

Mer enn bare vann

- En positiv fødselsopplevelse som helsefremmende ressurs



Ann Cicilie Aksetøy Erbe

Mastergrad i Psykisk Helsearbeid, Institutt for Psykisk Helse

NTNU Fakultet for Medisin og Helsevitenskap

Våren 2017

Antall ord: 31400

Sammendrag

«Mer enn bare vann» er en kvalitativ studie der hensikten er å få en fordypet kunnskap om kvinners opplevelse av å føde i vann. Det ble utført dybdeintervjuer av ti kvinner som hadde født sitt første barn i vann og som uttrykte at de hadde en positiv fødselsopplevelse. De ble intervjuet omtrent fire uker etter fødselen. Forskningsspørsmålene er som følger:

- Hvilke faktorer er av betydning for en positiv fødselsopplevelse ved vannfødsel?
- Hvilken betydning har den positive fødselsopplevelsen for kvinners mestring og opplevelse av psykisk velvære?

Ved å svare på disse forskningsspørsmålene ønskes det å belyse viktige elementer for å fremme en normal fødsel og en positiv fødselsopplevelse.

Teoretiske perspektiver som er valgt for å belyse problemstillingen har tatt høyde for å beskrive hva som kan skape fødselsangst hos kvinner og hva man kan gjøre for å unngå det. Videre en redegjørelse over hva en fødselsopplevelse er og hvor viktig det er for kvinner at den blir positiv sett i et helsefremmende perspektiv. For å belyse andre elementer som kan ha medvirkende årsaker er jordmoren og omgivelsene forsøkt beskrevet. Til slutt er fenomenet vannfødsel beskrevet. Antonovsky's salutogene teori er brukt som et rammeverk for å tolke funnene i intervjuene. Konklusjonen etter å ha analysert intervjuene og drøftet det opp mot teorien og annen empirisk forskning er som følger:

Å bruke vann i fødsel og føde i vann er ikke et sluttprodukt. Det er ikke nødvendigvis vannet i seg selv som utgjør den store forskjellen. Det er mer enn bare vann. Det er den delte filosofien og troen på en fødsel som en normal livsbegivenhet som støtter kvinnene i å bruke vann. Den trygge og kloke bruken av vann fremmer ro, avslapning, mulighet til å hente krefter, frihet til å bevege seg, privatliv og smertelindring som gjør kvinnene i stand til å oppleve kontroll og mestring. Dette gir dem en positiv fødselsopplevelse og en opplevelse av velvære. Kvinnene er i en flytsone som gir en optimal start i omsorgen for barnet og den nye familien. Den positive fødselsopplevelsen vil være helsefremmende og kvinnen vil ha et ønske om en normal fødsel ved senere anledning.

Nøkkelord: Fødselsopplevelse, fødselsangst, helsefremming, omgivelsene og vannfødsel.

Abstract

«It is beyond water» is a qualitative study where the main purpose is to get a deepened knowledge about women's experience with childbirth in water. In depth interviews with ten women who had their first child born in water expressed a positive experience. They were interviewed four weeks after birth, and the research questions are as follow:

- What factors are of importance for a positive experience with childbirth in water?
- What importance has the positive birth experience for women`s sense of mastery and psychological well-being?

By answering these questions the desire is to put a spotlight on important elements to promote a normal birth and a positive birth experience.

Theoretical perspectives that are chosen have taken into account issues that can cause anxiety with childbirth, and what you can do to avoid it. Then a statement about what an experience with childbirth is, and how important it is that it becomes a positive one, in view of women`s health. To highlight other important elements the midwife and the surroundings, are also described. In the end, a description about the phenomena of giving birth in water. Antonovsky`s salutogenic theory has been used as a framework to interpret the findings. The conclusion after analyzing the interviews and testing it up against the theory and other empirical research, are as follow:

To use water in birth and deliver in water is not the end of the story. It is not all about the water. It is beyond water. It is the shared philosophy and believes in the birth as a normal event in life that supports women in the use of water. The safe and wise use of water gives the women a calming sensation, an opportunity to relax and regain strength, freedom of movement, privacy and the pain relief that will give women an opportunity to perceive control and regain mastery. This gives the women a positive birth experience and a sense of well-being. The women are in a state of selflessness that gives an optimal start in the care for the newborn baby and the daily family life. The positive birth experience will be health promotional and the women will have a desire for a normal birth next time.

Keywords: Birth experience, fear of birth, health promotion, surroundings and water-birth.

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en spennende og lærerik prosess. Å komme fra et praktisk-teoretisk yrke i en helsefaglig tradisjon, inn i en teoretisk tradisjon som vektlegger refleksjoner omkring egen praksis har vært nyttig, utfordrende og utviklende.

Jeg vil få rette en stor takk til alle som har hjulpet meg i prosessen. Først og fremst min veileder, dosent Ingvild Aune, for konstruktiv og lærerik veiledningsprosess hvor du lot meg «finne veien selv».

En kjærlig takk for korrekturlesing, interesse, tålmodighet og oppmuntring fra min mann Eigil Erbe og mine sønner. En spesiell takk til mine barnebarn, Matheo, Luka og Samuel for at dere ventet tålmodig på at bestemor skulle bli ferdig slik at vi kunne leke videre.

Videre vil jeg takke mitt arbeidssted for tilrettelegging og fri til studiene og klargjøring av oppgaven. Takk for nyttige innspill fra kollegaer og fødekvinne. Uten dere har ikke nysgjerrigheten min blitt vekket.

Sist men ikke minst vil jeg takke kvinnene som inviterte meg inn i hjemmene sine, serverte kaffe og ga av sin verdifulle tid slik at jeg kunne ta del i deres historier. Deres fortellinger har stor verdi for profesjonell refleksjon og fagutvikling. Deres stemme er viktige tilbakemeldinger til fødselshjelpere.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, mai 2017.

Ann Cicilie Aksetøy Erbe

INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag	1
Forord	1
Kapittel 1: Innledning	1
1.1 Innledning.....	1
1.2 Presentasjon av oppgavens oppbygging.....	4
1.3 Forforståelse.....	5
1.4 Begrepsavklaring.....	6
Kapittel 2: Teoretisk rammeverk	9
2.1 En salutogen tilnærming.....	9
2.2 Fødselsopplevelse.....	11
2.3 Fødselsangst.....	12
2.4 Jordmoren.....	14
2.5 Omgivelsene.....	17
2.6 Vannfødsel.....	19
Kapittel 3: Metodisk tilnærming	21
3.1 Kvalitativ metode.....	22
3.2 Utvalg.....	25
3.3 Design.....	27
3.4 Innsamling av data.....	27
3.5 Bearbeiding av data.....	28
3.6 Tekstmaterialet og analyseprosessen.....	29
3.7 Validitet.....	30
3.8 Reliabilitet.....	31
3.9 Forskningsetiske betraktninger.....	31
Kapittel 4: Resultater	33
4.1 Forventningene.....	33
4.2 Møtet med sykehuset.....	36
4.3 Å komme i badekaret.....	38
4.4 Relasjonen til jordmoren.....	41
4.5 Omgivelsene.....	42
4.6 En positiv fødselsopplevelse og livet videre.....	43

Kapittel 5: Drøfting	45
5.1 Å ta det som det kommer.....	45
5.2 Usikkerheten.....	49
5.3 Å gjenvinne kontrollen.....	52
5.4 Ro og trygghet.....	54
5.5 Omfavnelsen.....	56
5.6 En god start.....	60
Kapittel 6: Avslutning	62
6.1 Oppsummering og konklusjon.....	62
6.2 Metodediskusjon.....	63
6.3 Veien videre.....	65
Litteraturliste	66
Vedlegg	81

1.0 Innledning

1.1 Innledning

Fødsler – forventningene, opplevelsene og erfaringene – er et tema som engasjerer kvinner i alle aldre og gjennom alle tider. Som jordmor møter jeg kvinner (og menn) som har fortellinger om egen opplevelse i både profesjonelle og ikke-profesjonelle sammenhenger. I mitt virke som jordmor ved en av landets største fødeavdelinger kommer jeg daglig i kontakt med kvinners forventninger og erfaringer med fødsler. Opplevelsen dreier seg ikke alene om tilgang til alternativer og valg av disse, men avhenger av en rekke faktorer. Relasjon, kommunikasjon og tillit er vesentlige elementer i samhandlingen mellom aktørene i denne sammenheng (Bernitz et al. 2009).

Fødselsomsorgen har i de senere tiår utviklet seg i takt med samfunnet for øvrig og annen medisinsk praksis. I løpet av de siste 100 år har fødsler og fødselsomsorg gått fra å være en hjemmebasert hendelse til å ta plass i spesialisthelsetjenesten og medisins sfære. Utviklingen har først og fremst medvirket til nedgang i mødre- og spedbarnsdødelighet i norsk og vestlig kontekst (Helsedirektoratet 2010). Hospitaliseringen og bruk av ny høyspesialisert medisinsk teknologi og medikasjon har bidratt til endrede syn på fødsler og fødselsarbeid og ledet til nye problemstillinger og diskusjoner i fagmiljø og samfunn. Gevinstene ved utviklingen er store, men samtidig påpeker fagmiljø og faglige føringer på «kostnader» og utfordringer ved overforbruk av teknikk og medisinske intervensjoner (Bernitz et al. 2009). Gunnhild Blåka beskriver at «prosesser som medikalisering og teknologi er mekanismer som kan frata kvinner muligheten til naturlig fødsel og selvbestemmelse» (Blåka 2002). Å utelukkende se på fødsel som en medisinsk tilstand gjør at designet på fødeavdelingene er laget for å tilpasse dette fokuset. Omgivelsene er designet for å fremme en patologisk fødsel fremfor en normal fysiologisk fødsel (Lapori 1994).

I kjølvannet av utviklingen har det oppstått en tydelig og uttalt målsetting om en demedikalisering av fødselsomsorgen (Helsedirektoratet 2010). Downe (2008) påpeker at helsetjenestene i fremtiden bør ha en mer salutogen tilnærming, som en motpol til sykdom- og risikotenking. På tross av målsettingen er det fortsatt en økende medisinsk tilnærming til fødsler i den vestlige verden. Å intervensere i den normale fødselen viser seg å medføre risiko og påvirke det emosjonelle velværet for mor og barn (Hildingsson et al. 2011, Shaw 2013).

Kvinnenes ønske om keisersnitt er stadig økende og årsakene til det problemet er komplekst. Omtrent 20% av alle gravide kvinner oppgir å ha en form for fødselsangst. Grunnene de ofte oppgir er tidligere traumatisk fødselsopplevelse og mistillit til helsepersonell (Halvorsen et al. 2008). En målsetting om å utøve fødselsomsorgen på mest mulig naturlig vis kan representere et dilemma for fødselshjelperen dersom dette ikke harmonerer med kvinnens ønsker. Det å føde sitt første barn normalt og ha en positiv fødselsopplevelse er det som har størst forebyggende effekt mot ønske om keisersnitt neste gang (Wong et al. 2015).

I en rapport fra folkehelseinstituttet; “Bedre føre var...” blir det påpekt at befolkningens helse blir i stor grad påvirket av forhold som ligger utenfor helsetjenestens kontroll. I det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så virkningsfulle. Derfor må et godt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid foregå på andre arenaer enn helseforvaltningen. Samtidig har helseforvaltningen et ansvar for å følge utviklingen i befolkningens helse, identifisere risikofaktorer, foreslå tiltak og samarbeide med andre instanser. Det finnes likevel sterke forventninger faglig og politisk at også helsevesenet i større grad skal delta i arbeidet med forebygge psykososiale problemer. Rapporten sier videre at et godt oppvekstmiljø i familier med omsorgsfulle foreldre fremmer barns psykiske helse og for å forebygge psykiske lidelser eller atferdsvansker bør familier med store belastninger identifiseres allerede på barselavdelingen. Når familier har langvarige belastninger som rammer flere livsområder eller utsettes for mange negative livshendelser, reduseres barns tilgang til disse psykisk helsefremmende faktorene og konsekvensen kan være langvarige. Psykiske lidelser er i dag en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Dette er tilfelle enten man måler i utbredelse, totale sykdomskostnader, samlet sykdomsbelastning, tapte arbeidsår eller kostnader til uføretrygd og sykefravær. Registrerte psykiske lidelser står for omkring en tredjedel av alle uførepensjoner, med angst og depresjon som de viktigste årsakene til arbeidsrelatert uførhet. Det skyldes at angst og depresjon angår svært mange mennesker, ofte rammer i ung alder, har en tendens til å være tilbakevendende og gjerne gir langvarig sykefravær, ofte med påfølgende arbeidsuførhet. Rapporten sier videre at psykiske lidelser kan i stor grad forebygges. De mest utbredte, og for samfunnet klart mest kostnadskrevende, er lidelsene det er lettest og mest lønnsomme å forebygge. Dette gjelder særlig for depresjon og angstlidelser der forebyggende tiltak er dokumentert eller har vist lovende resultater. Disse lidelsene er så utbredt og belaster samfunnet i så stor grad at selv en liten reduksjon i antall nye tilfeller vil ha store positive konsekvenser for samfunnet.

Rapporten sier også at noen ganger er tiltak behandlende for noen og samtidig forebyggende for andre. Et eksempel på det kan være å behandle eller forebygge psykiske lidelser hos mødre i svangerskapet, som vil virke forebyggende mot skader på fosteret og bidra til et psykisk helsefremmende miljø fra barnet er født. Tiden rett etter fødselen er en risikoperiode for utvikling av psykiske plager og lidelser og en barselomsorg som er skreddersydd etter kvinnens behov gir lavere forekomst av depresjon. Foreldre med psykiske lidelser som varer over tid er en stor risikomarkør for barn (Folkehelseinstituttet 2011).

En fødsel er en kraftfull fysisk, psykisk og sosial hendelse som vil følge kvinnen og hennes partner resten av livet. Minnene vil kunne påvirke helsen, den psykiske velvære, forholdet til barnet og partneren i fremtiden (Beech et al. 2004). Det å få sine forventninger til den forestående fødselen innfridd (Kringeland et al. 2010) og føde normalt er assosiert med en positiv fødselsopplevelse (Hildingsson et al. 2013). Positive minner etter en fødsel har potensialet til å være helsefremmende. Det kan gi bedre selvtillit, følelse av å mestre og fortrolighet med morsrollen (Kringeland et al. 2010). Det viser seg at kvinner som har en vannfødsel er mer tilfredse med sin fødselsopplevelse enn de som føder på land (Cluett et al. 2009, Hoop-Bender et al. 2014).

Denne studien tar ikke mål av seg å gjøre en kvalitativ undersøkelse for å avklare den rådende oppfatning om fødselsopplevelse etter å født i vann. Enhver kvinne som mottar fødselshjelp har sin unike historie og sine unike forventninger og ønsker omkring det som skal foregå. Poenget i studien er derfor ikke å finne en slags «gjennomsnittsholdning» da dette vil være av liten verdi. Hos den enkelte fødende vil opplevelse, innstilling, forventninger og forståelse av fødselsprosessen variere, avhengig av hvem man er, hvem man møter, hvilke erfaringer man har og hva man påvirkes av. Videre vil de fleste historier ikke speile tanker, holdninger og oppfatninger som befinner seg ved et eller annet ytterpunkt, men kanskje et sted midt imellom? Dette gjelder både for fødselshjelper og for den som mottar fødselshjelpen, og er et viktig poeng i en kontekst der ønske om keisersnitt og føde i vann representerer hver sin ytterlighet. Likevel vil en studie som representerer brukerstemmer forhåpentlig kunne bidra til bevissthet omkring vesentlige faktorer som er avgjørende for å kunne få en god fødselsopplevelse.

Det er brukt noen medisinskfaglige uttrykk som ikke er redegjort for da jeg regner med at leserne vil ha en medisinskfaglig bakgrunn.

Hensikten med studien er å få en fordypet kunnskap om kvinners opplevelse av å føde i vann. Gjennom arbeidet søker jeg å finne svar på følgende forskningsspørsmål.

- **Hvilke faktorer er av betydning for en positiv fødselsopplevelse ved vannfødsel?**
- **Hvilken betydning har den positive fødselsopplevelsen for kvinners mestring og opplevelse av psykisk velvære?**

Ved å svare på disse forskningsspørsmålene ønsker jeg å belyse viktige elementer for å fremme en normal fødsel og en positiv fødselsopplevelse.

1.2 Presentasjon av oppgavens oppbygging

I det følgende kommer en kort presentasjon av innholdet i de ulike kapitlene i oppgaven.

I kapittel 2 «Teoretisk rammeverk» vil det redegjøres for tidligere forskning og teori som er relevant for å belyse forskningsspørsmålene.

I kapittel 3 «Metodisk tilnærming» gis en beskrivelse av den filosofiske vitenskapsteorien bak metoden og en beskrivelse av metoden som er benyttet for datainnsamling og analyse av studiens empiriske materiale. En beskrivelse av designet, samt redegjørelse for gyldighet og overførbarhet. Det er redegjort for forskningsetiske betraktninger.

I kapittel 4 «Resultater» vil det redegjøres for funnene i studien og funnene vil bli løftet frem ved hjelp av sitater.

I kapittel 5 «Drøfting» diskuteres forståelsen av analyseresultatene opp mot teoretisk og faglig rammeverk, samt tidligere forskning.

I kapittel 6 «Avslutning» er studiens avslutning med en oppsummering av tilnærming, gjennomføring og resultat. Ser også på resultatenes relevans for faglig forståelse og utvikling samt refleksjon over videre forskning.

1.3 Forforståelse

Som jordmor ved en kvinneklinikk vil det alltid være av interesse å vinne ny kunnskap om hvordan man kan bidra til at fødselshjelpen er av best mulig kvalitet og til det beste for den enkelte kvinne innenfor de rammene som er gitt. Med respekt for hver enkelt fødende og hennes pårørende sine ønsker og tanker om hva som er viktig for nettopp dem i den gitte situasjonen bruker man seg selv og sin kunnskap etter beste evne for å møte de aktuelle behov. Noen ganger er det enkelt å identifisere behovene andre ganger komplisert. Bakgrunnen og rammen for problemstillingen er et resultat av erfaringer jeg og mine kollegaer opplever å møte jevnlig. Jeg har jobbet ved fødeavdelingen i 20 år og har opparbeidet meg mye kunnskap og erfaringer. Etter at fødeavdelingen flyttet inn i nye lokaler for elleve år siden har alle fødestuene fått egne bad med badekar. Kvinnene fikk da tilbud om å bruke vann som smertelindring og føde i vann. Jeg var en av to fagutviklingsjordmødre som hospiterte ved en alternativ fødeavdeling i Oslo (ABC) som har 70% vannfødsler. Vi utarbeidet deretter retningslinjer for bruk av badekar ved min avdeling. For meg endret dette måten jeg tilnærmet meg kvinner i fødsel på. Jeg synes jeg får brukt mine kunnskaper på en annen og bedre måte, også for de kvinnene som ikke føder i vann. Jeg fikk en større forståelse for det naturlige/normale fødselsforløp og viktigheten av det. Jeg opplever at kvinnene som føder i vann har en egen ro over seg, de har kontroll og de mestrer. Jeg ser gleden og stoltheten hos kvinnene og de besitter en annen årvåkenhet når barnet er født. De er ikke bare sliten og glad det er over. De tar barnet opp til seg umiddelbart og nysgjerrigheten er vekket. De enser ikke omgivelsene sine. Jeg opplever at alle disse kvinnene får en god fødselsopplevelse. Omtrent 10% av kvinnene ved min avdeling velger å føde i vann.

Ved fødeavdelingen brukes det mye ressurser på kvinner som har utviklet fødselsangst. Det er opprettet egne team som jobber med disse kvinnene. Ønsket om keisersnitt uten medisinske årsaker er økende og krevende for fagmiljøet. Mange kvinner mener dette er en enkel løsning på et komplisert tema. Gjennom mine erfaringer med bruk av vann i fødsel har jeg sett at dette er en god og effektiv måte å fremme den normale fødselen og gi kvinner en god fødselsopplevelse. Jeg har også en opplevelse av at det ikke er "bare" vannet som er avgjørende siden jeg har hatt den samme opplevelsen når jeg har deltatt ved hjemmefødsler. Det er en egen atmosfære som gjør at alle aktører oppfører seg annerledes. Dette har gjort meg nysgjerrig på å finne en dypere forståelse for temaet.

Jeg vil prøve å samle kunnskapen for å se på kompleksiteten i dette og se om det er en overføringsverdi slik at andre kvinner som av ulike grunner ikke føder i vann kan dra nytte av det.

En forskers forforståelse vil prege forståelsen og fortolkningen av de dataene som er gjenstand for analyse. Forskerens forforståelse beskrives som et element som vil kunne påvirke hva forskeren observerer, og hvordan disse observasjonene vektlegges og tolkes. I denne studien vil mine erfaringer som jordmor og min faglige forståelse påvirke hvordan jeg utfører intervjuene og hvordan jeg tolker tekstmaterialet etterpå. Min fortolkning vil være preget av min faglige forståelse, holdninger og verdier. Studiens resultater vil bli med bakgrunn i disse. Fortolkningen har en hermeneutisk bevegelse der min forforståelse og forståelse av kontekst danner grunnlag for å fortolke og forstå delene ved det materialet som blir gjenstand for analyse. Bevegelsen fra helheten (min forståelse av teksten) til delene (et utsagn eller et avsnitt i tekstmaterialet) og tilbake til helheten igjen beskrives som en prosess i den hermeneutiske sirkel (Gunneriussen 1996). Forforståelsen av tekstene og svarene på de spørsmål som reises i studien, blir til i en slik vekselvirkning. Studiens resultater blir således gyldige innenfor denne konteksten og med erkjennelse av egen subjektivitet som en del av forståelsen. Som fortolker av resultatene er min forståelse av faget viktig. Den kan gi næring og styrke til studien men den kan også gi meg skylapper og begrenset horisont (Malterud 2017). Forforståelsen var viktig for motivasjonen til å forske på dette temaet og det blir derfor viktig at en ikke utelukkende ser etter resultater som bekrefter hypotesene.

1.4 Begrepsavklaring

I det følgende presenteres kort noen av studiens mest sentrale begreper.

«**Normal fødsel**» blir definert av Verdens Helse Organisasjon som:

«Spontaneous in onset, low-risk at the start of labour and remaining so throughout labour and delivery. The infant is born spontaneously (without help) in the vertex position (head down) between 37 and 42 completed weeks of pregnancy. After birth mother and baby are in good condition» (WHO 1996). Det vil si en fødsel som er spontan i sin start og er fortsatt lavrisiko til etter barnets fødsel. Barnet fødes spontant i hodeleie mellom 37 og 42 fullgatte svangerskapsuker. Etter fødselen er både morens og barnets helse god.

«**Demedikalisering**» er definert av Verdens Helse Organisasjon som:

«Care for normal pregnancy and birth should be de-medicalized, meaning that essential care should be provided with the minimum set of interventions necessary and that less rather than more technology be applied whenever possible» (WHO 1996).

Demedikalisering er et begrep som er benyttet i målsettinger om mest mulig naturlig tilnærming i fødselsomsorgen. Begrepet har sin bakgrunn i beskrivelsene av medikalisering som en utfordring i det moderne samfunnet. Medikalisering har ofte betydning knyttet til at tidligere ikke-medisinske (naturlige) problemstillinger får medisinsk fokus, eller uhensiktsmessig bruk av inngrep, teknologi og/eller helsepersonell (Thomson 2000 oversatt i Blix 2010). Verdens Helse Organisasjon legger denne forståelse til grunn for målsettingen om demedikalisering som det første av ti prinsipper for fødselsomsorgen.

«**Relasjonell kontinuitet**» er definert som:

«an ongoing therapeutic relationship between a patient and one or more providers» (Hagerty et al. 2003).

En omsorgsmodell basert på relasjonell kontinuitet under fødselen er i litteraturen beskrevet som en-til-en omsorg (Huber et al. 2009). Det vil si at samme jordmor følger kvinnen gjennom hele fødselsforløpet. Det engelske ordet for jordmor er «midwife» som betyr å være med kvinnen.

«**Helse**» blir av Verdens Helse Organisasjon definert som;

«A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (WHO 1948).

«**Psykisk helse**» blir av Verdens Helse Organisasjon definert som:

«en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet».

Dette omfatter utvikling av både følelser, tanker, atferd og sosiale evner, samt evne til selvstendighet, tilknytning, fleksibilitet og vitalitet. Psykisk helse er avgjørende for livskvaliteten, mellommenneskelige forhold og produktivitet og langt mer enn fravær av sykdom (WHO 2005).

«Helsefremmende arbeid» blir definert av Verdens Helseorganisasjon som:

«Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health» (Ottawa Charter for Health Promotion. WHO 1986).

Helsefremmende arbeid representerer en omfattende sosial og politisk prosess. Den tar ikke bare sikte på å styrke ferdigheter og kapasiteten til individet, men også tiltak for å forandre sosiale strukturer, miljø og økonomiske forhold som har innvirkning på samfunnets og individets helse. Helsefremmende arbeid er prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse. En ønsket deltakelse er essensielt for å lykkes med helsefremmende arbeid. En helsefremmende intervensjon for å bedre den psykiske helsen vil være å øke graden av velvære, selvbilde, optimisme, positiv atferd, mestring og evne til å takle motgang og belastninger i livet (Folkehelseinstituttet 2011).

2.0 Teoretisk rammeverk

2.1 En salutogen tilnærming

Å ha en salutogen tilnærming til helse ble først introdusert av Aaron Antonovsky (1923-1994) mot slutten av 1970-tallet. Antonovsky (2012) stilte det salutogene spørsmål; «hva er helsens opprinnelse». Salutogenese var den første teorien som utforsket helse systematisk gjennom å bevege seg langs et kontinuum. I den ene enden av kontinuumet er helse og i den andre enden er uhelse. Salutogenese er i begrepsmessig forstand alt som beveger seg mot helse. Navnet salutogenese stammer fra ordene salus (av latin helse) og genesis (av gresk opprinnelse) og betyr helsens opprinnelse. Definisjonen blir som følger; «*bevegelsen i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse*». Salutogenese ble senere knyttet opp mot helsefremmende arbeid. Et menneske er ikke enten frisk eller syk. I Antonovsky's salutogene teori om helse er «sence of coherence» (SOC) et nøkkelbegrep, oversatt til norsk blir dette «opplevelse av sammenheng» (OAS). OAS omfatter tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette sentrale begrepet blir definert på denne måten:

«I hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i».

Antonovsky viser til disse begrepene i sin teori om stressforskning. Stressfaktorer defineres som «*krav som det ikke finnes noen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på*». Han sier at hvordan man takler stress er avhengig av motstandsressurser vi har opparbeidet oss. Stressfaktorene kan bli satt inn i meningsfulle sammenhenger slik at de ikke blir sykdomsfremkallende. Stress er ikke noe negativt i seg selv, men kan derimot virke helsefremmende om man opplever hendelsen med en grad av mestring. En stressfaktor som vurderes som truende, vil hos en person med en sterk OAS utløse triste følelser, frykt, smerte, sinne, skyld, sorg og bekymring. Hos en person med svak OAS vil den vekke angst, sinne, skam, fortvilelse, forlatthet og forvirring. Det som skiller disse to rekkene av følelser, er at den første motiverer til handling, mens den andre virker lammende. Antonovsky sier videre at det er større sannsynlighet for at de fokuserte følelsene vil aktivere mestringsmekanismer og de diffuse følelsene vil aktivere forsvarsmekanismer.

En person med en sterk OAS velger den mestringsstrategien som virker best egnet til å håndtere stressfaktoren som han eller hun må håndtere. En sterk OAS er ikke en bestemt mestringsstil (Antonovsky 2012).

Ifølge Antonovsky's teori vil en gravid kvinne med sterk OAS ha høyere sannsynlighet for å tilpasse seg utfordringene som kan oppstå under svangerskap, fødsel og barseltid. For fødekvinne vil det for eksempel være lettere å finne egne ressurser for å mestre fødselssmerten. Antonovsky kaller familieførøkelse en «stressende livsbegivenhet». Selv når disse begivenhetene er forventet og kommer på riktig tidspunkt stemmer de med det han definerer som «ingen automatisk respons». Han mener det som er viktig med slike begivenheter, er ikke begivenheten i seg selv, men de mange følgene av den. Det er umulig å forutsi om stressende livsbegivenheter har negative følger for OAS. Han sier videre at de, og rekken av begivenheter som følger i kjølvannet av dem, skaper en spenningstilstand. Det er OAS-nivået til personen som opplever slike begivenheter, som bestemmer om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsefremmende (Antonovsky 2012). Nyere forskning viser imidlertid at store livshendelser som et svangerskap har styrken i seg til å endre OAS-nivået til en kvinne. Å være tilfreds med fødselsopplevelsen, uavhengig av fødselsmåte, er det som har størst kraft til å flytte en kvinne på kontinuumet mot helse, mens å være misfornøyd med fødselsopplevelsen er det som har mest kraft til å flytte kvinnen på kontinuumet mot uhelse (Ferguson et al. 2015). Antonovsky mener også at hvis opplevelsen av sammenheng først er formet og lagt i et menneske, er det lite sannsynlig at det vil endre seg radikalt. Med det mener han at en person som har en sterk OAS har evnen til å spille på de forskjellige motstandsressurser vedkommende har til rådighet. Generelle motstandsressurser skaper livsopplevelser som bidrar til å utvikle og bevare en sterk OAS. Ressurser kan variere fra indre kontroll, sosial støtte, tidligere erfaringer og tro. Der gjensidig tillit i sosiale relasjoner er det viktigste. En sterk motstandsressurs er opplevelsen av sosial støtte. Sosial støtte fungerer ikke bare som en buffer, men har også direkte sykdomsforebyggende effekt. Hvorvidt en person har en sterk eller svak OAS vil i følge Antonovsky påvirkes av om en person har en sterk selvoppfattelse og identitet eller ikke. Dette er ifølge han en egenskap som utvikles gjennom barneårene. Han peker på betydningen av tilhørighet til kultur, religion eller institusjon, hvis dens sosiale struktur eller kultur fremmer og styrker identiteten. En person med en sterk OAS balanserer mellom regler og strategier, mellom mottatt (det som er erfart) og potensiell informasjon. Og har tillit til at en kan få mening ut av ny informasjon. Personen er ikke redd for å møte utfordringer og er åpen for tilbakemeldinger.

Mennesker som har en sterk OAS kan likevel erfare at dette blir endret hvis man kommer opp i situasjoner som oppleves u håndterbare, uforståelige og meningsløse (Antonovsky 2012).

Downe (2008) påpeker at helsetjenesten under svangerskap, fødsel og barseltid er forankret i patologi. Hun viser til at det er mye forskning som beskriver risiko for komplikasjoner under fødselen, og hvilke faktorer som gir en negativ fødselsopplevelse. I de fleste kliniske studier innenfor disse områdene er fokuset på sykkelighet og dødelighet. Positive langtidseffekter som mestring og velvære er sjelden målet i evalueringen av kvaliteten på tjenesten. Forskning på fødsler, opplevelsen av den og hvilke konsekvenser det får er som regel gjort ut fra potensiell risiko for mor og barn. Smith og kollegaer gjorde en gjennomgang av Cochranes' database i september 2011. Den så på hvor mye av forskningen i fødselsomsorgen hadde en helsefremmende (salutogen) tilnærming. De fant 16 områder som var kartlagt med i alt 135 undersøkelser. Der det var sett på kvinnens tilfredshet med tjenesten og amming flest ganger. Til sammenligning var det å ha en medisinsk tilnærming til forskningen identifisert med 49 områder og 1632 undersøkelser. Det var sett på sykkelighet blant nyfødte og blodtap etter fødsel flest ganger (Smith et al. 2014). Hvordan man måler utkomme er fortsatt fokusert på morbiditet og mortalitet.

Downe (2008) påpeker at helsetjenestene i fremtiden bør ha en mer salutogen tilnærming, som en motpol til sykdom- og risikotenkning. Den salutogene teorien anerkjenner realiteten av patologi og sykdom, men har også et fokus på hva som fører til helse og velvære (Perez-Botella et al. 2015). Å ta i bruk en salutogen tilnærming i fødselsomsorgen med fokus på psykisk velvære og helse vil derfor være et viktig utgangspunkt. Antonovsky's teori er høyst relevant i forhold til svangerskap og fødsel.

2.2 Fødselsopplevelse

Hildingsson (2013) og kollegaer har forsket på kvinner med fødselsangst i Sverige over flere år. Hun fant at det som gav positive fødselsopplevelser var hvilken holdning kvinnene hadde til fødsel i svangerskapet, hvilke prosedyrer som ble fulgt, smertestillende og omsorgen de fikk under fødselen. Kvinner som opplever å bli møtt med respekt, at jordmor er fokusert på henne og at hun til slutt føder normalt, fremmer en positiv fødselsopplevelse (Hildingsson et al. 2013). Trygghet, tillit og relasjonell kontinuitet er grunnleggende faktorer for at kvinnen skal være i stand til å mestre fødselen. Flere studier viser at en-til-en omsorg lettere fører til at kvinnen og hennes partner opplever å bli hørt, sett og respektert.

Denne type omsorg har en helsefremmende tilnærming og er assosiert med en normal fødsel og en positiv fødselsopplevelse (Thomson et al. 2010). Kvaliteten i relasjonen mellom jordmor og kvinnen er viktig for omsorgen som tilbys. En positiv fødselsopplevelse vil redusere fødselsdepresjon, fødselsangst med krav om keisersnitt ved neste svangerskap (Ayers et al. 2006, Garthus-Niegel et al. 2014, Kringeland et al. 2010), negative konsekvenser for parforholdet, seksualitet og det fremmer tilknytning mellom mor og barn (Ayers et al. 2006, Thompson et al. 2010).

En modell som måler fødsels-utfall har blitt foreslått: «.....optimality is the maximal perinatal outcome with minimal intervention placed against the dynamic context of the women's social, medical and obstetric history» (Kennedy 2006). Kritikere hevder at denne tar lite hensyn til kompleksiteten og kvinnens fødselsopplevelse. «Safe and satisfying birth» tar hensyn til graden av stress kvinnen opplever under fødselen. Det avhenger av hennes tidligere opplevelse, forventninger og omgivelsene hun føder i. Det er sannsynlig at kvinnens stressnivå blir høyere eller lavere avhengig av typen kommunikasjon hun opplever og hennes psykiske helse blir videre påvirket av relasjonen til jordmødrene som skal ta vare på henne. Disse jordmødrene har med seg sine egne erfaringer av stress og kommunikasjon. Alle disse interaksjonene blir påvirket av omgivelsene og hvilken modell av helsehjelp hun mottar. En «safe and satisfying birth» kan oppnås ved at man føler seg trygg, en god relasjon til jordmoren, at hun opplever kommunikasjonen som lite stressfylt, omgivelsene hun omgir seg med som betryggende og på hvilket nivå hun mottar helsehjelpen (Foureur et al. 2010).

2.3 Fødselsangst

Det å føde barn er en dyp fysisk, følelsesmessig og sosial hendelse som kan få konsekvenser for kvinnen og hennes familie. Å ha fødselsangst viser seg å være en risikofaktor for å få en dårlig fødselsopplevelse. Kvinnene beskriver utholdelige smerter (Lang et al. 2006), de får lange fødselsforløp og ender oftere med operative forløsninger (Laurson et al. 2009). De har dårligere psykisk helse etter fødselen (Green et al. 2009). Omtrent 20% av alle gravide kvinner oppgir å ha en form for fødselsangst. Grunnene de ofte oppgir er tidligere traumatisk fødselsopplevelse og mistillit til helsepersonell (Halvorsen et al. 2008).

Stabile tall fra forskning viser at opptil 33% kvinner sier at de har vært redd for at de eller at deres baby skal få stor skade eller død under en fødsel (Creedy et al. 2000, Gamble et al. 2005, Maggioni et al. 2006). Det disse har til felles er at de har opplevd en eller annen form for medisinsk intervensjon (Fenwick et al. 2006). En konsekvens av dette er at mange kvinner får et syn på normale fødsler generelt som skremmende og farlig. De klarer ikke å skille mellom en normal fødsel og en fødsel med medisinske intervensjoner. Derfor ønsker noen kvinner inngripen i den normale fødselsprosessen av psykiske årsaker (Weaver et al. 2007). Andre velger å være barnløse eller har ønsker om keisersnitt ved neste svangerskap (Fenwick et al. 2006, Gamble og Creedy 2001, Gottwald og Waldenstrøm 2002, Hildingsson et al. 2002, Karlstrøm et al. 2011, Nerum et al. 2006).

Teori viser at det sympatiske nervesystemet blir aktivert som en ubevisst og automatisk respons når man blir utsatt for akutte stressfylte hendelser (Foureur 2008). Når stedet i hjernen som handler om følelser mottar disse signalene blir reaksjonen «fight, flight or freeze». Dette skjer fordi amygdala blir påvirket av en rekke katekolaminer (Stable et al. 2005). Et katekolamin er adrenalin, som har den effekten at det virker forstyrrende på et fødselsforløp. Det hemmer produksjonen av hormonet oxytocin som er helt avgjørende for å være i stand til å føde normalt. Dette er en automatisk respons som gjør at fødselsforløpet går sakte eller stopper helt opp slik at kvinnen har mulighet til å flykte til en tryggere og mer beskyttet område. I tillegg har adrenalin en vasokonstriktiv effekt som gjør at det blir mindre blod tilgjengelig til morkakens funksjon som fører til at barnet får mindre tilgang på oksygen og kan bli påvirket av det. De to største grunnene til at man intervenserer i et fødselsforløp er langsom fremgang i fødselsforløpet og/eller at barnet ikke har det bra (Stenglin et al. 2013). Å oppleve stress/angst i et fødselsforløp kan derfor få store konsekvenser. I tilfeller der kvinner foretrekker å være passive mottakere av helsehjelpen ser man at angstnivået stiger når det blir forventet at de skal ta en mer aktiv rolle (Hall et al. 1998). Å få psykiske problemer etter en fødsel har potensialet til å påvirke kvinnen i lang tid og noen ganger fører dette til kronisk plager. Det vil påvirke hele familien (Crompton 2003). Under slike forutsetninger vil tilknytning til barnet, forholdet til eventuelle andre barn og partner bli problematisk (Ballard et al. 1995, Söderquist et al. 2006).

Den økende medisinske tilnærmingen til fødsler som; igangsetting av fødsel (induksjon), bruk av epidural og keisersnitt (sectio) viser seg å føre til et dårligere utkomme for mor og barn (Hildingsson et al. 2011). Unødvendige medisinske intervensjoner under en fødsel kan medføre risiko og påvirke det emosjonelle velværet for mor og barn (Shaw 2013).

Ønsket om keisersnitt er stadig økende og årsakene til det problemet er komplekst (Halvorsen et al. 2008). Det å føde sitt første barn normalt og ha en positiv fødselsopplevelse er det som har størst forebyggende effekt mot ønske om keisersnitt neste gang (Wong et al. 2015). Blant kvinner med en tidligere positiv fødselsopplevelse svarte 83% at de ønsket å føde naturlig neste gang mens de som hadde en negativ opplevelse var det bare 48% som ønsket å føde naturlig (Kringeland et al. 2010).

En fødsel er en kraftfull fysisk, psykisk og sosial hendelse som vil følge kvinnen og hennes partner resten av livet. Hvordan de senere evaluerer denne viktige men likevel normale hendelsen i livet er komplisert og har mange aspekter. Bearbeiding av minnene vil kunne påvirke helsen, det psykiske velvære, forholdet til barnet og partneren i fremtiden (Beech et al. 2004). Å få sine forventninger innfridd (Kringeland et al. 2010) og føde normalt er assosiert med en positiv fødselsopplevelse (Hildingsson et al. 2013). Positive minner etter en fødsel har potensialet til å gi bedre selvtillit, følelse av mestring og fortrolighet med morsrollen (Kringeland et al. 2010).

2.4 Jordmoren

Historisk sett er utøvelsen av jordmoryrket nært knyttet opp til støtten gitt fra en kvinne til en annen rundt svangerskap og fødsel. Inntil nylig var jordmoren en del av kvinnenens liv, en nabo, en del av samfunnet og en ressurs i nærmiljøet. Jordmødrene jobbet sammen med kvinnene og hadde en forståelse for kvinnens liv og omstendigheter. Selv etter at jordmoryrket ble profesjonalisert foregikk fødslene stort sett i hjemmene. I den industrialiserte verden har fødselsomsorgen flyttet fra hjemmene og til sykehusene (Page 2003). Definisjon av jordmor:

«En jordmor er en person som har fullført og bestått landets offentlige jordmorutdanning og har ervervet seg de foreskrevne kvalifikasjoner for å bli godkjent og/eller autorisert til å utøve jordmorvirksomhet. Hun må være i stand til å yte den nødvendige overvåkning, omsorg og rådgivning til kvinnen i løpet av svangerskapet, fødselen og barseltiden, til å lede fødsler på eget ansvar og til å ha omsorg for det nyfødte barnet og spedbarnet. Denne omsorgen omfatter forebyggende tiltak, observasjon av patologiske tilstander hos mor og barn, tilkalling av nødvendig legehjelp eller i mangel av denne kunne påta seg å gi førstehjelp. Hun har en viktig oppgave i helserådgivning og undervisning, ikke

bare for kvinnen, men også for familien og samfunnet. Arbeidet bør omfatte undervisning av gravide og vordende foreldre med forberedelse til fødselen og framtidig foreldrerolle, og kan utvides til visse grener av gynekologi, familieplanlegging og spedbarnspleie. Hun kan praktisere i sykehus, fødestuer, helsesentre, ved hjemmefødsler og i andre former for jordmorvirksomhet» (WHO 1992).

De siste årene har forskning vist at jordmødre og deres yrkesutøvelse påvirkes av omgivelsene de jobber i (Bourgeault et al. 2012, Hammond et al. 2013, Miller et al. 2012, Sheehy et al. 2011). Den samme jordmoren praktiserer og kommuniserer forskjellig fra sted til sted. Flere studier fant at jordmødre som både jobbet med hjemmefødsler, på små fødeenheter og på store sykehus kommuniserte forskjellig når omgivelsene skiftet (Hunter 2000, 2003, Miller 2008). De tilpasset seg de uskrevne reglene om hvordan og hva de kommuniserte. Dette skjedde også om jordmoren overførte og fulgte den samme kvinnen fra hjemmet til sykehuset. Hvis en fødeavdeling på et sykehus virker fremmedgjørende og mangler evnen til å virke støttende vil kommunikasjonen bli påvirket mellom kvinnen og jordmoren og mellom jordmoren og andre helsepersonell (Lock et al. 2003). Dårlig kommunikasjon blant helsepersonell er den største årsaken som bidrar til dårlig utkomme for mor og barn (Department of Health UK, 2000). Williams (2003) identifiserte flere årsaker. Det som tidligere var et samlingssted der man utvekslet erfaringer og snakket på tvers av yrkesgruppene er nå borte fra den moderne designede fødeavdelingen. En studie i England viste at det å ha et rom for effektiv kommunikasjon var viktig for sikkerhet og trivsel (Symon et al. 2008).

Helsepersonell med lav profesjonell selvtillit kan bidra til at kvinner føler ubehag. Selvtillit er viktigere enn evnen til å berolige og få kvinnen til å føle seg komfortable fordi selvtilliten påvirker de kliniske vurderingene og evnen til å ta viktige avgjørelser (White 2009, Perry 2011). Ulrich sammenlignet det å ha kompetanse men ikke profesjonell selvtillit og fant at det var utilfredsstillende for pasientene (Ulrich et al. 2010). Å støtte kvinner som ønsker å føde i badekar kan være en utøvelse som gjør at jordmødre føler seg ukompetente og/eller ikke har selvtillit nok til å utføre (Nicholls et al. 2015)

Å ha en god relasjon med fødekvinnene er nøkkelen til å kunne yte god fødselsomsorg (Aune et al. 2012, Hunter et al. 2008). Kvalitet kjennetegnes ved en jordmor som viser raushet, åpenhet og empati (Baumgartner 2008). Jordmor har både faglig og personlig kompetanse, evne til å skape trygghet og tillit i møtet med den fødende kvinnen og hennes partner (Dahlberg og Aune 2013, Hunter et al. 2008, Olavsdottir 2006, Sandall et al. 2010).

En god relasjon mellom jordmoren og kvinnen karakteriseres ved et gjensidig tillitsforhold, der kvinnen stoler på jordmorens ekspertise og veiledning, og jordmoren viser tillit til at kvinnen er i stand til å føde på bakgrunn av sine egne ressurser og styrke (Aune et al 2012, Leap et al 2010). Tillit anses som et mål på psykologisk trygghet i en relasjon og er en grunnleggende faktor i alle mellommenneskelige forhold (Rogers 1961). Slik sett kan tillit også forstås som en motstandsressurs i møte med stress. Psykologisk trygghet i relasjonen mellom kvinnen og jordmor er viktig for det emosjonelle aspektet som er knyttet til det å føde barn (Leap et al. 2010, Lyberg 2010). Når kvinnen føler seg trygg og ivaretatt, vil stressnivået senkes, endorfiner frigis, kvinnen slapper bedre av og får mer energi til fødselsarbeidet og vil bedre mestre fødselen. Ifølge Rogers (1961) er forutsetningen for å skape psykologisk trygghet å akseptere at menneskets unike verdi, uavhengig av alle forhold. Det vil si at jordmoren nærmer seg kvinnen med en uforbeholden tro på henne som menneske og fødekvinne. En trygg relasjon med jordmor gir kvinnen mulighet til å mestre fødselssmerten, som vil gi en opplevelse av glede og mestingsfølelse etter fødselen (Leap et al. 2010). En positiv fødselsopplevelse er assosiert med helsefremmende faktorer som velvære og økt selvfølelse (Dahlberg og Aune 2013, Hildingsson et al. 2013, Kringeland et al. 2010). En styrket selvfølelse i forbindelse med fødselen fremmer muligheten for personlig vekst og utvikling hos kvinnen. Studier viser at mestingsopplevelse er knyttet til erfaringen av å ha tilstedeværende, tillitsfulle og støttende omsorgspersoner rundt seg under fødselen (Aune et al. 2012, Gagnon 2011, Nilsson et al. 2013, Sandall et al. 2013). Nærhet til jordmor er viktig for kvinnens fødselsopplevelse og kan erfares for eksempel gjennom kroppsspråk, blick og berøring (Dahlberg og Aune 2013). Å være personlig nær et annet menneske er avhengig av en god relasjon.

Oxytocin (kjærlighetshormonet) er hormonet som styrer menneskenes sosiale og emosjonelle interaksjoner og alle disse kvalitetene som er nevnt tidligere er påvirket av oxytocin (Baumgartner et al. 2008, Zak et al. 2007). En faktor som fremmer eller hemmer frigjøringen av oxytocin er hvordan man opplever omgivelsene. Et sted som oppleves rolig, varm, vennlig og støttende vil fremme frigjøringen mens steder som oppleves stressende, truende og krevende vil frigjøre katekolaminer som forbereder kroppen på «fight or flight» (Foureur et al. 2008, Uvnas-Moberg et al. 2005). «Fight or flight» er en av to psykofysiologiske system som kan bli aktivert av omgivelsene. Det andre litt mindre kjent er «calm and connection». Oxytocin er det hormonet som aktiverer dette systemet. Det gjør at mennesker kjenner seg avslappet, empatisk, vennlig, føler nærhet, tillit og man er i stand til å

vise følelser overfor andre (Uvnas-Moberg et al. 2005). Det har blitt foreslått at under påvirkning av «calm and connected» vil jordmødre være i stand til å gå inn i gode relasjoner og yte emosjonell sensitiv omsorg til kvinnene (Hammond et al. 2013).

I denne studien vil jordmor også bli omtalt som fødselshjelper eller helsepersonell der en involvering også kan gjelde andre helsearbeidere for eksempel leger.

2.5 Omgivelsene

Hvordan en fødeavdeling er designet er av spesiell interesse siden det å føde barn er vurdert som en normal livshendelse og ikke en sykdom. To store europeiske studier som inkluderte 4000 kvinner viste at å oppleve kontroll, føle seg trygg og å få en positiv fødselsopplevelse var signifikant avhengig av de fysiske omgivelsene der fødselen foregikk (Newburn et al. 2005, Rudman et al. 2007). Studier der man har knyttet nevrovitenskap sammen med arkitektur viser at omgivelsene i en fødeavdeling kan forverre utkommet for mor og barn. Det kan øke stressnivået for kvinnen men også for de som skal yte helsehjelpen (Stichler et al. 2008, Ulrich et al. 2008). Stress forårsaker og forverrer sykdom, den påvirker kvaliteten på kommunikasjonen mellom helsehjelperen og kvinnen, og helsehjelpere seg i mellom. Dårlig kommunikasjon øker faren for feilbehandling og dårligere utkomme (Leonard et al. 2004). Det bidrar til stress for fødekvinnen som fører til forstyrrelse i den normale fødselen, øker risikoen for intervensjoner og bidrar til en mindre trygg og tilfredsstillende fødsel (Foureur 2008).

Omgivelsene er en signifikant faktor for tilfredsstillelse i helsesammenheng, nest etter kvaliteten på helsetjenesten. Faktorer som bidrar til økt tilfredsstillelse er rom, lys, stillhet, luftkvalitet, utsikt, privatliv og enerom (Ulrich et al. 2008). Omgivelsene har betydning for en positiv fødselsopplevelse (Hodnett et al. 2009). Fahy og hennes kollegaer har forsket mye på hva kvinner vurderer som trygge omgivelser å føde i. Hun deler fødselsterritorier inn i omgivelser som enten setter i gang en kaskade av frykt og/eller usikkerhet («the surveillance space») eller de som ikke gjør det («the sanctum») (Fahy 2008, 2011). Fahy beskriver «the surveillance space» som et rom der sengen har den dominerende plassen, det finnes gardiner man kan trekkes for men at det ellers er fritt frem for alle å komme inn døren siden den ikke kan låses. Noen ganger er det også interne vinduer som kvinnen kan bli overvåket gjennom. Slike rom er godt belyst, uten farger og innredet med utstyr som personalet trenger.

I motsetning beskriver hun «the sanctum» som hjemmekoselige og beskyttende omgivelser som er designet for å optimalisere privatlivet til kvinnen. Hun kan låse døren, hun har tilgang til eget bad og hun kan nyte utsikten (Fahy et al. 2011).

Stenglin (2013) og hennes kollegaer har studert hva mennesker føler i forskjellige omgivelser («binding») og hvordan de knytter seg til omgivelsene («bonding»). «Binding» prøver å forklare hva kvinner føler om sine fødselsomgivelser. Stenglin har laget en skala der steder som gir en følelse av sikkerhet, trygghet og komfort ligger midt på skalaen og steder som gir frykt og usikkerhet ligger i enden av skalaen. Hun deler plasser som gir trygghet inn i «bound space» og «unbound space». «Bound space» er «huleaktig» og «omfavner» mennesker. Den gir følelser som komfort, privatliv og beskyttelse ved hjelp av hjørner, kriker og kroker. En norskfødt Australsk arkitekt forklarte dette på en god måte:

«I think the very first sense of shelter you might have is actually being in your mother's arms. So it is that sometimes, you can make a space that is..... comforting and protective in that way». (Britt Andreson 2000).

Noe av det viktigste med «bound space» er at de ikke bare gir en følelse av trygghet og sikkerhet men også gir rom for tanker og refleksjoner. Kvinner som har intense fødselssmerter beskriver at de trenger å fokusere på seg selv og stenge resten av verden ute for å mestre smerten (Dixon 2010). «Bound space» er idealistisk for å klare å holde et indre fokus. Når kvinnen har en følelse av beskyttelse, trygghet og sikkerhet vil hun ikke være redd og kan fokusere på fødselsarbeidet. «Unbound spaces» gir også en følelse av sikkerhet men omfavner ikke mennesket på samme vis. Den gir følelser som åpenhet og frihet. Store vinduer som tar naturen inn er et eksempel på det. I de andre endene av skalaen er rom som representerer usikkerhet. De får mennesker til å føle seg eksponert, sårbare og utsatt for risiko. «Too bound» kan gi en følelse av klaustrofobi og friheten er begrenset. En heis eller en tunnel er eksempel på det. «Too unbound» blir sammenlignet med å stå på kanten av et stup eller være i et landskap som føles for åpent. Begge disse vil kunne gi engstelse og frykt (Stenglin 2013).

Kvinner trenger å føle trygghet og sikkerhet når de skal føde (Buckley 2004) og det er nødvendig å skape ro rundt kvinnen da en rolig atmosfære er viktig for hennes fødselsarbeid og for progresjon av fødselen (Huber et al. 2009). Ro hos kvinnen kan bli definert som «*freedom from agitation or excitement*» (Websters Dictionary 2007). Fødeavdelingene ved store sykehus er designet slik at fokuset er på teknologi og overvåking. En fødeseng er sentrert i rommet noe som appellerer til å gi seg over og legge alt i hendene til den som yter fødselshjelpen.

Dette kan være bra for fødselshjelperen men den undergraver kvinners mulighet til å føde normalt (Fahy et al. 2011). Overvåking og bruk av medisinsk teknologi øker stressnivået hos kvinnene som igjen setter i gang en kaskade av nevro-hormonelle hendelser som kan ha negative konsekvenser for helsen til mor og barn (Foureur 2008).

Forskning viser at man kan dele inn «fødsel-territorium» i de fysiske omgivelsene og i hvem som bestemmer/har makt i de gitte omgivelsene (Fahy et al. 2011). Når en kvinne føder er hun sårbar, utsatt og ikke i stand til å beskytte seg selv og barnet slik at omgivelsene vil ha avgjørende betydning for hennes fysiske og emosjonelle helse. Fahy (2008, 2011) beskriver et badekar som den ultimate beskyttelsen. Det er et rom i rommet som gir kvinnen og barnet en fysisk adskillelse fra andre mennesker. Et badekar gir kvinnen et lukket rom der bare hun råder og det varme vannet gir en ytterligere barriere. Kvinner beskriver badekar som en trygg plass som skjerner dem og gir dem beskyttelse fra uønskede intervensjoner som de opplever som en trussel mot deres og barnets eksistens samt gir dem en opplevelse av privatliv (Maude et al. 2007). Hall (1998) har forsket på kvinners opplevelse av å føde i vann og resultatene viste at kvinnene opplevde en kontroll over sin egen fødsel som igjen ga en følelse av mestring.

2.6 Vannfødsel

Å bruke vann i terapeutiske former har en lang historie (Reid-Campion 1990). Levine så at bruk av badekar kunne redusere engstelse hos kvinner (Levine 1984). En russisk forsker var pioner på bruk av vann ved fødsel i moderne tid. Igor Tjarkovsky hadde sin første vannfødsel i 1963 (Sidenbladh 1983). Den mest kjente pioneren er imidlertid Michael Odent, en fransk fødselslege, som observerte at gravide kvinner var mer avslappet i vann, hadde mindre behov for kjemisk smertelindring og slapp oftere medisinske intervensjoner. Han mente at noen kvinner var; «*drawn to the water when in labour*». Odent sier at synet av badekaret som fylles og forventningene om få legge seg i badekaret er nok til at en fødsel aksellerer. Synet og lyden av vann kan stimulere til å slippe hemninger. Han har observert i sin jobb at vann hjelper kvinner til å nå en bestemt bevissthet der omgivelsene blir ubetydelige (Odent 1983). Ideen om at rolige omgivelser er bra for fødselsarbeidet er også beskrevet i tidlige arbeider av Leboyer (1975).

Å bruke badekaret under et fødselsforløp og føde i vann er foreslått som en effektiv måte å fremme normal fødsel (Burns et al. 2012, Henderson et al. 2014, Renfew et al. 2014). Noen studier viser at vann ikke nødvendigvis er smertelindrende men at opplevelsen av smerten blir forandret. Odent mener dette sannsynlig er fordi nivået av katekolaminer blir redusert. Han så at kvinnene ofte sovnet i et komfortabelt bad (Odent 1997). En annen randomisert studie der kvinnene vurderte smerte på en skala viser at det er signifikante forskjeller på kvinnene som brukte vann og kontrollgruppen i graden av smerte (Da Silva et al. 2009). Å føde i vann og bruke vann som smertelindring er et økende krav fra kvinner i den industrialiserte verden. Hall og Halloway (1998) mener det er en motreaksjon på medikaliseringen av fødselsomsorgen. Kitzinger (1996) mener at bruken av vann forandrer dynamikken i omsorgen for fødende kvinner. De får kontrollen tilbake og hun hevder at det tar vare på kvinnens autonomi. Å bruke vann i fødsel er ofte assosiert med relasjonell kontinuitet, privatliv og fredfulle omgivelser noen kvinner ønsker (Kitzinger 1996).

I verdenssammenheng er det estimert at det er født >150 000 barn i vann i perioden 1985 til 1999 men på grunn av manglende registrering er tallene usikre (Pinette et al 2004). I Norge er Alternative Birth Care Unit (ABC) ved Oslo Universitets sykehus landets mest kjente fødested for naturlige fødsler. De startet med vannfødsel i 1997. Der fødes nå 70% av barna i vann. I Norge fødes det omtrent 1000-1200 barn i vann hvert år fordelt på flere fødeavdelinger. Tallene er usikre fordi det er ulike måter å registrere på.

American-College of Nurse-Midwives (ACNM) definerer «waterbirth» som:

«Use of warm water immersion during the second stage of labour that result in the birth of a neonate entirely under water, regardless of the location of delivery of the placenta».

Til forskjell fra «warm water immersion»:

«Immersion in a tub with depth that allows for complete submersion of the abdomen to the breast level».

og «water labour»:

«Use of warm water immersion during any stage of labour up to but not including the birth of the neonate» (ACNM 2016).

Forskning sier at sikkerheten for mor og barn ved vannfødsler er god (Bovbjerg et al. 2016, Cluett 2014, Nutter et al. 2014) og det finnes ingen forskning som motbeviser dette (Da Silva et al. 2009). Det finnes imidlertid lite forskning på hvorfor noen kvinner ønsker å føde i vann (Russell et al. 2011).

En vannfødsel kan legge til rette for en normal fødsel fordi den tilbyr smertelindring (Baxter 2006, Cluett et al. 2009 og 2014), privatliv, komfort, varme og mobilitet til kvinnen (Harper 2012). Det er assosiert med en positiv fødselsopplevelse (Baxter 2006, Cluett et al. 2009, Richmond 2003). Det gir et kortere fødselsforløp (Cluett et al. 2009 og 2014, Mackey 2001). Det gir umiddelbar hud-til-hud kontakt som vil fremme tilknytning (Mackey 2001, Veltman et al. 2013, Davey et al. 2014, Harper 2014). Kvinner som bruker badekar under fødsel sier de hadde en opplevelse av å føle seg avslappet, at de fikk ta informerte valg og at de hadde mer kontroll (Baxter 2013, Cluett et al. 2009, Richmond 2003, Tournaire et al. 2007). Opptil 86% sier de ønsker å føde i vann ved neste fødsel (Richmond 2003). En gjennomgang av Cochrane's database viser at kvinner som føder i vann er mer tilfredse med sin fødselsopplevelse enn de som føder på land (Cluett et al. 2009). En annen nylig undersøkelse viser det samme (Hoope-Bender et al. 2014). I tillegg vil en normal fødsel reduserer risikoen for stor blødning etter fødselen (Davis et al. 2012) og lengden på ammingen (Brown et al. 2013).

For barnet som blir født i vann vil det medføre: Høyere oksygenering under fødsel (Mackey 2001, Chaichian et al. 2009, Harper 2000). Lettere rotasjon gjennom bekkenet (Mackey 2001, Ohlsson 2001). Rask hud-til-hud kontakt og bedre temperaturregulering (Veltman et al. 2013, Harper 2014). Mykere overgang til livet og økt tilknytning (Harper 2014, Veltman et al. 2013).

3.0 Metodisk tilnærming

I de foregående kapitler har jeg beskrevet fødsel som et fenomen eller sammenhengen mellom fenomener. Jeg har vist hvor komplekst å føde et barn kan være og hvor store konsekvenser det får for det videre liv. Temaet oppleves høyst aktuell i moderne «vestlig» fødselsomsorg. I denne studien har jeg valgt en kvalitativ forskningsmetode.

Den kvalitative forskningsmetoden er hensiktsmessig når man søker kunnskap om det levde liv, om menneskets tanker og følelser rundt et spesielt tema. Målet er å nå betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden. Forskningen foregår i nær kontakt med informantene i form av et intervju. Forskeren er avhengig av å sette seg nøye inn i informantens situasjon og oppnå pålitelighet ved å ha kjennskap til feltet.

Dette fører til at forskeren kan, ut fra det som blir sagt, finne nøkkelbegreper som kan benyttes til å forstå informantens situasjon eller handlinger. Typisk for den kvalitative forskningsstrategien er å kunne beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres. De kvalitative metodene sikter mot å forstå, ikke forklare, og målet er å beskrive, ikke å predikere (Malterud 2017).

Antonovsky's salutogene teori er brukt som et rammeverk for å tolke funnene i intervjuene. Hans teori er som regel brukt i kvantitativ forskning men viser seg å være et nyttig verktøy også i kvalitativ forskning (Griffiths et al. 2011).

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Den tyske filosofen Wilhelm Dilthey (1833-1911) regnes som opphavsmannen bak den moderne sondering mellom naturvitenskapelige og humanistiske vitenskaper. Han la frem en livsfilosofi som senere skulle få innflytelse på utviklingen av fenomenologien gjennom Heidegger. Martin Heidegger (1889-1976) regnes som fenomenologiens grunnlegger. Han utga verket «Sein und Zeit» (norsk: Væren og Tid) i 1927 som er en eksistensiell analyse av menneskets væremåte. Han mente at filosofer hadde en tendens til å misforstå forholdet mellom mennesket og verden som forhold mellom noe indre og ytre. Heidegger mente at «mennesket er i verden» og ikke en distansert iakttaker (Skirbekk og Gilje 2007).

Fenomenologi i kvalitativ forskning peker på en interesse for å forstå fenomener ut fra aktørens eget perspektiv og beskrive verden slik den oppleves av informanten, ut fra den forståelse at den virkelige verden er den mennesket oppfatter (Kvale og Brinkmann 2012). Som sådan anses fenomenologien ofte for å være en ekte «første filosofi», siden selv metafysiske teorier har grunnlag i erfaringer som nødvendigvis må ha vært erfaringer for bevisstheten.

Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) var i sin tid elev hos Heidegger. Gadamers hovedverk «Wahrheit und Methode» (norsk: Sannhet og Metode) som han skrev i 1960 har gitt han et ettermæle som den mest innflytelsesrike tenker og kanskje den viktigste hermeneutikeren i det 20. århundret. Verket viderefører filosofien og utvidet hermeneutikken. Gadamer betraktet kjernen i hermeneutikkens filosofi som den; «*indre tanken, følelsen eller impulsen som søker å bli uttrykt gjennom menneskelig tale*» (Lægreid og Skorgen s.219). Tilsynelatende kan dette stå i motsetningsforhold til det han tidligere mente at

«*væren som kan bli forstått, er språk*». Fordi noen ganger er det vanskelig å finne ord for ekstreme opplevelser av sorg og tap. Eller det motsatte, stormende lykke eller forelskelse. For Gadamer ble det likevel avgjørende at mennesket er innrettet på å finne språk for sine erfaringer og at erfaring forutsetter en form for forståelse; «*hvordan er forståelse mulig og hva skjer når vi forstår*»? Mens hans forgjenger Dilthey hadde avgrenset hermeneutikkens felt til å gjelde henholdsvis språklige ytringer og menneskelige livsytringer, hevder Gadamer at alt som kan bli gjenstand for menneskelig erfaring og bevissthet, også er innrettet mot språkliggjøring og forståelse. Først i og ved språket går verden opp for oss. Hermeneutikk kommer fra det greske ordet «*hermeneuein*» som betyr å uttrykke, i betydning snakke og tale, dessuten å utlegge i betydning fortolke og forklare samt å oversette fra et språk til et annet. Ordet har altså en tredelt betydning; uttrykk, fortolkning og oversettelse (Lægreid og Skorgen 2006). I begynnelsen var hermeneutikken en teologisk disiplin. Den oppsto i forbindelse med reformasjonen, og en var da spesielt opptatt av hvordan en skulle fortolke de hellige skrifter, noe som gjorde at det ble utviklet et sett med fortolkningsregler, som senere ble benyttet på juridiske tekster. Senere utviklet hermeneutikken seg i lys av romantikken til hvordan man skulle kunne forstå de tidligere historiske epoker. Først rettet man søkelyset på hvordan språket kunne være meningsbærende og et allment medium for meningsformidling, men med Dilthey utvides dette til at hermeneutikken også skulle forstå det meningsbærende i alle slags uttrykk, som tale, handlinger og skrevne tekster (Guneriusen, 1996). Hermeneutikken skulle med andre ord være en slags allmenngyldig metode for meningsforståelse. Likevel ble meningskategorien hos Dilthey «*innskrenket til bruk bare innenfor det området av virkeligheten som består av menneskelig virksomhet og uttrykk for menneskelige hensikter*» (Guneriusen, 1996, s.101). Dilthey var spesielt opptatt av å gi hermeneutikken en metodisk vitenskapelig status. Ved hjelp av åndsvitenskapelige metoder skulle det være mulig for forskere å komme fram til det objektivt sanne meningsbærende i menneskets ytringer. Dilthey var opptatt av at forskeren måtte tolke, for å kunne greie å forstå menneskers tanker, følelser og opplevelser. Man blir nødt til å leve seg inn i menneskets livsverden for å kunne få tak i meningen bak deres tanker, følelser og opplevelser.

I dag brukes begrepet hermeneutikk i tre ulike betydninger. Først er den en forståelse og fortolkning av det vi observerer i vid forstand som; kunst, gester, drømmer, handlinger og sosiale situasjoner. Den andre hovedbetydningen er en praksis eller en metode med et sett av regler i behandling av spesifikke dokumenter som for eksempel, juridiske, teologiske og historiske. For det tredje betegner det en teori om forståelse som er allmenn eller filosofisk.

Til sammen gjenspeiler disse tre nivåene det som blir kalt den «hermeneutiske operasjon» som er å arbeide med forståelsen for øye. Rekkevidden blir da uendelig (Lægreid og Skorgen 2006).

Fortolkerens forståelse vil alltid være betinget av dens individuelle og historiske utgangspunkt. Forståelsen blir derfor en uendelig prosess, en stadig tilbakevendelse til utgangspunktet som forandres i lys av nye erkjennelser. Som værende i verden er vi alltid forstående. Denne forståelsen er knyttet til vår fremtidige eksistensmuligheter. Satt på spissen er det ikke mulig å forestille seg en framtid vi mangler erfaringer om. Derfor må vi gjøre antagelser basert på fortiden. Derfor er forståelsen alltid historisk (Gunteriusen 1996). Begrepene forforståelse og fordommer er begreper som er sentrale hos Gadamer og i en hermeneutisk sirkel. Sirkelen kan forstås som at deler kan forstås ut fra helheten, og helheten kan forstås ut fra deler. Selve grunnlaget for hermeneutikken ligger i formelen som sirkelen har. Sirkelen har en forbindelse mellom det man skal fortolke, den forståelsen en bærer med seg og sammenhengen teksten forstås i. Forståelsen svinger mellom helhet og del. Vi forstår delen i lyset av helhet, og helhet i lys av delene. Jeg ønsker at min forståelse og kunnskap skal økes med vekselspillet mellom helhet og del. For forforståelse er helt nødvendig for å kunne overhodet forstå. For å forstå en tekst, så må man vite hva en skal se etter eller ha ideer om hva en skal se etter. Forforståelsen kan bestå av for eksempel; personlige erfaringer, begreper, språk, trosoppfatninger og så videre. En aktørs forforståelse er reviderbar det vil si at den kan endres i møtet med verden og nye erfaringer. Hvis en aktørs forståelse ikke var reviderbar så ville en gjensidig forståelse mellom mennesker ikke være mulig (Gunteriusen 1996). Hermeneutikk i kvalitativ forskning handler om meningstolkning, og må forstås i forhold til konteksten. Den hermeneutiske prosessen (sirkelen eller spiralen) foregår mellom forsker og informant og forsker og tekst. Målet er å oppnå forståelse om mening (Thagaard 2009).

Gadamer trekker et skille mellom metode og hermeneutikk. Han ser på hermeneutikk som en mer generell filosofi om hva forståelse er. Gadamer avviser at vi trenger en bestemt metode for å oppnå forståelse. For å anvende en metode, må du forstå metoden. Forståelse er et primært fenomen som ikke kan gripes fullt ut ved hjelp av metoder. I følge Gadamer, er forståelse noe som skjer med oss, og det andre er; hva som skjer med oss når vi forstår. Den hermeneutiske sirkel endres fra tidligere oppfatninger om at det var en veksling mellom del og helhet i teksten, der meningssammenheng var målet, og det som foregikk i det livet som enkeltuttrykkene var en del av. Gadamer har sin egen forklaring på hvordan forståelsen av en tekst går i sirkelbevegelse.

Tidligere sto mennesket utenfor sirkelen mens Gadamer trekker mennesket inn i sirkelen. Han mente videre at uten forforståelse og fordommer kommer en seg aldri inn i sirkelen. Gjennom den hermeneutiske sirkel kan man hele tiden vurdere om fordommene og forforståelsen er deler av den hermeneutiske sirkel. Disse fordommene utgjør en helhet, og man kan hele tiden ha elementer av disse opp til revidering og forandring i lys av de erfaringer vi gjør oss med tekster og andre meningsfulle objekter (Gunteriusen 1996). Professor i jordmorfag, Gunnhild Blåka (1951-2014) hevder at det fenomenologiske utgangspunktet passer godt for et praktisk orientert håndverksfag som jordmorfaget. Vi har som mål å studere det levde livet slik det utspiller seg gjennom møtet og samspillet mellom mennesker. Vår kunnskap til det aktuelle får vi via vår egen og andres livsverden. Både kvinnene og jordmor preger situasjonen med tidlige erfaringer. Situasjoner som igjen blir fortalt som historier. Disse historiene er ikke der som en passé, men bevares i erindringen som en levende historie. Ved å involvere sanser og følelser er det lettere for jordmor å se situasjonen fra ulike perspektiv, og få tydeliggjort rasjonaliteten i det praktiske jordmorfaget. Forskningen vil da bidra til å sette ord på det som skjer i samspillet og møtet mellom fødekvinne og jordmor. Likeså kan man også avdekke hemmende strukturer på utøvelse av det praktiske arbeidet. En «nedenfra og opp forskning» kan føre til at jordmor blir mer bevisst sine handlinger, sin praksis og det rommet denne praksisen foregår i (Blåka 2002).

3.2 Utvalg

Jeg har i denne studien gjort et strategisk utvalg siden jeg var interessert i å vite hva kvinner som hadde hatt en positiv fødselsopplevelse ved hjelp av vann hadde å fortelle. Jeg intervjuet elleve kvinner som har født sitt første barn i vann. De fødte ved en større kvinneklinikk våren og sommeren 2016. Ved utreisesamtalen på barselhotellet ga kvinnene uttrykk for at de hadde en god/positiv opplevelse av å føde i vann. De fikk da skriftlig og muntlig informasjon om studien av jordmor som hadde samtalen og signerte deretter et samtykkeskjema. Dette skjemaet ble så overlevert til forskeren. De som ønsket å delta ble kontaktet på telefon etter omtrent en måned med spørsmål om de fortsatt ønsket å delta. Dette fordi at etter en måned har de den nødvendige distansen til opplevelsen og har startet nyorienteringsfasen med den nye familien (Hildringsson 2013). På grunn av ferieavvikling gikk inkluderingen senere enn antatt på tross av besøk og flere telefoner til hotellet av forskeren.

Jeg valgte derfor å sende en SMS til noen kvinner som hadde født sitt første barn i vann. Opplysningene hentet jeg fra en fødselsprotokoll der det står navn, adresse, para og hvordan de fødte. Der står også tilstanden til mor og barn etter fødselen men ingen ting om fødselsopplevelsen. Telefonnummeret ble så funnet på gule sider. Jeg spurte om de hadde fått tilbud om å delta på studien ved barselhotellet og hvis de hadde det og takket nei skulle de se bort fra meldingen. Hvis de hadde en positiv fødselsopplevelse og de ønsket å delta i studien kunne de svare på meldingen og de ble da ringt for videre informasjon og avtale om intervju. Disse kvinnene fikk skriftlig og muntlig informasjon samt de signerte samtykkeskjema ved forskerens oppmøte. De som ikke svarte på SMS'en ble det ikke tatt videre kontakt med. Ingen skulle føle seg presset til å delta.

Inklusjonskriteriene var friske kvinner som hadde hatt normale svangerskap og som fødte normalt i vann. Det var deres første barn. Barnet skulle være frisk. Dette var et bevisst utvalg siden jeg ikke ønsket at deres fortellinger skulle være preget av tidligere hendelser eller aktuelle hendelser eller sykdom. De snakket og forsto norsk. De skulle ikke bo mer enn en time fra fødestedet av bekvemmelighetshensyn til forskeren. De var i alderen 23 til 34 år med en gjennomsnittsalder på 28 år. Det var tilfeldig. Alle hadde en høyere utdanning og bodde sammen med partneren selv om dette ikke var noe kriterie. For å begrense studien har partnerens opplevelse blitt utelatt selv om dette er viktig. Partnerens opplevelse er noen ganger gjengitt av kvinnene og hvordan de opplevde det. Forskeren var aldri selv involvert i disse kvinnene under innleggelsen ved sykehuset.

En kvinne fra et annet europeisk land ble ekskludert fra studien siden det viste seg at hun hadde et begrenset ordforråd på norsk. Dette intervjuet ble ikke transkribert og er slettet. To kvinner ble kontaktet på telefon med en beklagelse siden de hadde blitt inkludert på feil grunnlag. Den ene viste seg å ha født sitt andre barn og den andre bodde to timer fra sykehuset. Til slutt ble ti intervjuer innlemmet i studien. Hvis utvalget er for lite vil det kunne føre til at en ikke har tilstrekkelig data til å kunne svare på problemstillingen, og gir konsekvenser for gyldighet og overføringsverdi i forskningen (Malterud 2017).

3.3 Design

Kvinnene fikk velge om intervjuene skulle skje i hjemmet eller i et møterom ved sykehuset. Alle valgte å bli intervjuet i sitt hjem. Babyen var til stede under alle intervjuene og en partner var til stede under deler av et intervju. De ble sikret anonymitet og fikk skriftlig og muntlig informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi grunn. Navn og adresse ble oppbevart uavhengig av intervjuene.

Forskeren tok utgangspunkt i at intervjuene ville vare i en til to skoletimer men var fleksibel på dette. Det ble tatt høyde for om kvinnene hadde behov for å snakke om sin opplevelse selv om dette avvek fra intervjuguiden. Intervjuene varte i fra 35 til 65 minutter med et gjennomsnitt på 51 minutter. Det ble benyttet en intervjuguide med noen få oppfølgingsspørsmål for å få samtalen på gli eller tilbake til riktig spor. Forskeren forsøkte under intervjuene å stimulere til at kvinnene fortalte sine historier fritt men naturlig nok trengte noen mer oppmuntring enn andre. Det ble benyttet lydbåndopptaker under intervjuene. Intervjuene ble transkribert ordrett av forskeren.

3.4 Innsamling av data

Et åpent dybdeintervju ble benyttet i denne studien. I forskningsintervjuet var tilnærmingen varsom, spørre- lytte- orientert. Forskningsintervjuet var ikke en konversasjon mellom likeverdige deltakere, men ble styrt av forskeren. Forskeren definerer og kontrollerer samtalen. Temaet er gitt av intervjueren, som også har ansvaret for kritisk å følge opp informantens svar på spørsmålene. Målet er å innhente beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen. Kvinnene fortalte fritt rundt temaet og jeg stilte oppfølgingsspørsmål som for eksempel «kan du si litt mer om det» eller «hva følte du da»? For å sikre den kommunikative validiteten under intervjuet, ble det for eksempel sagt «oppfatter jeg deg rett, om jeg forstår deg slik»?

Forskeren benyttet en intervjuguide med noen få oppfølgingsspørsmål for å få samtalen på gli eller tilbake til riktig spor hvis det var behov.

Tabell 1.

- Kan du fortelle noe om tankene du hadde om det å føde mens du gikk gravid?
- Hvordan forberedte du deg på fødselen?
- Hva var det som gjorde at du fikk en god fødselsopplevelse?
- Hvordan har denne opplevelsen hatt betydning for deg og din familie?

3.5 Bearbeiding av data

Den franske filosofen, Paul Ricoeur (1913-2005) er mest kjent for å kombinere fenomenologisk beskrivelse med hermeneutisk tolkning; teorien om fortolkning av tekst. Analysen viser hvordan prosessen fra intervju til transkribering, naiv-lesing og til hva handler dette om? Reduksjon av tekst uten å gå glipp av essensen. Til meningsenheter, for videre å kondensere, hva handler dette egentlig om? Koding og kategorisering. Hele prosessen må ses i lys av oppgavens problemstilling, jordmors faglige ståsted og fenomenologiske perspektiv. Denne prosessen bør gå frem og tilbake flere ganger slik at man forsikrer seg om at det er samsvar med den første naive lesningen og det resultatet man kommer frem til. Fenomenologisk-hermeneutisk modell er en modell som er egnet når forskeren søker etter meningen med et fenomen ved hjelp av å intervjuer mennesker. Det handler om å skaffe seg kunnskap om, og forståelse av menneskelige livsverden (Lindseth og Nordberg 2004). Det kan derfor sies at den fenomenologiske forskningen er kritisk forskning, i og med at den er både trofast og troløs. Fenomenologien er på mange måter den komplementære delen til naturvitenskapen. Den har relasjoner til den grunnleggende enhet. Fenomenologien legger vekt på det umiddelbare, pre-refleksive erfaringer, det før-vitenskapelige og det som naturvitenskapen overser. Med det menes den avstanden man mange ganger kan se mellom den objektive viten og det levde liv. I et fenomenologisk perspektiv er ikke fødselen bare en medisinsk begivenhet, men en psykologisk, sosial og eksistensiell opplevelse (Blåka 2002).

I denne studien vil en tematisk innholdsanalyse, systematisk tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation - STC) bli brukt. STC består av fire trinn: Første trinn er å lese gjennom transkribert materiale og danne seg et «fugleperspektiv». Deretter å oppsummere i foreløpige temaer. Så ble meningsbærende enheter identifisert og kodet ved hjelp av farger. Deretter ble kondensering og inndeling av kodene i subgrupper synliggjort i ulike undertema.

Til slutt rekontekstualisering der kunnskapen fra materialet ble sammenfattet. Essensen fra historiene formidles som kategorier og danner grunnlaget for resultatkapitlet (Malterud 2017).

3.6 Tekstmaterialet og analyseprosessen

I arbeidet med tekstene er det prioritert å vektlegge ulike utsagn som kan ha betydning for problemstillingen. Ved arbeidet med intervjuene er det blitt sett etter likhetstrekk og forskjeller i teksten, samt tematikken det berører. Forskeren har lagt stor vekt på å lese intervjuene med så åpent sinn som mulig, og ikke la egen tolkning i for stor grad bli preget av forforståelsen. Etter at transkriberingen var gjort ble intervjuene lest gjennom samtidig som forskeren hørte kvinnes stemme på lydbåndet. Dette for å sikre at man ikke mistet meningsbærende enheter på grunn av misforståelser. Deretter ble det tatt utskrift av intervjuene i tre eksemplarer og forskeren tilnærmet seg intervjuene på forskjellige måter. Intervjuene ble først lest relativt raskt og uten stopp ved ulike elementer eller fokus på analyse. Ved neste gjennomlesing ble umiddelbare meningsbærende enheter understreket. Ved neste lesing ble de meningsbærende enheter delt inn i fargekoder for å finne sammenhenger, likheter og ulikheter som var aktuelle for fortolkningen. Enhetene ble delt inn i tiden før, under og etter fødsel. For å få oversikt over materialet ble det laget lapper med de forskjellige meningsbærende enheter som etterpå ble fordelt i subgrupper for å synliggjøre undertema. Lappene ble fordelt under disse subgruppene:

- Tankene de hadde om fødsel i svangerskapet.
- Forberedelsene de gjorde til fødsel.
- Opplevelsen av å bli innlagt på sykehuset.
- Opplevelsen av å komme i badekaret.
- Omgivelsene der de fødte.
- Opplevelsen av å føde i vann.
- Relasjonen til jordmoren.
- Betydningen av en positiv fødselsopplevelse for familien og livet videre.

Til slutt gikk forsker gjennom materialet for å finne sitater som utdyper/forsterker de meningsbærende enheter på en god måte.

I arbeidet med intervjuene ble innhold som for eksempel innkjøp av babyutstyr, detaljerte beskrivelser av fødselsforløp, småprat om og med babyen og temaer som ikke omhandler problemstillingen klippet bort. Dette gjorde de aktuelle temaene mer tilgjengelige for videre analysearbeid. Intervjuene ble grundig gjennomgått med fokus på metodens tre analysedimensjoner. Deretter ble fokuset mer orientert mot både likheter og ulikheter i teksten. Noen tema viste seg å være mer gjennomgående enn andre, mens enkelthistorier pekte seg ut som interessante nettopp på grunn av sin særegenhet. Kunnskapen fra materialet ble sammenfattet og essensen blir formidlet som kategorier som danner grunnlaget for resultatene. Funnene ble tilbakeført i den konteksten de var hentet ut fra og gyldigheten ble vurdert i den rammen. Underveis i analysen ble det skrevet en protokoll for å kunne dokumentere fremgangsmåte for egen del.

3.6 Validitet

Resultatet i min studie skal representere informantenes opplevelser, erfaringer og meninger. Det er derfor viktig at resultatene blir presentert så nært opp til funnene som mulig og at forskerens meninger og følelser ikke påvirker resultatet. Alle informantene hadde en subjektiv opplevelse av en positiv fødselsopplevelse. Hva dette innebar var forskjellig fra kvinne til kvinne. I en kvalitativ studie er man ikke ut etter en sannhet. Det er en erkjennelse av at det finnes ulike versjoner av virkeligheten (Malterud 2017).

Det kan ikke utelukkes at informasjon har blitt holdt tilbake eller at de ønsket å formidle en spesiell versjon av historien siden informantene var klar over at forsker arbeidet ved samme avdeling som de hadde født og er kollega med jordmødrene de møtte. Når man forsker på egen organisasjon har man lettere tilgang på informanter men faren er at man mister viktige poenger fordi man er ureflektert og har en fastgrodd forforståelse. Lojalitet til egen arbeidsplass kan også være tilstede. En kan også ha aggresjon og andre konfliktfylte følelser mot egen arbeidsplass som forskningen kan preges av. Jeg har valgt å avstå fra å gjøre en deltakersjekk for å presisere eventuelle uklarheter. En tekst blir ikke nødvendigvis sannere om informanten får mulighet til å rette opp i teksten. Målet er ikke å gjenfortelle historiene så nøyaktig som mulig men å tolke teksten og det er mitt ansvar som forsker (Malterud 2017).

Den pragmatiske validiteten i denne studien vil fortelle noe om den nye kunnskapen har relevans ved min avdeling og/eller andre avdelinger eller helsetjenesten i en global

sammenheng (Malterud 2017). En kan dele den inn i den interne validiteten og den eksterne validiteten. I mine søk etter relevante teorier har jeg funnet studier som ser på de enkelte temaene som jeg omtaler, men som ikke nødvendigvis har fanget kompleksiteten og relatert det til vannfødsel.

3.7 Reliabilitet

Dette forskningsprosjektet er mulig å gjenta av andre forskere, men fordi jeg søker personers livsverden, vil resultatene til dels være sammenfallende og til dels være forskjellige siden det er kvinnes personlige historie. Gyldigheten av resultatene handler om det er samsvar mellom forskningsspørsmålet og informasjonen jeg bruker når jeg konkluderer. Har jeg fått frem data som belyser problemstillingen og på hvilken måte bruker jeg disse dataene? En gyldig slutning skal være fornuftig, berettiget, og overbevisende argumentert (Kvale og Brinkmann 2009). Et kvalitetskrav er også hvorvidt forskningsprosjektet er overførbart til andre situasjoner. En indikasjon på dette kan være at tolkingen og analysen vekker gjenklang hos leseren. Selv om den kvalitative forskningen ofte handler om fenomener som ikke er generelle erfaringer, kan forskeren gjennom analysen og presentasjon kunne gi mulighet for gjenkjennelse på et generelt plan (Thagaard 2009).

3.8 Forskningsetiske betraktninger

Arbeidet med tekstene er et arbeid med fortolkning av menneskers personlige erfaringer som innebærer beskrivelser av til dels sensitiv art. Intervjuene er anonymiserte og kvinnene er gitt fiktive navn. Utsagn som kan være identifiserbare er utelatt eller omdefinert. Der kvinnene snakket dialekt er dette omgjort til bokmål. Gjennom arbeidet har jeg benyttet en rekke sitater. Intensjonen med dette er å ikke miste kvinnes stemme. Sitatene er bearbeidet av forskeren for ikke å risikere å miste sin mening og/eller bli tatt ut av sammenhengen. Dette er forsøkt gjort uten å forstyrre forståelsen av det studien skal utforske. Alle kvinnene er sitert, men i varierende grad da noen var mer snakkesalig enn andre. Omskrivelser av språket er også gjort av hensyn til kvinnene da det muntlige og skriftlige språket er forskjellig.

Respekten for informantenes integritet, privatliv og anonymitet har vært vesentlig gjennom hele forskningsprosessen. I min tolking av intervjuene har jeg med meg en personlig erfaring med å ha født barn selv samt at min rolle som jordmor vil prege min forståelse av meningen i intervjuene. Fordi jeg som leser også er fagperson, vil jeg likevel kunne forestille meg situasjonene fra fagpersonens ståsted. Jeg har respekt for at det ligger en stor begrensning og muligheter for feiltolkning. Jeg har ønsket å innta en åpen og kritisk holdning til praksis i eget fag, slik at jeg i lesing og analyse primært har forsøkt å se opplevelsen fra kvinnenes synsvinkel. Beskrivelsen av den handlende jordmors opplevelse er ikke tilgjengelige i de aktuelle intervjuene.

Etiske problemstillinger skal prege hele forløpet i en intervjuundersøkelse, dette ble det tatt hensyn til helt fra starten av prosjektet. Kvale og Brinkmann (2012) viser til etiske problemstillinger som bør overveies og vitenskapelige verdier og forbedringer av den menneskelige situasjonen som utforskes. Det ble innhentet informert samtykke fra deltakerne i studien, sikret konfidensialitet og det ble vurdert hvilke konsekvenser studien/intervjusituasjonen kunne få for informantene. Når man foretar et intervju ligger det alltid en mulig feilkilde i selve prosessen. Informanten kan misforstå spørsmålet, det kan være vanskelig å tolke lydbåndet og transkriberingen kan foregå unøyaktig. Til slutt kan meningsinnholdet endres ved renskriving. Dette fører til redusert pålitelighet. Transkribering foregikk moralsk riktig slik at jeg sikret en lojal skriftlig tekst ut i fra informantenes uttalelser som mulig. Transkriberingen ble foretatt av meg som forsker. Lydbåndet skal slettes når studien er ferdig og senest 01.01.18. Angående analysen skal det stilles spørsmål om hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres med tanke på hensynet til informanten. Forskeren har plikt til å rapportere kunnskap som er så sikker og verifiserbar som mulig men likevel ta hensyn til informantenes integritet. Uttalelser av sensitiv art er utelukket fra studien da dette ikke var relevant for problemstillingen.

Det ble søkt Regional Etisk Komite (REK. ref.2016/272/REK midt) og godkjent uten anmerkninger. I neste omgang ble det invitert til deltagelse i prosjektet, der bakgrunn og hensikt ble presentert. Intervjuprosessen, transkriberingen og presentasjonen av resultatet ble gjort på en så moralsk og etisk korrekt måte som mulig. Det vil si at man hele tiden og i alle sammenhenger forsøker å oppføre seg ordentlig. Man kan aldri vite hva informanten har med seg av opplevelse og erfaringer fra tidligere og hva som kan oppleves som sårende og støtende. Derfor er det svært viktig at man er varsom og ikke bringer informanten inn i en situasjon som kan skade vedkommende.

Hvis det skulle vise seg at noen trenger å bearbeide sin fødselsopplevelse videre er det viktig at jeg som forsker vet hvor de kan henvises. Gjennom mitt arbeid på fødeavdelingen er jeg kjent med denne muligheten. Jeg antok imidlertid at dette i utgangspunktet var friske kvinner med en god fødselsopplevelse som i liten grad ville ha behov for å henvises videre. Jeg åpnet likevel opp for at de underveis i intervjuet kunne få fortelle sin historie, hvis behov, selv om det var en avsporing fra intervjuguiden. Ved ett tilfelle ble kvinnen anbefalt å skrive et brev til sykehuset for å fortelle om sin misnøye. Forskeren har lang erfaring i å motta fødselshistorier. Jeg søkte veiledning under hele prosjektet for å sikre at studien ble gjort etter gjeldende etiske retningslinjer.

4.0 Resultater

4.1 Forventningene

Kvinnene som ble intervjuet hadde etterlengtede og planlagte svangerskap. De så på svangerskap og fødsel som en liten del av et større bilde; at de skulle bli foreldre. De påpekte at belønningen ville være større enn innsatsen. Kvinnene fremhevet at de gledet seg til å møte barnet sitt og derfor gledet seg til fødselen. Andre tanker ble skjøvet bort. Det ble også påpekt at det var knyttet bekymringer til svangerskapet. Det ble fremhevet at ansvaret for om det skulle gå bra lå hos kvinnen alene og de gledet seg til at ansvaret skulle deles etter at barnet var født.

«Vi har jo noe felles å snakke om og glede oss over. Det var de forventningene på forhånd...» (Anette).

Kvinnene løftet frem at de opplevde støtte i sine nære relasjoner. De hadde støtte fra partner og familie. Flere hadde venner eller familie som allerede hadde barn. De synes det var godt å dele forventningene, men var selektive med hvilke venner de ønsket å snakke med. Informantene valgte venner som var mest mulig lik dem selv for å få mest mulig troverdige svar. De uttrykte sorg for de kvinner som måtte gå gjennom svangerskapet alene.

Enkelte av kvinnene synes det var vanskelig å snakke med partneren om følelser og omtalte de som typiske menn. Andre var travelt opptatt med oppussing av hus og snakket om at livet bare gikk sin gang. En hadde en partner som var opptatt med eksamen, men fremhevet at de hadde fått forberedt seg de siste dagene før fødselen. De fleste hadde snakket med sin mor om svangerskapet og fødsel og de sammenlignet seg med henne. Flere poengterte at de håpet de hadde arvet sin mor siden de hadde hatt enkle fødsler.

«Jeg tror at naturen har skapt meg slik at det skal være enkelt å føde. Min mor hadde enkle fødsler og jeg satset på at jeg hadde arvet henne» (Anette).

«Så fra hun (venninne) visste jeg at jeg kom til å få gode råd og ærlig opplevelse, og så er vi litt like, robuste damer vil jeg si» (Sarah)

Kvinnene løftet frem at de hadde søkt informasjon på internett, men opplevde den informasjonen til dels skremmende og vanskelig å relatere seg til. De mente det var god grunn til ikke å stole på informasjonen og de mente det var den negative omtalen som fikk størst fokus. Bildet var lite nyansert. Den samme opplevelsen hadde de om lukkede facebook-sider og blogger som omhandlet fødsler. Kvinnene poengterte at de hadde behov for å beskytte seg selv mot uønsket negativ fokusering. Kvinnene synes internett var nyttig når det var konkret informasjon om alternativer til smertelindring. Noen hadde nytte av å se programmer om fødsel på TV og mente dette var mer troverdig og relevant. De poengterte at det ikke var den fysiske fødselsprosessen som var interessant å se, men hvordan kvinnene reagerte og følte i de forskjellige situasjonene. Kvinnene undret seg på om de ville reagere på samme vis. Noen få kvinner hadde lest bøker for å forberede seg. Ingen fremhevet at jordmor eller lege i svangerskapsomsorgen hadde vært viktige for deres forberedelser. Noen hadde deltatt i grupper med andre gravide og ellers blitt henvist til kommunens hjemmesider for informasjon. Kvinnene konkluderte med at de hadde forberedt seg lite til fødsel og at det var en ønsket strategi. De visste ikke hva de gikk til og det var derfor vanskelig å relatere informasjonen til det som skulle skje. Kvinnene poengterte at det var viktig å fokusere på å holde roen og ikke la seg stresse. De jobbet bevisst for å holde negative tanker unna. De var redd dette ville påvirke babyen i magen. Kvinnen som poengterte at hun hadde forberedt seg godt til fødsel hadde en dårlig opplevelse som pårørende fra sykehus tidligere. Hennes måte å takle det på var å forberede seg best mulig på alle eventualiteter. Hun fremhevet et behov for å ha kontroll. Hun var den eneste kvinnen som var fast bestemt på å føde i vann.

«Jeg fokuserte på å gå inn i meg selv. Det var det jeg forberedte meg på den siste tiden /.../ Ta det med ro, være fokusert og konsentrert. Tenke på det som en jobb». (Sarah)

Kvinnene fremhevet at en fødsel var noe de ikke kunne kontrollere, men at det var viktig å gjøre det de kunne for å legge forholdene best mulig til rette.

De fremhevet viktigheten av å være sunn og frisk, trene og være i god fysisk form til fødselen. Informantene sammenlignet den forestående fødselen med en hard treningsøkt eller en hard jobb. Flere av kvinnene sa de kjente kroppen sin godt og at de stolte på at den ville ordne opp. De løftet frem at de hadde lært kroppen sin å kjenne først og fremst gjennom hard trening. Informantene hadde et ønske om å være aktiv og bruke tyngdekraften under fødselen i håp om at det ville hjelpe på forløpet og trente målbevisst mot det.

«Jeg kunne selvfølgelig gjøre det litt enklere for meg selv ved å holde meg i god form, slippe og gå i en fødsel med å være sliten og ha mye vann i kroppen som kunne gjøre det vanskelig for meg å bevege meg /.../ Jeg var veldig bevisst på å være sunn og frisk for meg selv og for han i magen /.../ Så er det der med å ta det som det kommer, for du kan ikke planlegge det. Jeg tenkte hele tiden at kroppen er skapt for dette så får jeg bare stole på at den gjør det den er skapt til» (Magny).

Informantene mente det å føde var en naturlig konsekvens av svangerskapet. Alle var innstilt på å ta fødselen som den kommer, at det var noe de måtte gjennom og de trøstet seg med at de delte skjebnen med andre kvinner. Det var ingen som sa de gruet seg til fødsel og noen av informantene sa de gledet seg og lengtet etter fødselen. Kvinnene påpekte at de ikke hadde et ønske om å bli forløst med keisersnitt. De omtalte keisersnitt som dramatisk og noe av det de fryktet mest. De bemerket likevel at en fødsel representerte en potensiell fare. De hadde forventninger til fødsel som at «det meste kan skje», og det var få som kunne forvente å få en drømmefødsel. Flere hadde forventninger om lange fødselsforløp siden det var deres første baby. Kvinnene løftet frem at de hadde et sterkt ønske om å føde naturlig. De hadde en forståelse for at det var viktig for dem selv og barnets helse. De fremhevet også at de ønsket sin egen opplevelse og minner om det som andre kvinner snakker om.

«Jeg hadde lyst til å oppleve det alle sammen snakker om så jeg hadde lyst til å føde normalt. Det eneste jeg var bekymret for var at det skulle ende med keisersnitt. Det viktigste er at ungen kommer ut og har det fint, men da hadde jeg følt meg snytt for opplevelsen»
(Magny).

Noen kvinner hadde fått anbefalt å føde i vann mens de gikk gravide. De hadde fått informasjon fra jordmoren på en gruppeinformasjon eller hadde blitt anbefalt det av sin lege som hadde god erfaring med vannfødsel selv.

En annen hadde lest en blogg om en positiv opplevelse ved vannfødsel. De fikk etter det et ønske om å føde i vann. Disse kvinnene fikk forventninger om å bruke badekaret når de kom til fødeavdelingen og hadde blitt skuffet hvis det ikke ble aktuelt. De fremhevet at fødselen ville blitt vanskelig å gjennomføre. Noen kvinner hadde vurdert vannfødsel, men fant at de ikke ønsket det. Informantene var stort sett åpne for flere alternativer og mente de måtte ta den avgjørelsen når de kom i fødsel. Noen trodde ikke vannfødsel var et alternativ og visste ikke at sykehuset hadde tilbudet.

«Hvis jeg hadde kommet på sykehuset og fått beskjed om at jeg ikke kan føde i badekaret så hadde det vært verre for meg å føde. Jeg var så positivt innstilt på å føde i badekaret. Jeg hadde slitt ganske mye hvis jeg ikke hadde fått gjort det, tror jeg faktisk».
(Eli Kristin)

4.2 Møtet med sykehuset

Alle kvinnene synes det var godt og naturlig å være hjemme sammen med partneren når fødselen startet. Noen brukte tiden på å hvile så mye som mulig, noen gjorde dagligdagse ting og noen så filmer. Flere kvinner påpekte at det var viktig at partneren var til stede hele tiden og de ble urolige hvis de måtte ut et øyeblikk. Kvinnene ønsket ikke å være alene eller ha noen andre hos seg. Noen trengte å bli betrygget på telefon at det de opplevde var normalt og var i kontakt med sykehuset flere ganger. En kvinne ringte sin mor for oppmuntring og trøst. Etter hvert som smertene tiltok, opplevde informantene at det ble utrygt og stressende å være hjemme. Opplevelsen ble forsterket hvis partneren også ble stresset. Noen opplevde å ikke bli tatt på alvor og mistrodd på telefonen, men stolte på at jordmødrene visste best. Noen trengte å komme til sykehuset for å få vite at babyen i magen hadde det bra. Kvinnene poengterte at

de stolte på eller hadde bestemt seg for å stole på helsepersonalet som skulle møte dem på sykehuset. De regnet med å bli godt tatt vare på og at jordmødrene visste hva som var best for dem. Kvinnene fremhevet at de hadde tiltro til helsepersonell og sykehuset generelt. De fortalte likevel at en fødsel var spesielt viktig for dem og ønsket en jordmor med erfaring og som de likte. De var spent på møtet.

«Jeg følte meg etter hvert utrygg hjemme fordi jeg ikke visste hvor lang tid det ville ta og om alt var i orden liksom. Jeg var mer bekymret enn jeg trodde jeg skulle bli egentlig, jeg følte meg usikker på alt da» (Anette).

«Den første delen av fødselen da vi fikk beskjed om å holde oss hjemme var vanskelig /.../ Da kjente jeg at jeg var frustrert og oppgitt. Jeg stolte jo veldig på dem jeg snakket med på telefonen selv om de ikke hadde helt rett da. Jeg hadde satt pris på å bli tatt inn tidligere» (Ingebjørg).

«For jeg var veldig spent på om jeg skulle få en jordmor jeg ikke gikk overens med og så skulle hun gjøre dette sammen med meg» (Eli Kristin).

Informantene som oppsøkte sykehuset på natten fortalte at det var skremmende å møte stengte dører. De fremhevet at det var spesielt stressende for partneren. Når de ringte på så hadde de forventninger om at noen skulle komme dem i møte. I stedet måtte de selv lete etter riktig avdeling. De poengterte at de følte seg lite velkommen og at møtet med sykehuset fikk en dårlig start. Noen kvinner fortalte om en dårlig mottakelse på sykehuset og at de ble usikker i møtet med helsepersonell. Kvinnene håpet og hadde forventninger om å møte en jordmor som de likte og som var lik dem selv som person. Flere av kvinnene måtte ta turen hjem siden de ikke var i aktiv fødsel. De opplevde det som flaut og at de ble mistrodd. De fleste ønsket og hadde forventet hjelp med en gang de ankom sykehuset og ble skuffet og stresset hvis de ikke fikk det. De hadde ønsket at noen kunne ha tatt seg tid til å komme dem i møte og snakket med dem. Det tok tid før tilliten var gjenopprettet og for noen få preget dette resten av fødselsforløpet. Å være alene sammen med partner etter at de kom til sykehuset opplevde de fleste som skremmende. De poengterte at de ikke opplevde å ha kontroll over situasjonen. Kvinnene følte seg usikre og hadde behov for at jordmødrene var sammen med dem og veiledet dem. Det var først da de forsto at jordmoren som de hadde fått tildelt ikke skulle forlate dem at de følte at de fikk roen tilbake. Kvinnene fremhevet at de ønsket kontinuerlig støtte og omsorg. Informantene poengterte at det var viktig for dem at jordmødrene var rolige.

At de ikke stresset fra det ene til det andre. Kvinnene løftet frem at stress var smittsomt og at det ville forverret deres opplevelse av å være usikker og redd. Hvis jordmødrene opptrådte rolig fikk kvinnene en forståelse for at alt var normalt.

«Jeg tenkte at skal jeg føde ungen min i gangen uten å få hjelp for at jordmødrene er opptatt med å tørke gulvet på rommet liksom. Jeg ble mer stresset da vi kom på sykehuset og ikke fikk rom. Hjemme var jeg så rolig, for det er hjemme /.../ Jeg kjente at det var ikke akkurat dette jeg hadde sett for meg /.../ Så da jeg først kom meg i badekaret og jordmoren ikke gikk ut av rommet, men var sammen med oss, da kjente jeg at jeg ble rolig igjen. Da visste jeg at jeg skulle få den støtten og hjelpen jeg trengte» (Eli Kristin).

4.3 Å komme i badekaret

Et viktig funn i denne studien er at kvinnene opplevde å få tilbake kontrollen over smertene og kroppen når de kom i badekaret. De fremhevet det varme vannet som lindret og de opplevde å falle til ro. Kvinnene poengterte at før de kom i badekaret, så hadde de smerter mellom riene også, men i badekaret slapp disse. De klarte å slappe av mellom riene slik at de kunne hente krefter til det videre arbeidet. Det ble også påpekt at de distraherete seg selv med vannet ved å bevege vannet med hendene og andre brukte dusj eller vannkranen. Kvinnene følte seg godt ivaretatt og trygge etter at de fikk komme i badekaret, men de ga uttrykk for at de var avhengig av at jordmoren var kontinuerlig til stede. Noen kvinner oppfattet at partneren ble stresset når jordmoren gikk ut av rommet. De mestret til dels sin egen usikkerhet, men ikke partnerens i tillegg.

«Når jeg satt i sengen eller sto så var det ubehagelig hele tiden, også mellom riene. Det varme vannet, det lindret veldig. Det tok veldig mye av det ubehaget jeg hadde i ryggen, magen og hele kroppen egentlig, for alt spenner seg når du har vondt. Jeg fikk til å slappe av i mellom og det var en veldig deilig følelse egentlig /.../ Det var ikke vondt i hele tatt mellom riene, det var kun riene som gjorde vondt» (Ingebjørg).

Flere opplevde at kroppen som de stolte på sviktet dem og ble skremt av det. De trodde den gode fysiske formen skulle hjelpe dem til å takle fødselsarbeidet, men opplevde at de knapt klarte å holde seg selv oppreist. Flere hadde sittet i rullestol på vei til fødestuen. Kvinnene påpekte at oppdriften ga dem tilbake kontroll over kroppen. Kvinnene fortalte at de fikk hjelp av oppdriften i vannet og at det var til stor nytte slik at de fikk beveget seg til posisjoner de selv ønsket. De slapp å bruke krefter på å holde seg selv oppreist og kunne bruke kreftene på fødselsarbeidet. De påpekte at de måtte bruke mye energi på å skifte stillinger i sengen og at det ble enklere i badekaret. De fortalte også at det var godt å slippe at noe hardt, som for eksempel sengen, presset mot kroppen deres.

«Jeg tror at det som hjelper i badekaret er oppdriften. Det hjelper deg til å håndtere smerten mye bedre. At jeg klarte å slappe av i muskulaturen for det kjente jeg når jeg sto i prekestolen, at hvis dette tar tolv timer så var det ikke smertene jeg var redd for, men det fysiske arbeidet rett og slett. Hvor sliten jeg kjente meg i armer og bein og anspent samtidig som du skal ha så vondt. Så da tenkte jeg at i vann er jeg som en delfin fra før så det vil sikkert hjelpe meg vanvittig mye tenkte jeg da og det var jo helt riktig» (Sarah).

Kvinnene poengterte at de fikk roen tilbake når de kom i badekaret. De fortalte at de kunne vende fokuset inn i seg selv og stenge ute andre forstyrrende faktorer. De ble fokusert på arbeidet de skulle gjøre. Omgivelsene hadde en beroligende effekt på dem. Kvinnene fremhevet at de opplevde en trygghet som gjorde dem i stand til å ta tilbake kontrollen. De løftet frem at badet kunne være hvilket som helst bad i et hjem og det var positivt at de ikke så det medisinsk-tekniske utstyret. At badekaret var større enn vanlig og ovalt i formen ble også påpekt som en positiv faktor.

«Jeg ble rolig og tilfredsstillt etter at jeg kom i badekaret. Da ble fokuset på å føde barnet vårt. Jeg ble rolig og fikk godfølelsen på en måte. Jeg skalv så mye på forhånd så det var så godt da jeg kom ned i det varme vannet. Da fikk jeg slappe av på en helt annen måte enn jeg hadde gjort hjemme og da vi kom til sykehuset /.../Jeg tror samboeren min ble roligere også når jeg ble rolig. Følte litt som jeg var i ørska, litt neddøpet egentlig for det ble jo noe helt annet i vannet. Det var rart egentlig og gå fra sengen og være stresset, litt panikk og ganske vondt til å komme i vannet og tenke at her kan jeg være liksom» (Eli Kristin).

Alle kvinnene fødte raskere enn de hadde forventet og var overrasket over det. De følte seg heldige som var skapt slik og flere mente det var en av grunnene til at de hadde en positiv fødselsopplevelse. Noen av kvinnene hadde tatt barnet opp av vannet selv og synes det var et fantastisk og privat øyeblikk. Kvinnene løftet frem at fødselen hadde bidratt til en skånsom start på livet for babyen.

«Det gikk så glatt for seg når han ble født i vannet. Det var ingen som dro han ut og la han oppe på meg liksom. Jeg tenkte at nå kommer han og jeg la meg tilbake og tok han opp selv. Den følelsen tror jeg ikke jeg ville fått i sengen, men den var helt super. Det var en spesiell opplevelse at ungen kom i vannet, og ikke skreik han eller. Han forsto vel at det var helt naturlig der og da liksom. Det er det jeg husker best, når han kom ut, og morsinstinket som slår inn med å finne ungen der nede i vannet, få av navlesnoren og så var alt bra» (Liv).

To kvinner etterspurte badekaret selv når de kom til fødeavdelingen, mens de andre kvinnene fikk tilbudet av jordmoren. Noen kvinner fortalte at de ikke klarte å vurdere sine egne muligheter fordi de hadde smerter og ikke klarte å ta avgjørelser på egne vegne. De var avhengig av at jordmoren informerte dem og i noen tilfeller tok valget for dem. Noen av kvinnene la alt i hendene på jordmoren. Kvinnene ble positivt overrasket over hvor mye vannet lindret smertene, men de var avhengig av at vannet var tilstrekkelig varmt.

Noen få kvinner hadde fått for kaldt vann i starten og kjente stor forskjell når de fikk påfyll med varmt vann. Alle kvinnene fremhevet at de hadde hatt en god fødselsopplevelse og at det varme vannet var det som hadde bidratt mest til det. Kvinnene poengterte at det var viktig å være åpen for alternativer og få tilbudet da de kom til sykehuset siden de ikke klarte å vurdere mulighetene sine selv.

«Jeg tror ikke jeg kunne fått en bedre fødsel. Jeg hadde ikke tenkt på vannfødsel men er veldig glad for at jordmoren spurte meg /.../ At jeg på en måte var åpen og; vi prøver – så får vi se. At jeg ikke er sta, at jeg tok det litt som det kom. Det var veldig viktig å få tilbudet ettersom jeg ikke hadde tenkt på det selv, så må du faktisk få det lagt i handa di. Jeg var helt borte og hadde ikke tenkt på det som en mulighet» (Magny).

4.4 Relasjonen til jordmoren

Kvinnene omtalte jordmødre som hyggelige, greie, flinke, høflige, rolige, trygge, støttende, bestemte, oppmuntrende, flink til å prate, de hadde kontroll og de hadde humor. Informantene omtalte ikke jordmoren ved navn og husket ikke navnet deres en måned etterpå. De omtalte jordmødre som personalet, sykehuset, helsepersonell og jordmødre. Noen kvinner påpekte at de ikke fikk så god kontakt med jordmoren, men mente det var fordi de hadde nok med seg selv i fødselsarbeidet. Informantene snakket om at de først ble kjent med jordmoren etter fødselen. Det var likevel viktig for kvinnene at jordmoren representerte en bestemt måte å opptre på. At hun var rolig, trygg og tilstede. Det var også viktig at jordmoren kommuniserte og veiledet på en beroligende måte og på et nivå som var forståelig. Humor ble av og til brukt for å ta brodden av pinlige situasjoner. Selv om jordmoren var til stede, påpekte informantene at de ikke hadde klart fødselsarbeidet uten partneren. Partneren som kjente dem godt og gikk gjennom dette sammen med dem var viktige.

«Jordmoren var så rolig, selv om vi ikke fikk så mye tid sammen med henne før fødselen startet. Hun var rolig hele tiden. Hun hadde et vesen som jeg likte så godt. Jeg var veldig fornøyd. Vi følte oss sett og hørt på vårt nivå på en måte» (Eli Kristin).

Kvinnene bemerket at jordmoren hadde vært rolig sammen med dem på badet og at det var viktig. De mente at roligheten hadde en smitteeffekt og at det ville smittet på samme måte hvis de opplevde jordmødrene som stresset.

Kvinnene fremhevet også at jordmødrene hadde en beroligende effekt på partneren slik at de kunne bruke energien på å støtte dem. Det var også viktig at jordmødrene var komfortable med å bruke vann. Noen få bemerket at de hadde møtt jordmødre som ikke var det. Kvinnene stolte på jordmødrenes faglige dyktighet og det gav dem trygghet. De omtalte dette som at jordmoren hadde «full kontroll». Ingen av kvinnene uttrykte bekymring for babyen etter at de var innlagt på sykehuset. Kommunikasjon, informasjon og veiledning ble fremhevet som viktig for å roe ned situasjonen og for at kvinnene og partneren skulle vite hva som skjedde og hva de skulle gjøre.

«Jeg følte at jordmoren var super-rolig hele tiden. Følte hun hadde kontrollen på alt. At det ikke var noe å bekymre seg for. Det ble jeg beroliget av på en måte, men jeg hadde lyst til at hun skulle være der og passe på meg hele tiden» (Anette).

«Jordmoren var veldig flink til å prate og roe meg ned. Hun sa at jeg skulle puste og huske å slappe av /.../ Jeg følte meg trygg i badekaret, for hun passet på og forklarte hele tiden. Hun lå alltid foran på en måte /.../ Hun var kjempeflink, så det var veldig betryggende å ligge der. Følte at hun geleidet meg gjennom et eventyr» (Camilla).

Kvinnene påpekte at jordmødrene hadde forskjellige personligheter og at de merket det. De påpekte at jordmødrene som hadde vannfødslar var alternative i tilnærmingen. Noen hadde oppfattet at jordmødrene ikke var komfortable med vannfødsel uten at det ble sagt direkte. De hadde fått en annen jordmor.

«Jordmoren hun var en slik «free spirit» personal tenker jeg. Eller sånn «hippie-lignende» personal egentlig. Det følte jeg ikke med nattevakten» (Sarah).

4.5 Omgivelsene

Alle kvinnene hadde tanker om omgivelsene som møtte dem på sykehuset. De kvinnene som kom til sykehuset om natten, snakket om at det var stressende å møte låste dører og de følte seg ikke velkommen på grunn av det. De bemerket at de var overrasket over at det var så mye medisinsk-teknisk utstyr synlige for dem, og syntes det var skremmende. Kvinnene bemerket at fødesengen var vond å sitte eller ligge i. Kvinnene hadde meninger om belysningen. De syntes lyset på føderommet var sterkt og synes det var godt når det ble gjort mørkere rundt dem. Informantene hadde stort sett lyset avslått på badet under fødselsarbeidet. De fleste hadde tente stearinlys underveis, men var delte i synet på om dette utgjorde noen forskjell. De snakket om når de først var i badekaret, så registrerte de ikke omgivelsene rundt seg. De lukket seg inn i seg selv og konsentrerte seg om fødselsarbeidet. Noen bemerket at det var hyggelig. Flere kvinner snakket om at det representerte en trygghet at lyset var av. «Alt måtte være normalt når jordmødrene kunne slå av lyset».

«Jeg hadde ikke tid til å fokusere på omgivelsene. Jeg var ganske innesluttet på en måte /.../ Det at de slo av lyset og tente lys, det gjør at du på en måte blir betrygget på at det skal gå bra. De slår jo ikke av lyset hvis de tror det skal gå galt liksom» (Hilde).

«Jeg merket at de slukket lyset på badet, så det ble mørkere og jeg tenker at jeg ble roligere av det også. Det er noe psykisk bak det. Det var så mørkt at det ble intimt godt egentlig» (Eli Kristin).

Kvinnene fremhevet kontrastene mellom føderommet og badet. De snakket om det store føderommet der hvem som helst kunne komme inn døren. Flere kvinner hadde opplevd å måtte ligge i sengen i føderommet etter fødselen for å sy, og sa de følte seg blottlagt og sårbare. Badet ble oppfattet som et vanlig bad og omtalt som hjemmekoselig. En kvinne som selv arbeidet ved sykehuset oppfattet det som et typisk bad på et sykehus.

«Det er mye mer sykehus på fødestuen, der har du de monitorene og alt det der. Jeg hadde ikke likt at det kom folk med frakk og bind foran munnen inn. Det hadde jeg ikke noe lyst til å oppleve. Vi tok ting med ro på badet og det var veldig godt» (Magny).

Informantene hadde tenkt mye på det å føle seg blottlagt under fødselen og gruet seg til det. De hadde gjort nødvendige forberedelser og innkjøp for å forebygge opplevelsen men opplevde å ikke ta det i bruk. Det ble naturlig for de å være naken i badekaret og smertene gjorde at det også ble mindre viktig. Kvinnene snakket om at de følte seg tildekket og «pakket inn» av vannet. De ønsket å ta med seg den positive erfaringen over at de hadde mestret det så bra videre i livet. Kvinnene påpekte også at de opplevde det som «reint» å føde i badekaret. Flere kvinner hadde partnere som hadde gruet seg til å bli eksponert for kroppslige væsker og som synes at de hadde blitt skånet for det.

«Det var ikke så mye lys på badet. Den opplevelsen var trygg og lun /.../ Jeg er veldig sjenert for kroppen min, så jeg fikk gjemme meg litt i vannet. Ble ikke så eksponert. Det var godt og trygt å sitte i et lite rom i godt og varmt vann. Jeg kunne lukke meg mer inn. Når jeg måtte reise meg opp fra badekaret en liten stund, så mislikte jeg det. Da hadde jeg nok litt eksponeringsangst» (Nina).

4.6 En positiv fødselsopplevelse og livet videre

Kvinnene snakket om at fødselen de hadde opplevd ga dem en god start på livet videre. De snakket om at det hadde styrket dem og gitt dem større selvtillit. Informantene snakket om stoltheten over å ha klart å føde naturlig uten kjemisk smertelindring og flere snakket om at de hadde fått det akkurat slik de hadde ønsket og håpet. Kvinnene påpekte at det var viktig for dem å ha opplevd å føde og skape egne minner slik at de kunne vite hva andre kvinner snakket om og bidra i samtalen.

«Jeg følte meg som en superheltinne etterpå helt klart. Det var en følelse etterpå som ikke kan beskrives altså. Jeg var veldig stolt over hva jeg hadde fått til. Måten jeg ble ivaretatt på. Måten det ble gjort på og egentlig litt stolt over meg selv over at jeg greide å holde det slik jeg ville gjennom både svangerskap og fødsel. Jordmoren sa jeg var en skikkelig fødekvinne og da tenkte jeg, jaja! Så fikk jeg en slik «selvtillitsboost» og tenkte at dette greier jeg fint! Jeg var heldig, jeg fikk det slik jeg hadde håpet og ønsket» (Magny).

Kvinnene fremhevet at de ønsket å fortsette med «roligheten» som de opplevde i fødselen og ta det med seg videre i omsorgen for barnet. De ønsket at å være mamma skulle komme naturlig og ikke være noe oppkonstruert. Noen hadde vært bekymret for at de riktige følelsene ville komme og var beroliget på det i ettertid. De løftet frem at det var viktig at barnet fikk bestemme den første tiden og at det ville redusere stressnivået til hele familien. De påpekte at de hadde endret livene sine og måttet lære mye nytt, men at de mestret det. Det var de stolte over. Alle snakket om at de var glade for å være i god fysisk form etterpå og at det var svært viktig for livskvaliteten. De kunne bruke energien sin på barnet og var ikke til byrde for partneren. Kvinnene påpekte at de følte seg heldige som ikke hadde store operasjonssår som ville satt dem langt tilbake fysisk. Flere hadde også tid og energi til å ha et sosialt liv utenfor hjemmet.

«Jeg er jo veldig fornøyd med å kunne si at jeg har født naturlig. De fleste jeg har sagt det til har nesten vært litt misunnelige over at jeg fikk føde i vann. Jeg har følt meg veldig stolt etterpå men akkurat der og da var jeg mest fornøyd med å ha han i armene /.../ Hvis jeg ikke kan bære rundt på min egen unge så hadde det vært tøft. Vi var ute og gikk dagen etter vi kom hjem fra sykehuset og alt går jo så fint. Det å være en fødmaskin er jo en utrolig opplevelse og det er jo ikke alltid slik, så jeg er utrolig takknemlig. Det er få som får den drømmefødselen de har bestilt så jeg tenkte aldri på det som en mulighet» (Berit).

Kvinnene ønsket seg flere barn og ønsket å føde i vann ved neste fødsel også. En kvinne fikk barnet innlagt på nyfødt intensiv i ett døgn, men poengterte at selve fødselen hadde gått fint og ønsket å gjenta det. Kvinnene fortalte at de trodde det var alternativt eller spiritielt å føde i vann og hadde vært skeptisk av den grunn. De hadde blitt positivt overrasket over at de opplevde det annerledes. Kvinnene løftet frem at de ville balansere fødselshistoriene og fortelle om sin positive opplevelse. De ville anbefale andre kvinner å føde i vann.

«Jeg har fortsatt ikke noe fødselsangst. Jeg hadde en fin fødsel og jeg vil jo ha flere barn. Jeg ser jo andre som gruer seg slik til fødsel at de vurderer å ikke få flere barn fordi de synes det var så grusomt. For meg er ikke det et spørsmål engang. Jeg vil gjennom det igjen på en måte. Og så er jo belønningen bedre enn innsatsen. Det gikk fort og man glemmer veldig fort etterpå. Jeg følte det ble min fødsel og at det ble den fødselen jeg hadde ønsket meg» (Ingebjørg).

Kvinnene løftet frem at det hadde vært en skånsom fødsel for barnet og gledet seg over at de hadde bidratt til det. De påpekte at det var lite gråt etter fødselen. Barnet var rolig og at det var en grunn til at ammingen hadde gått så problemfritt. De poengterte at ammingen startet så naturlig. Noen få opplevde startproblemer i form av såre brystknopper og feil sugeteknikk og selv om det hadde ordnet seg innen kort tid, var det en periode med mye frustrasjoner og lite søvn. En kvinne påpekte at ammingen var verre enn fødselen, men ønsket ikke å gi opp.

Kvinnene poengterte at de var glade for å amme siden det gjorde hverdagen enklere og det ble enklere å fortsette et aktivt liv.

«Han kom jo ut uten sugekopp og uten noen andre ting enn pressing og av seg selv. Jeg tror han hadde en fin inngang til livet også. Det virket slik. Han var veldig rolig fra første øyeblikk. Ammingen har i hvert fall gått veldig bra da. Han kom ut med begge hendene i munnen og suttet fra første øyeblikk» (Ingebjørg).

5.0 Drøfting

5.1 Å ta det som det kommer

Et viktig funn i studien var at kvinnene hadde en åpen innstilling til den kommende fødselen. De ønsket å «ta fødselen som den kommer» siden det som ville møte dem var ukjent. En annen norsk studie bekrefter dette funnet (Aune et al. 2015). Dersom kvinner har en positiv innstilling og et avslappet forhold til fødselen, vil de ha en større sannsynlighet for å oppnå en positiv fødselsopplevelse (Haga et al. 2012).

En kvinne som har en sterk OAS vil evne å være mer fleksibel i sine avgjørelser, som vil hjelpe henne å møte stressende situasjoner på en god måte (Antonovsky 2012).

Kvinnene i denne studien hadde gjort forberedelser på områder som de kunne kontrollere. De jobbet mot et mål og det innebar å ta de gode livsvalg som å trene, spise riktig og gjøre mentale forberedelser. Thompson (2010) påpeker at det er viktig for gravide kvinner å bygge opp en indre overbevisning om at de har gjort alt i sin makt for å fremme en normal fødsel. Informantene fortalte at de opplevde seg selv som friske og sunne. En kvinne som opplever seg selv som frisk i svangerskapet, ønsker i større grad å føde naturlig (Kringeland et al. 2010) og kvinner som ikke frykter og ser frem til fødselen vil ønske en normal fødsel uten intervensjoner (Kringeland et al. 2010). Faktorer som å oppleve kontroll i livet og ha positive forventninger til den kommende fødselen, øker muligheten for å få en positiv fødselsopplevelse (Hildingsson et al. 2013). Informantene påpekte at de gledet seg og lengtet etter at fødselen skulle starte. En god helse bidrar til evnen til å leve livet og ha tillit til at livet ordner seg, selv om det kan være vanskelig i blant. Dette er en del av det salutogene grunnlaget; det å være i stand til å takle usikkerhet og kaos uansett hvor sterkt vi måtte ønske å ha kontroll over livet (Antonovsky 2012). Studier viser at kvinners forventninger til fødsel og det de fleste opplever er forskjellig. Dette påvirker hvor fornøyd de blir med egen innsats under fødselen (Goodmann et al. 2004), hvor fornøyd de blir med fødselen generelt (Tumblin et al. 2001) og det påvirker mor-barn relasjonen (Gottlick et al. 1986). Informantene poengterte at deres fødsel hadde gått bedre enn forventet og omtalte seg selv som heldige og takknemlige. De hadde fått sine forventninger innfridd og det vil være en medvirkende årsak til å få en positiv fødselsopplevelse.

Kvinnene i denne studien hadde en grunnleggende tillit til helsepersonellet på sykehuset de skulle føde på. De stolte på at jordmødrene var i stand til å støtte og veilede dem gjennom fødselen. Det ble likevel påpekt at i en situasjon som en fødsel, var de mer avhengig av å møte en jordmor de likte personligheten til og kom godt overens med; det handler om graden av intimitet i omsorgen. For å oppleve en situasjon som håndterbar sier Antonovsky (2012) at en må ha tillit til at en har tilgang på de ressursene som skal til for å utføre arbeidet eller mestre situasjonen. Kvinnene hadde tillit til at de skulle få jordmødre som kunne bistå dem gjennom fødselen.

I denne studien fremhevet kvinnene at de så på fødselen som en liten del av noe langt større, at de skulle bli foreldre. De fortalte om belønningen som var større enn innsatsen. De lengtet etter å møte barnet i magen og gledet seg over det når fødselen startet. Kringeland et al. (2010) fant at 72% av kvinnene som lengtet etter å få møte barnet sitt ønsket å føde naturlig og uten intervensjoner. For kvinnene gav det mening å gå gravid og føde for å bli foreldre. Antonovsky (2012) hevdet at hvis en utfordring skal oppleves meningsfullt må man ha en følelsesmessig forståelse av situasjonen. Det handler altså ikke om en kognitiv forståelse, men det går utover det og handler om hva som har verdi og er verdt å kjempe for.

Å ha et godt forhold til partneren og oppleve støtte i forholdet er viktig for ønsket om å føde normalt og uten medisinske intervensjoner (Kringeland et al. 2010). Kvinnene i denne studien fortalte at partneren var viktig for dem og at de delte forventningene om å bli foreldre. Et nært forhold til partneren i svangerskapet er i studier påpekt som en viktig faktor for kvinnene (Aune et al. 2013, Haga et al. 2012). Ifølge Antonovsky er det å oppleve støtte i nære relasjoner en avgjørende faktor for å styrke OAS. Generelle motstandsressurser skaper livsopplevelser som bidrar til å utvikle og bevare en sterk OAS, der gjensidig tillit i sosiale relasjoner er det viktigste. En sterk motstandsressurs er opplevelsen av sosial støtte og sosial støtte fungerer ikke bare som en buffer, men har også en direkte sykdomsforebyggende effekt (Antonovsky 2012).

Alle informantene var kritiske til informasjon de fant om fødsel på nettet. De søkte informasjon og råd fra kilder de stolte på. De fortalte også at de var avhengig av å skjerme seg for å være i stand til å forberede seg mentalt til fødselen. De var redd ukritisk informasjon ville øke stressnivået. Antonovsky (2012) hevder at en må ha en forståelse for hva som skal skje i de gitte situasjoner for at det skal kunne oppleves som begripelig. En må evne å sette seg inn i en struktur som bidrar til å forklare hva som skjer og hvorfor det skjer.

Kvinnene i denne studien kunne ikke planlegge for det ukjente og mente at det var vanskelig å relatere informasjonen til seg selv (begripelighet) og valgte derfor å være selektive i hva de så og hørte på (håndterbarhet). Det gav mening (meningsfullhet) å skjerme seg mot negativ fokusering siden de ikke hadde erfaringene for å forstå. I følge Antonovsky (2012) er orden og struktur med på å gjøre verden begripelig. Fri flyt av informasjon vil gjøre verden uforutsigbar. Fenwick et al. (2005) identifiserte faktorer som hadde innvirkning på forventningene til fødsel. Bøker, magasiner, internett, TV og informasjon fra helsepersonell hadde innflytelse på deres innstilling til fødsel, men det som har størst innflytelse er familie,

venner som har barn, kollegaer og bekjente. Forfatteren fremhever mor som den som har størst innflytelse på den kommende fødselen. Hvis mor har en positiv innstilling til svangerskap og fødsel, er muligheten stor for at dette vil overføres fra mor til datter. Hvis du identifiserer deg med andre som er i stand til å mestre, så kan dette føre til at en har større selvtillit i møte med lignende utfordringer. Informantene i denne studien fortalte at de hadde snakket med sin mor om svangerskap og fødsel og sammenlignet seg med henne. Flere sa at de ønsket de var genetisk lik sine mødre, for de hadde omtalt sine fødsler som positive. De fortalte også at de valgte venner å snakke med som var like robuste som seg selv.

Flere av kvinnene fortalte at de gjorde mentale øvelser for å bevare roen i svangerskapet. De visste at stress ville påvirke babyen og ønsket unngå det. Randen et al. (2014) fant at gravide kvinner gjør en stor innsats for å redusere eller stabilisere spenninger og stress i svangerskapet. Det å redusere angst og berolige i svangerskapet fører til at kvinnene bygger opp selvsikkerhet, fortrolighet, tilstedeværelse og en ro mot den forestående fødselen (Fereday et al. 2009) som fører til økt produksjon av oxytocin, velvære og større mulighet for å oppnå en normal fødsel (Foureur et al. 2008). Antonovsky (2012) hevder at hvis livet er forståelig rent følelsesmessig, kan man få en opplevelse av at livet eller situasjonen er meningsfull.

Kvinnene i denne studien ønsket å føde naturlig og de stolte på at kroppen deres ville ordne opp når fødselen startet. De mente at et keisersnitt ville redusere muligheten for et aktivt liv og gjøre dem i mindre stand til å ta hånd om babyen. Kvinnene oppfattet seg selv som selvstendige og var redde for å bli en byrde for partneren. De var også redde det ville påvirke måten de kommuniserte med partneren på. Blant kvinner som venter sitt første barn sier 72% at de har et ønske om å føde naturlig (Kringeland et al. 2010). Kvinner som har en sterk OAS vil i svangerskapet ha et ønske om å føde normalt (Hellmers et al. 2008). Antonovsky (2012) sitt meningsbegrep favner dette å kunne engasjere seg i andre og kunne glede seg over utfordringer som livet gir. Å være noe for andre blir da en «byrde» en ikke vil være foruten. Kvinnene satte pris på å kunne bruke all sin tid og energi på barnet.

Kvinner som har tro på egen mestringssevne, ønsker i større grad å føde naturlig (Kringeland 2010). Informantene var i god fysisk form og fortalte at kroppen deres var vant til belastninger gjennom trening. Flere kvinner sa at de så på fødsel som en hard treningsøkt og hadde sterke ønsker om å være aktiv og bruke tyngdekraften i fødselsarbeidet.

Det var derfor overraskende og stressende å oppleve at det ble vanskelig å kombinere dette med fødselssmertene. Vannet gav dem muligheten til å mestre på nytt. Der opplevde de at de klarte å bevege seg slik de ønsket ved hjelp av oppdriften. Dette støttes av en undersøkelse gjort i England av 189 kvinner. Kvinnenes umiddelbare opplevelse når de entret badekaret var følelsen av vektløshet, kontroll og at det hadde en beroligende effekt (Richmond 2003). Stress er ikke noe negativt i seg selv, men kan derimot virke helsefremmende om man opplever hendelsen med en grad av mestring (Antonovsky 2012).

5.2 Usikkerheten

Et overraskende funn i denne studien var at kvinner som sier de har tillit til helsepersonell og som gleder seg til å føde, opplever møtet med sykehuset som stressende noe som gjorde dem usikre. En medvirkende årsak til at kvinnene opplevde det slik kan være at å forflytte seg fra hjemmet til sykehuset vil forstyrre flyten og rytmen i fødselsarbeidet. Studier viser at kvinner kan oppleve å miste kontrollen og mestringsevnen så snart de bestemmer seg for å dra til sykehuset og denne følelsen tar de med seg inn på sykehuset (Maude et al. 2006). Kvinnene i denne studien fortalte om rier som forsvant og rier som skiftet rytme og varighet på tur til sykehuset. For kvinnene var dette årsaken til at de følte seg mistrodd av jordmoren da de kom på sykehuset. For noen tok det tid før flyten var gjenopprettet.

Flere studier viser at kvinner som føder ved store offentlige sykehus er spesielt misfornøyde med fødselen sin. De savner relasjonell kontinuitet, det er lange ventetider, mangel på informasjon og anledning til å ta informerte valg. Bekymringer om en fragmentert helsetjeneste og økende medisinsk tilnærming er delt av både kvinner og jordmødre (Carolan 2007). Kvinner ønsker relasjonell kontinuitet i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Kontinuiteten er ivaretatt i form av informasjonsflyt. Informasjonen vil da være fokusert på medisinske tilstander. Men informasjon om kvinnens ønsker, verdier og kontekst vil være av like stor betydning for å kunne gi den omsorgen som kvinnen trenger. Disse opplysningene vil ofte forbli hos den omsorgspersonen som mottok dem (Haggerty et al. 2003). I Norge vil dette ofte bety hos jordmoren i kommunehelsetjenesten. En legkvinnekonferanse i Norge beskriver helsetjenesten for gravide som fragmentert, lite sammenhengende og ikke lett tilgjengelig, noe som påvirker kvaliteten i tjenesten (Legkvinnekonferanse om fødsels- og barselsomsorgen 1999). Å oppsøke alternative måter å føde på er ofte begrunnet med at man er misfornøyd med tjenestene som blir tilbudt (Richmond 2003).

Kvinnene i denne studien etterlyste ikke jordmødre som kjente dem og som de hadde en relasjon til. De visste at det var et umulig ønske. Organiseringen med jordmødre som jobber i kommunehelsetjenesten med svangerskapskontroller og jordmødre som jobber i spesialisthelsetjenesten gjør at muligheten for å treffe en kjent jordmor ved fødsel er nesten umulig. For kvinnene i denne studien var møtet med sykehuset preget av møtet med en ukjent jordmor. Flere opplevde å måtte argumentere for å bli innlagt og de opplevde å bli mistrodd på hvordan de opplevde å ha det før de kom til sykehuset. I følge Antonovsky (2012) er gjensidig tillit i de sosiale relasjonene viktigst. Det tar tid å opparbeide gjensidig tillit og spørsmålet er om dette er mulig i et fragmentert helsevesen? Det blir hevdet at i mangel på relasjonell kontinuitet er det viktig at jordmødre har en felles filosofi over hvordan de jobber slik at det kan oppleves som trygt og forutsigbart for kvinnene uavhengig av personer de møter (Waldenstrøm 1998). Dette er ikke noe kvinner etterspør hvis de har et valg. «Det ukjente» i relasjonen til helsepersonell og hva de kan finne på, gjør at kvinner gir uttrykk for redsel, manglende kontroll og ønsketenkning (Randen et al. 2014). Kvinnene i denne studien fortalte at de var mer enn i andre møter med helsepersonell, avhengig av å møte en jordmor som de likte og kom overens med gitt graden av intimitet de følte de måtte dele. Det kunne likevel til dels kompenseres hvis jordmoren opptrådte på bestemte måter. At de hadde en felles filosofi. Kvinnene i denne studien ønsket tilstedeværelse og at jordmødrene utstrålte ro og trygghet som smittet over på kvinnen og partneren.

Å komme til et sykehus er for de fleste kvinner en angstfull opplevelse som i neste omgang forstyrrer fødselsforløpet (Walch 2009, Nolan et al. 2010). Noen få kvinner opplever trygghet når de velger å føde på sykehus med høy medisinsk teknologi, men hos de fleste vil dette skape en stor følelse av utrygghet (Sheehy et al. 2011). For kvinnene i denne studien var møtet med medisinsk-teknisk utstyr skremmende. De hadde et ønske om å oppleve omgivelsene som mer hjemmekoselig, men det ble også poengtert at de ikke hadde et ønske om å føde hjemme. Sykehuset var betryggende i form av sikkerhet men ikke i form av hvor vel de følte seg. Det å komme på badet og i badekaret hjalp dem å kombinere opplevelsen av trygghet og opplevelsen av velvære. For å møte behovet til kvinner mener Fahy (2011) at jordmødre må kartlegge behovene i svangerskapet og gi kvinnene informerte valg av fødested som blir riktig for dem. Man må også være åpen for at behovene kan forandre seg. Kvinnene i denne studien har ikke reelle valgmuligheter i forhold til på hvilket nivå de ønsker å føde. Som det eneste helseforetaket i Norge er tilbudet å føde på et offentlig sykehus eneste mulighet hvis du ikke ønsker å føde hjemme.

Lepori (2008) snakker om «individual interior pathways» slik at kvinnene kan identifisere «their own territories and areas of comfort during labour». Lepori fokuserer på at kvinnen må få velge territorium underveis i fødselsforløpet. Ikke alle kvinner har kapasitet eller kjenner på nok tilstedeværelse til å ta slike valg når man kommer til fødeavdelingen. Mange kvinner er så preget av smerte at de er totalt avhengig av jordmoren de møter og at hun gir dem informerte valg og kommer med forslag som kan gi en opplevelse av komfort og sikkerhet. For de fleste kvinner er dette for sent. Kvinner trenger denne tryggheten allerede i svangerskapet og behovet for dette fortsetter også etter fødselen når de i tillegg skal ta ansvar for babyen (Lepori 2008). For kvinnene i denne studien var de avhengig av at jordmoren informerte og kom med forslag. To kvinner etterspurte badekaret selv mens de resterende hadde fått tilbudet av jordmoren. Flere kvinner poengterte at hvis jordmoren hadde foreslått epidural så hadde de tatt det også. Det viser at når kvinnene er åpen for alternativer og har tillit til at jordmødrene vet best, så kan jordmoren påvirke fødselsforløpet. Dette støtter opp under misnøyen med mangel på informerte valg på store sykehus. Medikaliseringen av fødselsomsorgen har forandret jordmødre fra å være omsorgsarbeidere til å bli profesjonelle helsearbeidere og det har ført til at jordmor har tatt kontrollen og retten til informerte valg vekk fra kvinnene (Blåka 2002). Det er i de siste årene at retten til å ta informerte valg er løftet frem som det eneste riktige. For kvinner som inntar en passiv holdning til helsehjelpen og legger ansvaret for deres og babyens velvære i hendene på jordmødrene, kan det å bli ansvarliggjort med å ta informerte valg virke stressende. Noen kvinner ønsker ikke å ta valg på egne eller barnets vegne. Hvis disse kvinnene blir utfordret i svangerskapsomsorgen til å innta en aktiv rolle og ta valg på egne vegne, vil dette kunne øke selvfølelsen og må derfor være et viktig prinsipp i svangerskapsomsorgen (Hall 1997). Kvinnene i denne studien synes det var vanskelig å ta valg på egne vegne fordi de ikke visste hva som ventet dem. De valgte å ha en åpen innstilling og det var et bevisst valg. De var i ettertid takknemlig for at jordmødrene hadde foreslått og tatt valget om badekaret for dem. I følge Antonovsky (2012) vil en stressfaktor som vurderes som truende, hos en person med en sterk OAS utløse følelser som motiverer til handling. Hos en person med svak OAS vil den virke lammende. Antonovsky sier videre at det er større sannsynlighet for at de fokuserte følelsene vil aktivere mestringsmekanismer og de diffuse følelsene vil aktivere forsvarsmekanismer. For kvinnene i denne studien opplevdes møtet med sykehuset som en stressfaktor som virket truende. For noen av kvinnene motiverte det til handling og hos andre virket det lammende.

5.3 Å gjenvinne kontrollen

Et annet viktig funn i denne studien var at å komme i badekaret ga kvinnene en mulighet til å gjenvinne kontrollen over smertene og kroppen. Å gjenvinne kontroll er en menneskelig respons på vanskelige eller stressfulle hendelser hvor man tar i bruk kompetanse, kontroll og dominans for å mestre situasjonen (Younger 1991). Informantene fikk smertelindring i form av det varme vannet og kontroll over kroppen ved hjelp av oppdriften. Etter hvert førte det til at stressnivået sank og de kunne kjenne på trygghet, mestring og velvære. Pausene mellom riene ble markante og de kunne hente krefter til det videre arbeidet. Det var vanskelig for kvinnene i denne studien å beskrive konkret hva vannet gjorde for dem. De beskriver en rekke følelser. Cammu et al. (1994) har i en studie forsøkt å beskrive følelsen som; «*en naturlig balanse mellom smerte og avslapping*». Funn fra en annen studie gjort i England viste at å være i vann ga kvinnene en opplevelse av personlig kontroll hvis jordmoren tillot det. Deltakerne i denne studien var kvinner som var vant med å ha kontroll over livene sine og være i vann var en måte å gjenvinne kontrollen over fødselen sin. Å oppleve mestring, ta avgjørelser på egne vegne og få støtte var viktige elementer for å oppleve kontroll for disse kvinnene (Hall et al. 1997). Kvinner som tror at de selv er ansvarlig for fødselsutkommet er kvinner som er mer tilbøyelig til å ønske å ha kontroll over egen fødsel («internal locus of control») i motsetning til kvinner som mener fødselsutkommet avhenger av helsehjelperen («external locus of control») (Rotter 1954). Det kan kanskje tenkes at jordmødre som er komfortable med vannfødsler også er jordmødre som lettere gir kvinner muligheten til å ta kontroll over egen fødsel siden kvinnene er mindre tilgjengelige i badekaret. Noen kvinner fremhevet at de brukte vannet som distraksjon ved hjelp av å røre i det eller ved hjelp av rennende vann. Å ha en taktil stimulering av vann på hudens overflate har også en smertelindrende effekt som kan være medvirkende til at noen kvinner ønsket bevegelse i vannet. Melzack og Wall kom med sin teori om «port-control» i 1965 og er fortsatt gyldig i dag. De fant at stimulering av nervefibrene i huden kunne forhindre signaler om smerte til hjernen (Melzack og Wall 1965).

Kvinnene fortalte at badekaret ga dem muligheten til å fokusere på fødselsarbeidet. De kunne gå inn i sin egen sinnstilstand uten å ta hensyn til ytre faktorer som omgivelsene, personer som var tilstede i rommet og sine egne fysiske begrensninger. Dette var imidlertid avhengig av at partner og jordmor utstrålte ro og trygghet. Kvinnene var spesielt årvåkne på partnerens stressnivå og det forstyrret dem i deres arbeid hvis de ble urolige.

Kvinnene mestret ikke fødselsarbeidet og omsorg for partner samtidig. Derfor var det like viktig for kvinnene at jordmoren var kontinuerlig til stede for at partneren skulle være rolig. Kvinnene omtalte jordmødrene som var sammen med dem under vannfødselen som rolige og trygge men at de hadde truffet andre jordmødre som ikke utstrålte det samme. Det kan tenkes at jordmødre som ønsker å forløse i vann som en del av sitt arbeide, har innhentet kunnskap og erfaring som gjør dem tryggere og roligere. Holdningen hos jordmoren og andre støttepersoner rundt kvinnen vil være avgjørende for hvordan kvinnen får støtte til å mestre fødselssmerten, spesielt hvis de har tvil om egne evner og trenger oppmuntring (Hodnett et al. 2002). De fleste kvinner ønsker å føde uten medikamentell smertelindring (Kringeland et al. 2010), og det må ses i sammenheng med å få sine ønsker oppfylt på lik linje som å ha ønske om epidural. Kvinner med en sterk OAS foretrekker å føde naturlig og uten epidural (Jeschke et al. 2012). At det varme vannet lindret smertene i den grad det gjorde, overrasket informantene i denne studien. Flertallet av kvinnene hadde epidural som en vei ut av smertene hvis det ble for ille. De påpekte også at konkret informasjon om smertelindring var det eneste på internett de stolte på. Informasjonen kvinnene får om de forskjellige smertelindrende mulighetene fokuserer ofte på kunnskapsbasert fakta om hvordan man kan lindre smerte (Raynes-Greenow et al. 2007). Det sender ut et signal til kvinnene om at det å mestre smerten er urealistisk, at de ikke må stole på egen mestring og at medikamentell smertelindring i form av epidural er det beste. Alternativt kan man jobbe for at kvinner skal få tro på egen mestring, tillit til sin egen kropp, styrke og gi dem verktøy slik at de kan nå sine mål om en normal fødsel og en god opplevelse. Disse kvinnene hadde tillit til egen kropp og mestring og var derfor åpne for å forsøke badekaret først og de var heldige som møtte jordmødre som foreslo det. Kvinner som klarer å fokusere på fødselsarbeidet og akseptere smertene, har større sannsynlighet for å få en positiv fødselsopplevelse (Withburn et al. 2014). Kvinnene i denne studien fødte raskere enn de forventet og det var en medvirkende årsak til at de har en positiv fødselsopplevelse. De mente at en heldig genetik var medvirkende til det. Ingen av kvinnene påpekte sammenhengen mellom varighet på fødsel, deres innstilling til fødsel, deres forberedelse og valg av fødselsmåte. Flere studier bekrefter at å ha et avslappet forhold til fødsel, oppleve ro og trygghet under fødselsarbeidet, å bevege seg under fødselen og føde i vann gjør fødselsforløpet kortere (Cluett et al. 2009, Foureur et al. 2008).

5.4 Ro og trygghet

Å ha en tilstedeværende jordmor som er emosjonelt og fysisk på bølgelengde med kvinnen har en positiv effekt på fødselsutfallet for kvinnen. Dette styrker relasjonen som gjør kvinnene i stand til å oppleve kontroll gjennom fødselsforløpet (Maude 1996). Lilford et al. (1994) hevder at den type støtte som jordmødre tilbyr under en vannfødsel er svært viktig og det blir hevdet at de har en egen filosofi som kvinner etterspør. Disse jordmødrene viser positive forventninger til den kommende vannfødselen. De ser viktigheten i å støtte en normal fødsel, de har en annen årvåkenhet, inntar en observerende rolle, er høflig, snille og ønsker å inngå et samarbeid med kvinnen som støtter deres valg (Maude et al. 2007). I denne studien ble det påpekt at jordmødrene som hadde vannfødsel virket å være alternative i sin utøvelse av jordmorfaget. Kvinnene merket også når jordmødrene var skeptiske til bruk av vann uten at det ble sagt direkte. Kvinnene observerte det på jordmødrenes væremåte og måten de ordla seg på. Å kunne gi støtte og ha en sterk tro på kvinners styrke og mulighet til å føde uten medikamentell smertelindring er identifisert som en viktig faktor i utøvelsen av jordmorfaget. Dette kommer spesielt til uttrykk når tilliten i relasjonen er gjensidig (Downe et al. 2007, Kennedy et al. 2007, Fereday et al. 2009). Studier viser at kvinner ønsker en balanse mellom å ha kontroll over egen fødsel og ønske om støtte fra jordmoren. Kvinner som er usikre vil bli engstelige hvis jordmoren ikke responderer på behovet for støtte (Hall et al. 1997). Det er derfor viktig at jordmoren gjenkjenner signalene på når støtte og veiledning er nødvendig. Kvinnene i denne studien opplevde å komme i situasjoner der de hadde behov for veiledning og støtte. Dette var spesielt i overgangen mellom åpningsfase og trykkefase. Når jordmoren ikke gav ønsket respons, førte det til at kvinnene fikk panikk. De visste ikke hva de skulle gjøre. Det ble også påpekt at mulig mangel på veiledning var at kvinnen trodde at jordmoren hadde en forståelse av at kvinnene mestret situasjonen selv. Dette stemte ikke alltid og det er derfor nødvendig å være ytterst sensitiv i forhold til behovene, spesielt i overgangsfasene. For at en jordmor skal kunne gi sensitiv støtte er hun nødt til selv å oppfatte omgivelsene og situasjonene som trygge (Ulrich et al. 2008) og det må finnes en gjensidig tillit i relasjonen. Dette opparbeides gjennom relasjonell kontinuitet (Dahlberg et al. 2013). At kvinnene ikke omtalte jordmødrene ved navn kan bety at de ikke fikk nok tid til å opparbeide en personlig relasjon til jordmoren. Å bygge relasjoner og gjensidig tillit tar tid (Dahlberg et al. 2013). For informantene ble det fremhevet at partneren var en viktig kontinuitet. De følte en trygghet ved å ha noen sammen med seg som kjente dem og visste hva de ønsket.

Flere kvinner hadde instruert partneren på forhånd om hva som var viktige for dem i tilfelle de ikke var i stand til å formidle dette selv til jordmoren. Noen hadde også skrevet et brev som de hadde i vesken i tilfelle partneren også ble forhindret i å formidle deres ønsker. Dette var en kilde til engstelse. Hvis de hadde møtt en kjent jordmor hadde dette vært unødvendig. Da ville alle forventninger og ønsker være avklart. At partneren er til stede under fødselen er avgjørende for kvinnenes opplevelse av trygghet (Aune et al. 2013) og hennes fødselsopplevelse (Haga et al. 2012).

For informantene i denne studien var det viktig at jordmødrene kommuniserte og veiledet på en beroligende måte. De kjente på et indre kaos som det var viktig å få kontroll over og å kommunisere på en beroligende måte var en metode for å få roet ned stemningen. Kvinnene hadde størst behov for å bli beroliget på at alt var normalt og de ønsket informasjon om hvor de var i fødselsforløpet og hva som var neste steg. Kvinnene var delte i synet på hvor viktig det var å få skryt. Noen sa det gav dem selvtillit mens andre syntes det var pinlig.

Et viktig funn i denne studien var hvor betydningsfullt det var for kvinnene å kjenne på ro. Denne indre roen fikk de da de kom i badekaret og hadde en jordmor kontinuerlig til stede. De snakket også om rolige omgivelser, rolig jordmor og rolig partner. For noen kvinner ble roen løftet frem som den viktigste faktoren for å mestre fødselsarbeidet og for å få en god fødselsopplevelse. For å oppnå denne roen viser forskning at en er avhengig av tillit og relasjonell kontinuitet. Da har man brukt tid på å bli kjent og opparbeidet en gjensidig tillit i relasjonen over tid. Når fødselsarbeidet starter kjenner man hverandre og bruker ikke tid på å avklare forventninger eller ønsker (Huber 2007). Når man kjenner hverandre og har tillit så gir det også rom for forhandlinger slik at man kan diskutere seg frem til mulige løsninger (Hall et al. 1997). Å ha tillit til fødselshjelperen viser seg også å gi mindre engstelse (Covassin et al. 2004). Ro er som alle andre følelser, smittsomt. Når det føles av en person har det en tendens til å spre seg til andre som bidrar til rolige omgivelser. Mangel på ro, engstelse, har også en tendens til å være smittsomt. Det er derfor viktig å beholde roen. En jordmor som er rolig klarer å generere ro hos fødekvinnen og hennes partner (Huber et al. 2007).

Informantene påpekte at de var glade for å ikke ha en jordmor som virket stresset. De følte seg selv i ubalanse når de kom til sykehuset og det ville blitt forsterket hvis de møtte noen som ikke roet ned situasjonen. Å ha en ro rundt svangerskap og fødsel er noe som kvinnen og hennes partner ønsker og tilstreber. Å føle seg rolig og unngå panikk er to av de viktigste målene kvinnene har og de lager seg strategier for å oppnå dette (Spiby 2003). Det siste en kvinne og hennes partner ønsker å møte er en jordmor de opplever som stresset.

De ønsker fred og ro i føderommet (Bondas 2002). Ro er ikke relatert bare til positive helsegevinster for mor og barn, men også til en positiv fødselsopplevelse. Dette er også viktig der det oppstår akutte hendelser (Huber 2007). Medikaliseringen av fødslene, fragmenteringen av helsehjelpen har ikke bare ført til en reduksjon i jordmødrenes autonomi, men har også ødelagt for relasjonene bygget opp over tid mellom kvinner og jordmødre. Denne relasjonen er avgjørende for en effektiv, sensitiv og individrettet omsorg gjennom svangerskap og fødsel. Vi kan forsøke å forbedre utøvelsen av jordmorfaget, men så lenge vi ikke ser viktigheten av relasjonen vil forbedringene være begrenset og vi vil miste en essensiell kilde til tilfredshet hos både jordmødre og kvinnene. Å se viktigheten av å bygge en profesjonell, men personlig relasjon, er et skritt i retning av å humanisere fødselsomsorgen (Page 2003).

En kvinne som ønsker å føde i vann bør få tilgang til en jordmor som har en høy grad av trygghet og erfaring med vannfødsler, siden det er avgjørende for utfallet for mor og barn (Harper 2012, Dekker 2014). En måte å trygge jordmødre i forhold til vannfødsel, er å ha gode retningslinjer i avdelingen, slik at jordmødre kan jobbe i trygge rammer inntil de opparbeider seg selvtillit nok (Department Of Health Western Australia, 2009). Nicholls (2015) mener at mangel på selvtillit kan føre til at jordmoren leder kvinnen inn i føderommet og til jordmorens komfortsone selv om kvinnen har et ønske om vannfødsel. En kompetent og selvsikker arbeidsstyrke og en ledelse som ønsker vannfødsler i avdelingen, er et avgjørende element for å lykkes. Hun fremhever at jordmødre som har en filosofi om å fremme den normale fødselen har lettere for å få selvtillit ved vannfødsler. Antonovsky's salutogene teori kan bidra til at vi forstår hvorfor trygge omgivelser er så viktig for fødselen og fødselsopplevelsen. Begripeligheten avgjør våre evner til å forstå utfordringene vi møter i livet. Orden, struktur, konsistens og klarhet i informasjon er viktig når vi møter utfordringer (Lindstrøm og Eriksson 2005).

5.5 Omfavnelsen

Et viktig funn i studien er at kvinnene oppfattet omgivelsene som trygge når de kom i badekaret. Alle hadde kjent på utryggheten og usikkerheten i de første møtene med sykehuset. Hvor usikker og utrygg de følte seg var avgjørende for hvor lang tid det tok før de kjente at vannet hadde effekt og de fikk tilbake opplevelsen av kontroll og mestring.

Å ha trygge omgivelser er viktig for å fremme normal fødsel og få en positiv fødselsopplevelse (Fahy 2008). At kvinnene hadde meninger om design på badekaret, belysningen og badets interiør betyr at det også er andre elementer enn vannet som spiller en rolle for kvinnenes velvære. Temperaturen på vannet, mengden vann, størrelsen på badekaret og størrelsen på baderommet var vesentlig for opplevelsen av komfort, smertelindring, oppdrift og friheten til å bevege seg. Effekten av forventningen om smertelindring når badekaret ble fylt av vann skal ikke undervurderes. Gravide kvinner har en dragning mot vann og lyden av rennende vann kan akselerere fødselsforløpet (Odent 1997). Flere av kvinnene i studien fortalte at de opplevde at riene ble mer intense mens de ventet på at badekaret skulle fylles. En kvinne åpnet seg fra fire centimeter til trykkektrang på den tiden det tok å fylle vann i badekaret.

Fahy (2008) fant at kvinner opplever badekaret som deres private sted. Et sted de følte seg beskyttet fra uønskede intervensjoner. De kunne stenge ut uønskede forstyrrelser. Det gav dem frihet til å bevege seg, komfort, avslapning og muligheten til å fokusere på fødselsarbeidet. Den «omfavnende effekten» gav kvinnene en opplevelse av privatliv og gjorde dem i stand til å mestre fødselen uten kjemisk smertelindring. Kvinnene i denne studien omtalte den omfavnende effekten med at de følte seg «pakket inn» eller «lukket inn» av vannet. De kunne gjemme seg og beskytte seg. Kvinnene fortalte at vannet tok vare på deres integritet, de følte seg ikke blottlagt.

Det at fødsler blir sett på som en medisinsk tilstand gjør at designet på fødeavdelingene er laget for å tilpasse dette fokuset. Arkitekt Lepori skriver at «.....*the organization of the entire setting is a function of the patterns of movement that occur during intervention*» (Lepori 1994, s.4). Hun har kartlagt at omgivelsene er designet for å fremme en patologisk fødsel fremfor en normal fysiologisk fødsel. Studier av kvinner som føder hjemme viser at de sjelden føder på sitt soverom. De velger ofte en trygg plass som aldri eksponerer dem eller setter dem selv i sentrum for oppmerksomhet (Lepori 1994). En fødestue på en kvinneklinikk er også i dag designet mer som et soverom der kvinnen ofte velger sengen som er designet for konstant overvåking og kontroll fra helsepersonell.

Det blir ikke det private, trygge redet hun hadde villet bygge hjemme (Davis 2006). En moderne fødestue signaliserer til kvinnen, hennes partner og til jordmødre at kvinnen er sårbar og i fare og det er slik hun blir. Kvinnen og de som er sammen med henne i rommet blir redde og venter på det første tegnet på at noe er galt (Hood et al. 2010). Kvinnene i denne studien fortalte at det var skremmende og overraskende med mye medisinsk-teknisk utstyr.

Alle kvinnene hadde en mening om fødesengen som var i føderommet. De omtalte den som vond og en begrensning for ønsket om å bevege seg. At sengen var i et rom det ikke var mulig å låse døren til, gjorde at kvinnene følte en utrygghet om at hvem som helst kunne komme inn. Kvinnene omtalte føderommet som et stort og kaldt rom med sterk belysning. En kvinne omtalte rommet som et «tørt» rom. Kvinnene hadde liten forståelse for rutiner som jordmødrene gjennomførte. Det var snakk om å ligge med overvåking og bli avkrevd urinprøver. Kvinnene synes det var ubehagelig og hadde ingen forståelse for hvorfor det skjedde. Hvilke prosedyrer jordmødre velger å følge vil påvirke hvordan kvinner evaluerer fødselen sin i ettertid (Hildingsson et al. 2013).

To nylige studier viser at det å tenke nytt om hvordan man designer føderommet har innflytelse på utkommet og hvordan kvinnene senere evaluerer fødselen sin. Hodnett et al. (2009) designet et føderom som fokuserte på visuell og taktil stimulering. Hun erstattet blant annet fødesengen med en dobbeltseng som gjorde at både kvinnen og jordmoren evaluerte fødselen mer positivt. Bruken av kunstig rie-stimulerende midler (oxytocin) gikk signifikant ned. Studien var liten så det blir vanskelig å generalisere, men tendensen var klar. Den andre studien ble utført i Australia der man eksponerte kvinnen og hennes partner for flere sensoriske stimuleringer som kombinerte det visuelle, berøring, lyd og lukt i et offentlig sykehus. 16 kvinner ble intervjuet og de beskrev at rommet gav dem den nødvendige distraksjonen, avslapping, komfort og kontroll. De omtalte rommet som hjemmekoselig. Kvinnene var veldig fornøyde med fødselsopplevelsen sin i etterkant. Disse to undersøkelsene viser at det er mulig å skape rom som fremmer en god fødselsopplevelse selv om man føder på en høyteknologisk fødeavdeling. En annen studie har vurdert hvordan man kan designe seg vekk fra kaskaden av angstfulle opplevelser ved hjelp av hjørner, temperatur, lys, lukt, støy, møbler og kroppskontakt (Stenglin et al. 2013). Kvinnene i denne studien synes det var skremmende å høre andre kvinner skrike høyt. De ble redde og ønsket ikke å oppleve det samme. Det vil være en stor fordel med lydtette rom på en fødeavdeling. For å redusere lukten av «sykehus» kan det være nyttig for kvinnene å ha på sine egne private klær eller ta med en pute eller teppe fra hjemmet.

Det er mulig å sammenligne Fahy's (2008) arbeid med «sanctum» og «surveillance place» og Stenglin's (2013) arbeid med «binding». Et «sanctum» vil være både en «bound space» og «unbound space».

«Bound space of a sanctum» er hjemmekoselige omgivelser som er designet slik at kvinnen opplever kontroll, komfort og at privatlivet er ivaretatt og døren må kunne låses. Fahy poengterer at: *«the more comfortable and familiar the environment is for the women, the safer and more confident she will feel»* (Fahy 2011, s.221). «Unbound space of a sanctum» vil for eksempel være et rom med store vinduer. Flere studier poengterer at det er viktig for kvinner som skal føde å ha tilgang til «unbound space». En engelsk studie fant at kvinner trengte et hyggelig sted å vandre når de var i fødsel (Newburn et al. 2005) og en amerikansk studie fant at kvinnen og hennes partner hadde ønske om et vindu de kunne se ut av (Shin et al. 2004). Det kan tenkes at en kvinne som er i en tidlig fase av fødselen ønsker å være i «unbound space». Hun kan distrahere seg selv med å nyte utsikten og koble seg til verden utenfor. Hun kan vandre i en hyggelig korridor eller være ute i en hage. Når smertene blir mer intense vil kvinnen føle seg sårbar, utsatt og ute av stand til å beskytte seg selv og barnet sitt. Hun vil da søke til et sted som gir henne en følelse av beskyttelse, en «bound space». I hvilken grad rommet klarer å «omfavne» kvinnen vil være avgjørende for hennes fysiske og emosjonelle velvære. Fahy mener at et badekar er det ultimate «bound place of a sanctum» (Fahy 2008, 2011).

«Surveillance room» kan sammenlignes med et sted som er «too bound». Et godt eksempel på det er en kvinne som er lenket til sengen fordi hun skal overvåkes. Kvinnen vil føle seg fanget og forhindret fra å bevege seg fritt. Slike restriksjoner vil kunne skape følelser som usikkerhet, frykt, engstelse og klaustrofobi. Dette forsterkes hvis potensielle fremmede kan vurdere kvinnen og barnet på en monitor et annet sted (Stenglin et al. 2013). En kvinne i denne studien hadde opplevelsen av å bli lenket til sengen fordi det var behov for overvåking av barnet i en periode. For henne ble det en umulig situasjon. Hun fjernet selv overvåkingsutstyret fordi hun måtte ut av sengen og opp for å bevege seg. Hun hadde ikke fått noen forståelse for hvorfor det var nødvendig med overvåking. Antonovsky's salutogene teori kan bidra til at vi forstår hvorfor trygge omgivelser er så viktig for fødselen og fødselsopplevelsen. Begripeligheten avgjør våre evner til å forstå utfordringene vi møter i livet. Orden, struktur, konsistens og klarhet i informasjon er viktig når vi møter utfordringer (Lindstrøm og Eriksson 2005).

5.6 En god start

Et funn i denne studien er at kvinnene har en forståelse av at en naturlig fødsel og en god fødselsopplevelse er viktig for å få en optimal start på familielivet. Kvinnene ønsket og hadde en forventning om at de skulle føde sitt barn normalt. De hadde et ønske om å ha kontroll, bevare roen og klare å gjennomføre en stor fysisk jobb og de hadde et ønske om å mestre hverdagen når de kom hjem. Kvinnene i denne studien fikk sine forventninger innfridd og det førte til en god start for livet videre som familie. Kvinnene følte seg heldige og takknemlige. De mente den naturlige fødselen gjorde overgangen til å bli mor naturlig. De fortsatte på samme vis som de hadde startet og ammingen kom naturlig for de fleste. En normal fødsel viser seg å styrke kvinners selvfølelse og hennes opplevelse av mestring og trygghetsfølelse i morsrollen (Kringeland et al. 2010). Kvinnene fortalte at de hadde hatt en bratt læringskurve men poengterte at de hadde mestret det. De var stolte over at de hadde lært mye nytt på kort tid. Mennesker som har en høy OAS ser på verden som begripelig, håndterbar og meningsfull. De tar i bruk eksisterende og potensielle ressurser, de viser fleksibilitet i avgjørelser som hjelper dem å mestre stress. De fortsetter å være fleksible og positive og ser på livet sitt som sammenhengende (Antonovsky 2012).

Studier viser at medikamentell smertelindring ikke er assosiert med høyere grad av tilfredsstillelse med fødselsopplevelsen for kvinner som har ukompliserte svangerskap og fødsler (Green et al. 2009, Hodnett 2002, Heinz et al. 2003) eller deres opplevelse av psykisk og fysisk velvære (Gross et al. 2003, Lowe et al. 2002). Kvinnene i studien løftet frem viktigheten av at de var i fysisk god form etter fødselen. Det var viktig for å mestre hverdagen og ikke være til byrde for andre. Det var viktig for livskvaliteten. Kvinner på tvers av kulturell ståsted beskriver sin fødsel som vanskelig, men likevel en opplevelse som fører til en opplevelse av tilfredsstillelse og stolthet over sine egne evner til å mestre smerte (Callister et al. 2003, Lundgren et al. 1998, Halldorsdottir et al. 1996, Niven et al. 2000, McCrea et al. 2000). Kvinner som opplever støtte fra jordmor på sine egne premisser, gjør dem i stand til å tro på seg selv. De føler en intens glede over å være i stand til å føde normalt (Lundgren et al. 1998, Halldorsdottir et al. 1996, Leap et al. 2006). Kvinnene i studien fremhevet at de var stolte over å ha født uten smertelindring. Å ha en positiv fødselsopplevelse, selv for kvinner som opplever medisinske intervensjoner, overvåking og som ikke får sine forventninger innfridd, er relatert til salutogenese.

Hvis hun på tross av utfallet forstår hvorfor det skjedde (begripelighet), hun synes hun håndterte det etter forholdene bra (håndterbarhet) og det måtte bli slik (meningsfullhet), så kan det bli en positiv opplevelse. Dette er en kvinne som har en sterk OAS i utgangspunktet (Downe et al 2007). Et helsevesen av god kvalitet viser viktigheten av å gi kvinnene informerte valg (Braut 2008). Kvinnene får flere valgmuligheter og kan være med å påvirke sitt eget fødselsforløp og kvinnes økende ønske om å bli forløst med keisersnitt må derfor få større oppmerksomhet (Hildingsson et al. 2002, Waldenstrom et al. 2006). Blant kvinner som mener at man skal velge selv om man skal forløses ved keisersnitt uten medisinsk grunn er det 64% som ønsker å føde vaginalt (Kringeland et al 2010). Jordmødre har potensialet til å styrke kvinners OAS ved å gi kvinner en god fødselsopplevelse som på lengre sikt vil senke keisersnittfrekvensen.

En kvinne med en svak OAS i svangerskapet, vil ha fem ganger større potensial til å styrke sin OAS hvis hun får en positiv fødselsopplevelse, sammenlignet med en kvinne med en sterk OAS (Habroe et al. 2007). En fødsel vil derfor være en gylden mulighet for en kvinne med en svak OAS til å bevege seg på kontinuumet mot helse. Å se på fødsel alene som en fysisk prosess og ikke en psykologisk overgang til det å bli mor, viser en liten forståelse for hva som fremmer helse og velvære hos kvinner. I et fenomenologisk perspektiv er ikke fødselen bare en medisinsk begivenhet, men en psykologisk, sosial og eksistensiell opplevelse (Blåka 2002). En positiv fødselsopplevelse er avhengig av kvinnes evner til å ta i bruk mestringsstrategier (Peterson 1997), kontrollere smerten (Cipolletta og Balasso 2011) og få sine forventninger innfridd og føde normalt (Kringeland et al. 2010).

6. Avslutning

6.1 Oppsummering og konklusjon

Det er en stor sannsynlighet at kvinnene i denne studien i utgangspunktet hadde en sterk OAS. Denne ble ivaretatt og styrket gjennom gode relasjoner og støtte fra partner, familie og venner. De hadde ikke fødselsangst. Det var ønskede og planlagte svangerskap, og de lengtet etter å møte barnet sitt. Kvinnene evnet å filtrere og unngå informasjon som ville hindre de å bevare tilliten til egen mestring og ro mot den kommende fødselen. De sammenlignet seg med andre som de mente mestret godt, som sin mor og enkelte venninner. De forsto viktigheten av å bidra selv med å holde seg sunne og friske i svangerskapet, slik at de selv ikke var til hinder for en optimal fødselsopplevelse, noe som gav dem en trygghet. Da de kjente på usikkerhet i møtet med sykehuset, utviste de en kognitiv fleksibilitet som ikke ødela for den videre opplevelsen. Kvinnene hadde en ønsket strategi om å være åpen og fleksibel i møte med fødselsarbeidet siden det var et ukjent territorium. De møtte jordmødre som forsto viktigheten med å fremme en normal fødsel og som var komfortable med å bruke vann som et middel for å oppnå dette. Jordmødrene utstrålte ro, trygghet og tilstedeværelse. De brukte kommunikasjon som et verktøy. Kvinnene fikk anledning til å søke smertelindring, frihet til å bevege seg og hente krefter i vannet som ga dem kontrollen over kroppen og fødselsarbeidet tilbake. Kvinnene fant ro og trygghet i å være i et lite rom med dempet belysning. Vannet og badekaret hadde en omfavnende effekt som gav kvinnene mulighet til å lukke seg inn og konsentrere seg. De fikk en raskere fødsel enn forventet. For kvinnene var det naturlig å være naken i badekaret og vannet tok vare på deres integritet. Kvinnene beskriver den store gleden over å hente barnet opp av vannet selv og gleden over å ha bidratt til en skånsom fødsel og en fin start for barnet. Kvinnene kom raskt tilbake til sin hverdag. De ammet, var fysisk aktive og sosiale. Kvinnene fikk en positiv fødselsopplevelse fordi de fikk sine forventninger innfridd, de mestret smerten og hadde en opplevelse av privatliv, ro og trygghet. Det å ha en god fødselsopplevelse er viktig i et helsefremmende perspektiv. Å oppleve sammenheng i livet handler om begripelighet, håndterbarhet og mening. Når en ser på det totale bildet disse begrepene omhandler, blir summen av dette større enn de enkelte elementene. Antonovsky trekker frem at opplevelsen av sammenheng er en innstilling til erfaring og at den er

dynamisk. Den påvirkes av personens identitet, selvfølelse og tilgjengelige ressurser. Det er derfor ikke gitt at noe som gir opplevelse av sammenheng for en person gjør det samme for en annen. Det er heller ikke en statisk opplevelse hos den enkelte. Fordi meningsfullhet er en subjektiv opplevelse og meningsbegrepet inneholder både kognitive og emosjonelle elementer, blir det vanskelig å generalisere hva en gravid kvinne ønsker og har behov for. Å ha en salutogen tilnærming må være et mål for alle fødsler, men siden det krever en sensitivitet og gjensidig tillit i møtet med kvinnene, vil det være et uopnåelig mål så lenge kvinnene møter ukjente jordmødre. Å møte jordmødre som har en filosofi om å fremme en normal fødsel, er tilstedeværende og evner å utstråle og kommunisere ro og trygghet, kan til dels kompensere for den relasjonelle kontinuiteten. Å ha en kontinuitet gjennom svangerskap, fødsel og barseltid er noe som er ønsket av både kvinnene og jordmødre.

Å bruke vann i fødsel og føde i vann er ikke et sluttprodukt. Det er ikke nødvendigvis vannet i seg selv som utgjør den store forskjellen. Det er mer enn bare vann. Det er den delte filosofien og troen på en fødsel som en normal livsbegivenhet som støtter kvinnene i å bruke vann. Den trygge og kloke bruken av vann fremmer ro, avslapning, mulighet til å hente krefter, frihet til å bevege seg, privatliv og smertelindring som gjør kvinnene i stand til å oppleve kontroll og mestring. Dette gir dem en positiv fødselsopplevelse og en opplevelse av velvære. Kvinnene er i en flytsone som gir en optimal start i omsorgen for barnet og den nye familien. Den positive fødselsopplevelsen vil være helsefremmende og kvinnen vil ha et ønske om en normal fødsel ved senere anledning.

6.2 Metodediskusjon

Resultatet i studien skal representere informantenes opplevelser, erfaringer og meninger. Det var derfor viktig at resultatene blir presentert så nært opp til funnene som mulig og at forskerens meninger og følelser ikke påvirker resultatet. Alle informantene hadde en subjektiv opplevelse av en positiv fødselsopplevelse. Hva dette innebar var forskjellig fra kvinne til kvinne. I en kvalitativ studie er man ikke ut etter en sannhet. Det er en erkjennelse av at det finnes ulike versjoner av virkeligheten. Styrken i denne studien er at det er foretatt dybdeintervju av ti kvinner som ga et rikt materiale. Svakheten er at utvalget ikke er representativt for kvinner generelt. De er kanskje representativt for å få en positiv fødselsopplevelse. Dette er ressurssterke kvinner med høyere utdanning og fast jobb.

Det var planlagte svangerskap. De har støtte i nære relasjoner. De hadde en gjennomsnittsalder på 28 år. De er friske kvinner i god fysisk form. Dette er faktorer som styrker OAS. Hvis noen av informantene hadde hatt en svak OAS, men likevel fått en positiv fødselsopplevelse, ville dette kunne gitt verdifull informasjon og en større forståelse for temaet. En sak har flere sider og funnene har flere gyldige tolkninger og konklusjonen er også at det er mange faktorer som spiller inn for å få en god fødselsopplevelse og disse er individuelle. En kan likevel si noe om hva som er viktig for kvinner og hvordan de ønsker det skal være. At kvinnene fødte sitt første barn gjør at de ikke kan sammenligne opplevelsene. En konkurrerende versjon er at dette er kvinner som ville fått en positiv fødselsopplevelse selv om de ikke fødte i badekaret. Kanskje det var andre elementer som var like viktige? For kvinnene var det nødvendig å ha jordmoren kontinuerlig tilstede for å kjenne på ro og mestring i badekaret. Er det da tilstedeværelsen av jordmor som er avgjørende?

Det kan ikke utelukkes at informasjon har blitt holdt tilbake eller at de ønsket å formidle en spesiell versjon av historien siden informantene var klar over at forsker arbeidet ved samme avdeling som de hadde født og er kollega med jordmødrene de møtte. Kvinnene virket ærlige og oppriktelige. De formidlet sensitive erfaringer og var veldig åpne på andre områder enn det min problemstilling etterspurte. Når man forsker på egen organisasjon har man lettere tilgang på informanter men faren er at man mister viktige poenger fordi man er ureflektert og har en fastgrodd forforståelse. Lojalitet til egen arbeidsplass kan også være tilstede. Forskeren har reflektert over om det kan finnes konfliktfylte følelser mot egen arbeidssted og kan ikke garantere for at det ikke finnes tolkninger som bærer preg av dette, men det er forsøkt å være så nøytral som mulig. Uten forforståelse og fordommer kommer man seg aldri inn i den hermeneutiske sirkel, i følge Gadamer. I den hermeneutiske sirkel kan man hele tiden vurdere om fordommer og forforståelsen er deler av den hermeneutiske sirkel. Fordommene utgjør en helhet, og man kan hele tiden ha elementer av disse opp til revidering i lys av de erfaringer vi gjør. Fordommene er vårt erfaringsgrunnlag og de er en forutsetning for å forstå noe. Dette samsvarer med noen erfaringer i møte med informantene. Som jordmor og kvinne som har født barn selv vil det kvinnene fortalte automatisk vekke en forståelse. En forsker med en annen yrkesbakgrunn ville kanskje gjort andre funn. Veien til viten går gjennom spørsmål, finne noe som er felles og stille spørsmål for å utvide sin egen horisont. Dette samsvarer med noe en oppnådde i møte med informantene. Meningsdannelse kan ses på som en hermeneutisk prosess der en ser muligheter til å se nye sider av saken, og gjennom dette kan en se ressurser og verdier i erfaringer som man tidligere ikke så.

Dette kan være med på å gi erfaringene et annet innhold, og er med på å skape en annen variant av historien, en ny sammenhengende fortelling.

Den interne validiteten i studien er at den kan være et bidrag til å fremme den normale fødselen for å få en positiv fødselsopplevelse, og at vann er et viktig bidrag til dette. Kanskje flere jordmødre etter hvert vil tilby det som en del av sin praksis og at flere kvinner vil etterspørre det. Den eksterne validiteten vil være den samme. Flere fødeavdelinger bør innføre dette som et nyttig verktøy. Det vil være et viktig bidrag til å fremme en god psykisk helse og redusere keisersnittfrekvensen. Studien er også et viktig bidrag for å fremme relasjonell kontinuitet og tilstedeværelse. Et kvalitetskrav er også hvorvidt forskningsprosjektet er overførbart til andre situasjoner. Vil tolkingen og analysen vekke gjenklang hos leseren? Selv om den kvalitative forskningen ofte handler om fenomener som ikke er generelle erfaringer, kan forskeren gjennom analysen og presentasjon kunne gi mulighet for gjenkjennelse på et generelt plan. Hvem opplever ikke et varmt bad som avslappende og deilig.

Dette forskningsprosjektet er mulig å gjenta av andre forskere, men fordi det søker personers livsverden vil resultatene til dels være sammenfallende og til dels være forskjellige siden det er kvinnenens personlige historie. Gyldigheten av resultatene handler om det er samsvar mellom forskningsspørsmålet og informasjonen som er brukt når det konkluderes. Det er fremlagt teori og data som belyser problemstillingen og den er drøftet. Konklusjonen virker å være fornuftig og berettiget.

6.3 Veien videre

Først og fremst har studien gitt meg som forsker et verdifullt overblikk over egen praksis som jeg ønsker å dele med kollegaer og andre som måtte synes det er av interesse. Det har også gitt meg en fornyet og større respekt i møtet med fødende kvinner. Hvor viktig det er å få en positiv fødselsopplevelse. Nysgjerrigheten er vekket for å finne ut om kvinner med fødselsangst og/eller svak OAS kan få en positiv fødselsopplevelse ved å føde i vann? Disse kvinnene har størst potensiale til å bevege seg på kontinuumet mot helse.

Å måle om kvinner hadde en opplevelse av sammenheng og om de har en opplevelse av velvære etter fødselen vil være å ha et salutogen fokusert syn på helsetjeneste. Det vil kunne gi et helsefremmende perspektiv på tjenesten.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2012) *Helsens Mysterium*. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.
- American College of Nurse-Midwives (ACNM). (2014) *Hydrotherapy during labour and birth*. In Division of Standards and Practice.
- American College of Nurse-Midwives (ACNM). (2016) *A model practice template for hydrotherapy in labour and birth*. In Division of Standards and Practice.
- Aune, I., Dahlberg U., Ingebrigtsen, O. (2012) *Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care*. *Midwifery*. 28, 432-438.
- Aune, I., Torvik, H., Selboe, S-T., Skogås, A., Persen, J., Dahlberg, U. (2015) *Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives*. *Midwifery*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>.
- Ayers, S., Eagle, A., Waring, H. (2006) *The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study*. *Psychology, Health and Medicine*. 11, 389-398.
- Baumgartner, T., Heinrich, M., Vonlanthen, A., Fishbacher, U., Fehr, E. (2008) *Oxytocin shapes the neural circuitry of trust and trust adaption in humans*. *Neuron*. 58, 639-650.
- Baxter, L. (2006) *What a difference a pool make*. *British Journal of Midwifery*. 14, 6.
- Beech, B., Phipps, B. (2004) *Normal birth: Women's stories*. Normal childbirth evidence and debate. London UK: Churchill Livingstone, 59-70.

- Bernitz, S., Øian, P., Rolland, R., Sandvik, L., Blix, E. (2014) *Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women*. Midwifery. 30(3), 364-370.
- Blix, E. (2010) *Ulike syn på svangerskap og fødsel*. Jordmorboka. Akribe, Oslo
- Blåka, G. (2002) *Grunnlagstenkning i et kvinnefag, teori, empiri og metode*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen
- Bovbjerg, M., Cheyney, M., Everson, C. (2016) *Maternal and newborn outcomes following waterbirth*. Journal of Midwifery and Womens' Health. 1(61), 11-20.
- Brown, A., Jordan, S. (2013) *Impact of birth complication on breastfeeding duration: an internet survey*. Journal of Advanced Nursing. 69, 828-839.
- Buckley, S. (2004) *Undisturbed birth-nature's hormonal blueprint for safety, ease and ecstasy*. Midwifery Digest. 14, 203-209.
- Burns E., Boulton M., Cluett E, Cornelius V., Smith L. (2012) *Characteristics, interventions and outcomes of women who used a birthing pool: a prospective observational study*. Birth. 39, 192-202.
- Callister, L., Khalaf, I., Semenic, S., Kartchner, R., Vehvilainen-Julkunen, K. (2003) *The pain of childbirth*. Pain Managing Nursing. 4, 145-154.
- Chaichian, S. Akhlaghi, A., Roustaf, F., Safavi, M. (2009) *Experience of water birth delivery in Iran*. Arch Iran Medicine. 12, 468-471.
- Cipoletta, S., Balasso, S. (2011) *When everything seems right: The first birth experience of women in an Italian hospital*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 29, 374-381.

- Cluett, E. (2009) *Immersion in water during labor and birth*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2:CD000111.
- Cluett, E., Burns, E. (2014) *Immersion in water in labour and birth*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2. Doi:10.1002/14651858. CD000111.pub3.
- Creedy, D., Shochet, I., Horsfall, J. (2000) *Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors*. Birth. 27, 104-111.
- Crenshaw, J. (2014) *Healthy birth practice*. Journal of Perinatal Education. 23, 211-217.
- Da Silva, F., Oliveira, S., Nobre, M. (2009) *A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain*. Midwifery. 25, 286-294.
- Dahlberg, U., Aune, I. (2013) *The woman's birth experience - The effect of interpersonal relationship and continuity of care*. Midwifery. 29, 407-415.
- Dahlen, H., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V., Tracy, S. (2013) *Maternal and perinatal outcomes among low risk women giving birth in water compared to six birth position on land*. Midwifery. 29,75.
- Davey, M., Gibson, K. (2014) *Intervention in labour and early breastfeeding outcomes*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 99.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J. et al. (2012) *Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labour*. Birth. 39, 98-105.
- Davis, I. (2006) *The politics of practice*. Ph.D. University of Technology. Sydney.
- Dekker, R. (2014) *Evidence on the safety of water birth*. Evidence Based Birth: Giving birth based on best evidence. <http://evidencebasedbirth.com/waterbirth/>

Department of Health UK (2000) *An organization with a memory*. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. The Stationary Office. London.

Department of Health Western Australia (2009) *Statewide policy for the use of water during labour and/or birth in WA Health*. Department of Health Western Australia, Perth.

Downe, S., Simpson, L., Trafford, K. (2007) *Expert intrapartum maternity care*. Journal of Advanced Nursing. 57, 127-140.

Downe, S. (2008) *Normal childbirth: evidence and debate*. Churchill Livingstone, Edinburgh: New York.

Fahy, K. (2008) *Power and the social construction of the birth territory*. Birth Territory and Midwifery Guardianship. 3-10.

Fahy, K., Parrat, J., Foureur, M., Hastie, C. (2011) *Birth territory: a theory for midwifery practice*. Theory for Midwifery Practice 2nd edn. Palgrave MacMillan Press. UK

Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., Butt, J. (2005) *The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women*. Midwifery. 21, 23-35.

Fenwick, J., Gamble, J. og Hauck, Y. (2006). *Reframing birth: A consequence of CS*. Journal of Advanced Nursing. 56, 121-132.

Fereday J., Collins, C., Turnbull, D., Pincombe J., Oster, C. (2009) *An evaluation of midwifery group practice*. Women and Birth. 2, 11-16.

Folkehelseinstituttet (2011) *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Rapport, (1) Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Foureur, M. (2008) *Creating space to enable undisturbed birth*. Birth Territory and Midwifery Guardianship. Sydney.

- Foureur, M., Davis, D., Fenwick, J., Leap, N., Iedema, R., Forbes, I., Homer, C. (2010) *The relationship between birth unit design and safe, satisfying birth: developing a hypothetical model*. Midwifery. 26, 520-525.
- Gagnon, R. (2011) *Midwifery in a new context: Expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth*. Midwifery. 27, 149-156.
- Gamble, J., Creedy, D. (2001) *Women's preference for a caesarian section: Incidence and associated factors*. Birth. 28, 101-110.
- Garthus-Niegel S., Knoph C., von Soest T., Nielsen C., Eberhard-Gran M. (2014) *The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study*. Birth. 41,108-15.
- Goodman, P., Mackey, M., Tavakoli, A. (2004) *Factors related to childbirth satisfaction*. Journal of Advanced Nursing. 46, 212-219.
- Gottvall, K. og Waldenstrom, U. (2002) *Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction?* British Journal of Obstetric and Gynecology, 109, 254-260.
- Green, J., Baston, H., Easton, S., McCormic F. (2003) *Greater expectations: Interrelationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, psychological outcomes*. University of Leeds: Mother and Infant Research Unit.
- Gross, M., Hecker H., Keirse M. (2005) *An evaluation of pain and «fitness» during labour and it's acceptability to women*. Birth. 32, 122-128.
- Guneriussen, W. (1996) *Aktør, handling, struktur*. Tano A/S. Oslo.
- Habroe. M., Schmidt, L., Holstein, B. (2007) *Does childbirth after fertility treatment influence sense of coherence?* Acta Obstetric and Gynecology Scand. 86. 1215-1221.

- Haga, S., Lynne, A., Slinning, K., Kraft, P. (2012) *A qualitative study of depressive symptoms and well-being among first-time mothers*. Scandinavian Journal of Caring Sci. 26, 458-466.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, C., McKendry, R. (2003) *Continuity of care: a multidisciplinary review*. BMJ. 327, 1219-1221.
- Hall, S., Halloway, I. (1998) *Staying in control: Women's experiences of labour in water*. Midwifery. 14, 30-36.
- Halldorsdottir, S., Karlsdottir, S. (1996) *Journeying through labour and delivery*. Midwifery. 12, 48-61.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., Sørli, T. (2008) *Er det sammenheng mellom psykisk belastning og ønsket om keisersnitt?* Tidsskrift for Den Norske Legeforening. 128, 1388-1391.
- Hammond, A., Foureur, M., Homer, C., Davis, D. (2013) *Space, place and the midwife: Exploring the relationship between the birth environment, neurobiology and midwife practice*. Women and Birth. 26, 277-281.
- Harper, B. (2012) *In deep: Seven secrets of successful water birth*. Essentially MIDIRS. 3, 32-37.
- Harper, B. (2014). *Birth, bath and beyond*. Journal of Perinatal Education. 23, 124-134.
- Heinz, S., Sleigh, M. (2003) *Epidural and no epidural anaesthesia*. Journal of Reproductive Health and Infant Psychology. 21, 323-333.
- Hellmers, C., Schuecking, B. (2008) *Primiparae's well-being before and after birth and relationship with preferred and actual mode of birth in Germany and the USA*. Journal of Reproduction and Infant Psychology. 26, 351-372.

- Helsedirektoratet. (2010) *Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. Oslo: Veileder fra Helsedirektoratet. IS-1877.
- Henderson, J., Burns, E., Regalia, A., Casarico, G., Boulton, M., Smith, L. (2014). *Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: prospective observational study*. BMC pregnancy and childbirth. 14-17.
- Hildingsson, I., Rådestad, I., Rubertsson, C., Waldenstrom, U. (2002). *Few women wish to be delivered with caesarean section*. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 109, 618-623.
- Hildingsson, I. (2011) *Mental training during pregnancy. Feelings and experiences during pregnancy and birth and parental stress 1 year after birth- A pilot study*. Sexual and reproductive healthcare. 3, 31-36.
- Hildingsson, I., Johansson, M., Karlstrom, A., Fenwick., J. (2013) *Factors Associated With a Positive Birth Experience: An exploration of Swedish Women's Experiences*. International Journal of Childbirth. 3, 1-12.
- Hodnett, E. (2002) *Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth*. American Journal of Obstetric and Gynecology, 186, 160-172.
- Hodnett, E., Stremler, R., Edwards, N., Walsh, D. (2009) *Re-conceptuating the hospital labour room*. Birth. 36, 158-166.
- Hood, L., Fenwick, J., Butt, J. (2010) *A story of scrutiny and fear: Australian midwives' experiences of an external review of obstetric services, being involved with litigation and the impact on clinical practice*. Midwifery. 3, 268-285.
- Hoope-Bender, P., Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H. et al. (2014) *Improvement of maternal and newborn health through midwifery*. Lancet. 384, 1226-1235.

- Huber, U., Sandall, J. (2009) *A quality exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London*. *Midwifery*. 25, 613-621.
- Hunter, M. (2000) *Autonomy, clinical freedom and responsibility: the paradoxes of providing intrapartum midwifery care in a small maternity unit as compared with a large obstetric hospital*. Massey University, Palmerston North. New Zealand.
- Hunter, M. (2003) *Autonomy, clinical freedom and responsibility*. In: Kirkham, M. (Ed.), *Birth Centres: a social model of maternity care*. Elsevier. London
- Hunter, B., Berg, M., Lundgren, I., Ólafsdóttir, Ó., Kirkham, M. (2008) *Relationships: The hidden threads in the tapestry of maternity care*. *Midwifery*. 24, 132-137.
- Jeschke, E., Ostermann, T., Dippong, N. (2012) *Identification of maternal characteristics associated with the use of epidural analgesia*. *Journal of Obstetric and Gynecology*. 32, 342-346.
- Karlstrom, A., Nystedt, A., Hildingsson, J. (2011). *A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth*. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2, 93-99.
- Kennedy, H., Shannon, M. (2004) *Keeping birth normal*. *Journal of Obstetric and Gynecology and Neonatal Nursing*. 33, 554-560.
- Kennedy, H., Shannon, M., Chuahorm, U., Kravetz, M. (2004) *The landscape of caring for women*. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 49, 14-23.
- Kennedy, H. (2006) *A concept analysis of optimality in perinatal health*. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 35, 763-769.
- Kitzinger, S. (1996) *Water birth unplugged proceedings of the first international water birth conference*. Cheshire: Books for Midwives Press.

- Kringeland T, Daltveit AK, Moller A. (2010). *What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkillers or intervention?* Sexual and reproductive health-care. 1, 121-126.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norske Forlag AS, Oslo.
- Lang, A., Sorrell, J., Rodgers, C., Lebeck, M. (2006) *Anxiety sensitivity as a predictor of labour pain*. European Journal of Pain. 10, 263-270.
- Laurson, M., Johansen, C., Hedegaard, M. (2009) *Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish national birth cohort*. BJOG. 116, 1350-1355.
- Leap, N., Edwards, N. (2006) *The politics of involving women in decision making*. The New Midwifery. Churchill Livingstone Elsevier. London.
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., Huber, U. (2010) *Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care*. Journal of Midwifery and Women's Health. 55, 234-242.
- Leboyer, F. (1975) *Birth without violence*. Mandarin, London.
- Leonard, M., Graham, S. (2004) *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Quality and Safety in Health Care. 13, 85-90.
- Lepori, B. (1994) *Freedom of movement in birth places*. Childrens Environment. 11, 81-87.
- Levine, B. (1984) *Use of hydrotherapy in reduction of anxiety*. Psychological Reports. 55, 526.

- Lilford, R.J. et al. (1994) *Active management of labour*. BMJ. 309, 366-369.
- Lindseth, A., Nordberg, A. (2004) *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience*. Scandinavian Journal of Caring Sci. 18, 145-153.
- Lindstöm, B., Eriksson, M. (2005) *Salutogenesis*. Journal of Epidemiology and Community Health. 59, 440-442.
- Lock, L., Gibb, H. (2003) *The power of place*. Midwifery. 19, 132-139.
- Lowe N. (2002) *The nature of labour pain*. American Journal of Obstetric and Gynecology. 186, 16-24.
- Lundgren, I., Dahlberg, K. (1998) *Women's experience of pain during childbirth*. Midwifery. 14. 105-110.
- Lyberg, A., Severinsson, E. (2010) *Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth*. Journal of Nursing Management. 18, 391-399.
- Lægreid, S., Skorgen, T. (2006) *Hermeneutikk - en innføring*. Spartacus Forlag AS, Oslo.
- Mackey, M., (2001) *Use of water in labour and birth*. Clinical Obstetric and Gynecology. 44, 733-749.
- Maggioni, C., Margola, D., Filippi, F. (2006) *PTSD, risk factors and expectations among women having a baby*. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 27, 81-90.
- Maude, R. et al. (2007). *It's beyond water: Stories of women's experience of using water for labour and birth*. Women and Birth. 20, 17-24.

- McCrea, H., Wright, M., Stringer, M. (2000) *Psychosocial factors influencing personal control in pain relief*. International Journal of Nursing Students. 37, 493-503.
- Menakaya, U., Albayati, S., Vella, E., Fenwick, J., Angstetra, D. (2013) *A retrospective comparison of water birth and conventional vaginal birth among women deemed to be low risk in a secondary level hospital in Australia*. Women Birth. 26, 114-118.
- Miller, S. (2008) *First birth in home or in hospital in Aotearoa/New Zealand*. Master Theses. Graduate School of Nursing, Midwifery and Health. Victoria University. Wellington.
- Moore, E., Anderson, G., Bergman, N., Dowswell, T. (2012) *Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants*. Cochrane Database Syst. Rev. 5, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3>.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., Øian, P. (2006). *Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling?* Birth. 33, 221-228.
- Newburn, M., Singh, D. (2005) *Are women getting the birth environment they need? Report of a National Survey of Women's Experiences*. National Childbirth Trust. Acton. London.
- Nicholls, S., Hauck, Y., Bayes, S., Butt, J. (2015) *Exploring midwives' perception of facilitating water birth in Western Australia: A qualitative descriptive study*. Midwifery. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.10.010>.
- Niven, C., Murphy-Black T. (2000) *Memory of labour pain*. Birth. 27, 244-253.
- Nutter, N., Shaw-Battista, J., Marowitz, A. (2014) *Waterbirth fundamentals for clinicians*. Journal of Midwifery and Womens Health. 59, 350-354.
- Odent, M. (1983) *Birth under water*. The Lancet. 24, 1476-1477.

- Odent, M. (1997) *Can water immersion stop labour?* Journal of Nurse-Midwifery. 42 (5), 414-416.
- Ohlsson, G., Buchhave, P., Leandesson, U., Nordstrom, L., Rydhstrom, H., Sjolin, I. (2001) *Warm tub bathing during labour: maternal and neonatal effect.* Acta Obstetricia et Gynecologica Scan. 80, 311-314.
- Ólafsdóttir, Ó. (2006) *An Icelandic Midwifery Saga—Coming to Light. With Women and Connective Ways of Knowing.* Phd. Thames Valley University
- Otigbah, C., Dhanjal, M., Harmsworth, G., Chard, T. (2000) *A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries.* European Journal of Obstetric and Gynecology Reproduction. 91, 15-20.
- Perez-Botella, M., Downe, S., Magistretti, C., Lindstrøm, B., Berg, M. (2015) *The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies.* Sexual and Reproductive Healthcare. 6, 33-39.
- Peterson, G. (1997) *Childbirth: The ordinary miracle.* International Journal of Childbirth and Education. 23, 35-37.
- Phillips, R. (2013) *Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth.* Newborn and Infant Nursing Review. 13, 67-72.
- Pinette, M., Wax, J., Wilson, E. (2004) *The risks of underwater birth.* American Journal of Obstetric and Gynecology. 190 (5), 1211-1215.
- Randen, I., Viken, B., Severinsson, E. (2014) *A health promotion perspective on Norwegian women's experience of pregnancy and expectations of birth.* Nordisk Sygeplejeforskning. 2(4), 101-113:

- Raynes-Greenow, C., Roberts, C., McCaffery, K., Clarke, J. (2007) *Knowledge and decision-making for labour analgesia of Australian primiparous women*. *Midwifery*. 23, 139-145.
- Reid-Campion, M. (1990) *Adult hydrotherapy*. Heinemann Medical, Oxford.
- Richmond, H. (2003) *Women's experience of waterbirth*. *The Practicing Midwife*. 6, 26-31.
- Rogers, C. (1961) *On becoming a person*. Houghton Mifflin. Boston.
- Rotter, J. (1966) *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs*. 80, 1-28.
- Russel, K. (2011). *Struggling to get into the pool room?* *International Journal of Childbirth*. 1, 52-60.
- Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., Gates, S. (2010) *Improving quality and safety in maternity care: The contribution of midwife-led care*. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 55, 255-261.
- Shin, J., Maxwell, L., Eshelman, P. (2004) *Hospital birthing room design: a study of mothers' perception of hominess*. *Journal of Interior Design*. 30, 23-36.
- Shaw, J. (2013) *The medicalization of birth and midwifery as resistance*. *Health Care Women Int*. 34, 522-536.
- Sidenbladh, E. (1983) *Waterbabies*. Adam and Charles Black, London.
- Skirbekk, G., Gilje, N. (2007) *Filosofihistorie*. Universitetsforlaget AS, Oslo.
- Smith, V., Daly, D., Lundgren, I., Eri, T., Benstrøm, C., Devane, D. (2014) *Salutogenically focused outcomes in systematic reviews of intrapartum interventions: A systematic review of systematic reviews*. *Midwifery*. 30, 151-156.

- Stable, D., Rankin, J. (2005) *Physiology in childbearing: With anatomy and related biosciences*. 2nd edn. Elsevier. Edinburgh.
- Statens Helsetilsyn. (1999) Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselomsorg. Oslo.
- Stenglin, M., Foureur, M. (2013) *Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth*. *Midwifery*. 29, 819-825.
- Stichler, J., Kirk-Hamilton, D. (2008) *Theoretical and conceptual frameworks in research and practice*. *Health Environment Research and Design Journal*. 1, 4-6.
- Symon, A., Paul, J., Butchart, M., Carr, V., Dugard, P. (2008) *Maternity unit design study. Part 2: perception of space and layout*. *British Journal of Midwifery*. 16, 110-114.
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Thomson, A. (2000) *Is there evidence for the medicalization of maternity care?* *Midirs*. 10(4), 416-420.
- Thomson G., Downe S. (2010) *Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 28, 102-112.
- Tournaire, M., Theau-Yonneau, A. (2007) *Complimentary and alternative approaches to pain relief during labour*. *Evidence Based Complementary Alternative Medicine*. 4, 409-417.
- Ulrich, R., Zimring, C., Zhu, X. (2008) *Evidence-based healthcare design*. *Health Environments Research and Design*. 1, 61-125.
- Uvnas-Moberg, K., Arn, I., Magnusson, D. (2005) *The psychobiology of emotion: the role of the oxytocinergic system*. *International Journal of Behavioral Medicine*. 12. 59-65.

- Veltman, L., Doherty, D. (2013) *Safety and underwater birth – what every risk manager should know*. Journal of Health Risk Management. 32. 16-24.
- Waldenstrøm, U. (1998) *Continuity of carer and satisfaction*. Midwifery. 14, 207-213.
- Withburn, L., Jones, L., Davey, M., Small, R. (2014) *Women's experiences of labour pain and the role of the mind*. Midwifery. 30, 1029-1035.
- WHO (1948) «*Constitution of the World Health Organization*». World Health Organisation. Geneva. <http://who.int/about/definition/en/print.html>.
- WHO (1986) *The Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organisation, Geneva.
- WHO (1996) *Safe motherhood. Care in normal birth: A practical guide*. World Health Organisation, Geneva
- WHO (2005) *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organisation, Geneva
- Williams, H. (2003) *Storied birth: Narrative and organisational culture in midwifery-led birth centre*. King's College. London
- Younger, J. (1991) *A theory of mastery*. Advances in Nursing Science. 14, 76-89.
- Zak, P., Stanton, A., Ahmadi, S. (2007) *Oxytocin increases generosity in humans*. PLoS ONE. 2, 11.

Til deg som har meldt interesse for å delta i forskningsprosjektet om positive fødselsopplevelser etter å ha født i vann.

I denne studien ønsker vi å få mer kunnskap om hvilke faktorer som gir gode og positive fødselsopplevelser etter vannfødsel og hvordan dette har påvirket deg og din familie etter fødselen. For å få best mulig innsikt er det viktig å få frem dine tanker, følelser og opplevelser. Studien vil innebære et personlig intervju med undertegnede som vil ta 1-2 timer. Jeg har mulighet til å komme hjem til deg for å foreta intervjuet men om du ønsker det så kan vi også møtes på et samtalerom ved St. Olav.

Resultatene av studien vil kunne bidra til at jordmødre får nyttige verktøy i å fremme en god positiv opplevelse. Kvinner i fødsel kan få en mer målrettet omsorg.

Det er selvfølgelig frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Om du sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke og kreve opplysninger om deg slettet. Dette gjelder med mindre resultatene allerede er publisert. Informasjonen som registreres om deg vil bli behandlet konfidensielt og det vil ikke bli innhentet andre opplysninger om deg enn de du selv gir under intervjuet. Under intervjuet vil det bli brukt båndopptaker. Lydfilene vil bli lagret på en kryptert minnepenn. Etter at studien er over og senest innen 01.01.18, vil lydfilen bli slettet.

Resultatene av studien blir publisert i en slik form at du ikke vil bli identifisert. Dette skjer ved at du får et fiktivt navn, og at andre opplysninger som kan gjøre deg lett gjenkjennelig, omskrives eller utelates. Studien vil bli publisert som en masteroppgave i psykisk helsearbeid i institutt for sykepleievitenskap ved NTNU og som en forskningsartikkel i et vitenskapelig fagtidsskrift.

Ved behov for ytterligere informasjon, ta gjerne kontakt med masterstudent Ann Cicilie A. Erbe eller prosjektleder Ingvild Aune ved NTNU.

Dersom du etter å ha lest dette informasjonsskrivet fremdeles har lyst til å delta i studien ber jeg deg underskrive samtykkeerklæringen på side to og levere dette til jordmor ved barselhotellet. Undertegnede vil da etter ca 1 mnd ta kontakt med deg pr. brev for å høre om det fortsatt er aktuelt å delta i et intervju.

Hvis du har behov for en samtale i etterkant av intervjuet, kan du ta kontakt med (også utenfor ordinær kontortid):

1. Psykiatrisk sykepleier/jordmor v/psykososialt team ved Fødeavdelingen St. Olav:
Janne Hagen Klevan, e-post: janne.klevan@stolav.no. Tlf: 915 39 751.
2. Psykiatrisk sykepleier/jordmor Ann Cicilie A. Erbe, e-post: ann.cicilie.erbe@stolav.no
Tlf: 907 35 096.
3. Prosjektleder Ingvild Aune, e-post: ingvild.aune@ntnu.no. Tlf: 906 56 714.

Med Vennlig Hilsen Ann Cicilie Aksetøy Erbe
Mastergrad i Psykisk Helsearbeid, Institutt for Psykisk Helse
NTNU Fakultet for Medisin og Helsevitenskap

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

.....

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

.....

(Signert, masterstudent, dato)

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Hilde Eikemo	73597508	01.04.2016	2016/272/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			16.02.2016	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Ingvild Aune
NTNU

2016/272 Det er mer enn bare vann - en kvalitativ studie om barselkvinnens opplevelse av vannfødsel

Forskningsansvarlig: NTNU
Prosjektleder: Ingvild Aune

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 11.03.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Forskning viser en tendens til økende fødselsangst blant gravide kvinner. Det finnes lite studier om betydningen av å føde i vann i forhold til psykisk velvære. Hensikten med studien er å få en fordypet kunnskap om barselkvinnens opplevelse av å føde i vann. Forsknings spørsmålene jeg ønsker svar på er: 1. Hvilke faktorer er av betydning for en positiv fødselsopplevelse ved vannfødsel? 2. Hvilken betydning har den positive fødselsopplevelsen for kvinners mestring og opplevelse av psykisk velvære? Jeg skal bruke en kvalitativ metode med åpne dybdeintervju av 8-10 barselkvinner som har født i vann og har en positiv fødselsopplevelse. Intervjuene vil bli utført 4 uker etter fødselen. De kvalitative data vil bli analysert gjennom systematisk tekstkondensering (Malterud 2013).

Vurdering

Komiteens prosjektsammendrag

Prosjektet er en masteroppgave hvor formålet er å få en fordypet kunnskap om barselkvinnens opplevelse av å føde i vann. Man ønsker å undersøke hvilke faktorer som er av betydning for en positiv fødselsopplevelse ved vannfødsel, og hvilken betydning dette har for kvinners mestring og opplevelse av psykisk velvære. 8-10 barselkvinner skal inviteres til åpne dybdeintervju fire uker etter de har født sitt første barn normalt i vann. Data skal analyseres vha. systematisk tekstkondensering. Studien er samtykkebasert.

Rekruttering av deltakere

Komiteen har ingen merknader til det foreliggende informasjonsskrivet, og mener skrevet gir de forespurte et godt utgangspunkt for et informert samtykke. Rekrutteringsprosedyren fremstår som godt planlagt og sikrer at deltakerne kan gi et frivillig samtykke. Komiteen ber imidlertid om at samtykket signeres ved utskrivning fra barselhotellet.

Forsvarlighet

Komiteen har ingen innvendinger mot prosjektets målsetting og plan for gjennomføring. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivarettatt.

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningscenter 7489
Trondheim

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikk.com.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK midt, not to individual staff

Vilkår for godkjenning

1. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
2. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
3. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.
4. Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt når forskningsprosjektet avsluttes. I sluttmeldingen skal resultatene presenteres på en objektiv og etterrettelig måte, som sikrer at både positive og negative funn fremgår, jf. hfl. § 12.
5. Informasjonsskrivet i studien må dateres og påføres REKs referansenummer for godkjenning. Vennligst send endelig versjon av skrevet til komiteen til orientering før prosjektet igangsettes. Du kan benytte e-postadressen post@helseforskning.etikkom.no og "REK midt 2016/272" i emnefeltet.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteens beslutning var enstemmig.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 01.07.2017, jf. hfl. §

12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder

Kopi til: solrun.valen@ntnu.no

MASTERAFTALE – KVINNEKLINIKKEN

Kandidatens navn *Ann Cecilie A. Erbe*
Avdeling/seksjon *KK - Føde/Barsel Øst*
Er student ved masterstudiet i *psykisk helse- arbeid* ved *NTNU* fom
Det forventes at kandidaten fullfører masterstudiet ca *des. 2016*
Kandidaten innvilges permisjon i inntil *15* uker i perioden *2013 - des. 2016*
Kandidaten innvilges økonomisk støtte tilsvarende

Andre forhold/bindingstid

*Bindingstid i henhold til prosedyre.
Permisjon i henhold til prosedyre og
Stillingsavtale.*

26/4-16/
Anne Lise Børsumark
Dato/ arbeidsgivers signatur

12/4-16 Ann Cecilie A. Erbe
Dato/arbeidstakers signatur

Godkjent dato



klinikkisjef



SØKNAD OM VURDERING AV STUDIEPROTOKOLL

VED KVINNEKLINIKKEN, ST OLAVS HOSPITAL

Skjemaet sendes elektronisk til forskningsutvalget ved Kvinneklubben, Elisabeth Darj - elisabeth.darj@ntnu.no og Roger Aalberg - roger.aalberg@stolav.no

Søknaden må godkjennes før oppstart av studien ved klubben

Studiens tittel: Mer enn bare vann. En kvalitativ studie om barselkvinneres opplevelse av å føde i vann.

Forskningsansvarlig

institusjon1 NTNU

Prosjektleder

(hovedstilling + institusjon) Ingvild Aune, dosent, NTNU

Prosjektmedarbeidere2

Ann Cicilie Erbe

Finansiering3 0

Kort resymé av protokoll

(Maks. 150 ord, fullstendig protokoll vedlegges)

Forskning viser en tendens til økende fødselsangst blant gravide kvinner. Det finnes lite studier om betydningen av å føde i vann i forhold til psykisk velvære. Hensikten med studien er å få en fordypet kunnskap om barselkvinneres opplevelse av å føde i vann. Forskningsspørsmålene jeg ønsker svar på er:

1. Hvilke faktorer er av betydning for en positiv fødselsopplevelse ved vannfødsel?
2. Hvilken betydning har den positive fødselsopplevelsen for kvinners mestring og opplevelse av psykisk velvære? Jeg skal bruke en kvalitativ metode med åpne dybdeintervju av 8-10 barselkvinner som har født i vann og har en positiv fødselsopplevelse. Intervjuene vil bli utført 4 uker etter fødselen. De kvalitative data vil bli analysert gjennom systematisk tekstkondensering (Malterud 2013).

Presentasjon på klinikkens forskningsforum?4 Nei

Antatt dato for start av inklusjon (måned, år) 06.04.16

Antatt dato for inklusjon av siste pasient 01.06.16

Antatt dato for siste pasientoppfølging ved Klinikk for hjertemedisin

Antall planlagt inkluderte pasienter ved Klinikk for hjertemedisin

Ressursbehov - prosjektkostnader

Klinikkens ressurser Nei

Vil studien medføre behov for lengre opphold, ekstra overvåkning eller konsultasjoner utover vanlige kliniske rutiner? Spesifiser. Nei

Godkjenninger (elektronisk kopi av godkjenninger vedlegges søknaden)

Godkjent REK? (reg.nr.)5 2016/272/REK midt

Meldt personvernombudet?6 Nei

Registrert i EudraCT?7 Nei

Godkjent av Statens Legemiddelverk?7 Nei

Registreringsnummer i ClinicalTrials.gov8 Nei

Registrering i CRISTin (protokoll) www.CRISTin.no Nei

Skal biologisk materiale samles, lagres eller forsendes? (type materiale, hvordan lagres, sendes hvor?) Nei

Andre relevante godkjenninger? Nei

Plan for datalagring?9 I låsbart skap i 6.etg ved kvinneklinikken. Kontorlandskap.

Multisenterstudie?

(Samarbeidsavtaler med eksterne parter vedlegges)10 Nei

Registrert i ESA? (saksnr.)11 Nei

Dato for utfylling av skjema 07.04.2016

1 For studier som rekrutterer pasienter fra Kvinneklinikken (poliklinikk eller innleggelse) skal forskningsleder - (klinikksjef) være forskningsansvarlig. For samarbeidsprosjekter med NTNU, skal instituttleder ved aktuelt institutt være forskningsansvarlig sammen med forskningsleder (klinikksjef).

2 Spesifiser hvem som er kontaktperson/praktisk utførende for studien ved Kvinneklinikken, samt rolle i studien (eks. stipendiat, masterstudent). Denne føres opp øverst.

3 Alle kjente finansieringskilder, de største bidragsyterne øverst. Plan for finansiering må spesifiseres i protokoll inklusive planlagt tid for søknader og hva som er innvilget.

4 Alle prosjekter skal presenteres på klinikkens forskningsforum. Det anbefales at dette gjøres tidlig i planleggingsprosessen for å få innspill og drøfte studien. Tidspunkt avtales med Kvinneklinikkens forskningsleder

5 Ved tvil om behov for forhåndsgodkjenning av REK, skal søknad om framleggingsvurdering forelegges REK.

6 Prosjekter som ikke trenger forhåndsgodkjenning av REK, skal meldes personvernombudet ved St. Olavs Hospital HF dersom personopplysninger lagres. Dette gjelder også aidentifisert informasjon.

7 Ved legemiddelutprøving må studien først registreres i EudraCT, deretter søkes Statens legemiddelverk - SLV. NorCRIN kan bistå i denne prosessen:
www.norcrin.no

8 De aller fleste kliniske studier skal registreres i et godkjent internasjonalt register. De fleste bruker www.clinicaltrials.gov. Enhet for anvendt klinisk forskning tilbyr hjelp til registrering. Ingrid.I.Riphagen@ntnu.no.

9 Der St. Olavs Hospital er forskningsansvarlig skal det opprettes sikkert filområde fra HEMIT for lagring av data, se EQS prosedyre ID-12492 for bestillingsrutine. Dersom data skal lagres utenfor dette området, må rutiner for dette spesifiseres nøyaktig i protokoll.

10 Mal for samarbeidsavtaler finnes i EQS – prosedyre ID-14999.

11 Ved St. Olavs Hospital HF skal alle dokumenter tilhørende forskningsprosjektet lagres på eget saksnummer i arkivsystemet ESA. Administrasjonskoordinator ved Kvinneklinikken, Roger Aalberg – roger.aalberg@stolav.no , bistår med opprettelse av dette. ((Enhet for anvendt klinisk forskning (AKF) gir forskningsstøtte og tilbyr monitorering))

Til alle som deltar i noen form for forskning ved Kvinneklinikken St. Olavs Hospital

Navn på søker:

Det drives forskjellige typer av forskning ved Kvinneklinikken.

1. Forsker initierte prosjekter som finansieres fra Samarbeidsorganet, kontaktutvalget eller annen ekstern forskningsstøtte. Kryss av hva du søker om:

Master oppgaver

Hovedoppgaver

PhD

Oppdragsforskning, eks. legemidler

2. Industristøttede prosjekter

Nei

Ja à Hvem:

Felles for alle typer av forskning er at

1. Ansatte ved kvinneklinikken er involvert

2. Prosjektet til noen grad tar i bruk noe av klinikkens ressurser

Hvilke – sett kryss:

Personell

Hjelp/assistanse fra forskningssykepleier

Logistikk

Lokaler

IT

Utstyr

Interne tjenester (lab-analyser og lignende)

ÿ Behov for deltakelse på kurs/seminar/kongress

Klinikken trenger å ha oversikt over pågående og planerte prosjekter på et tidlig stadium.

For å kunne innvilge og legge til rette for prosjekter som tar i bruk klinikkens ressurser må vi ha informasjon om det planerte prosjektet FØR avtale med eksterne partnere er gjort. Dette er viktig for å unngå situasjoner der inngåtte avtaler ikke kan gjennomføres eller forsinkes pga at flere prosjekter kjøres allerede.

Vi ber derfor alle som planlegger prosjekter gi en kort orientering skriftlig til forskningskomiteen om

- * Når prosjektet regnes med å starte
- * Hvilke ressurser fra klinikken ønskes å taes i bruk
- * Hvilken type av forskning det dreier seg om
- * Samarbeidspartnere
- * Tenkt/planlagt finansiering

Dette før man evt sender inn protokoll til REK, eller gir løfter til industrien.

Prosjektnavn

Mer enn bare vann. En kvalitativ studie om barselkvinnens opplevelse av å føde i vann.

Prosjektansvarlig ved klinikken (person som har ansvaret for pasientkontakt / inkludering)

Ann Cicilie Erbe

Tenkte samarbeidspartnere

Personell på barselhotellet.

Planlagt oppstart hvis godkjent

06.04.16

Planlagt avslutning

03.11.16

Finansieringstype (er det gjort avtale med UNIMED?)

Ingen

Hvor mange pasienter skal inkluderes

Ca.10

Hva skal konkret ”gjøres” med pasientene (blodprøvetaking x ?,
ultralydundersøkelse? Biopsier? etc)

Intervju.

Enkel / kort budsjett utkast

0

Målet her er ikke å vurdere prosjektets vitenskapelige eller etiske kvalitet, men å enkelt få en oppfatning om ressursbehov / ressursbruk

Vi gjør oppmerksom på at 5% av prosjektmidlene går til Kvinneklinikken, husk å inkludere dette ved budsjettplanleggingen.

Overskytende midler utdelt for artikler, som er tildelt av Helse og omsorgsdepartementet og som ikke er brukt ved utgangen av året føres tilbake til Kvinneklinikken.

Sendes per e-post til elisabeth.darj@ntnu.no