinjer for informasjonssikkerhet
- Det er kun student og veileder som har tilgang til personopplysningene
- Prosjektet har en ryddig og oversiktlig dataflyt
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet
- Behandlingen har kort varighet
- Det behandles få opplysninger

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 31.5.2022. Etter prosjektslutt skal opplysningene oppbevares i fem år av dokumentasjonshensyn. Enhver tilgang til prosjektdataene skal da være knyttet til behovet for etterkontroll.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen:

om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

UNNTAK FRA RETTEN TIL SLETTING

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Lykke til med prosjektet!



Vil du delta i forskningsprosjektet

«Flergangsfødende kvinner med fødselsangst sine erfaringer med å forberede seg til vaginal fødsel»

Formål

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Vi er to mastergradsstudenter ved Høgskulen på Vestlandet. Vår bakgrunn for prosjektet er at vi begge er jordmødre i svangerskapsomsorgen og formålet med vår studiefordypning er å få mer kunnskap om flergangsfødende kvinner med fødselsangst sine behov for oppfølging i svangerskapet med å forberede seg til vaginal fødsel. Problemstillingen vår er:

«Hvilke erfaringer har flergangsfødende kvinner med fødselsangst med å forberede seg til vaginal fødsel?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er valgt som deltaker for du er i målgruppen for studien vår og har tatt kontakt med oss på bakgrunn av informasjonsskriv utdelt av kommunejordmor eller har sett vår informasjonsplakat som er hengt opp på helsestasjon eller delt på sosiale medier. Vi vil derfor invitere deg til en samtale/intervju om dette temaet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi skal gjennomføre individuelle intervju av flergangsfødende kvinner med fødselsangst som har født i løpet av de siste to årene i Rogaland. Et intervju kan vare fra 60 min til 90 min og krever ingen forberedelser i forkant. Lokalisering for intervjuet vil vi avtale direkte med deg, det kan foregå på en nøytral plass, hjemme hos deg eller på vårt kontor. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Dette innebærer at intervjuet utføres av to forskerpersoneer og vil bli tatt opp med en båndopptaker.

Vi skal gjennomføre individuelle intervju av flergangsfødende kvinner med fødselsangst som har født i løpet av de siste to årene i Rogaland.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Dette innebærer at intervjuet utføres av to forskerpersoner og vil bli tatt opp med en båndopptaker. Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Din besvarelse vil bli anonymisert og det er bare vi to som forskere og vår veileder som har adgang til det innsamlede materialet. Vi har taushetsplikt for all informasjon som snakkes om under intervjuet.
- All lagring av innsamlet data blir oppbevart på et lagringsområde på forskningsserver ved Høgskulen på Vestlandet (HVL), dette krever personlig innlogging.
- Data som blir innsamlet med opptaksutstyr som er knyttet til internett, vil overføres til forskningsserveren umiddelbart og slettes fra opptaksutstyret senest innen et døgn. Overføringen vil fortrinnsvis foregå ved å bruke kabel, og ikke i åpent nettverk. All videre behandling av dataene skal foregå på HVL sin forskningsserver og alle data på eksterne enheter blir slettet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data og lagres på HVL sin forskningsserver.

Funnene vil bli publisert i masteroppgaven og for kollega. Vi vil illustrere funnene ved å bruke sitater som er kommet frem i intervjuene, men teksten i sitatene blir anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er innen januar 2022. Lyddopptakene og datamaterialet som blir brukt, skal oppbevares og behandles ut fra gjeldene regler og vil bli slettet etter at masteroppgaven er levert inn.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskulen på Vestlandet ved Vigdis Aasheim, e-post: vigdis.aasheim@hvl.no

Vi tar kontakt med lokale personvernombud i kommunene i forbindelse med flyers og intervjusituasjoner.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Vigdis Aasheim
(Veileder)

Irene Fosse Dørmænen
(Forsker)

Elin Barane Helland
(Forsker)

Intervju guide

«Hvilke erfaringer har kvinner med fødselsangst med å forberede seg til vaginal fødsel?»

Alder

Sivilstatus

Utdannelse

Paritet

Hvor lenge er det siden du fødte sist?

Hvem fikk du oppfølging av i svangerskapet?

(Evt hvem gjekk du mest til?)

Tematiske spørsmål

Hvordan opplevde du ditt siste svangerskap?

På hvilken måte påvirket fødselsangsten deg?

Hvilken oppfølging fikk du i svangerskapet for din fødselsangst?

Hvordan forberedte du deg til fødselen? Hva var viktig for deg når du skulle forberede deg til fødsel?

Hva gjorde du selv?

Hva gjorde de du gikk til?

Hvordan opplevde du fødselen?

Hvordan ville du forberedt deg hvis du hadde blitt gravid på ny?

Oppfølings spørsmål

Kan du fortelle mer om?

Kan du gi noen eksempler på hvordan det var for deg?

(utgangspunktet er kvinnen sine fortellinger)

Avslutning

Har du noe mer å tilføye til temaet?

Hvordan opplevde du å bli intervjuet?

Trenger du noen oppfølging etter intervjuet?

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, «**Kvinner med fødselsangst sine erfaringer med å forberede seg til vaginal fødsel**» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)