



Høgskulen på Vestlandet

JOR508, Masteroppgave

JOR508

Predefinert informasjon

Startdato:	27-04-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Sluttdato:	04-05-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave	Studiepoeng:	30
SIS-kode:	203 JOR508 1 O 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 524

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 13155

Tro- og loverklæring *: 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: 22
Andre medlemmer i gruppen: 532

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

MASTEROPPGAVE

Jordmødre og traumatiske hendelser

Midwives and traumatic events

Kandidat nr: 524 og 532

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Institutt for helse – og omsorgsvitenskap,

Master i jordmorfag,

JOR508 Masteroppgave

04.05.2018

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, § 10.

Forord:

Denne masteroppgaven avslutter 2 flotte og lærerike år på masterutdanningen i jordmorfag ved Høgskulen På Vestlandet. Prosessen som ligger bak oppgaven har vært lang og utfordrende, men i tillegg også svært lærerik og spennende. Vi har blitt inspirert av fortellingene til våre informanter og er imponerte over den styrken som bor i alle disse jordmødrene. Alt som vi har hørt og lært underveis i prosessen vil bli tatt med videre inn i yrkeskarrieren som utdannet jordmor.

Vi ønsker først å takke våre fire informanter som stilte opp i studien. Vi setter stor pris på at dere var villig til å gi av deres tid og fortelle om deres opplevelser omkring et slikt sensitivt tema. Det er takket være dere at det ble mulig å gjennomføre denne studien.

Vi vil også takke vår veileder N.N og biveileder N:N for kyndig veiledning underveis i hele prosessen og ikke minst for deres tid og tilgjengelighet. Det setter vi enormt stor pris på.

Tusen takk til N.N som har bidratt stort med sin kompetanse i veiledning. Vi setter pris på din pedagogiske framgangsmåte og motiverende holdning som har hjulpet oss til å finne løsninger når vi sto fast.

På hjemmebane vil vi takke våre ektefeller for deres hjelp og støtte i denne tidkrevende perioden. Uten dere ville det vært tilnærmet umulig å fullføre denne masteren. Vi vet at denne perioden har vært ekstra belastende på dere også.

Våre barn fortjener også en takk. Dere har vært tålmodige og flinke til å takle vårt fravær på en fantastisk måte. Nå får vi endelig snart mye mer tid sammen igjen.

Takk til N.N for å tatt seg tid til å besvare mine telefonsamtaler i desperasjon etter tips og råd.

Til sist en stor takk til alle medstudenter og lærere for alle konstruktive tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene har gitt oss nye impulser til hjelp for videreutviklingen av masteroppgaven.

Mai 2018

Sammendrag

Tittel: Jordmødre og traumatiske hendelser

Hensikt/Formål : Er å få dybdeforståelse for jordmødres traumatiske opplevelser, hva som skal til for å komme seg videre og kjenne seg kompetente og holde fram i yrket.

Forskningsspørsmål: Hvordan opplever jordmor tiden etter den traumatiske hendelsen? Hvordan kommer jordmødre seg videre etter en traumatisk hendelse?

Metode: Kvalitativ metode. Semistrukturerte dybdeintervju med fire jordmødre som har opplevd en traumatisk hendelse.

Resultater: Jordmødrene opplevde hendelsen som følelsesmessig belastende. Skyld, sjokk, angst og ansvarfølelsen og varierende støtte og oppfølging kom frem i denne studien.. Økt intervensjoner og usikkerhet, var noe som viste seg å ha konsekvenser for praksis.

Konklusjon: Tiden etter opplevdes som belastende og utfordrende. Påkjenningen kan føre til alvorlig stressreaksjoner og økt risiko for PTSD. Ønskelig med bedre støtte og oppfølging.

Nøkkelord: Traumatiske hendelser. Jordmor. Psykologisk stress. Krise. Støtte.

Title: Midwives and traumatic incidents.

Purpose: To gain insight into traumatic experience of midwives, what is needed to get on and to feel competent and remain in the profession.

Research questions: How does a midwife experience the time after the traumatic incident?
How do midwives get on after a traumatic incident?

Method: Qualitative method. Semi-structured depth interviews with four midwives who have experienced a traumatic incident.

Results: The midwives experienced the incident as emotionally stressful. Blame, shock, anxiety and sense of responsibility, and varying support and follow-up came forth in this study. Increased interventions and uncertainties were something that proved to have consequences for practice.

Conclusion: The time after was experienced as stressful and challenging. The stress can lead to severe stress reactions and increased risk of PTSD. Desire better support and follow-up.

Keywords: Traumatic incidents. Midwife. Psychological stress. Crisis. Support.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Hensikt / Formål / Problemstilling.....	3
1.3	Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.4	Avgrensning / Inklusjonskriterier.....	4
1.5	Begrepsavklaring.....	4
1.6	Oppgavens struktur.....	5
2	Teoretisk rammeverk.....	5
2.1	Kriseteori.....	5
2.1.1	Forsvarsmekanismer.....	6
2.2	Stress og mestringsteori.....	6
2.2.1	Vurderingsprosessen.....	8
2.2.2	Primær- og sekundærvurderingen.....	9
2.2.3	Mestring og mestringsstrategier.....	10
3	Forforståelse.....	12
4	Metode.....	13
4.1	Kvalitativ metode.....	13
4.1.1	Utvalg og rekruttering av informanter.....	13
4.2	Datainnsamling.....	14
4.2.1	Transkribering av intervjuene.....	16
4.3	Diskusjon av metode.....	16
4.4	Analyse.....	19

4.5	Etiske overveielser.....	24
5	Resultater.....	25
5.1	Å bli utsatt for ubevisste og overveldende følelser.....	25
5.2	Ivaretagelse på godt og vondt.....	27
5.3	En ny hverdag.....	31
6	Diskusjon.....	31
6.1	Reaksjoner og følelser.....	32
6.2	Støtte og oppfølging.....	33
6.3	Konsekvenser.....	35
7	Konklusjon og avslutning.....	37
8	Hvordan vi har jobbet sammen.....	39
	Litteraturliste.....	40

Vedlegg 1: Informasjonsskrivet

Vedlegg 2: Intervjuguiden

Vedlegg 3: NSD forhåndsvurdering

Vedlegg 4: Oppstartsbekeftelse

1 Innledning

Veileder for et trygt fødetilbud (2010) fremhever at jordmor skal yte forsvarlig fødselshjelp, samt kunne ha fullstendig ansvar under normale fødsler, men også ha kompetanse når det oppstår risiko fødsler. Det er viktig at jordmor kan spørre andre kollegaer om å være med å vurdere dersom hun er usikker eller innhenter kompetent personell dersom hun ser at situasjonen går ut over hennes egen kompetanse (Helsedirektoratet, 2010). I de fleste tilfeller regnes en fødsel som en gledelig begivenhet (Statsmelding 12, 2009). Jordmødre kan ofte ha hektiske arbeidsdager og ansvar for mer enn en kvinne om gangen, noe som betyr at de kan ha ansvar for mer enn 4 liv når fosteret er medregnet. Scenariene av traumatiske hendelser som en jordmor risikerer å møte i løpet av sin yrkeskarriere, kan være mange. Dette betyr at det ligger et enormt stort ansvar på hver enkel jordmors skuldre. Å bistå en kvinne/familie under fødsel er som regel en opplevelse for jordmor. Jordmødre jobber i et ekstremt utsatt yrke hvor ulike traumatiske hendelser kan oppstå uventet og kan føre til sterke opplevelser og reaksjoner hvis noe går galt. I større eller mindre grad kan det gi konsekvenser for jordmoryrket og i verste fall føre til posttraumatisk stress syndrom for den enkelte jordmor (Rice & Warland (2013).

1.1 Bakgrunn

En traumatisk hendelse ligger i følge Beck (2004) "in the eyes of the beholder", noe som betyr at en traumatisk hendelse kan oppleves forskjellig (Pezaro, 2016). Konsekvensen av uheldige hendelser kan ha stor betydning for mange yrkesutøvere innen helsevesenet. Studier som omhandler for eksempel ambulanspersonell, og intensivsykepleiere kan lett overføres til å gjelde jordmødre. Opplevelsen er avhengig av hvilket "øye" som ser. Hvis en jordmor gjentakende ganger blir utsatt for en traumatisk hendelse kan trygghet, tillit og kontrollen til jordmor bli utfordret. Forskning viser at jordmødre kan oppleve psykologisk stress på grunn av deres arbeid og / eller arbeidskultur (Pezaro, 2016). Det ble fremhevet i en artikkel av Rice og Warland (2013) at det å være vitne til en traumatisk hendelse kan føre til psykologiske stressreaksjoner. Psykologiske stressreaksjoner kan føre til følelsesmessige, kroppslige og kognitive reaksjoner.

Skyldfølelse fremkommer i mange studier (Leinweber & Rowe, 2008; Pezaro, 2017; Sheen et al., 2013; Rice & Warland, 2013; Beck, 2015, Schröder, 2015; Elmir et al., 2017). Andre reaksjoner kan være angst og frykt (Håkonsen, 2010; Elmir, 2017; Beck, 2015; Sheen et al, 2013) mareritt, (Sheen et al., 2013; Lippestad & Evensen, 2016; Beck, 2015; Elmir et al., 2017) utmattelse (Leinweber & Rowe, 2008; Sheen et al., 2013; Pezaro, 2017; Creedy, 2016), maktesløshet, (Leinweber & Rowe, 2008; Beck, 2015; Elmir et al., 2017), vonde minner / flashbacks (Leinweber & Rowe, 2008; Pezaro, 2017 Sheen et al., 2013; Beck, 2015; Elmir et al., 2017). En masteroppgave fra 2016 fant mange av de samme belastningene i tillegg til bekymringer, pusteproblem (Lippestad & Evensen, 2016).

Kroppslige reaksjoner kan komme til uttrykk i form av svimmelhet, nummenhet, hjertebank, gråt, kvalme, hodepine (Elmir, 2017, Beck, 2015, Leinweber & Rowe, 2008; Pezaro, 2017). Traumatiske hendelser påvirker ikke bare den enkelte jordmor, men kan også påvirke praksisen på det aktuelle arbeidsstedet og arbeidsmiljøet. Noen vurderer å slutte i sin stilling, mens andre faktisk gjør det eller går over i andre yrker (Leinweber & Rowe, 2008; Beck, 2015, Sheen et al., 2013; Schröder, 2015; Elmir et al., 2017). Mange tar også avstand fra spesifikke situasjoner som kan minne om hendelsen mens andre tar avstand i form av avslag av vakter (Leinweber & Rowe, 2008; Beck, 2015, Sheen et al., 2013; Pezaro, 2017). Dersom jordmødre behøver sykemelding på grunn av hendelsen har det i seg selv ha betydning for arbeidsstedet (Leinweber & Rowe, 2008; Sheen et al., 2013).

Omsorgsyttelsen kan også bli påvirket (Leinweber & Rowe, 2008; Sheen et al., 2013; Pezaro, 2017; Beck, 2015; Schröder, 2015; Elmir et al., 2017; Creedy, 2016). Mange studier viser også til resultater om at dagliglivet preges av hendelsen. Dette kan komme til syne i form av eksempel depresjon, søvnproblemer og mareritt (Leinweber & Rowe, 2008; Sheen et al., 2013; Beck, 2015; Schröder, 2015; Elmir et al., 2017).

Rice og Warland (2013) belyser at det å være vitne til en traumatisk fødsel, kan trigge posttraumatisk stress (PTSD). Sheen, et al (2013) viser at 33 % av jordmødrene som har opplevd traumatiske fødselshendelser har symptomer i forhold til PTSD. En studie fra Amerika støtter opp om dette resultatet med en prevalens på 36% (Beck et al, 2015). Dette

sier noe om hvor utsatt jordmødre er i sin profesjon og at det er viktig å anerkjenne at jordmødre utsettes for traumatiske hendelser og dermed står i fare for å utvikle PTSD.

I Pezaro (2016) sin artikkel kommer det fram at jordmødre med psykologisk stress ofte «lider i stillhet» da noen fortsetter å jobbe selv om de ikke føler seg bra. Jordmødre som ikke er åpne om sine reaksjoner, blir ofte ikke oppdaget og får dermed ikke hjelp. Disse vil også stå i fare for ikke å holde frem i yrket. Det er viktig for enkeltpersoner, familie og fødende at jordmødre er og kjenner seg trygge i sin rolle og ønsker å stå i yrkeskarrieren. Derfor er det viktig å få mer forskning rundt opplevelser til jordmødrene i forbindelse med traumatiske hendelser.

1.2 Hensikt / Formål / Problemstilling

Hensikten / formålet er å få dybdeforståelse for jordmødres traumatiske opplevelser, hva som skal til for å komme seg videre og kjenne seg kompetente og holde frem i yrket.

Problemstillingen i masteroppgaven er: *”Hvilke opplevelser har jordmødre i etterkant av en traumatisk hendelse?”*

Forskningsspørsmål:

1. *Hvordan opplever jordmor tiden etter den traumatiske hendelsen?*
2. *Hvordan kommer jordmødre seg videre etter en traumatisk hendelse?*

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Vi har fra tidligere praksissituasjoner som jordmorstudenter vært i kontakt med jordmødre som har gjennomgått traumatiske hendelser, og vi har lyttet til flere av deres historier. På denne måten vokste det frem en interesse hos oss for temaet og et videre ønske om å tilegne oss mer dybdeforståelse om temaet. Ved å utføre denne studien ønsker vi å få frem kunnskap om jordmødres opplevelser og kunnskap om hvordan den enkelte jordmor på best mulig måte kan bearbeide situasjonen og samtidig fortsette i sin stilling som jordmor. Dette ser vi på som viktige og relevante aspekter for jordmoryrket.

1.4 Avgrensning / Inklusjonskriterier

Vi har valgt å avgrense studien til å omhandle jordmors opplevelser etter traumatiske hendelser som har oppstått i svangerskapsomsorgen og i fødsel. Med dette mener vi at vi ikke var opptatt av opplevelsen som oppsto der og da i situasjonen, men begrenset vårt fokus mot opplevelsene som oppsto i etterkant av hendelsen. På grunn av at det er et svært sensitivt tema vi skulle dekke, og at det var vanskelig å rekruttere informanter, valgte vi bevisst å ikke sette begrensninger i tidsrommet fra hendelsen inntraff. Jordmødrene som var inkluderte i studien var alle norskspråklig, slik at vi økte sjansene for å unngå misforståelser under intervjusituasjonen.

1.5 Begrepsavklaring

Traumatiske hendelser er i følge Calvert & Benn hvordan en opplever, er vitne til eller blir konfrontert med en eller flere hendelser om død, trussel om død, alvorlig skade eller trussel mot sin egen eller andres fysiske integritet. I tillegg at personen reagerer med intense følelser av eksempel frykt, hjelpeløshet eller skrekk. Hendelsen kan komme plutselig, uventet og overveldende, og kan overskride evnen til mestring og tilpasning i hverdagen (Calvert & Benn, 2015)

“I etterkant”: Dette uttrykket blir i studien beskrevet som den tiden fra jordmødrene forlater rommet / arbeidsplassen og tiden frem til studiens start.

Jordmor og informanter: Uttrykkene jordmor og informanter blir i denne studien brukt om hverandre for å få variasjon i språket.

Psykologisk stress: I kapittel 2.0 tar vi for oss begrepene stress og mestring. Der vil også begrepet psykologisk stress bli definert.

Post- traumatisk stresslidelse (PTSD) er en psykisk helsetilstand som utløses av en traumatisk hendelse du enten har opplevd selv eller har vært vitne til (Helsebiblioteket, 2016).

<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/posttraumatisk-stresslidelse>

1.6 Oppgavens struktur

Oppgaven er inndelt i 8 kapitler. I innledningskapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema, studiens problemstilling og forskningsspørsmål, studiens hensikt og formål, begrepsavklaringer og avgrensninger knyttet til valg av tema. I kapittel 2 belyses studiens teoretiske rammeverk. Kapittel 3 omhandler vår forforståelse. I kapittel 4 gjør vi rede for studiens metode, gjennomføringen av studien, analyseprosessen og vurdering av studiens metode og kvalitet. I kapittel 5 presenteres studiens funn og i kapittel 6 drøfter vi studiens funn. I kapittel 7 beskriver vi hvordan vi sammen har jobbet underveis med masteroppgaven. I siste kapittel presenterer vi studiens konklusjon. Deretter følger litteraturliste og vedlegg.

2 Teoretisk rammeverk

En teori er en form for godkjent antakelse som forskere kan bruke til å forklare et fenomen (Dalen, 2011). Valg av det teoretiske rammeverket for denne oppgaven ble gjort underveis i analyseprosessen. Informantene i denne studien hadde alle gjennomgått situasjoner som kunne defineres som en alvorlig hendelse eller krise. To av tilfellene endte med uventet dødt barn, et tilfelle hvor barnet døde kort tid etter fødsel og et tilfelle hvor barnet overlevde med alvorlige funksjonshemninger. På denne bakgrunn valgte vi en klassisk kriseteori (Cullberg, 1997) og en teori om stress og mestring (Lazarus, 1984; 2006) som teoretisk rammeverk for drøfting av studiens funn. I det følgende presenteres Cullbergs kriseteori og deretter presenteres teorien om stress og mestring.

2.1 Kriseteori

Måten mennesker opplever en hendelse, er basert på tidligere erfaringer og opplevelser. Disse erfaringene danner et grunnlag for hvordan utfordringer håndteres. En krise oppstår når tidligere erfaringer og opplevelser ikke er tilstrekkelig for å beherske eller forstå en gitt situasjon (Cullberg, 1997). Den traumatiske krisen oppstår ofte akutt, etter en eller flere hendelser hvor personens trygghet eller selvbylde blir truet. Cullbergs kriseteori omhandler fire faser som mennesket går igjennom ved en krise; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. *Sjokkfasen* er den første tiden etter hendelsen og kan vare i opptil noen dager. Dette er en fornektelsesfase. Personen klarer enda ikke ta

innover seg hva som har skjedd og bearbeide det. Ofte vil de oppfattes som om de har full kontroll, men inni seg er alt kaos. Noen mennesker gjentar seg selv eller snakker helt ut av sammenheng. I mange tilfeller når en er i sjokk, vil en bare ligge helt stille i sin egen verden.

Reaksjonsfasen kommer etter sjokkfasen, og varer sjeldent mer enn 4-6 uker. Personen blir her tvunget til å innse hva som har skjedd, eller vil skje, og vedkommende omstiller seg for å integrere denne virkeligheten så skånsomt som mulig. På denne måten oppstår spørsmålet ”hvorfors” om og om igjen, da den kriserammede prøver å finne en mening i den kaotiske situasjonen (Cullberg, 1997). *Bearbeidingsfasen* starter når den akutte fasen er over og varer fra 6-12 måneder etter den traumatiske hendelsen. Tiden er nå inne for å begynne å se framover igjen. En begynner å bearbeide inntrykk og slutter ofte å fornekte hendelsen. En blir åpen for nye ting og opplevelser og det kan eventuelt bli lettere å innse egne feil.

I *Nyorienteringsfasen* har personen kommet seg videre. Har en kommet gjennom krisen, er krisen bearbeidet og selvfølelsen gjenopprettet. En krise blir uansett en del av livet, den skal ikke glemmes og den kan dukke opp og kjennes som en stikkende smerte. For mange har også hendelsen fått en ny betydning senere i livet (Cullberg, 1997).

2.1.1 Forsvarsmekanismer

Forsvarsmekanismer er ubevisste psykiske reaksjoner som har til hensikt å redusere opplevelsen og bevisstheten av en trussel eller fare. Forsvarsmekanismene i krisens akutte faser er verdifulle fordi de hjelper personen til gradvis å ta innover seg den smertefulle virkeligheten. Bearbeidelsen av det som har skjedd kan enkelte ganger bli forsinket på grunn av forsvarsmekanismene. Dette medfører at situasjonen varer lengre og blir vanskeligere å håndtere (Cullberg, 1997).

2.2 Stress og mestringsteori

Mange har forsket på stress og mestring. To av dem er Antonovsky (1981; 2000) og Lazarus (1984; 2006). I motsetning til Lazarus fokuserte Antonovsky på de ytre og miljømessige betingelsene. Dette ser vi på som en svakhet i hans mestringsteori. Vi valgte derfor fortrinnsvis å støtte oss til Lazarus sin forståelse av stress og mestring. Det er to viktige

aspekter i Lazarus sin teori som vi anser som mest aktuell for vår oppgave. Disse aspektene omhandler vurderings- og mestringsprosessen ved stress.

Stress er et vidt og allment kjent begrep som ofte brukes i dagliglivet samt i arbeidslivet om ulike typer påkjenninger som mennesker utsettes for og påvirkes av. Summen av ytre påvirkninger og fysiske og psykiske belastninger, kan medføre stressreaksjoner (Lazarus og Folkman, 1984). Stress kan deles inn i tre forskjellige kategorier; eustress, akutt stress og kronisk stress. Eustress er det som kalles for sunt og godt stress, som ikke medfører en opplevelse av trussel eller frykt. Akutt stress oppstår som regel ved uventede hendelser der personen har behov for å reagere raskt. Denne type stress behøver hovedsakelig ikke å være en negativ opplevelse, forutsatt at personen mestrer situasjonen på en god måte. Den tredje formen for stress, er kronisk og betegnes som negativ. Hvis en gjentatte ganger blir utsatt for belastende stressfaktorer som føles uunngåelige, står en i fare for å bli rammet av kronisk stress, som for eksempel i en hektisk og stressende jobbsituasjon (Helsedirektoratet, 2010).

Lazarus (1984) har forsket mye på interaksjonen mellom individet, omgivelsene og individuelle forskjeller. Sammen med Folkman (1984) har han utarbeidet en definisjon på psykologisk stress. Denne definisjonen omhandler forholdet mellom et individ og omgivelsene og hvordan individuelle forskjeller avgjør hvorvidt en hendelse blir en stressende opplevelse eller ei. En hendelse påvirker enkeltmennesket forskjellig. Dermed er det umulig å spå hvilke stressreaksjoner et menneske får ved en gitt hendelse. Omstendighetene alene fører ikke til stress, det er avhengig av individets personlige karakteristika. For at en hendelse skal resultere i en stressreaksjon, må det være en kombinasjon av en stressende situasjon og et sårbart menneske (Lazarus, 2006). Lazarus og Folkman (1984) definerer psykologisk stress på følgende måte:

Psykologisk stress er et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare (Lazarus & Folkman, 1984 s. 19).

Det er utviklet en "seesaw analogy" eller et vippebrett analogi (vår oversettelse), som beskriver det Lazarus (2006) kaller for "relational approach". I psykologisk stress sammenligner en omgivelsenes krav om håndtering og mestring av skade, trussel og utfordring, med de psykologiske ressursene en person opplever å ha til å mestre disse kravene. Vippebrett analogien kan brukes som et tankeredskap for å vurdere dette forholdet, samt prøve å tilstrebe en balanse mellom krav og ressurser. Målet med analogien er å oppnå balanse mellom krav og ressurser for å kunne unngå stress. Ved en overvekt av enten krav eller ressurser, oppstår en stressende situasjon. Hvis kravene er for høye slik at ressursene ikke lenger strekker til, snakker man ikke lenger om en stressende situasjon men en traumatisk situasjon (Lazarus, 2006).

2.2.1 Vurderingsprosessen

Vurderingsprosessen bygger på en kognitiv forståelse som tar for seg det som skjer mellom hendelsen og individets reaksjon. Individperspektivet til Lazarus & Folkman (1984; 2006), innebærer at individer tenker og reagerer ulikt på situasjoner som oppstår i omgivelsene rundt. Siden mennesker og omgivelser kontinuerlig er i bevegelse og utvikling, er det viktig å ta utgangspunkt i selve situasjonen. Basert på denne prosessen kan en, ved hjelp av indre og ytre variabler, finne de forutsetninger som jordmødre har for å takle stress.

En indre variabel kan være mål og målhierarkier, forestillinger og individets egne personlige ressurser. Det kan oppstå en konflikt mellom de ulike målene som fører til at individet må ta en vurdering av hva som oppleves viktigst og får størst konsekvenser. De indre personvariablene omfatter menneskers mål, som også kan omtales som motivasjon. Hvis en ikke har noen mål som står på spill, finnes det heller ikke noe anlegg for stressreaksjoner. Forestillinger omhandler hvordan mennesker oppfatter seg selv og sin tilhørighet til omgivelsene. Det kan utvikles emosjonelle følelser underveis i en tankeprosess og disse kan skape både positive og negative utfall. Positive tanker resulterer ofte til positive utfall. Likeså kan negative tanker resultere i et negativt utfall. Personlige ressurser kan være medfødt eller ført videre via arv. Utdanning, kunnskap, økonomi og personlige egenskaper som for eksempel intelligens og sosiale ferdigheter, kan påvirke vurderingene (Lazarus, 2006). Det

kan tenkes at en jordmor som har gode læringsstrategier, vil kunne ha større forutsetning for å kunne opparbeide seg gode strategier for mestring.

Det finnes fire ytre miljømessige stimuli som kan påvirke vurderingsprosessen. Disse stimuliene er krav, restriksjoner, muligheter og kultur. For det første har en krav fra omgivelsene som forlanger noe fra en, slik at kravene kan oppleves som press. Den andre stimulien er restriksjoner som setter begrensninger for hva en kan gjøre. Grunnlaget for å kunne klare å ta tak i den tredje miljømessige stimuli, mulighetene som finnes, ligger i individets motivasjon og handler mest om disponering av tid. Den fjerde stimulien, kultur, kan variere og således skape ulike betingelser for vurderingsprosessen. I hver kultur speiles det som er viktig i denne kulturen. Lazarus (2006) anser de indre og ytre faktorene som like betydningsfulle for mestringsprosessen. Det vil si at det må være et harmonisk samspill mellom individets personlige ressurser og kravene fra omgivelsene rundt for at mestring skal oppnås.

2.2.2 Primær- og sekundærvurderingen

De kognitive vurderingene består av en primær- og en sekundær vurdering (Lazarus, 2006). Primærvurderingen betegnes som den viktigste av de to kognitive prosessene. Den innebærer den første vurderingen et menneske tar for å finne ut om situasjonen en står i er stressende, irrelevant eller positiv (Lazarus, 1984). På dette tidspunkt er det ofte snakk om fysiologiske og psykologiske responser på den belastende hendelsen. Vurderingen som blir gjort, vil avhenge av tidligere erfaringer individet har hatt (Helsedirektoratet, 2010). Det finnes tre ulike måter å reagere på hvis en har vurdert situasjonen som stressende. Disse reaksjonsmåtene er tap, trussel og utfordring som kan gjøre stressopplevelsen mer komplisert. Resultatet fra primærvurderingen påvirker prosessen videre i sekundærvurderingen (Lazarus, 1984; 2006). Sekundærvurderingen har som hensikt å vurdere hvilke ressurser en skal iverksette for å mestre situasjonen. Her vil en ofte vurdere om en har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter i fra tidligere erfaringer (Lazarus, 1984; 2006).

2.2.3 Mestring og mestringsstrategier

Mestring handler om menneskers måte å forholde seg til eller løse situasjoner og hendelser som fører til stress (Lazarus & Folkman, 1984), mistriivsel, ubehag eller trussel mot egen integritet (Håkonsen, 2006). Lazarus & Folkman (1984; 2006), har utarbeidet en definisjon som beskriver mestring som en konstant endring av kognitive og atferdsmessige anstrengelser til å takle spesifikke indre eller ytre krav som vurderes som anstrengende eller overskridende i forhold til en persons egne ressurser. Ut fra denne definisjonen er ikke mestring en personlig egenskap, men en prosess som tar utgangspunkt i den foregående hendelsen og hvordan en person tenker og handler for å takle en stressende situasjon.

Mestringsstrategiene tar utgangspunkt i forholdet mellom følelser og det kognitive (Lazarus & Folkman, 1984). Revurdering er en effektiv mestringsstrategi og blir som en forlengelse av vurderingsprosessen (Lazarus, 2006). En kan si at mestringsprosessen er en stadig pågående utviklings- og vurderingsprosess som innebærer en ny evaluering av utfallene etter primær- og sekundærvurderingen. Vurderingen baserer seg på ny ervervet informasjon om miljøet, egen forståelse eller reaksjon (Lazarus, 1984; 2006). Når en revurderer en trussel, oppheves de aktuelle følelsene i situasjonen og en ny “relational meaning” i stressituasjonen skapes. Dette kan føre til en endret opplevelse av hendelsen (Lazarus, 2006) og på denne måten skapes muligheter til å omgjøre en truende opplevelse til en utfordrende opplevelse. Nye følelser ut fra “core relational theme’s of emotions” kan dannes (se tabell 1) Negative følelser som for eksempel angst kan da omformes til positive følelser (Lazarus, 2006).

Tabell 1

“The core relational themes of fifteen emotions”

Emotions	Core relational theme
Anger	A demeaning offense against me and mine
Anxiety	Facing an uncertain, existential threat
Fright	Confronting an immediate, concrete, and overwhelming physical danger
Guilt	Having transgressed a moral imperative
Shame	Having failed to live up to an ego - ideal
Sadness	Having experienced an irrevocable loss
Envy	Wanting what someone else has and feeling deprived in its absence
Jealousy	Resenting a third party for loss or threat to one`s favor or love
Happiness	Making reasonable progress toward the attainment of a goal
Pride	Enhancement of one` ego - identity by taking credit for a valued achievement, one's own or that of a person or group with which one identifies.
Relief	A distressing goal - incongruent condition that has changed for the better or gone away
Hope	Fearing the worst but yearning for better and believing the wished - for improvement is possible
Love	Desiring or participating in affection, usually, but not necessarily, reciprocated
Gratitude	Appreciation or an altruistic gift
Compassion	Being moved to offer help by another's suffering

(Lazarus, 2006 s. 16)

Det finnes to hovedkategorier av mestringsstrategier; problemfokuserte- og følelsesfokuserte. Uansett valg av mestringsstrategi, er målet å redusere eller å fjerne stress (Lazarus og Folkman, 1984). Problemfokuserert mestring er en aktiv strategi som direkte tar tak i den aktuelle situasjonen og målrettet går inn for å endre, avslutte eller løse selve årsaken til problemet, for så å gjøre den om til noe konstruktivt (Lazarus & Folkman, 1984; 2006). For eksempel når en jordmor søker etter kunnskap, behandling eller muligheter for oppfølging hos tilgjengelige instanser. For å kunne fokusere på problemet må en kunne identifisere hva problemet er, samtidig som en klarer å finne strategier som kan endre problemet.

Problemfokuserert mestring er ofte en tillært strategi da den som regel medfører en adferd som bygger på tidligere erfaringer. Dette vil bety at jo mer erfaring en har, jo bedre har en mulighet for å forstå og mestre situasjonen (Håkonsen, 2010). Følelsesfokuserert mestring har som mål å regulere følelsene som oppstår i en stressende situasjon (Lazarus, 2006). Denne formen for mestring vil ikke endre selve situasjonen, men den vil bidra til at en person klarer å leve med den eller hjelpe vedkommende gjennom den (Håkonsen, 2010). En person kan for eksempel kort tid etter hendelsen la være å tenke på det som har skjedd. Men etter at enkelte avgjørelser er tatt knyttet til oppfølging, kan en revurdere situasjonen som igjen fører til nye måter å ta avstand fra de ulike farene som kan ligge foran. Lazarus anvender en transaksjonell tilnærming til mestring, noe som betyr å se på samspeillet mellom individet og omgivelsene. Disse to aspektene påvirker hverandre og bør sees på som to sider av samme følelsesmessige prosess. Dersom mestringen er ineffektiv, øker stresset. Er mestringen derimot effektiv, er det et passende stressnivå. En må imidlertid være svært forsiktig med å anvende dette som et prinsipp. Mennesker som effektivt mestrer situasjoner kan ha risiko for å overgå seg selv og skape mer potensielt stress (Lazarus, 2006).

3 Forforståelse

Forforståelsen er den erfaring, hypoteser, vårt faglige perspektiv og ståsted, samt den teoretiske referanserammen som vi bringer med oss inn i studien. Det er disse som påvirker hvordan vi under hele forskningsprosessen innhenter, leser og tolker data. Det er viktig å ikke la forforståelse stå i veien for ny kunnskap som det empiriske materiale gir oss (Malterud, 2017). Ut i fra valg av tema og problemstilling har vår forforståelse hatt en påvirkning. Vi har

begge erfaring som sykepleiere og har jobbet på barsel og nyfødtingintensiv avdeling. Vi har begge opplevd hendelser som har påvirket oss følelsesmessig i jobbsammenheng. Som jordmorstudenter har vi også vært borti noen få traumatiske situasjoner noe som har vært medvirkende faktor for at vi ønsket å skrive oppgave om jordmødre og traumatiske hendelser.

4 Metode

I dette kapittelet fremstilles det hvilken fremgangsmåte vi har brukt for å få svar på problemstillingen. Det blir presentert metode, utvalg og rekruttering for studien. Videre gjør vi rede for hvordan vi innhentet datamaterialet, transkriberte data og hvordan vi gikk frem i selve analyseprosessen. Til slutt diskuteres studiens validitet.

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder brukes for å få mer kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Kvalitative metoder gir muligheter for å etterspørre mening, betydning og nyanser av hendelser og atferd, slik at forståelsen av hvorfor mennesker gjør som de gjør kan styrkes. Spørsmål som ”hvorfor, hvilke, hvordan”, kan åpne opp for denne type kunnskap (Malterud, 2017). Et kvalitativ design ble derfor vurdert som best egnet til å besvare studiens problemstilling og spørsmål om jordmødres opplevelser i etterkant av en traumatisk hendelse.

4.1.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Studiens problemstilling gjorde det nødvendig å foreta et strategisk utvalg av informanter som var jordmødre som selv hadde opplevd traumatiske hendelser (Thagaard, 2013).

Rekrutteringsprosessen ble utført ved et stort sykehus med over 4000 fødsler i året. Det ble publisert et innlegg på tre av kvinneklinikken sine lukkede facebook grupper. Innlegget inkluderte informasjonsskrivet (Vedlegg 1) og forespørsel om å delta i prosjektet. I dette informasjonsskrivet ble det kort fortalt om tema, problemstilling, hva deltakelsen i studien innebar og kriteriene for å delta, mulighet for å trekke seg, samt oppbevaring av data. Videre inkluderte informasjonsskrivet kontaktinfo og tilbud om mer informasjon dersom det var

ønskelig. Informantene skulle selv ta kontakt dersom de ønsket å delta. Målet var å rekruttere 5 - 8 jordmødre, for å få tilstrekkelig med data (Malterud, 2017). På tross av republisert informasjonsskriv og oppfordring til å delta, var det kun fire jordmødre som ønsket å delta. En begrenset tidsramme for oppgaven og innholdsrike data fra de utførte intervjuene, gjorde at vi vurderte antall informanter som tilfredsstillende, selv om vi i utgangspunktet ønsket oss flere. Jordmødrene hadde ulike erfaringer og ansienniteten deres varierte fra 1- 22 år i jordmoryrket. De jobbet på forskjellige steder, både normal og risiko enhet, men også i svangerskapsomsorgen. Tidsrammen etter den traumatiske hendelsen varierte fra 1,5 - 14 år.

4.2 Datainnsamling

For å samle inn empiriske data og få frem beskrivelser av opplevelser, tanker og handlinger fra jordmødrene, ble semistrukturert dybdeintervju tatt i bruk (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). I forkant ble det utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 2) som tok sikte på planlagte spørsmål som ville belyse problemstillingen. Vi hadde fokus på at det skulle være åpne spørsmål slik at jordmødrene kunne uttrykke seg fritt for å frembringe nyanserte beskrivelser om egne tanker og opplevelser (Polit og Beck, 2012; Malterud, 2017). I løpet av de første intervjuene erfarte vi at enkelte av spørsmålene i den opprinnelige intervjuguiden var irrelevante. For at intervjuguiden skulle være best mulig tilpasset og konsentrert mot å besvare problemstillingen, ble den derfor revidert flere ganger under intervjuprosessen. Dette er i samsvar med kvalitativ metode hvor det ikke er fordelaktig med standardiserte intervjuer (Malterud, 2017).

Etter vår vurdering var det viktig at jordmødrene var godt informert om hva vi ønsket mer kunnskap om. Informasjonsskrivet (Vedlegg 1) definerte hva vi la i en traumatisk hendelse, samt tema og hensikten med studien. Dette gjorde vi for at jordmødrene skulle være forberedt til intervjuene med tanke på å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte.

Spørsmålene i intervjuguiden (Vedlegg 2) ble laget ut i fra forskningsspørsmålene: *Hvordan opplever jordmor tiden etter den traumatiske hendelsen og hvordan kommer jordmødre seg videre etter en traumatisk hendelse.* Det var opprinnelig laget tre forskningsspørsmål da vi sendte inn intervjuguiden til NSD. Underveis i forskningsprosessen valgte vi å se bort i fra det

ene forskningsspørsmålet som hadde fokuset på opplevelsene til jordmødrene "i hendelsen", og dermed reduserte vi antall forskningsspørsmål til to.

Begge studentene var til stede under intervjuene. Den ene studenten utførte intervjuet og hadde fokus på intervjuets emne og dynamikk, mens den andre var observatør i bakgrunnen og konsentrerte seg om å notere ned informantens kroppsspråk og stemning i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Under intervjuene ble det anvendt lydopptaker som verktøy, for å fremheve informantens ordbruk, tonefall og pauser. Dette gjorde det lettere i transkriberings fasen, da vi gjentatte ganger kunne gå tilbake og forsøke å «lytte inn» meningsinnholdet i det som ble sagt i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Vi hadde fokus på å skape en trygg og personlig intervjusituasjon. Informantene fikk derfor selv velge hvor intervjuet skulle finne sted. Dette vurderte vi til å kunne være med å bidra til en økt tilfredshet hos informantene og i tillegg føre til at de lettere kunne formidle sine personlige erfaringer og følelser fra egen livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuene ble utført både på jordmødrenes arbeidsplassen og i hjemmet til jordmødrene. Intervjuets varighet varierte fra 25 – 50 minutter. Vi var bevisst på at det ble brakt opp potensielt sensitive tema som kunne gi utfordringer i forhold til informantenes trygghet og vilje til åpenhet. Derfor tok vi oss god tid før selve intervjuet ved å presentere oss og skape trygghet og fortrolighet. Vi tror dette var viktig for informantene, og vi opplevde at informantene snakket åpent og lett om sine opplevelser og erfaringer. Vi opplevde begge at intervjuene gav oss en kunnskap og innsikt i studiens problemstillingen som vi ikke hadde fra før (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

For å unngå at vår forforståelse skulle virke forstyrrende, var vi bevisst på å la informanten få tid til å snakke åpent og fritt rundt tema mens vi inntok en lytter-rolle. Denne rollen fokuserte vi på under hele intervjuet slik at vi lettere skulle klare å stille oppfølgingsspørsmål. Dermed ble det enklere å følge opp jordmødrenes svar, avklare eventuelle uklarheter, få flere og bedre beskrivelser samt utdypelser om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.2.1 Transkribering av intervjuene

Etter datainnsamlingen omgjorde vi muntlig tale til skriftlig tekst. Intervjuene ble transkribert samme dag som intervjuene fant sted, og situasjonen fremdeles var friskt i minnet. Vi lyttet begge gjennom alle fire opptakene og utførte selv all transkribering av datamaterialet. Intervjuene ble transkribert ordrett uten å utelate noe fra lydopptaket. Nonverbale sider i intervjuet ble fanget opp, notert ned og skrevet inn i teksten i parentes. Dette økte sannsynligvis sjansen for å få med relevante detaljer for analysen. For å styrke validiteten av analysematerialet valgte vi å transkribere hverandres intervjuer slik at begge ble bedre kjent med datamaterialet. Dette gav oss også en mulighet til å gjenoppleve erfaringene fra datainnsamlingen, og å oppklare uklarheter (Malterud, 2017). For å unngå forskjellige språklige sammenligninger av intervjuene, var vi bevisst på å bruke samme skriveprosedyre (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved hjelp av transkripsjon organiserte og strukturerte vi materialet for å lettere kunne ta det i bruk i analyseprosessen (Malterud, 2017). Dette kan det bidra til å styrke kvaliteten for analysen (Malterud, 2017; Kvale & Brinkmann, 2015).

4.3 Diskusjon av metode

Utvikling av vitenskapelig forskning krever relevans, troverdighet og overførbarhet (Malterud, 2017). Vi vil i det følgende kapittelet redegjøre for hva de ulike begrepene er og i tillegg vurdere studiens styrker og svakheter.

Validitet: Validering handler om en åpen prosess som følger med gjennom hele studien og er et kriterie for at en forskningsstudie skal kunne regnes som gyldig (Kvale & Brinkmann (2015). Polit & Beck (2012) beskriver at validiteten er den graden et instrument klarer å måle det den er ment til å måle. Med andre ord så kan en studie regnes som valid dersom metoden reflekterer de fenomenene vi ønsker å vite noe om. For eksempel ved å anvende relevante begreper og kartleggingsmetoder slik at den klarer å måle det som i utgangspunktet var planlagt (Malterud, 2017). Kvale & Brinkmann (2017) beskriver valideringens 7 faser. Disse 7 fasene er tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering. I et kvalitativt intervju kan eksempel validiteten styrkes ved hjelp av "gode" spørsmål (Dalen, 2004). Det som menes med "gode" spørsmål er at spørsmålene er

formulert på en slik måte at det gir mulighet for at informanten kan gi fylldige svar som kan styrke kvaliteten på data. Det er viktig at spørsmålene er forståelige og får fram svarene og kunnskapen vi er ute etter. Derfor tok vi oss god tid til å utarbeide en klar og tydelig intervjuguide med slike "gode" spørsmål (Dalen, 2004). Intervjuguiden ble også slik vi har nevnt tidligere i oppgaven revurdert og justert. Dette anser vi å ha styrket intervjuguiden samt kvaliteten på intervjuet. Vi la opp intervjuguiden etter Dalen (2004) sin traktprinsipp. Dette prinsippet går ut på å begynne med noen spørsmål som skaper ro og trygghet i situasjonen. Deretter gikk vi over på de mer sensitive spørsmålene. Denne fremgangsmåten kan være til hjelp i intervjusituasjonen

For å få informanter som var kvalifiserte og kompetente til å besvare vår problemstilling, var det nødvendig med et strategisk utvalg informanter som hadde de erfaringer som vi var ute etter (Thagaard, 2009). Vi hadde opprinnelig et mål om å få tilgang til 5-8 jordmødre som hadde opplevd en traumatisk hendelse, men vi fikk bare 4. Det kan være en svakhet med studien. Malterud (2017) påpeker imidlertid at informasjonsstyrken i en studie handler mer om kvaliteten på datamaterialet enn antall informanter.

For å få tilstrekkelig variasjon i datamaterialet, hadde vi som mål å rekruttere jordmødre med ulik erfaring og ansiennitet. Det fikk vi. Informantene varierte både i alder og ansiennitet og oppfylte etter vår vurdering inklusjonskriteriene på en god måte. Informantene hadde vært jordmødre i ulike funksjoner og representerte mange års jordmorerfaring. Det styrker studiens relevans og troverdighet (Malterud, 2017).

Et strategisk utvalg informanter har den fordel at det gir fleksibilitet og mulighet for å utvide antall informanter, dersom det foreliggende datamaterialet oppleves tynt. Våre 4 informanter gav oss imidlertid et rikholdig datamateriale som for oss representerte ny og relevant kunnskap om og dybdeforståelse for studiens tema (Malterud, 2017).

Kvaliteten på utførte intervjuer kan styrke eller svekke en studies relevans, pålitelighet og overførbarhet. Kvaliteten på et intervju påvirkes av mange faktorer, blant annet forskernes egen forforståelse, som beskrevet i kapittel 3, men også forskernes evne til å skape nødvendig trygghet og fortrolighet i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2017).

Vi var begge relativt uerfarne i forskningssammenheng, selv vi tidligere hadde utført kvalitative intervju i forbindelse med bacheloroppgave. For å gi informantene mest mulig frihet til å beskrive sine erfaringer på sin måte, prøvde vi under intervjuene, så godt vi kunne, å veksle mellom en enkel og tydelig spørsmålsformulering og en stille lytteposisjon (Malterud, 2017). Noen ganger var det vanskelig å lede intervjuene. Det var store forskjeller på hvordan informantene meddelte sine erfaringer. Enkelte informanter holdt seg til det aktuelle spørsmålet, mens andre begynte å fortelle ut over det gitte spørsmålet. Vår manglende erfaring gjorde oss til tider usikre på hvordan vi skulle forholde oss, slik at informantene kom tilbake på sporet og besvarte de opprinnelige spørsmålene.

Målet vårt var at informantene skulle holde seg til å beskrive egne erfaringer knyttet til tema, slik at vårt datamateriale mest mulig skulle reflekterte relevante opplevelser hos jordmødrene. Dette målet og vår usikkerhet medførte muligens at vi av og til brukte intervjuguiden og styrte intervjuet mer enn nødvendig. En ulempe med intervjuguide kan være at en står i fare for å begrense muligheten til å få data utover forforståelsens rammer og den kunnskapen som allerede er tilgjengelig (Malterud, 2017).

En fordel med intervjuguide er at den gir intervjuet struktur og forhindrer at intervjuet ender opp med snakk om mange forskjellige ting (Malterud, 2017). Dersom vi hadde vært mer rutinerne og strukturerte, hadde vi kanskje klart å tilrettelagt intervjuet bedre slik at intervjuene ble enda mer innholdsrike. Ved mer erfaring kunne vi kanskje trigget informantene til å hente frem enda mer erfaringer, opplevelser og refleksjoner om den aktuelle hendelsen.

Et intervju er en form for relasjon mellom mennesker (Kvale & Brinkmann, 2017). Vår relasjon til informantene kan ha hatt betydning for denne studien, da vi på forhånd jobbet ved samme sykehus og kjente godt til arbeidsmiljøet. Flere av informantene har vi også møtt tidligere i jobbsammenheng, men ingen av oss hadde noen personlig relasjon til dem. Dette kan ha påvirket intervjusituasjonen både positivt og negativt. En fordel kan være at informantene på grunn av relasjonen opplevde økt trygghet og tillit og dermed åpnet seg mer opp i sin fortelling. Trygghet, ivaretagelse, fortrolighet og ro i intervjusituasjonen kan i følge Malterud (2017) ha bidratt til rikere og mer relevante svar samt en god ramme for

fortellingene. Det viste seg i intervjuene at alle jordmødrene var åpne og viste følelser. Vi tar det som et tegn på at de følte seg trygge. Likevel var vi engstelig for at den relasjonen vi hadde til informantene skulle svekke studiens kvalitet, ved at informantene ikke fant det naturlig å åpne seg og snakke om den sensitive opplevelsen. Dette viste seg ikke å være gjeldende i vår studie.

Det finnes ikke noen bestemt måte å transkribere materialet fra muntlig til skriftlig form. I selve transkripsjonsprosessen, støtter vi oss til Kvale (2015) sine anbefalinger. Vi valgte den transkripsjons prosedyren som forholdsvis var best egnet til oss. Vi skrev ordrett ned alt som ble sagt i intervjuet, inklusivt pauser og gjentakelser. I tillegg skrev vi inn alle reaksjonene vi observerte som for eksempel gråt, latter, tårer, «trakk på skuldrene» eller om de brukte lang tid på å svare. Dette gav styrke til studiens troverdighet og gyldighet. Transkripsjonen ble gjort umiddelbart etter hvert intervju, slik at vi både hadde intervjusituasjonen frisk i minnet (Kvale, 2015; Malterud, 2017) og at meningsinnholdet i det som var skrevet, var mest mulig slik som informantene hadde uttalt og fremført i intervjuene. For å sikre troverdigheten til datamaterialet lyttet vi flere ganger gjennom lydopptakene fra intervjuene.

Først og fremst omhandler overførbarhet om at våre resultater skal kunne overføres til andre tilsvarende yrkesarenaer enn der studien vår ble gjennomført. For at studien skal kunne deles med andre, må studien kunne medbringe kunnskap til de aktuelle feltene (Malterud, 2017). Det er viktig å hele veien under forskningsprosessen vurdere overførbarheten opp mot om andre kan ha nytte av den studien som vi gjennomfører. Hvis ikke man vurderer dette kan vi risikere at studiens validitet blir svak (Dalen, 2011). Vi tenker at denne studien lett kan overføres, ikke bare til jordmødre på andre sykehus, men også til andre yrkesgrupper og andre faglige sammenhenger i samfunnet. Dette fordi traumatiske hendelser kontinuert skjer i hele verden og i mange settinger.

4.4 Analyse

I denne studien er det tatt i bruk Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering for å analysere dataene. Ved å anvende denne metode får vi frem nye beskrivelser, samt egen forståelse av dataene vi samlet inn. Det ble brukt systematisk refleksjon for å utbedre tekstene

og få frem det viktigste meningsinnholdet. Metoden beskriver en systematisk analyseprosess i fire trinn:

1. Å få et helhetsinntrykk
2. Å identifisere meningsdannende enheter
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene
4. Å sammenfatte betydningen av dette

(Malterud, 2017, s. 98)

1. Helhetsinntrykk - fra villnis til temaer

I første trinnet hadde vi fokus på helheten i datamaterialet, hvor vi forsøke å innta et “fugleperspektiv”. Vi la bevisst vekt på å legge vår teoretiske referanseramme og forforståelse til side, og å være åpne og fordomsfrie overfor materialet (Malterud, 2017). Vi lese gjennom det transkriberte materialet flere ganger, og deretter noterte vi ned de temaområdene som vi intuitivt merket oss i teksten. I første omgang noterte vi ned 11 temaområder. Vi fulgte imidlertid Malterud (2017) sin anbefaling om å begrense antall temaer, og endte derfor opp med å sammenfatte noen temaer og redusere temaområdene til 8.

2. Meningsbærende enheter - Fra temaer til koder

I andre trinn organiserte og systematiserte vi datamaterialet. Dette er en viktig del av analysen. Vi gikk tilbake til den transkriberte teksten og skilte ut de deler av teksten som vi opplevde og vurderte som særskilt relevant for å belyse studiens problemstilling. Vi gikk grundig gjennom den transkriberte teksten, linje for linje, for å finne meningsbærende enheter som inneholdt kunnskap om de utvalgte temaområdene. De meningsbærende enhetene i teksten ble kodet ved å fremheve og markere teksten med ulike farger. De 8 temaområdene ble videre analysert og sammenlignet med tanke på deres meningsbærende innhold; om meningsinnholdet i de enkelte temaområdene var så sammenfallende at de i realiteten kunne slås sammen, eller om meningsinnholdet i de enkelte temaområdene var så sprikende og forskjellige at de i realiteten utgjorde forskjellige tema. Etter denne gjennomgangen endte vi opp med 6 temaområder, som utgjorde grunnlaget for de kodegruppene som framkom senere i forløpet. For lettere å organisere arbeidet og samtidig ha kontroll over datamaterialet, klippet vi ut de meningsbærende enhetene og sorterte dem i konvolutter, som representerte hver av kodegruppene (Malterud, 2017).

3. Kondensering - Fra kode til mening

I tredje trinn skal en systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. Vi gikk da tilbake til de meningsbærende enhetene og vurderte kodegruppene på ny. Det viste seg da at noen av kodegruppene faktisk var irrelevante for problemstillingen. Antall kodegrupper ble derfor redusert til 3. Deretter ble innholdet i kodegruppene sortert i subgrupper, som utgjorde den videre analyseenheten. Ut i fra vårt faglige perspektiv og ståsted ble disse tekstene tolket. 11 subgrupper ble først utarbeidet og systematisert. Det viste seg imidlertid at noen av disse subgruppene kunne slås sammen, og dermed fikk vi 5 subgrupper til videre analyse. dette gjorde også analyseresultatet mer oversiktlig (Malterud, 2017). Eksempler på kodegruppe og subgruppe vises i tabell 2. De meningsbærende enhetene ble videre kondensert fra hver subgruppe og illustrert med en kunstig sitat i jeg - form. De kunstige sitatene ble satt sammen ut fra det informantene selv fortalte i intervjuet, og vi anvendte mest mulig av informantenes egne ord og uttrykk. Kondensatet ble utformet som en oppsummerende og sammenhengende tekst og satt sammen

på en systematisk og naturlig måte. Sitatene ble brukt som et arbeidsredskap videre i prosessen. Etter utført kondensering gikk vi tilbake til de meningsbærende enheter og hentet ut “gullsiter” fra informantene. Disse ble nøye analysert og vurdert med tanke på hvorvidt de kunne illustrere den kondenserte teksten på en god måte (Malterud, 2017).

4. Sammenfatning - fra kondensering til beskrivelser og begreper

I fjerde trinn foretok vi en rekontekstualisering. Med det menes at en setter sammen tekstene igjen og gjenforteller. Dette kan gi nye beskrivelser og ny forståelse. Underveis i denne prosessen vurderte vi hvorvidt resultatene vi var kommet fram til, faktisk ga en riktig beskrivelse ut fra den sammenhengen den opprinnelig var hentet ut fra, og om “gullsitatene” vi fant i forrige trinn på en riktig måte beskrev det som stod i den transkriberte teksten. Vi var bevisst på viktigheten av at analyseresultatet skulle representere og reflektere det informantene faktisk hadde fortalt oss i intervjuene. Vi merket oss at enkelte subgrupper ikke hadde sterk nok forankring i datamaterialet til at vi kunne skrive en sammenfatning. Vi reflekterte over dette og vurderte om disse subgruppene skulle tas med eller ikke. Reflektering og vurdering ble også anvendt under skriveprosessen, slik at vi måtte ta et steg tilbake og tenkte nøye gjennom både større og mindre nyanser på nytt. Videre sammenfattet vi den kunnskapen fra hver enkel kodegruppe og subgruppe til en analytisk tekst ved hjelp av kondenseringen som ble gjort i forrige trinn. På dette stadiet i analysen kunne vi endelig se om gullsitatene vi fant i forrige trinn illustrerte det som stod i den analytiske teksten. Avslutningsvis, kom vi frem til en overskrift som sammenfattet det teksten handlet om. Validering utgjør det femte trinnet i analysen (Malterud, 2017), men dette blir presentert i kapittel 4.2.

Tabell 2

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat	Kategori
<p>Det første som slo meg var jo at altså at jeg har rett og slett tatt livet av dette barnet. Det var det første jeg tenkte. Det var enormt mange tanker på en gang. Hva er det som er skjedd? og hva... har jeg noen skyld i dette? Er det noe jeg kunne gjort annerledes? Sant, det var vanvittig mange mye sånn tanker som bare kokte seg opp. Men eh.. jeg så egentlig bare for meg at jeg hadde tatt livet av ungen egentlig. Det var det som stod i hodet mitt.</p>	Reaksjoner	Sjokk	<p>Det første jeg tenkte etter hendelsen var at jeg har tatt livet av dette barnet. Jeg følte meg ansvarlig og klandret meg selv. Jeg hadde mange tanker: hva er det som er skjedd? er det noe jeg eller vi kunne gjort annerledes? er det noe vi hadde oversett? tankene bare kokte seg opp.</p>	<p><i>Å bli utsatt for ubeviste og overveldende følelser</i></p>

4.5 Ethiske overveielser

Vi startet prosjektet med å sende inn informasjonsskrivet (Vedlegg 1) til NSD (Norsk senter for forskningsdata). NSD gjorde så en forhåndsvurdering (Vedlegg 3) som gjorde at vi fikk gå i gang med innsamling av data. Studien er også godkjent hos forskningsavdelingen på det aktuelle sykehuset (Vedlegg 4). Vi jobbet nøye for å gi informantene en god beskrivelse og informasjon både muntlig og skriftlig (Kvale & Brinkmann, 2015). Da dette vektlegges sterkt i helsinkideklarasjonen (MWA, 2013). Ved å gi god informasjon ga vi informantene innsyn i hvem som fikk tilgang til studiets data, og at de selv hadde tilgang til transkripsjonen og analysen av de kvalitative data (Kvale & Brinkmann, 2015). De ble informert om at de uten noen grunn og når som helst kunne trekke seg fra studiet, uten noen videre følger for vedkommende. Når de var innforstått med dette, signerte informanten etter fri vilje på et samtykkeskjema (MWA, 2013).

Vi var under hele studiet ansvarlig for å beskytte informantens privatliv, og overholde konfidensialiteten rundt de personlige opplysningene informanten delte (MWA, 2013). Alle private data har i studien blitt anonymisert. For å bevare anonymiteten og passe på all konfidensielle data, ble informantene koblet til et kodennummer. Dette for å beskytte data som kunne identifiseres opp mot informanten, spesielt i resultatdelen (Kvale & Brinkmann, 2015). På grunn av antall informanter var få og situasjonen er spesiell, oppgir vi lite informasjon om den enkelte for å sikre anonymisering. Anonymisering innebærer at datamaterialet ikke skal kunne gjenkjennes eller knyttes direkte til informantene eller den bestemte hendelsen. Denne informasjonen ble lukket i en kryptert fil som kun vi 2 studenter hadde tilgang til. Etter intervjuet hadde informantene mulighet til å lytte til lydopptakene, slette data og høre resultatet etter endt studie (MWA, 2013). Når studiet er avsluttet og godkjent blir alle data fortest mulig slettet.

Forskning skal være basert på grundig kunnskap, at mennesket skal respekteres og deres rettigheter og helse beskyttes. Vi har brukt dette gjennom hele studiet og tatt utgangspunkt i Helsinkideklarasjonen. Vi har brukt mye tid til bakgrunnen, i form av litteratursøk etter tidligere teori og forskning. Da et prinsipp omhandler at forskning skal bygge på grundig

forskning (MWA, 2013). Forskningen har blitt nøye vurdert slik at formålet med studiet er viktigere enn belastningen som kan påføres informanten (Malterud, 2017). Vi vurderte at vårt studiet ikke overgikk informantenes mulighet til å mestre situasjonen, og vi jobbet bevisst i intervjusituasjonen ved å tilby pauser, om nødvendig, da vi berørte potensielt sensitive erfaringer under intervjuene. Ut i fra Helsinkideklarasjonen (MWA, 2013) var vi også under hele prosessen bevisst på å respektere informantens samtykke.

5 Resultater

I dette kapittelet tar vi for oss resultatene fra de fire kvalitative forskningsintervjuene som ble gjennomført. Kategorier som vokste frem i analyseprosessen var: *Å bli utsatt for ubevisste og overveldende følelser og reaksjoner; Å finne en måte å håndtere det, en ny hverdag.*

5.1 Å bli utsatt for ubevisste og overveldende følelser

Flertallet av jordmødrene opplevde sjokk etter den traumatiske hendelsen. De var ikke forberedt og situasjonen kom uventet. De hadde forhåpninger om at alt skulle foregå normalt, men da det kom ut et dårlig eller dødt barn, ble alt snudd på hodet. En jordmor beskrev hendelsen som en uvirkelighetsfølelse da hun så barnet og at beina slo under henne. Sjokket ble så kraftig for enkelte av jordmødrene at de ikke klarte å huske det som hadde skjedd eller hva som ble sagt til dem etter hendelsen. En jordmor illustrerte sjokket som at alt ble tåkete. Flere av jordmødrene nevnte at tiden rett etter hendelsen var en tøff opplevelse.

“Det var jo bare en overraskelse at det ikke var et rødt og fint barn som skrek. Ingen hadde tenkt at noe var galt”

Kroppslige reaksjoner var fremtredende hos flere jordmødre. En jordmor beskrev at kroppens skalv og dirret, mens en annen kjente seg totalt handlingslammet. En jordmor uttrykte at kroppen var full av adrenalin, men at hun likevel kjente på en tomhetsfølelse. En jordmor beskrev at hun kjente «max» puls. Sjokket tok overhånd på følelsene, og en jordmor fortalte at hun satt på avdelingen og gråt fordi hun følte seg trygg og ivaretatt.

“Jeg gikk inn på do og begynte å brette meg, for jeg tror det var en reaksjon på selve hendelsen”.

Sjokkfølelsen medførte at to jordmødre tok avstand fra situasjonen, da de ikke klarte å være tilstede på fødestuen. Enkelte nevnte også at ved senere fødsler som lignet den traumatiske hendelsen, førte dette til at jordmødrene tok avstand. Den ene jordmoren beskrev at en annen kollega måtte overta ansvaret for fødeparet, da hun ikke klarte å være i rommet. Denne jordmoren fortalte at hun ikke klarte å fungere videre på jobb. En annen jordmor tok avstand ved en lignende situasjon, da det minnet henne om den traumatiske hendelsen. Flere av jordmødrene nevnte at det var vanskelig å ta vare på kvinnen i etterkant. De følte seg slitne og følelsesmessig utladet. En jordmor beskrev det slik:

“Jeg var avhengig at noen andre overtok ansvaret for kvinnen. Jeg hadde behov for et pusterom”

De første dagene, uker og måneder etter hendelsen beskrev jordmødrene tiden som vanskelig og tøff. De opplevde angst og frykt, noe som resulterte i at det var vanskelig å komme tilbake i jobb. En jordmor opplevde at bare tanken på å skulle fungere på jobb igjen, var en vanskelig omstilling i seg selv. Flere av jordmødrene tenkte konstant på hendelsen, og en beskrev at hun var lei seg og hadde mareritt om alt som hadde med denne hendelsen å gjøre. To jordmødre beskrev at kort tid etter hendelsen opplevde de frykt for å overse ting som var viktig og redsel for å gjøre noe galt. Flertallet av jordmødre forklarte at de i stor grad ble så påvirket at de ikke klarte å stole på seg selv og hadde behov for bekreftelser når det gjaldt å ta riktige avgjørelser i arbeidssituasjoner. En jordmor presiserte at frykten tok overhånd, noe som medførte at hun unngikk å gå i butikken, hun ble redd for å treffe fødeparet igjen.

“Jeg tenkte om jeg egentlig var en god nok jordmor og om jeg hadde styrke til det. For det kan jo skje igjen”.

Skyldfølelse var noe som gikk igjen hos alle jordmødrene i studien. Flere gav uttrykk for å beskyldte seg selv for hendelsen, og tre av jordmødrene fortalte at ansvarsfølelsen ble forsterket. Den ene jordmoren avslørte at hun ikke har hatt en ansvarsvakt etter hendelsen, fordi hun opplevde hendelsen som en stor påkjenning. Samtlige av jordmødrene opplevde at de hadde gjort alt de kunne for fødeparet, men én beskrev at det var ikke godt nok.

“Å tenkte at jeg har gjort deres barn til en krøpling, er en vond følelse”.

Skyldfølelsen kom til syne på ulike måter. En jordmor fortalte at hun hadde lyst å kaste navneskiltet i toalettet, hun ønsket bare å gi opp. To av jordmødrene fikk klagebrev og beskrev at hun opplevde seg som den kriminelle, da hun ble anklaget og måtte inn til politiavhør. Videre beskrev en jordmor følelsen av å bli stemplet som den skyldige. En annen jordmor var livredd for at arbeidsplassen skulle få et dårlig rykte på seg på grunn av henne.

“Jeg følte det stod en merkelapp i pannen, og alle visste hva som hadde skjedd”.

Opplevelsen av å ikke få treffe fødeparet igjen, forsterket skyldfølelsen hos to av jordmødrene. Dette opplevde de utfordrende. En jordmor beskrev at hun også møtte avvisning fra fødeparet, som medførte en stor belastning og var vanskelig å håndtere. Det var ekstra sårende for en av jordmødrene som ble klandret av ledelsen for å ikke ha fulgt prosedyrer. Dette opplevdes som ekstra belastende, da det ikke var utarbeidet skriftlig retningslinjer på den tiden.

“Jeg følte meg som en dårlig jordmor”.

Flere av jordmødrene hadde behov for å ta innover seg det som hadde skjedd. Samtlige opplevde at tankene og spørsmålene kokte seg opp i ettertid av hendelsen. Alle jordmødrene gikk konstant rundt og tenkte på hva de kunne gjort for å forhindre den forferdelige hendelsen, og om det var deres skyld. En jordmor beskrev at hun opplevde hendelsen som en film i hodet sitt. Hun fortalte det slik:

“Du glemmer aldri hendelsen, den sitter der alltid, og plutselig får du flashbacks”

5.2 Ivaretagelse på godt og vondt

To av jordmødrene opplevde støtten og ivaretagelsen som tilfredsstillende. Arbeidsplassen ble av disse oppfattet som god til å ta tak i situasjonen. Jordmødrene fikk ikke dra rett hjem fra arbeidsplassen og ble raskt henvist videre til debriefing. Samtlige fire jordmødre, opplevde debriefing positivt og så på det som et viktig tiltak hvor alle de involverte fikk mulighet å dele egne opplevelser og diskutere hendelsen. En jordmor var positiv til at det under samtalene ble lagt vekt på det jordmødrene hadde gjort bra i situasjonen. En annen jordmor beskrev

debriefingen som nyttig og uttrykte at hun fikk gått til mange samtaler som førte til at hun klarte å føle seg oppreist igjen.

"Debriefing og diverse. Det har nok hjulpet i dag med at jeg nå gleder jeg meg til å gå på jobb igjen. Jeg synes fødsel og alt er fantastisk selv om dette er noe som jeg tror henger i ryggmargen resten av yrkeskarrieren".

Kollegastøtteordningen ble hos de fleste opplevd som noe positivt. En jordmor som tok i bruk ordningen, opplevde hun hadde mange å snakke med. Det var også en annen jordmor som bemerket at den var til god hjelp. Via dette tilbudet ble det gitt råd, veiledning og anbefalinger til en av jordmødrene om å skrive ned og lagre et dokument som beskrev hendelsen detaljert mens det enda var friskt i minnet. Anbefalingen tok hun til seg og dokumentet var til stor hjelp for henne senere, da tiden ofte fører til at en glemmer detaljer omkring hendelsen.

"Jeg ble veldig godt ivaretatt av kollegastøtte. Lederne ringte meg å sa at hvis jeg hadde bedre forhold til den ene, så forholdt jeg meg til den".

Jordmødrene hadde alle et ønske om å komme seg videre og "opp på hesten igjen" igjen etter den traumatiske hendelsen. De fleste informantene ble kastet rett ut i jobb kort tid etter, og dette var det en av jordmødrene som opplevde som veldig god hjelp for bearbeidelsen. En av informantene uttrykker viktigheten med at ledelsen skal kunne guide sine medarbeidere i riktig retning. Dette beskrev en av informantene på denne måten:

"Så at det er noen ledere som som kan guide deg der du skal, det tror jeg er veldig viktig. Det er en viktig lederjobb. For det må jo være et mål for alle å få folk gjennom slike ting. Vi har et utsatt yrke".

Flere av jordmødrene satt igjen med opplevelser knyttet til ledernes eller ledelsens tilbakemeldinger. En av jordmødrene opplevde å «bli reddet» da en overlege tydelig ga henne

oppmerksomhet på at hendelsen hun hadde gjennomgått kunne skape traumer. Det å bli møtt med forståelse og positiv feedback var viktig.

" For de hadde veldig stor forståelse....Hvis du føler du må ha en CTG så tar du den CTG, det er ikke noe problem. Når jeg ringte å sa jeg ikke orket å være i jobb. Så var det ikke sånn: Skjerp deg og kom på jobb".

Alle jordmødrene søkte støtte både hos kollegaer, venner og familie for å bearbeide hendelsen. Åpenhet om situasjonen, oppmuntringer, det å vise forståelse og gi positive tilbakemeldinger var viktig. En jordmor bemerket at det å snakke med andre jordmødre, førte til at hun opplevde en bedre forståelse for at hun ikke var alene om ha opplevd en traumatisk hendelse. At det var andre rundt henne som også hadde opplevd noe lignende. Det førte i tillegg til at hun følte seg sterkere tilknyttet sine kollegaer. Familie og venner kunne også til en viss grad gi informantene støtte, ved at de kunne forstå at en hadde hatt det tøft på jobben. De kunne ikke få helt den samme forståelse for situasjonen som kollegaene. Jordmødrene opplevde at taushetsplikten satte begrensninger som medførte at de ikke kunne snakke om detaljer i forhold til det de hadde vært gjennom. Derfor var kollegaene hos de fleste den viktigste støttespilleren.

"det er gjerne de ansatte du faktisk trenger, eller jeg tenker de kollegaene du trenger aller mest. For det er de som på en måte er i samme gamet, så det er de som forstår gjerne... ja... andre utenfra skjønner ikke helt hva det var du egentlig har opplevd".

Noen jordmødre opplevde at tilretteleggingen på arbeidsplassen var mangelfull. De fleste var positive til kollegastøtteordningen, men ikke alle benyttet seg av denne. En jordmor mente at det var veldig personlig hvem hun ønsket å snakke med, og at kollegastøtte listen ikke alltid inneholdt de navnene som hun ønsket å åpne seg opp for. Enkelte av jordmødrene opplevde at situasjonen ble for tøff å håndtere på egen hånd og at hendelsen hadde skapt usikkerhet. Et ønske om å samtale med en psykolog om den traumatiske hendelsen, oppsto hos to av jordmødrene. Ingen av disse jordmødrene fikk tilbud om psykolog fra arbeidsplassen, men det endte til slutt opp med at en av dem fikk snakket ut med en psykolog i etterkant av hendelsen.

"Jeg ble veldig usikker og valgte å få hjelp av psykolog på eget initiativ. Jeg fikk ikke dekket noe, så måtte betale alt selv"

Til tross for at alle jordmødrene valgte å fortsette i yrket som jordmor, opplevde enkelte å bli glemt og ikke å bli tatt på alvor. En jordmor fortalte at hun snakket med arbeidsplassen om hva som hadde skjedd, men det var ingen som tok tak i det, og ingen hjalp henne. Dette var en veldig vanskelig opplevelse for henne å takle. En annen jordmor visste ikke en gang hvor hun skulle gå for å få hjelp.

"Det hadde vært lettere å komme seg gjennom hendelsen og glede seg i jobben, hvis man hadde fått en bedre oppfølging"

Det som også kom frem blant resultatene var at en jordmor opplevde det var dårlige retningslinjer på arbeidsplassen. Hun viste ikke hvor hun kunne gå for å finne de skrevne retningslinjene om oppfølging etter traumatiske hendelser.

"Jeg kjenner ikke til noen skrevne retningslinjer på hvordan ansatte skal følges opp etter en slik hendelse"

Der noen jordmødre opplevde tilbakemeldingene fra lederne som positivt, opplevde andre negative tilbakemeldinger. Denne negative responsen forsterket ytterligere de negative opplevelsene i etterkant. En jordmor søkte støtte hos sin leder, men lederen avviste henne barskt. Jordmoren opplevde at lederen bagatelliserte hennes opplevelser, og det opplevdes svært sårende for henne. En jordmor ble oppringt av en lege som rapporterte at hendelsen skyldtes asfyxi, selv om det sto «ukjent årsak» i obduksjonsrapporten. Denne opplevelsen gjorde hendelsen mye vanskeligere å håndtere for jordmoren.

"Jeg synes ledelsen og legen som ringte hjem til meg strødde salt i sårene mine i ting de sa som ikke var bra".

Til tross for at jordmødrene stort sett opplevde oppfølgingen de fikk fra arbeidsplassen som positiv, var det noen jordmødre som fortalte de søkte ytterligere hjelp og oppfølging fra fagforeningen. En jordmor gav uttrykk for at hun via fagforeningen fikk god hjelp til både

samtaler og advokathjelp i den tøffe tiden med både anklager og rettssak. Hun opplevde hun fikk bedre oppfølging via fagforeningen enn ledelsen på arbeidsplassen. Samme jordmor ytret også et ønske om endringer i oppfølgingen den første tiden i arbeid.

"jeg ble veldig raskt kastet ut i vanlig jobb uten å ha noe som... kunne hatt en støtteperson med meg eller et eller annet som kunne gått oppå bemanningen en periode. Det var mye en kunne gjort for å tilrettelagt sånn at det gikk bedre".

5.3 En ny hverdag

Å være utsatt for en traumatisk hendelse påførte jordmødrene flere konsekvenser for yrket. To av jordmødrene fortalte at de var deprimert i lang tid etter hendelsen, samtidig som det gikk utover privatlivet til en av dem. En jordmor beskrev at den traumatiske hendelsen var grunnen til hennes søvnproblemer. En liten stund etter hendelsen, ble en av jordmødrene sykemeldt, da hun fortalte at hun ikke orket å være på jobb mer. Videre medførte hendelsen at en av jordmødrene skiftet arbeidsplass, hun beskrev at det var for tungt å jobbe der. Flere jordmødre ga uttrykk for redsel hvis de kom i lignende situasjoner som minnet dem om den traumatiske hendelsen. En jordmor beskrev at hun ble redd hvis hjertelyden gikk ned under en senere fødsel. Hendelsen har i etterkant ført til at samtlige av jordmødrene har tatt i bruk mer overvåking hos kvinnene. En jordmor beskrev at hun hadde behov for å ta CTG - registrering når det egentlig ikke var indikasjon for det. Hun fortalte at dette var fordi hun ikke klarte å stole på seg selv. Dette ble også uttalt av en annen jordmor. Ordet bekreftelse ble nevnt fra flere av jordmødrene. En beskrev at hun rett etter hendelsen måtte ha med jordmor 2 med under utdrivningsfasen, fordi hun måtte vite at ting ble gjort riktig.

" jeg synes fødsel er fantastisk, men den henger i ryggmargen resten av livet".

6 Diskusjon

I det følgende blir studiens funn drøftet opp mot problemstilling, hensikt, tidligere forskning og teoretisk rammeverk.

6.1 Reaksjoner og følelser

Samtlige informanter i studien beskrev overveldende følelser og belastende reaksjoner i etterkant av hendelsen. Mange andre forskningsstudier av nyere dato (Pezaro, 2016; Leinweber & Rowe, 2008; Beck et al., 2015; Sheen et al., 2013; Schröder, 2015; Elmir et al., 2017; Selye, 2013; Rice & Warland, 2013) viser og at hendelser som byr på negativ stress, kan få alvorlige konsekvenser både følelsesmessig og kognitivt. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på individuelle forskjeller (Lazarus, 2006).

Informantene beskriver at påtrengende tanker hopet seg opp som følge av hendelsen og to av dem klarte ikke å gi slipp på tankene som førte til ytterligere påkjenninger. *“Jeg hadde masse søvnproblemer, var deprimert de første ukene og månedene etter hendelsen. Det gikk utover privatlivet mitt”*. Det kan se ut som om hendelsen tok mye styring over tankene deres, og at de hadde en dårlig følelsesfokusert mestring (Lazarus, 2006).

Jordmorfunksjonen impliserer et stort og selvstendig ansvar (Helsedirektoratet, 2010; Brunstad & Tegnander, 2010). I de fleste tilfellene klandret jordmor seg selv for det som hadde skjedd. Enkelte informanter opplevde hendelsen svært belastende, noe som medførte at de gav fra seg ansvaret. Uansett hvor ansvarlig og dyktig en jordmor er, kan det oppstå uunngåelige hendelser som er vanskelig å tillegge noen ansvaret for. Ut i fra den informasjonen jordmødrene gav, kan det se ut som at hendelsen ikke kunne vært forhindret.

Vi kan forstå at enorme reaksjoner vil oppstå etter slike traumatiske hendelser og det kan være svært belastende for jordmødrene. Reaksjonene er likevel en normal respons etter en slik hendelse (Cullberg, 2010). På den ene side er det forståelig at fødeparet får store reaksjoner og gjerne ønsker å finne en sydebukk. På den andre siden er det tenkelig at opplevelsen av å bli beskyldt for noe de ikke har gjort, kan være en stor påkjenning for den som mottar den. En av våre informanter fortalte om en slik hendelse. *“Det er sånne type folk som må ha en sydebukk, og det ble meg”*. I studien opplevde jordmødrene skyldfølelse, noe som samsvarer med annen forskning (Leinweber & Rowe, 2008; Pezaro, 2017; Sheen et al., 2013; Rice & Warland, 2013; Beck et al., 2015; Schröder, 2015; Elmir et al., 2017). Flere av informantene prøvde å finne en forklaring på hvorfor hendelsen oppstod. *“Hva er det som har skjedd, har*

jeg noen skyld i dette, er det noe jeg kunne gjort annerledes". Opplevelsene kan bli forsterket dersom jordmor og fødekvinne har utviklet et godt og nært forhold tidligere i forløpet (Elmir et al., 2017).

Det som ikke kom frem i denne studien, var hvorvidt disse jordmødrene tidligere hadde opplevd traumatiske hendelser, yrkesmessig eller privat. Tidligere traumatiske opplevelser kan øke sårbarheten, og jordmødrene kan være mer utsatte for stressreaksjoner (Halperin et al., 2011; Rice & Warland, 2013; Sheen et al., 2016; Albert W. Wu & Steckelberg, 2012). Sårbarheten til informantene ble forsterket da de opplevde avvisning fra fødeparet og anklager fra ledelsen. I tillegg kan også andre faktorer som erfaringer, alder og kjønn påvirke sårbarheten og mestringsnivået (Skants, 2014).

Følelsen av trygghet blir svekket når en utsettes for fare (Håkonsen, 2010), og en kan dermed oppleve mangel på kontroll og hemme muligheten for mestring. Når tryggheten blir svekket, kan det også medføre bruk av forsvarsmekanismer (Cullberg, 2010), som å ta avstand fra situasjonen (Leinweber & Rowe, 2008; Beck et al., 2015; Sheen et al., 2013; Pezaro, 2017). Som et forsvar mot smertefulle opplevelser, viste en jordmor i denne studien at hun tok avstand fra situasjonen ved å gå ut av rommet.

Flere av jordmødrene beskrev psykiske helseplager, noe som samsvarer med flere studier som nylig er gjennomført (Selye, 2013; Elmir et al., 2017; Beck et al., 2015; Pezaro, 2017; Schröder, 2016). De psykiske helseplagene angst, mareritt, søvnproblemer og flashback som beskrives i denne studien, samsvarer med symptomer på PTSD (Helsebiblioteket, 2016). Det vil også være risiko for å kunne utvikle denne tilstanden (Sheen, et al, 2013; Beck et al, 2015).

6.2 Støtte og oppfølging

Det å ha vært gjennom en traumatisk hendelse, viste seg å øke behovet for ivaretagelse og støtte. Hver enkelt jordmor, uavhengig av om de hadde mottatt støtte eller ikke, var innstilt på å komme seg "opp på hesten" igjen etter hendelsen. En studie av Christoffersen & Teigen (2016) viser samme funn og beskriver at de føler seg sviktet av ledelsen. Flere av jordmødrene i denne studien opplevde at de ikke fikk nytte av ytre ressurser støtte. Det oppsto dermed en vippebrett analogi av ubalanse mellom krav og ressurser (Lazarus, 2006).

Resultatet av denne ubalansen førte til at jordmødrene opplever situasjonen traumatisk. I verste fall kan dette føre med seg negative konsekvenser som depresjon, panikk og håpløshet (Lazarus, 2006).

Det å ha gode ressurser og retningslinjer er viktig for å ha mulighet til å gjennomgå mestringsprosessen med et positivt resultat. Informantene i både denne og andre studier, etterspør konkrete og oversiktlige retningslinjer i forhold til oppfølging (Schröder, 2016; Halperin, 2011 & Christoffersen & Teigen, 2016). Dette kan tyde på at enkelte jordmødre opplever mangel på tilgjengelige og klare retningslinjer på arbeidsplassen. *“Jeg kjenner ikke til at det er noen skrevne retningslinjer på hvordan ansatte skal følges opp etter en slik hendelse”*. Studien til Christoffersen & Teigen (2016) viser og at enkelte sykehus har manglende rutiner i forhold til oppfølging av helsepersonell etter traumatiske hendelser. Det kan se ut som om dårlige retningslinjer fører til svekket kvalitet på ivaretagelsen eller i verste fall fravær av støtte. *“Det var mye en kunne gjort for å tilrettelagt sånn at det gikk bedre. Jeg synes den oppfølgingen jeg fikk var fra fagforeningen og ikke fra ledelsen her på arbeidsplassen”*.

Fravær av støtte kan forsterke stressreaksjoner (Calvert & Benn, 2015). Dermed kan det oppstå forstyrrelser i jordmødrenes muligheter for bearbeiding og mestring. Manglende støtte vil kunne svekke jordmødres evne til å takle påkjenninger og gi utslag i redusert selvtillit, maktesløshet, depresjon, angst (Folkehelseinstituttet, 2015), ensomhet, traume og en opplevelse av å bli forlatt (Halperin et al, 2011). Flere av informantene beskrev følelsen av å være glemt og ikke å bli tatt på alvor. *“Jeg føler meg litt glemt av ledelsen og kollegaene. I begynnelsen var det mange som snakket med meg, men jeg erfarte at jeg husket hendelsen lengre enn mine kollegaer”*. Christoffersen & Teigen (2016) beskriver lignende funn. Deres informanter opplevde mangelfull og tilfeldig støtte. Så kan en spørre seg om det er realistisk å forvente at ledelsen og kollegaene som ikke har implisert seg selv direkte i situasjonen, husker opplevelsen i lang tid fremover. Det er stor enighet om at tilrettelegging etter en traumatisk hendelse er et lederansvar (Christoffersen & Teigen, 2016). For at ledelsen skal kunne tilrettelegge best mulig, er det viktig at jordmødrene selv er åpen og gir tydelige

tilbakemeldinger om sine behov om hjelp og oppfølging. Samtidig er det viktig at lederne tar seg god tid til å imøtekomme jordmødrenes behov.

Bruk av negative tilbakemeldinger og bagatellisering kan være med på å trigge en opplevelse av dårlig ivaretagelse. Det kan lett føre til negative følelser (Manger & Wormnes, 2015). To av informantene gav flere eksempler som beskrev hvilken innvirkning den negative tilbakemeldingen hadde på dem. *"Jeg snakket med øverste leder og han bare fnøs det vekk. Å bagatellisere slike ting er jo helt feil av en leder"*. Ut fra dette kan man tenke seg at dersom ledelsen eller kollegaer møter jordmødrene med mangel på respekt, kan dette føre til at jordmoren ikke klarer å dra nytte av gitte råd og dermed også påvirke jordmors mestringsprosess (Manger & Wormnes, 2015). Vi vet ikke hvorfor ledelsen gav negative tilbakemeldinger eller hvorfor informanten opplevde det slik. En kan tenke seg at tilbakemeldingene ikke var ment i negativ retning. Dersom en ikke er bevisst hvordan en ordlegger seg, kan noen utsagn lett oppfattes negative og forvirrende (Manger & Wormnes, 2015). *"Jeg fikk høre fra leder: - Det gjør du ikke igjen! Og det var vanlig å gjøre. Da kan du ikke klandre meg for noe som ikke står skriftlig i rutinene. Det har jeg opplevd veldig sårende"*. Dessverre tror en del ledere at de bedrer situasjonen for jordmødrene ved å peke direkte på feilene. En slik fremgangsmåte kan få følelsesmessige konsekvenser for og hindre mestring (Manger & Wormnes, 2015). Negativ tilbakemeldinger kan sitte i hukommelsen over lang tid (Håkonsen, 2010) mens positive tilbakemeldinger kan skape positive følelser i tillegg til økt mestringsfølelse (Manger & Wormnes, 2015). *"For det må jo være et mål for alle å få folk gjennom slike ting! Vi har et utsatt yrke"*. Dette kan føre med seg negative konsekvenser som depresjon, panikk og håpløshet (Lazarus, 2006).

6.3 Konsekvenser

Flere av jordmødrene nevnte at det var utfordrende å komme tilbake i jobb etter hendelsen. Hendelsen hadde gjort dem usikre og de opplevde konstant bekymringer. *"Hendelsen har preget meg slik at jeg dobbeltsjekker flere ganger"*. Jordmødrene stolte ikke på sine egne vurderinger og hadde behov for bekreftelser fra blant annet kollegaer. Usikkerheten medførte flere intervensjoner og det ble tatt i bruk mer medisinsk teknologisk utstyr for eksempel CTG (Aune, 2014). Det kan tenkes at jordmødrene søkte en form for trygghet og kontroll i

situasjonen. Usikkerhet kan endre synet på normal fødsel (Beck et al., 2015). Det kan være minst to årsaker til at vedkommende tok i bruk økt intervensjon. Den ene årsaken til økt bruk av medisinske tiltak kan skyldes at jordmor har endret syn på naturlig fødsel. Den andre årsaken kan være at jordmoren er så usikker at hun har behov for den tryggheten og bekreftelsen hun selv mener hun får med for eksempel kontinuerlig fosterovervåking. Dette er i samspill med Beck et al (2015) som fremhever at synet på normal fødsel blir endret dersom usikkerheten settes på spill. En jordmor beskrev det slik at hun måtte ta en CTG for å forsikre seg at det var fosterlyd og ikke mors puls. Dette kan sees på som at jordmoren igangsatte tiltak for å møte eget behov for bekreftelse og ønske om å styrke trygghetsfølelsen. Dette kan synes som en god strategi for den aktuelle jordmoren. Samtidig er det i konflikt med Ellen Blix (2013) som viser at unødvendig bruk av intervensjon øker risikoen med 20 % for keisersnitt. Det er også i motsetning til Aune sin studie (2014) som viser at synet på fødsel som et normalt forløp hindrer unødvendig overvåking. Når informantene brukte ekstra overvåking uten indikasjon for å ivareta egne negative tanker fra den traumatiske hendelsen, ser vi dette som eksempel på problemfokustert mestringsstrategi (Lazarus, 2006). De gjorde et bevisst forsøk å endre problemet og hindre lignende traumatiske situasjoner. Økte

intervensjoner støttes av Russel (2007) sin studie, hvor han anser at jordmors utrygghet forsterkes som følge av den traumatiske hendelsen. Jordmødrene fortalte at de så kommende fødsler som en trussel og beskrev det slik *“Du blir så skremt og det er på en måte en frykt for at det skal skje igjen”*

De fortalte videre at den traumatiske hendelsen ikke bare hadde konsekvenser for arbeidslivet, men også for privatlivet. Andre studier viser lignende funn (Leinweber & Rowe, 2008; Beck et al., 2015; Sheen et al., 2013; Elmir et al., 2017; Schröder, 2016). Å vært utsatt for en slik hendelse, kan bidra til lav selvfølelse og redusert arbeidsglede (Austin et al., 2014; Hildingsson, Westlund & Wiklund, 2013). Dette kom ikke frem i vår studie. Lav selvfølelse og redusert arbeidsglede kan sees i sammenheng med å være mer utsatt for sykefravær og utbrenthet (Leinweber & Row, 2008; Sheen et al., 2013; Schröder, 2016) slik en av informantene beskrev sine erfaringer. *“Jeg var sykemeldt en uke etter hendelsen og det er jeg glad for”*

Selv om den traumatiske hendelsen medfører negative konsekvenser, kan hendelsen også medføre positive konsekvenser *“Jeg har lært hva som fungerte, hva som kanskje er viktig og hva som gjerne er mindre viktig”*. Informantene gav eksempel på at de fikk verdifull læring gjennom denne hendelsen og at de hadde en følelse av å være bedre rustet til både daglige utfordringer og eventuelle fremtidige hendelser. Nyutdannede jordmødre anses som mer sårbare (Sheen et al., 2016) og dermed mindre rustet for traumatiske hendelser enn de med lengre ansiennitet. En grunn til dette kan være at lang ansiennitet fører med seg flere erfaringer fra tidligere hendelser som gjør dem sterkere (Myhrer, 2006). Likevel er det ikke nødvendigvis slik. Det kan tenkes at gjentatte traumatiske hendelser kan forsterke de psykiske stressreaksjonene (Rice & Warland, 2013), og kan medføre at jordmor ikke klarer holde frem i yrket. To informanter beskriver det slik *“Hadde det skjedd i dag, så hadde jeg ikke ønsket å være jordmor”*. og *“Jeg tror jeg hadde tatt min sekk å gått dersom det hadde skjedd en gang til”*.

Mestringsstrategier kan læres i følge Lazarus (2006). For en av jordmødrene i denne studien ser det ut som om den traumatiske hendelsen har gitt henne økt kunnskap og forståelse (Goldbort et al., 2011; Plews - Ogan et al., 2013; Sheen et al., 2016), og evne til å takle stressende situasjoner og gjenvinne selvtilliten (Schröder et al, 2016). Videre viste det seg at samtlige informanter fikk tilrettelagt arbeid, noe som ble en positiv konsekvens av hendelsen. Uten tilrettelegging, kan det tenkes at i alle fall en jordmor hadde fått et lengre sykefravær eller sluttet i jobben (Leinweber & Rowe, 2008; Sheen et al., 2013). Det synliggjøres i studien at det ble skiftet arbeidsplass, noe som skyldtes dårlig oppfølging fra arbeidsplassen. Dersom en sørger for god ivaretagelse, unngår en fravær i jobb. Samtidig bidrar det til at flere jordmødre kanskje fortsetter i yrket (Christoffersen & Teigen, 2016).

7 Konklusjon og avslutning

Kort tid etter at den traumatiske hendelsen fant sted, kom det frem at jordmødrene opplevde en opphopning av mange ulike følelser. Ofte kunne flere følelser oppstå på en og samme tid og det viste seg at flere jordmødre fikk utslag i både fysiske og følelsesmessige reaksjoner. Følelsene som var gjentakende blant jordmødrene var sjokk, skyld, angst og ansvar. Redusert arbeidsglede og lav selvfølelse var noe som var fremtredende hos jordmødrene. Reaksjonene

har i ettertid preget jordmødrene i varierende grad. Noe som er sammenfallende med symptomene på PTSD. Slike reaksjoner kan knyttes opp mot både kriseteori og teori om stress og mestring. Tilsammen vil disse teoriene kunne gi forklaringer på jordmødrenes reaksjoner og opplevelser i etterkant av en traumatisk hendelse. De kan også presentere hvilke ulike forsvarsmekanismer og støttestrategier som er vanlige og mulige å ta i bruk for å prøve å bearbeide og mestre den stressende situasjonen.

Det kom frem i studien at jordmødrene opplevde både positive og negative erfaringer knyttet til støtten og ivaretagelsen de mottok i etterkant av den traumatiske hendelsen. Felles for alle var et ønske om å komme seg videre. Opplevelsene omhandlet hovedsaklig oppfølging, støtte, nettverk og tilrettelegging. Å bli glemt og ikke bli tatt på alvor var to sentrale funn i studien, noe som ble forsterket ved mangelfull ivaretagelse og negative tilbakemeldinger fra ledelsen. Andre funn i studien var at jordmødrene ved flere anledninger økte bruken unødvendig av medisinsk teknologisk utstyr. Usikkerhet førte til at enkelte av jordmødrene fikk et endret syn på den normale fødsel. Det viste seg at jordmødrene til tider ikke lengre klarte å stolte på seg selv ved senere situasjoner, noe som økte behovet for bekreftelse.

Alle jordmødrene har til tross av sine opplevelser, blitt værende i yrket, men hendelsen viser seg fremdeles å bære preg hos samtlige jordmødre den dag i dag. Tre av fire jordmødre valgte å forbli på samme arbeidssted som hendelsen tok sted. Flere benyttet seg av tiltak som ble tilbudt på arbeidsplassen, slik som debriefing og kollegastøtte som de fleste opplevde som ekstremt viktig. Utenom disse tiltakene, støttet alle jordmødrene seg til et nettverket utenom arbeidstedet. Her var venner og partnere de mest sentrale. Noen hadde også behov for å ytterligere ta kontakt med fagforening og psykolog da hendelsen kunne oppleves tung å bære. Noen muligens for å kompensere for den manglende støtten og ivaretagelsen som arbeidsplassen gav.

Jordmødre hadde det vanskelig i tiden etter hendelsen. Flere var veldig positiv til den støtten og oppfølgingen de fikk. Andre opplevde derimot støtten og oppfølgingen som mangelfull, og etterspurte bedre tilrettelegging og oppfølging fra arbeidsplassen, og tydeligere og lettere tilgjengelige retningslinjer. Mye tyder på at det kan ha blitt utarbeidet nyere og bedre rutiner / retningslinjer for oppfølgingen etter traumatiske hendelser i senere tid. Dette fordi

jordmødrene med dårlig opplevelse av støtten og ivaretagelsen var jordmødre med lengre erfaring, motsatt var de med positiv opplevelse nyutdannet.

På bakgrunn av denne studien, teori og annen forskning, anbefaler vi arbeidsplassene å gjennomgå, oppdatere eller ved fravær av retningslinjer, lage egne rutiner i forhold til oppfølging av arbeidstakere etter traumatiske hendelser. Siden det finnes informanter som ikke visste om arbeidsplassen sine retningslinjer eller hvor en kunne finne de, bør retningslinjene også være lettere tilgjengelig slik at de ansatte enkelt kan finne frem til hva de bør gjøre og hvor de kan gå for å få hjelp. Like viktig er det å bli bevisst jordmødrenes opplevelser slik at en kan unngå at de blir glemt eller føler de ikke blir tatt på alvor. Dette kan oppnås ved eventuelt å legges mer fokus på tema. Det kan med fordel opprettes en arbeidsgruppe med ansvar for gjennomføringen av kunnskapsspredningen. En kan spre kunnskapen på ulike måter. Det kan eksempel være i form av månedens tema, undervisningsdager, foredrag eller personalmøter.

Det trengs fremdeles videre forskning på jordmødres opplevelser, oppfølging, mestring av traumatiske hendelser, da dette er et svært relevant tema og kan oppleves i nesten alle settinger. Både i arbeidslivet, privatlivet, lokalt, sentralt, internasjonalt og globalt. Studien har derfor en stor overføringsverdi til andre settinger.

8 Hvordan vi har jobbet sammen

Vi er to masterstudenter som har samarbeidet om denne studien. Arbeidet har vi prøvd å fordele jevnt mellom oss, slik at arbeidet skulle bli rettferdig, noe vi føler vi fikk oppnådd. Vi startet prosessen med å utføre litteratursøk til vår bakgrunn, der vi leste og vurderte flere artikler. Vi har prøvd å benytte hverandres styrker for å best mulig utfylle hverandre. Når vi skulle starte skriveprosessen, fordelte vi kapitler hver for oss, slik at vi til tider kunne sitte selvstendig å jobbe. Med jevne mellomrom møttes vi til diskusjon av oppgaven. Vi har hjulpet hverandre med å formulere teksten best mulig og prøvd å motivere hverandre underveis.

Litteraturliste

- Aune, I.** (2014). *Hvordan kan ulike vitenskapsteoretiske perspektiver påvirke jordmorfagets utvikling og den omsorgen som gis til fødende kvinner?* Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden, 34(4), 15-20
- Austin, D.,** Smythe, E., & Jull, A. (2014). *Midwives' wellbeing following adverse events-what does the research indicate.* Journal of the New Zealand College of Midwives(50), 19-23. doi:10.12784/nzcomjnl50.2014.1.19-23
- Beck, C. T.,** (2004). *Birth trauma "in the eye of the beholder"*. Nursing Research. Issue: Volume 53(1), pp 28-35.
- Beck, C. T.,** Logiudice, J., & Gable, R. K. (2015). A mixed-methods study of secondary traumatic stress in certified nurse-midwives: shaken belief in the birth process. Journal of midwifery & women's health, 60(1), 16-23. doi:10.1111/jmwh.12221 Lest: [10.05.17].
- Blix, E.** (2013). The admission CTG: is there any evidence for still using the test? Acta Obstet Gynecol Scand, 92 (6), 613 - 619. DOI: 10.1111/aogos.12091
- Calvert, I.,** & Benn, C. (2015). Trauma and the Effects on the Midwife. International Journal of Childbirth, 5(2), 100-112.
- Christoffersen, L.,** & Teigen, J. (2016). *Jordmødres forventninger til lederadferd etter kritiske hendelser.* In E. Døving, B. Elstad, & A. Storvik (Eds.), Profesjon og ledelse (pp. 185-213). Bergen: Fagbokforlaget.
- Creedy, D** & Gamle, J (2016) *A third of midwives who have experienced traumatic perinatal events have symptoms of posttraumatic stress disorder. Evid Based Nurs 201 19;44. doi: 10.1136/eb-2015-102095*

Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. 3. utg., 4. opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalen, M. (2004) *Intervju som forskningsmetode – En kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget

Elmir, R. J., Panges., Schmied, V., (2017.) A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses' experiences of adverse labour and birth events. doi: 10.1111/jocn.13965. Epub 2017 Sep 19.

Folkehelseinstituttet, (2015) Fakta om sosial støtte og ensomhet. (Internett)

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Goldbort, J., Knepp, A., Mueller, C., & Pyron, M. (2011). Intrapartum Nurses' Lived Experience in a Traumatic Birthing Process. *MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 36(6), 373-380. doi:10.1097/NMC.0b013e31822de535

Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., & Liebergall Wischnitzer, M. (2011). Stressful childbirth situations: a qualitative study of midwives. *Journal of midwifery & women's health*, 56(4), 388-394. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x

Helsebiblioteket (2016) *Posttraumatisk stresslidelse*: (Internett).

<http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/posttraumatisk-stresslidelse>

Hildingsson, I., Westlund, K., & Wiklund, I. (2013). Burnout in Swedish midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(3), 87-91. doi:10.1016/j.srhc.2013.07.001

Håkonsen, K. M. (2010) *Innføring i psykologi*, 4 utg., 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

IS-1877. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Oslo:

Helsedirektoratet. Retrieved 08. Oktober 2017, from

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/et-trygt-fodetilbudkvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>

- Kvale, S.**, Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*, 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S.**, & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S.** (2006) *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Leinweber, J** & Rowe, H. J (2008) The cost of “being with the woman; secondary traumatic stress in midwifery. University of Melbourne. doi: 10.1016/j.midw. 2008.04.003
- Malterud, K.** (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manger, T.** & Wormnes, B. (2015) *Motivasjon og mestring. Utvikling av egne og andres ressurser*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Pezaro, S** (2016). *Addressing psychological distress in midwives*. Nursing times. Vol 112 No 8, 22 - 23. Tilgjengelig fra: <https://www.nursingtimes.net/roles/mental-health-nurses/addressing-psychological-distress-in-midwives/7002592.article>
- Plews-Ogan, M.**, Owens, J. E., & May, N. B. (2013). *Wisdom through adversity: Learning and growing in the wake of an error*. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 236-242. doi:10.1016/j.pec.2012.12.006
- Polit, D. F** og Beck, C.T (2012) *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10 ed).
- Rice, H.**, Warland, J. & Ed, G.C. (2013) *Bearing witness: Midwives experiences of witnessing traumatic birth*. *Midwifery* (internett), 2013 (vol 29), 1056-1063. Tilgjengelig fra: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.003>

Russell, K. E. (2007). Mad, bad or different? Midwives and normal birth in obstetric led units. *British Journal of Midwifery*, 15(3), 128-131. doi:10.12968/bjom.2007.15.3.23032

Schrøder, K., Larsen, P. V., Jørgensen, J. S., Hjelmberg, J. V. B., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). *Psychosocial health and well-being among obstetricians and midwives involved in traumatic childbirth*. *Midwifery*, 41, 45-53. doi:10.1016/j.midw.2016.07.013

Selye, H. (2013). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworth Heinemann.

Sheen, K. Slade, P. & Spiby, H. (2013) An integrative review of the impact of indirect trauma exposure in health professionals and potential issues of salience for midwives. *Journal of Advanced Nursing (Internett)*, 2013 (vol 70, no 4), pp 729-743. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12237>

Sheen, K., Spiby, H., & Slade, P. (2016). The experience and impact of traumatic perinatal event experiences in midwives: A qualitative investigation. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 61-72. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.003

Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser : håndbok i psykososialt støttearbeid (2 ed.)*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Statsmelding 12 (2009) En gledelig begivenhet - Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-12-2008-2009-/id545600/sec1>

Thagaard, T (2009, 3. utgave). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.

Thagaard, T. (2013, 4. utgave). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.

World Medical Association (2018) DECLARATION OF HELSINKI. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects 2008 (Internett). Tilgjengelig fra:

<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? *BMJ Quality & Safety*, 21(4), 267.
doi:10.1136/bmjqs2011-000605



Høgskulen på Vestlandet

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Dette er en forespørsel til deg om å delta i vår kvalitative studie om jordmødres opplevelse i forbindelse med traumatiske fødsler. Studien er et ledd i vår masteroppgave ved jordmorfag ved Høgskulen på Vestlandet. Med traumatisk fødselshendelse mener vi at du har opplevd en eller flere fødselshendelser om død, trussel om død, alvorlig skade eller trussel mot din egen eller andres fysiske integritet.

Tema for masteroppgaven:

Jordmødre og traumatiske fødselshendelser.

Vi skal i oppgaven søke å finne svar på **følgende problemstilling:**

”Hvilke opplevelser har jordmødre under og i etterkant av en traumatisk hendelse?”

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien innebærer at du deltar i et intervju, hvor kun du og 2 jordmorstudentene som utfører studien er tilstede. Selve intervjuene vil tilpasses der du måtte ønske, enten det er på arbeidsplassen eller i ditt eget hjem, vi er fleksible. Intervjuet vil ha en varighet på ca 1-1,5 timer, og du velger selv hvilken tid som passer best for deg. Det vil bli brukt båndopptaker, samt notater for å få med oss alt som blir fortalt og for å unngå at viktige data går tapt. Temaet ”Traumatiske hendelser” kan berøre sensitive områder som kan vekke sterke følelser hos deg. Derfor vil vi ved behov spørre underveis i intervjuet om du har behov for en pause eller om du ønsker å fortsette intervjuet. Det er viktig at du har tenkt over dette på forhånd før intervjuet.

Kriterier for deltagelse:

Ha opplevd en eller flere traumatiske fødselshendelser du selv har hatt ansvar for.

Du kan være nyutdannet eller jordmor med lengre erfaring

Må forstå og snakke godt norsk.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg er kun de opplysningene du selv gir i forbindelse med studien.

Du har selv rett til innsyn i opplysningene som er registrert om deg og rette eventuelle feil. Alle data vil bli anonymisert og behandlet konfidensielt. Personopplysninger, notater og det som blir tatt opp på lydopptak vil ikke komme ut eller kunne gjenkjennes. Alle våre deltakere kommer til å få et kodenummer. Listen med all identifiserende informasjon skal lukkes inn i en kryptert fil som kun vi 2 studenter har tilgang til. Alle data blir slettet så fort som mulig etter studien er avsluttet og godkjent.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i Mai 2018.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi grunn.

Innsamlede data slettes dersom samtykket trekkes underveis i prosjektet, med mindre dataene allerede er inngått i bearbeidelser.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt:

N:N (.....). Mail:

N:N (.....). Mail:

Veilederen vår heter N.N. Hun er ansatt ved

Tlf:

På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

N.N og N.N.

Masterstudenter ved Høgskulen på Vestlandet.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg samtykker at resultatene kan publiseres etter prosjektslutt



Intervjuguide

1. Bakgrunn:

Hva er din alder?

Hvor lang ansiennitet har du jobbet som jordmor?

Hvilken avdeling jobber du på?

Hvilken type traumatisk hendelse?

Hvor lenge siden hendelsen skjedde?

Situasjonen:

- *Kan du fortelle om en fødselshendelse som opplevdes traumatisk for deg?*
- *Fortell om hvordan du opplevde å stå i den traumatiske situasjonen?*

Etter situasjon:

- *Kan du fortelle om hvilke opplevelser du hadde i tiden etter den traumatiske fødselshendelsen?*
- *Hvordan opplever du at denne hendelsen har påvirket deg i din profesjon som jordmor?*

Tiden fremover:

- Kan du fortelle om hva du gjorde for å bearbeide hendelsen?

Avslutning:

- Er det noe du ønsker å tilføye før vi avslutter intervjuet?

Vår dato: 11.12.2017

Vår ref: 57154 / 3 / EPA

Deres dato:

Deres ref:

Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 13.11.2017 for prosjektet:

57154	<i>Jordmødre og taumatiske fødselshendelser</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen på Vestlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	[REDACTED]
<i>Student</i>	[REDACTED]

Vurdering

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

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

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

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

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

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 18.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

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

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

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Eva J. B. Payne

Kontaktperson: Eva J. B. Payne tlf: 55 58 27 97 / eva.payne@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: 



Notat

Til:



Fra:

Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:

Studenten

Dato: 23.01.2018

Arkivref: 2018/284

Godkjent masterprosjekt -


Masterprosjektet: «Jordmødre og traumatiske fødselshendelser»


Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA146.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes  når prosjektet er avsluttet.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra  vurderes i de tilfeller hvor sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.