

Ive Marie Schønning Gulliksen & Tine Hansen  
Ritter

## **Informerte valg under fødsel: En metasyntese**

Kvinner og jordmødres opplevelser

Antall ord: 20391

Masteroppgave i jordmorfag  
Veileder: Astrid Hansen  
Medveileder: Rajja H. T. Dahlø  
April 2022



Ive Marie Schønning Gulliksen & Tine Hansen Ritter

# **Informerte valg under fødsel: En metasyntese**

Kvinner og jordmødres opplevelser

Antall ord: 20391

Masteroppgave i jordmorfag  
Veileder: Astrid Hansen  
Medveileder: Raija H. T. Dahlø  
April 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for klinisk og molekylær medisin



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Hensikt:** Hensikten med studien er å få en dypere forståelse om hvilke opplevelser kvinner har med å ta informerte valg under fødsel. Samtidig belyser studien hvilke faktorer som påvirker jordmor når hun skal tilrettelegge for at kvinnen skal kunne ta informerte valg under fødsel.

**Metode:** Denne studien er en kvalitativ metasyntese med metaetnografisk tilnærming for syntese av resultatene. Etter systematiske søk i utvalgte databaser resulterte det i elleve primærstudier som ble inkludert i studiens syntese.

**Resultat:** Tre temaer ble identifisert vedrørende kvinneperspektivet. Det første var «kvinnens opplevelse av informasjon under fødsel» som viste at informasjon gitt under fødsel kunne være utfordrende for kvinnene. Det andre var «kvinnens opplevelse av involvering ved beslutningstaking og informerte valg» som viste at kvinnene opplevde det å være involvert i beslutningstaking som ulikt. De hadde ulike preferanser om hvor involvert de ønsket å være. Det tredje var «kvinnens opplevelse av relasjon til jordmor» som viste at relasjonen til jordmor var avgjørende for en positiv opplevelse og for å fremme kvinnens deltakelse i beslutningstaking.

Tre temaer ble identifisert vedrørende jordmorperspektivet. Det første var «jordmors oppfatning av egen kunnskap, erfaring og intuisjon», som viste at deres kunnskap og erfaring var ledende faktorer når beslutninger i fødsel skulle tas. For jordmødrene var det å støtte kvinnen i å ta informerte valg som en følelse av ansvar og plikt. Det andre temaet var «jordmors opplevelse av å arbeide i henhold til retningslinjer», som belyste hvordan det å arbeide under retningslinjer påvirket og utfordret deres arbeidshverdag. Det tredje temaet var «jordmors oppfatning av relasjonsbygging og kommunikasjon med kvinnen» som viste at en hovedkomponent i relasjonsbygging var kommunikasjon, spesielt for å forstå kvinnens ønsker, synspunkter og holdninger rundt fødsel.

**Konklusjon:** Fødende kvinner har rett til å få tilstrekkelig informasjon, bli hørt, samt få være med i beslutningsprosesser når intervensjoner under fødsel skal avgjøres. Myndigheten til å utøve forsvarlig helsehjelp ligger til slutt hos helsepersonell.

**Nøkkelord:** Informerte valg, Kvinne, Jordmor, Opplevelser, Metaetnografi, Kvinne-sentrert omsorg

# Abstract

**Purpose:** The purpose of the study is to gain a deeper understanding of the experiences women have in making informed choices during childbirth. At the same time, the study sheds light on the factors that influence the midwife when making arrangements for the woman to make informed choices during childbirth.

**Method:** This study is a qualitative metasynthesis with a metaethnographic approach to synthesis of the results. After systematic searches in selected databases, it resulted in eleven primary studies included in the study's synthesis.

**Results:** Three topics were identified regarding the women's perspective. The first was the "women's experience of information during childbirth" which showed that information provided during childbirth could be challenging for the women. The second was "women's experience of involvement in decision-making and informed choices" which showed that the women felt that they were involved in decision-making as unequal. They had different preferences about how involved they wanted to be. The third was "women's experience of relation to the midwife", which showed that the relationship with the midwife was crucial for a positive experience and for promoting the woman's participation in decision-making.

Three topics were identified regarding the midwifery perspective. The first was "the midwife's perception of her own knowledge, experience and intuition", which showed that their knowledge and experience were leading factors when decisions in childbirth should be made. For the midwives, supporting the woman in making informed choices was a sense of responsibility and duty. The second theme was "the midwife's experience of working according to guidelines", which shed light on how working under guidelines affected and challenged their everyday work. The third theme was "midwife's perception of relationship building and communication with the woman" which showed that a main component of relationship building was communication, especially to understand the women's desires, views and attitudes around childbirth.

**Conclusion:** Maternity women have the right to receive sufficient information, be heard, as well as be allowed to participate in decision-making processes when interventions during childbirth are to be decided. The authority to exercise proper health care ultimately lies with health personnel.

**Keywords:** Informed Choices, Woman, Midwife, Experiences, Metaethnography, Woman-Centered Care

# Forord

Masteroppgaven er det siste arbeidet vi gjør gjennom vår tid som jordmorstudenter før arbeidslivet står for tur. Arbeidet med masteroppgaven har vært en berg-og-dalbane av følelser. Den har vært en lang prosess som har vært lærerik, krevende og alttopplukende.

Det har vært betydningsfullt å arbeide to kandidater sammen da vi hele tiden har hatt to ulike perspektiver å se ting fra, og ikke minst være hverandres støttespiller. Det har vært fint å ha noen å reflektere og diskutere med gjennom skriveperioden, spesielt når vi har møtt på utfordringer. Ved å lese studier og annen litteratur har vi økt vår forståelse og kunnskap om tematikken.

Vi ønsker å takke våre to veiledere som har delt sin kunnskap og gitt gode råd på veien. Det samme til våre medstudenter for oppmuntrende ord gjennom perioden. En siste takk vil gå til våre familier og venner som har vært til stor støtte for oss begge.

Trondheim, April 2022

Ive Marie Schønning Gulliksen & Tine Hansen Ritter





# Innhold

1	Introduksjon .....	11
1.1	Bakgrunn for valg av tema og relevans .....	12
1.1.1	Hensikt med studien .....	13
1.2	Tema og forskningsspørsmål .....	13
1.3	Avgrensning og fokusering av studien .....	13
1.4	Begrepsavklaring.....	14
2	Teoretisk forankring .....	15
2.1	Kvinne-sentrert omsorg .....	15
2.1.1	Et gjensidig forhold.....	15
2.1.2	En fødende atmosfære .....	16
2.1.3	Jordmors grunnleggende kunnskap, ressurser og balansegang .....	16
2.2	Empowerment .....	17
2.3	Kommunikasjon – informerende ferdigheter .....	18
2.4	Autonomi .....	19
3	Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	20
3.1	Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming .....	20
3.2	Fenomenologi .....	20
3.3	Hermeneutikk.....	21
3.4	Forforståelse .....	21
4	Metode.....	23
4.1	Metaetnografi som tilnærming til metasyntese.....	23
4.1.1	Tabell 1-Metaetnografiens 7 trinn .....	24
4.2	Utvikling av søkeord .....	25
4.2.1	Tabell 2 - PICO-skjema .....	26
4.3	Inklusjon og eksklusjonskriterier .....	26
4.4	Søkestrategi .....	27
4.4.1	Flytskjema .....	29
4.5	Kvalitetsvurdering av inkluderte studier.....	30
4.5.1	Tabell 3 – Presentasjon av inkluderte primærstudier.....	31
4.6	Forskningsetiske overveielser .....	36
4.7	Analyse og syntese av data .....	36
4.7.1	Tabell 4 – Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse .....	37
4.7.2	Syntesematrise.....	39
4.7.2.1	Tabell 5 – Kvinneperspektivet .....	39
4.7.2.2	Tabell 6 – Jordmorperspektivet .....	41

5	Resultater .....	43
5.1	Kvinneres opplevelse av informasjon under fødsel .....	43
5.2	Kvinneres opplevelse av involvering ved beslutningstaking og informerte valg under fødsel .....	44
5.2.1	Kvinneres opplevelse av relasjon til jordmor .....	46
5.3	Jordmors oppfatning av egen kunnskap, erfaring og intuisjon .....	47
5.3.1	Jordmødres opplevelser av å arbeide i henhold til retningslinjer .....	48
5.4	Jordmors oppfatning av relasjonsbygging og kommunikasjon med kvinnen....	49
6	Resultatdiskusjon.....	51
6.1	Kvinneres opplevelse av informasjon under fødsel.....	51
6.2	Kvinneres opplevelse av involvering ved beslutningstaking og informerte valg under fødsel .....	52
6.3	Kvinneres opplevelse av relasjon til jordmor .....	54
6.4	Jordmors oppfatning av egen kunnskap, erfaring og intuisjon .....	55
6.5	Jordmødres opplevelser av å arbeide i henhold til retningslinjer .....	56
6.6	Jordmors oppfatning av relasjonsbygging og kommunikasjon med kvinnen....	58
7	Metodediskusjon.....	60
7.1	Intern validitet .....	60
7.2	Ekstern validitet.....	62
7.2.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning .....	64
8	Konklusjon.....	65
9	Referanser .....	66
	Vedlegg 1 – Databaser .....	71
	Vedlegg 2 – Søkestrategi i ulike databaser.....	73
	Cinahl 07.10.21.....	73
	Medline 17.09.2021 .....	75
	Pubmed 17.09.2021.....	76
	VEDLEGG 3 – Sjekklistor .....	78

# 1 Introduksjon

Over hele verden ønsker de fleste fødende kvinner seg en god fødselsopplevelse hvor de finner en iboende verdi i å kunne bruke sin egen fysiske og psykososiale kapasitet til å føde et sunt barn. Der intervensjoner under fødsel er nødvendig eller ønsket, ønsker kvinner vanligvis å beholde følelsen av kontroll ved å være involvert i beslutninger (Downe et al., 2018).

Som pasient eller bruker av en helsetjeneste, presiseres det at informasjon og involvering i beslutninger om ens helsehjelp skal praktiseres (Helsedirektoratet, 2010; International Confederation of Midwives, 2008; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; World Health Organization, 2018). På et internasjonalt nivå anbefales det fra World Health Organization (WHO) at kvinner skal kunne få ta informerte valg. Kvinner skal støttes i å forstå at hun har et valg og sikre at hennes valg blir støttet, som en del av en respektfull fødselsomsorg (WHO, 2018). International Confederation of Midwives (ICM) er den internasjonale organisasjonen for jordmødre. I ICM sine retningslinjer vektlegges relasjonen som skapes mellom jordmor og kvinnen. Relasjonen skal ta høyde for brukermedvirkning, informerte valg og informert samtykke (ICM, 2008).

Den største undersøkelsen av kvinners erfaringer med fødselsomsorgen som er gjort i Norge, viste at kvinner ønsker å bli respektert, bemyndiget, sett og lyttet til. Videre viste studien at dette ga kvinnene en følelse av partnerskap når beslutninger under fødselen skulle avgjøres. Å ha en reell innflytelse og medbestemmelse i henhold til seg selv og barnet var viktig. Kvinnene refererte blant annet til kontinuitet under fødsel, hvor følelsen av kontinuitet var knyttet til å få den informasjonen og forklaringene som trengtes gjennom hele fødselsprosessen (Vedeler et al., 2022).

Som gravid og fødende kvinne er det mange valg som skal tas gjennom samarbeid, veiledning og informasjon fra jordmor. Intervensjoner under fødsel kan være blant annet: smertelindring, kateterisering, stimulering av rier, vaginalundersøkelse, fødestilling, kontinuerlig fosterovervåking, amniotomi, episiotomi, avnavling, fysiologisk etterbyrdsfase og injeksjon av K-vitamin til den nyfødte. Alle de nevnte intervensjonene er handlinger som angår kvinnens kropp eller hennes barn og kan defineres som helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018). For at kvinnen skal kunne medvirke ved ulike valg, forutsetter det at leger og jordmødre gir kvinnen informasjonen hun trenger. Kvinner skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt, og samt at informasjonen skal være tilpasset hver enkelt (Helsedirektoratet, 2010).

I Norge er det lovpålagt at pasienter og brukere av helsetjenester skal ha rett til medvirkning ved gjennomføring av alle former for helsehjelp (Pasient- og

brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Det vil si rett til medvirkning ved valg som gjelder forebyggende, diagnostiserende og behandlende helsehjelp (Helsedirektoratet, 2010). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven skal helsehjelp hovedsakelig kun gis med pasienten sitt samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4). Helsehjelp kan gis uten samtykke, men kun hvis det finnes grunnlag for det i loven (Helsepersonelloven, 1999, §7).

Helsepersonell skal gi nødvendig informasjon til pasienten slik at de får innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som skal utføres. Videre skal helsepersonell informere om mulige risikoer og bivirkninger vedrørende helsehjelpen (Helsepersonelloven, 1999, §10).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og relevans

Vår motivasjon for temaet informerte valg kom gjennom praksisperiodene vi har hatt ved en av de største kvinneklinikkene her i landet. Vi observerte forskjellige måter jordmor tilnærmet seg kvinnen under fødsel når det gjaldt informasjonsdeling.

Før vi gikk i gang med vår studie, søkte vi i ulike databaser og fant i forskning at det var en sammenheng mellom informasjonsdeling under fødsel og kvinner som opplevde fødselen sin som traumatisk (Elmir et al., 2010; Hollander et al., 2017; Watson et al., 2021), hvor utvikling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) også var assosiert (Andersen et al., 2012). Posttraumatisk stresslidelse kjennetegnes ved at man gjenopplever den traumatiske hendelsen på nytt, og har stadig mareritt om det som skjedde (Helsebiblioteket, 2020).

En studie gjort av Elmir et al. (2010) viste at mangel på kontroll under fødselen førte til maktesløshet, sårbarhet og manglende evne til å ta informerte avgjørelser. Deltakerne i studien så det som avgjørende at helsepersonell formidlet informasjon og ga de regelmessige oppdateringer om fødselsprosessen, slik at de kunne være involvert i beslutninger under fødselen (Elmir et al., 2010).

I en studie ble kvinner spurt om hva helsepersonell kunne gjøre annerledes for å forhindre den traumatiske fødselsopplevelsen. Kvinnene ønsket at de skulle kommunisere, lytte og forklare mer, samt støtte de emosjonelt og praktisk underveis (Hollander et al., 2017). Relasjonen med helsepersonellet hadde en betydelig innvirkning på kvinners opplevelse av fødselen. Kvinner som opplevde en traumatiserende fødsel rapporterte ofte om dårlig kommunikasjon hvor følelsen av å føle seg utenfor og hvor helsepersonellet snakket «om» de istedenfor «med» de (Watson et al., 2021). Videre viste en studie at mangel på støtte og informasjon fra helsepersonell var signifikant assosiert med utviklingen av PTSD (Andersen et al., 2012).

### 1.1.1 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å få en dypere forståelse om hvilke opplevelser kvinner har med å ta informerte valg under fødsel. I tillegg få en forståelse om hvilke faktorer som påvirker jordmoren når hun skal tilrettelegge for at kvinnen skal kunne ta informerte valg under fødsel.

## 1.2 Tema og forskningsspørsmål

Tema: Informerte valg

Vi har i studien valgt å ha to perspektiver, både kvinne- og jordmorperspektivet.

Våre forskningsspørsmål er:

1. Hva er kvinners opplevelser med å ta informerte valg under fødselen?
2. Hvilke faktorer er av betydning for jordmor når hun skal tilrettelegge for at kvinnen skal kunne ta informerte valg under fødsel?

## 1.3 Avgrensning og fokusering av studien

I Norge deler vi fødselen inn i tre faser: åpningsfasen, utdrivningsfasen og etterbyrdsfasen. Vi valgt å ha fokus på opplevelsen av informerte valg for den fødende kvinnen under den aktive fasen av åpningsfasen, samt utdrivningsfasen. Kvinner defineres som i aktiv fødsel fra mormunnåpningen er 3-4 cm åpen og hun har regelmessige rier, til den er helt åpen (Blix & Bernitz, 2017). Utdrivningsfasen er fra mormunnåpningen er 10 cm til barnet er født (Blix & Bernitz, 2017). Når det gjelder jordmorperspektivet er det ikke satt noen andre begrensninger enn det vi har beskrevet i inklusjonskriteriene i avsnitt 4.3.

Vi vil i denne studien belyse kvinne-sentrert omsorg og har anvendt en modell som er utarbeidet av Berg et al. (2012) som vil knyttes opp mot våre resultater. Vi vil ikke ha fokus på helsefremmende arbeid spesielt, men vil komme inn på temaet i ulike sammenhenger gjennom studien. Teori om empowerment, autonomi og kommunikasjon vil belyses. Våre forskningsspørsmål gjør at flere modeller og teoretiske begreper kunne vært aktuelle å belyse. Grunnet studiens omfang har vi begrenset det til det som kommer frem i teoretisk forankring i kapittel 2.0.

I denne studien har vi valgt å bruke begrepet beslutningstaking i resultatkapittelet og resultatdiskusjonen. Ifølge Cooke (2005) brukes det ulike definisjoner på et informert valg, hvor beslutningstaking er sterkt knyttet til dette.

## 1.4 Begrepsavklaring

Informert valg:

- Et informert valg blir i litteraturen definert forskjellig. I denne studien har vi valgt å bruke definisjonen: For å ta et informert valg må pasienten, kort sagt, være i stand til å forstå informasjonen som blir gitt og de tilhørende potensielle fordelene, risikoene og alternative valg som finnes (Helsedirektoratet, 2017; Paterick et al., 2020).

Beslutningstaking:

- En beslutning er et valg mellom en rekke alternativer, og en beslutningstaker er den som tar et slikt valg (Tinsley, 2005). Beslutningstaking er en prosess som tilrettelegges ved et gjensidig partnerskap mellom kvinner og jordmødre som er preget av samarbeid, tillit, autonomi og ansvar (Cooke, 2005).

Normal fødsel:

- I denne studien defineres normal fødsel som: Spontan fødselstart, lav risiko ved starten av fødselen og forbli slik gjennom hele fødselen. Barnet fødes spontant mellom uke 37 og 42 fullførte svangerskapsuker. Etter fødselen er mor og spedbarn i god stand (Technical Working Group, 1997).

Intuisjon:

- Ordet intuisjon kommer fra det latinske intueri, som betyr å se eller betrakte noe. Intuisjon er en tankeprosess som gir et svar, en løsning eller en ide, uten anstrengelse og uten bevissthet om prosessen bak. Dette vil si at man ikke alltid kan redegjøre for hvordan man kom fram til resultatet. Intuisjoner er umiddelbare instinkter, som gjerne kommer helt av seg selv, uten at vi er klar over hva som «trigger» dem (Kirkebøen, 2012).

## 2 Teoretisk forankring

Den teoretiske forankringen er med på å danne grunnlaget for studien. I dette kapitlet presenteres sentrale teoretiske begreper som anses å bidra til en helhetlig belysning av valgt tema og forskningsspørsmål. Vi har valgt kvinne-sentrert omsorg som en tilnæringsmodell. Deretter vil vi beskrive empowerment som er en prosess hvor hensikten er å styrke pasientens kontroll og makt over egen helse. Videre belyses informerende ferdigheter og autonomi. Alle disse tre begrepene er sentrale i modellen for kvinne-sentrert omsorg.

### 2.1 Kvinne-sentrert omsorg

Innen jordmorfaget er kvinne-sentrert omsorg et godt brukt begrep og støttes av ICM sin utarbeidet modell «Model of Midwifery Care» (ICM, 2005). Fontein-Kuipers et al. (2018) definerer kvinne-sentrert omsorg som en filosofi og et verktøy for hvordan utøve omsorg til den gravide kvinnen. Samarbeidsrelasjonen mellom kvinnen og jordmor formes gjennom medmenneskelighet og interaksjon: anerkjennelse og respekt for hverandre. I kvinne-sentrert omsorg er fokuset rettet mot kvinnens individuelle opplevelse, mening og håndtering av svangerskap og fødsel, samt helse og velvære for mor og barn. Maputle og Hiss (2013) skriver at en av de essensielle egenskapene i kvinne-sentrert omsorg under fødsel er å dele informasjon og myndiggjøre kvinnen (empowering). Dette vil kunne legge til rette for at kvinnen kan være delaktig i informerte beslutninger og ta informerte valg, samt fremme kvinnen sin autonomi (Maputle & Hiss, 2013).

Berg et al. (2012) hadde som mål i sin studie å definere og utvikle en teoretisk evidensbasert jordmor-modell for kvinne-sentrert omsorg i Sverige og Island. De mener at hele deres modell er nødvendig for å kunne gi optimal kvinne-sentrert omsorg under fødselen. Modellen fra Berg et al. (2012) vil bli oppsummert nedenfor da den anses som relevant for studien.

#### 2.1.1 Et gjensidig forhold

Ifølge modellen er flere faktorer viktig i et gjensidig forhold mellom kvinnen og jordmor. En faktor er jordmors tilstedeværelse under fødselen, samt at kvinnen får bekreftelse og blir sett av jordmor. Det at jordmor er tilgjengelig og lar kvinnen være involvert i fødselsprosessen er også en fremtredende faktor (Berg et al., 2012).

Å kunne være delaktig i sin egen fødsel innebærer, ifølge modellen, å ha en kontinuerlig dialog med jordmor som lytter til kvinnen, hvor jordmor informerer om fremgangen i fødsel og støtter den fødende til å ta egne valg. Deltakelse er viktig både ved normale og kompliserte fødsler, samt å ha muligheten til å ta felles beslutninger sammen med jordmor. Manglende medvirkning fra kvinnen kan skape en følelse av å ikke være til stede under fødselen og følelsen av å ikke ha født selv. En fysisk og mental tilstedeværende jordmor har et tillitsfullt forhold til kvinnen, samt støtter og veileder kvinnen på hennes premisser. Et gjensidig forhold inkluderer også bekreftelse. Det vil si at kvinnen trenger å bli anerkjent, som videre kan styrke kvinnen til å føle seg i stand til å føde. Kvinnen blir delaktig, tar ansvar og styring over seg selv. Det som er vesentlig her for jordmor er å føle seg knyttet til kvinnen, og at hun er til stede med, og for kvinnen. Jordmor skal være tilgjengelig, noe som også er grunnleggende for jordmors egen utvikling av kunnskap og ferdigheter. Å være tilgjengelig som jordmor inkluderer å være sammen med kvinnen ved å være til stede, tilpasningsdyktig og støtte kvinnen i henhold til hennes behov (Berg et al., 2012).

### 2.1.2 En fødende atmosfære

Viktig for en fødende atmosfære er etableringen av et gjensidig forhold, dermed anses disse to forholdene i modellen som overlappende. En fødende atmosfære er et fødested som utstråler følelser av tillit, ro og trygghet. Å skape denne atmosfæren er like viktig på en obstetrisk avdeling som på en jordmorstyrt avdeling. Jordmødre som jobber ved en obstetrisk avdeling, må muligens legge inn en større innsats for å få dette til. Atmosfæren skal styrke og støtte normaliteten av fødselen i henhold til den aktuelle situasjonen. Det vil kunne gi en følelse av å være hjemme. Ro, tillit, sikkerhet, styrke kvinnen og støtte normaliteten av en fødsel, er temaer som omgår «en fødende atmosfære». En rolig atmosfære vil kunne støtte kvinnen i å være til stede på fødestuen og i fødselsprosessen. Ro på fødestuen vil også kunne støtte jordmoren til å bruke sin kunnskap og stole på normaliteten (Berg et al., 2012).

I begrepet sikkerhet refererer modellen til medisinsk-teknisk trygghet, organisering av omsorg og faglig kompetanse. En trygg atmosfære vil kunne fremme kvinnens følelse av trygghet og selvtillit til egen kropp. Trygghet gir en følelse av kontroll, og det sentrale her er å bli informert om hva som foregår. Det er gjensidig, når kvinnen føler seg trygg, føler jordmor seg trygg. En fødende atmosfære støtter den normale prosessen av en fødsel hvor det kreves ro, tillit, trygghet og et gjensidig godt forhold mellom jordmor og kvinnen. Av jordmor kreves det at hun bruker sine intuitive ferdigheter som å være hos kvinnen, lese situasjonen, holde balansen og bemerke seg flyten i fødselsprosessen (Berg et al., 2012).

### 2.1.3 Jordmors grunnleggende kunnskap, ressurser og balansegang

I kvinne-sentrert omsorg er jordmor sin kunnskap ifølge modellen, vesentlig. Det er essensielt å ha ressurser og ferdigheter til å bruke sin kunnskap forskjellig ut ifra hver



enkelt kvinne sine individuelle behov. Kunnskap hos jordmor består av ulike typer kunnskap, den teoretiske-, den erfaringsbaserte- og den sensitive kunnskapen. Gjennom sansene lever jordmor ut sin kunnskap. Det omhandler syn, lukt, hørsel, berøring og den såkalte «sjette sansen»- intuisjon. En vesentlig ting for utvikling av kunnskap er refleksjonen jordmor gjør, både med seg selv og sammen med andre kollegaer. Relasjon og samhandling med kvinnen blir sett på sentralt for å utvikle sine ferdigheter og kunnskap (Berg et al., 2012).

Basert på en jordmorfaglig filosofi vil all omsorg som gis i en kontekst som består av normer, være både fremmede og til hinder for å gi optimal omsorg under fødsel. I fødselsomsorgen kan det oppstå et sammenstøt mellom ulike kulturer som påvirker jordmorsomsorgen. Dette kan blant annet være kvinnens kulturelle syn, kulturen til institusjonen og det overordnede helsevesenets kulturelle paradigme. En fremmede kulturell norm er at jordmor skal være til stede under fødsel og kontinuerlig støtte kvinnen i henhold til hennes behov. En hindring kan være at man som jordmor er pliktet til å gi omsorg til mer enn én kvinne om gangen. Hvor jordmor potensielt må gå fra den ene til andre og kun gi et minimum av omsorg, der hun risikerer å være mentalt fraværende for alle (Berg et al., 2012).

For å kunne utøve og skape kvinne-sentrert omsorg, gir begrepet «balansegang» en beskrivelse av de handlingene jordmor må utføre. Jordmor må balansere det å skape et gjensidig forhold med kvinnen og en fødende atmosfære. Samtidig som hun bruker sine grunnleggende kunnskaper for å gi omsorg basert på en jordmorfaglig modell, mens hun håndterer de hindrende kulturelle normene (Berg et al., 2012).

## 2.2 Empowerment

Tveiten (2020) skriver at som begrep ble empowerment i helsefremmende arbeid introdusert i Ottawa-charteret (WHO, 1986). Hun påpeker videre at kjernetenkningen rundt empowerment kan forstås som et rammeverk for helsefremming. I denne studien handler empowerment om hvordan informasjon og kunnskap gitt fra jordmor kan styrke den fødende kvinnen slik at hun kan ta informerte valg og delta i beslutningsprosesser.

Som begrep er empowerment vanskelig å definere og det finnes ingen konsensusdefinisjon. Begrepet er opprinnelig engelsk og er problematisk å oversette til norsk da oversettelsene kan redusere meningen. Oversettelsen fra empowerment til norske begreper er blant annet: bemyndigelse, myndiggjøring, delaktighet, pasientkraft, egenkrafts mobilisering eller å ha handlingsrom i eget liv (Tveiten, 2020). Eide og Eide (2014a) beskriver empowerment som å la pasienter beholde mest mulig kontroll og makt. Samtidig styrke og stimulere pasienten til å være med i beslutningsprosesser og utøve myndighet når dette er mulig. Empowerment er en type holdning som kommer til uttrykk gjennom kommunikasjon og involvering av pasienten. Holdningen er begrunnet i etiske verdier som autonomi, likeverd, respekt og i hensyn til pasientens beste (Eide & Eide, 2014a).

Empowerment kan sees som en prosess som inkluderer samhandling mellom pasient og helsepersonell. Målet med prosessen er å utvikle mestringskompetanse. Det er tre prinsipper som vektlegges i et helsefremmende arbeid. Disse omhandler medvirkning, maktfordeling og anerkjennelse av pasientens kompetanse. Selv om empowerment inkluderer maktfordeling, er det viktig å være bevist at dette nødvendigvis ikke alltid innebærer at pasienten selv skal bestemme behandlingsform. Pasienten har rett til informasjon, rett til å bli hørt, rett til å medvirke, men myndigheten og ansvaret bør ligge hos helsepersonell. For å ivareta prinsippene i empowerment må helsepersonell være bevist sin egen rolle og funksjon, og vite hvordan man kan samhandle med pasienten (Tveiten, 2020).

Videre skriver Tveiten (2020) at dialog mellom helsepersonell og pasient er viktig for å ivareta affektive og relasjonelle aspekter som tillit, anerkjennelse og trygghet. Empowerment er en motsats til den tradisjonelle medisinske behandlingsmodellen i helsetjenesten. Den vektlegger omfordeling av makt, fra helsepersonell til pasienten, og er dermed et slags motsvar til det paternalistiske synet på pasienten. Dette innebærer at pasienten ikke bare er en mottaker, men en deltaker. En forutsetning for kontroll over eget liv er bevissthet rundt egen situasjon, hvordan vi kan påvirke våre omgivelser, utvikling av personlig kompetanse og deltakelse i å definere behov og beslutninger som omhandler eget liv.

## 2.3 Kommunikasjon – informerende ferdigheter

Kommunikasjonsbegrepet kommer fra latin *communicare* som betyr å gjøre en annen delaktig eller å gjøre noe felles (Tveiten, 2020). Kjernen i kommunikasjon er å vise anerkjennelse til den andre parten, samt lytte aktivt, være åpen, men samtidig være direkte (Eide & Eide, 2014b). Hovedessensen for å skape gode relasjoner med andre mennesker er forutsatt at man har gode kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient bidrar til kvalitet i helsetjenesten. Et av målene med informasjonsdeling er at pasienten skal kunne føle på mestring av situasjonen. Å gi informasjon kan derfor ansees som en del av empowerment-prosessen (Eide & Eide, 2014b).

Å formidle hjelpende informasjon er å formidle kunnskap som pasienten er i behov av og er i stand til å ta imot. Dette er gjeldene uansett hvilken situasjon en pasient befinner seg i. Av den grunn er det fornuftig å tenke gjennom måten en informerer på, og hvorfor man gjør det på den måten man gjør. Det å tilpasse og formidle informasjonen til enhver pasient krever omtanke fra helsepersonell. En pasient skal oppleve å høre, forstå og huske det som er nødvendig, samtidig føle seg godt ivaretatt. For å oppnå god formidling forutsetter det at den skjer gjennom dialog og på pasientens egne premisser. Ved formidling av informasjon er man nødt til å finne ut hva pasienten trenger informasjon om, og informere på måte slik at informasjonen oppleves som relevant (Eide & Eide, 2014b).

Helsepersonell har altså som hovedoppgave å undersøke hvilken informasjon og kunnskap pasienten trenger, skaffe informasjonen og planlegge formidling, samt informere kunnskapen gjennom dialog og samhandling. Informasjonen har som mål å gjøre situasjonen forutsigbar for pasienten. Dette gjøres ved å gi informasjon på rett tidspunkt og i god tid slik at pasienten er klar over hva som skal skje (Eide & Eide, 2014b).

## 2.4 Autonomi

Ordet autonomi stammer fra gresk og betyr *autos* (selv) og *nomos* (lov, styring og regulering). Autonomi kan dermed oversettes til selvregulering eller selvstyring. Autonomi brukes om pasienten og helsepersonellens selvbestemmelse. Det er imidlertid ikke riktig å bruke selvbestemmelse i en del tilfeller, men heller medbestemmelse når det brukes innen medisinsk etikk. Medbestemmelse kan dreie seg om rett til å bestemme behandlingsform, eller rett til å nekte behandling (Slettebø, 2013). Retten til å få en autonom beslutning respektert er både en etisk og juridisk rettighet (Brinchmann, 2016).

Autonomiprinsippet er grunnleggende innenfor helsefaglig etikk. Ruyter et al. (2014) henviser til Beauchamp og Childress (2009) som legger til grunn et rammeverk av fire etiske prinsipper hvor autonomi er en av dem: autonomiprinsippet, - ikke skade prinsippet, - velgjørenhetsprinsippet og - rettferdighetsprinsippet. Prinsippene er likeverdige, og hensikten er at de skal fungere som et redskap og være veiledende i praksis for å løse medisinsk-etiske spørsmål (Ruyter et al., 2014). Ingen av prinsippene er absolutte, men de må vurderes opp mot hverandre i den enkelte situasjon ut fra hvilket prinsipp som bør veie tyngst i den aktuelle situasjonen (Slettebø, 2013).

Ifølge Ruyter et al. (2014) kan pasientautonomi forstås på minst tre ulike måter. Autonomi kan forstås som et prinsipp der respekt overfor pasientens ønsker og behov står sentralt når avgjørelser skal tas. For det andre kan autonomi forstås som en egenskap en person har, med andre ord kapasiteten til å handle i tråd med egne planer og ønsker. Til slutt kan autonomi forstås som en rettighet. Dette er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Hvis pasienten skal kunne foreta et selvstendig valg, er forutsetningen at han har fått så god og objektiv informasjon som mulig om de ulike alternativene og deres fordeler og ulemper. Vurderingen av en pasients kompetanse er en del av det kliniske og etiske skjønnet. I situasjoner der pasienter er svært sårbare, stilles det større krav til helsepersonell om å ivareta pasientens autonomi og integritet. For eksempel å avveie nøye på hvilken måte informasjon skal gis, i hvilken mengde og til hvem. I noen situasjoner vet helsepersonell hva som er til pasientens beste, men målet må hele tiden være å unngå å krenke pasientens integritet (Brinchmann, 2016).

## 3 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Vitenskapsteori danner et viktig grunnlag for hvordan vi forholder oss til et forskningsfelt i praksis, hvilke metoder som velges, og hvordan vi forstår, forholder oss til og formidler kunnskap (Brottveit, 2018).

### 3.1 Hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming

Denne studien har en hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming. En slik tilnærming ble et naturlig valg, da studien har som mål å få økt forståelse av kvinners og jordmødres opplevelser basert på kvalitative primærstudier. Ifølge Malterud (2017a) knyttes kvalitativ forskning til hermeneutiske og fenomenologiske tilnærminger.

### 3.2 Fenomenologi

I en fenomenologisk tilnærming rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv. Det er den levdes erfaring som vi forsøker å forstå, som i denne studien er kvinner og jordmødre (Thomassen, 2006). I fenomenologien vil det være sentralt å forstå fenomener på grunnlag av perspektivene til de som undersøkes, samt beskrive deres perspektiver slik de oppleves (Malterud, 2017a). Den øst-tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) er kjent som grunnleggeren av fenomenologien. Begrepet fenomenologi kommer fra gresk *phainomenon* og betyr fremtoning eller det som viser seg eller kommer til syne, og logos som betyr lære. Fenomenologien har etter Husserl utviklet seg i flere retninger, men hans filosofi danner et utgangspunkt for dem alle (Thomassen, 2006). Husserl påpeker at menneskelig erfaring er kjennetegnet på en direkte opplevelse av helhetlige, meningsbærende fenomener, og at det er dette som er utgangspunktet for kunnskap (Thomassen, 2006).

Ifølge Husserl er fenomenologiens fokus å beskrive hvordan ting vi står overfor fremtrer, slik vi umiddelbart opplever dem. Tingene, slik de kommer til syne for oss, kaller han for fenomener. En fenomenologisk tilnærming krever at en ser mest mulig bort i fra teorier, antagelser og forventninger vi vanligvis møter erfaringer med. Vår forforståelse, våre oppfatninger og forutgående viten må «settes i parentes» for å undersøke selve fenomenet. Et fenomen kan beskrives fra en rekke forskjellige perspektiver og de vil stadig utvide eller utfylle erfaringer ved fenomenet, samt endre våre forventninger. I en fenomenologisk studie må man gjennomføre en mest mulig utfyllende undersøkelse av hele den variasjonsbredden fenomenet kan oppleves i. Men hensikten er å nå frem til det særegne ved fenomenet, nemlig fenomenets essens eller «vesen» (Thomassen, 2006).

### 3.3 Hermeneutikk

Mennesker forstår og tolker meninger innenfor en kontekst, en sammenheng og i det menneskelige liv vil dette alltid være i en historisk sammenheng. Vi er bundet til et bestemt ståsted innenfor tiden og historien, hvor vår nåtid alltid er forbundet med en fortid og en tradisjon. Dette er perspektiver som spesielt utdypes hos den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Gadamer står som den helt sentrale fornyer av hermeneutikken i det forrige århundret. Betegnelsen «hermeneutikk» kommer fra det greske *hermeneuein*, som betyr å tolke eller fortolke (Thomassen, 2006).

En hermeneutisk tilnærming tar utgangspunkt i fortolkninger av menneskers handlinger gjennom å søke dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart blir oppfattet. Hensikten er å forstå og fortolke mening i det foreliggende datamateriale samt å konstruere nye meningssammenhenger av den virkeligheten som studeres. I vitenskapelig sammenheng knyttes begrepet til studier av menneskelige handlinger, opplevelser og erfaringer (Brottveit, 2018; Malterud, 2017a). Den historiske sammenhengen vi mennesker står i, får i Gadamers hermeneutikk en avgjørende betydning som betingelse for forforståelse. Gadamer fremhever også at all mening og forståelse er strukturert av en ikke bevisst forforståelse, eller av fordommer, som han kaller det (Thomassen, 2006).

Det vil være naturlig å benytte seg av den hermeneutiske sirkelen som metode når oppgaven er å tolke, forstå, finne mening og hensikt. Den hermeneutiske sirkel ble opprinnelig anvendt som en forståelse av hvordan man skal tolke en tekst (Aadland, 2011). I klassisk hermeneutikk betegnes begrepet «den hermeneutiske sirkel» om hvordan forståelsen utvikler seg gjennom en stadig bevegelse frem og tilbake mellom helhet og del i det materialet vi søker å forstå. Ut ifra vår forforståelse foregriper vi en mening i teksten. Forståelsen utvikles videre i en bevegelse frem og tilbake mellom to horisonter: leserens horisont og den horisonten teksten bærer med seg. Samtidig som forståelsen av «det fremmede» korrigeres og utvides, vil forståelsen av teksten utvide leserens egen selvforståelse: forståelsen av egne fordommer og av egen historisk situasjon. Forståelse utdypes og endres, og ny mening oppstår i en pendelbevegelse mellom den horisonten våre fordommer utgjør, og horisonten for det vi ønsker å forstå (Thomassen, 2006). Primærstudiene vil hver for seg være deler av vår studie. Ved å slå de sammen til nye tolkninger vil de bidra til å gi oss en utvidet horisont av innsikt i opplevelsene til kvinner og jordmødre.

### 3.4 Forforståelse

Ifølge Malterud (2017a) er forforståelsen ryggsekken vi bringer med oss inn i et forskningsprosjekt før man starter opp. Aadland (2011) skriver at forforståelsen er de forutsetningene vi bringer med oss som avgjør om vi finner mening i en tekst eller i en handling. Å reflektere over hvilke briller og forestillinger man møter oppgaven med er av overordnet betydning.

Som jordmorstudenter på et av landets største kvinneklinikker har vi fått innblikk i hverdagen som jordmor, samt hvordan det er å arbeide med kvinner i fødsel. Fra vårt perspektiv opplevde vi ulike praksis og tilnærming fra jordmor når helsehjelp ble gitt. På bakgrunn av dette vekket det interesse til å fordype oss innenfor temaet informerte valg under fødsel. Vi har selv erfaring som sykepleiere og har forståelse for at det noen ganger kan være utfordrende å gi informasjon til rett tid. Det samme gjelder om pasienten har forstått informasjonen som er blitt gitt.

Vi startet arbeidet med masteroppgaven ved å reflektere over vår forforståelse og hvilke forventninger vi tenkte våre funn ville bære preg av. Dette er noe vi har hatt med oss gjennom hele arbeidet med studien. Vår forforståelse bar blant annet preg av at vi er innforstått med at det å gi informasjon under fødsel kan være utfordrende, da settingen ofte bærer preg av at kvinnen har sterke smerter. Samtidig er vi innforstått med at vi har en plikt som helsepersonell å formidle informasjon og at den blir forstått av pasienten. Etter vi startet arbeidet med masteroppgaven våren 2021, har både ny teori og tidligere forskning på feltet preget vår forforståelse. Vår forforståelse har betydning for hvordan vi har samlet inn og analysert vårt datamateriale. Vår intensjon gjennom arbeidet med materialet var å stille seg så åpen som mulig og ikke lete etter funn som bekreftet vår forforståelse. Vi er uerfarne innen både forskningsfeltet og som jordmødre, noe som kan påvirke hvordan vi har lest litteraturen og påvirket utfallet av den empirien vi har valgt ut.

## 4 Metode

En metode er en fremgangsmåte for å samle og analysere datamaterialet for å kunne besvare et forskningsspørsmål (Polit & Beck, 2017). I vår studie ønsket vi mer kunnskap om kvinner og jordmødre sine opplevelser. Metoden vi har valgt å bruke er en av flere strategier hvor en verdsetter forskningsresultater som ressurs slik at man potensielt kan videreutvikle kunnskap (Malterud, 2017a). Med andre ord vil vi med denne studien å se på forskningen som allerede er produsert innenfor valgt tema. I dette kapittelet beskrives metoden som er benyttet, samt hvilke valg som har blitt tatt gjennom prosessen for å besvare forskningsspørsmålene.

### 4.1 Metaetnografi som tilnærming til metasyntese

Metoden som er valgt i studien er kvalitativ metasyntese og vil være basert på Malterud (2017a) sin tilnærming. Metoden kan benyttes til sammenfatning av alle typer kvalitative primærstudier som belyser forskningsspørsmål der kvalitative forskningsmetoder er aktuelle. Primærstudier er enkeltstående empiriske studier som allerede er publisert i internasjonal fagfelleverderte tidsskrifter. Gjennom kvalitativ metasyntese får vi vite mer om menneskers erfaringer, tanker, opplevelser, motiver, forventninger og holdninger. Målet med metoden er at syntesen som gjennomføres vil kunne lede frem til ny forståelse og ikke bare være en gjenfortelling av det som har vært sagt og skrevet. Ved en kvalitativ metasyntese finnes det mange ulike fremgangsmåter (Malterud, 2017a).

I denne studien anvendes metaetnografi som fremgangsmåte ved analyse av datamaterialet. Metaetnografi er en av seks tilnærminger til en metasyntese (Polit & Beck, 2017). Metaetnografi er en induktiv metode som er utarbeidet av Noblit og Hare (1988) hvor deres forestilling om metaetnografi er basert på det fortolkende paradigme. Studier som tilhører det fortolkende paradigme kalles for blant annet etnografiske, interaktive, kvalitative, naturalistiske, fenomenologiske og hermeneutiske. Alle disse typene av forskning er fortolkende ved at de søker etter en forklaring på sosiale eller kulturelle hendelser som er basert på perspektiver og erfaringer fra menneskene som studeres (Noblit & Hare, 1988). Som Malterud (2017a) skriver er et av kjernepunktene i metaetnografi å ta stilling til hvordan funn fra de inkluderte primærstudiene forholder seg til hverandre, slik de har vært fortolket og presentert av forskerne. Syntesen av primærstudiene skal innebære tolkning framfor en beskrivelse og vil være en avgjørende betingelse for forståelsen.

Noblit og Hare (1988) sin innfallsvinkel til metaetnografi av kvalitative studier inneholder syv trinn. Trinn en til tre er pre-analytiske og handler om å velge fenomenet en ønsker å studere, deretter bestemme hvilke studier som er relevant for syntesen, for så

å lese studiene gjentatte ganger. Trinn fire til seks beskriver analyseprosessen hvor en skal identifisere fellestrekk på tvers av primærstudiene. Videre skal en se etter sammenhenger, oversette studiene og bestemme hvordan de er beslektet til hverandre og deretter syntetisere oversettelsene. Trinn syv innebærer formidling av syntesen til leserne. Det har skjedd mye innen forskningsfaget siden metaetnografi ble utviklet i 1988. Den konkrete gjennomføringen av metaetnografi kan derfor ha et litt annet forløp i dag (Malterud, 2017a). Noblit og Hare (1988) mener at det å gjøre en metaetnografi er som en serie av faser som overlapper og gjentar seg etter hvert som syntesen utvikles. Vi har gjennom arbeidet med studien bemerket oss at overgangene kan være mer flytende i praksis og siden trinnene oppleves som overlappende har vi valgt å bruke de syv trinnene som en veileder.

#### 4.1.1 Tabell 1-Metaetnografiens 7 trinn

Trinn	7 trinn	Kort om prosessen vår	Tidsperiode
1	Oppstartsfase	Temaet ble bestemt, samt utforming av forskningsspørsmål. Det ble videre utført testsøk i flere databaser og med hjelp fra bibliotekar ble søkeord og søkestrategi utarbeidet. Neste steg var utvikling av inklusjons- og eksklusjonskriterier for så å gjennomføre litteratursøk.	Mai 2021 – Oktober 2021
2	Avklare hva som er relevant i henhold til problemstillingen	Ved gjennomgang av tittel og abstrakt hos de 1457 studiene, ble 1384 ekskludert. Videre ble de 73 studiene vurderte som kandidatstudier, lest i fulltekst. Her ble ti inkludert videre til syntesen i tillegg til en gjennom handsøk (se flytskjema).	Oktober 2021- Januar 2022
3	Lese de inkluderte studiene nøye	De elleve inkluderte studiene ble så lest gjentatte ganger for å oppnå en helhetlig forståelse. Videre ble alle kritisk vurdert ved hjelp av en sjekkliste utarbeidet av helsebiblioteket (vedlegg 3). Så ble det utarbeidet en tabell med oversikt over de inkluderte primærstudiene (tabell 3). På bakgrunn av temaer, metaforer og sitater ble et tankekart utviklet for å få større oversikt.	Oktober 2021 - Januar 2022



4	Ta stilling til hvordan studiene er beslektet	Det ble utarbeidet en matrise hvor relevante temaer, metaforer og sitater fra hver primærstudie ble listet opp i vertikale kolonner for å sammenligne temaer på tvers av studiene. En indeksstudie ble valgt fra hvert perspektiv.	Januar 2022
5	Oversette studiene til hverandre	Indeksstudier ble så brukt som utgangspunkt for oversetningen av studiene til hverandre. Resultattekst og metaforer som var beslektet til hverandre ble plassert i de horisontale radene i matrisen.	Januar 2022
6	Syntetisere oversettelsene	Videre ble hver av de horisontale radene gjennomgått for å utvikle en overordnet oversettelse som videre ble til våre overskrifter.	Januar 2022
7	Formidle syntesen i tekst	Resultater og tolkninger fra metaetnografien blir presentert i resultatdelen.	Januar 2022

(Malterud, 2017a, s. 79)

## 4.2 Utvikling av søkeord

August 2021 startet vi det omfattende arbeidet med litteratursøk. Dette var en fase med mye prøving og feiling. Ved å granske utvalgte relevante studier fikk vi ideer om hvilke søkeord som kunne være nyttige for oss. Videre søkte vi etter relevante MeSH-ord i terminologibasen via helsebiblioteket. MeSH (Medical Subject Headings) brukes som emneordsregister i ulike databaser. Hver MeSH-term har et unikt ID-nummer som gjør at nærliggende begreper, synonymer og begrepsdefinisjoner kobles sammen (Helsebiblioteket, 2018).

Vi erkjenner at det å ha både kvinne- og jordmorperspektiv kunne gjøre søkeprosessen mer utfordrende for oss. Med god hjelp fra flere ulike bibliotekarer fikk vi hjelp til å utvikle og systematisere våre søkeord. Søkeordene vi valgte å benytte oss av ble forsøkt satt inn i et PICO-skjema, da det ville gi oss en struktur på litteratursøket. PICO-skjema kan være et nyttig hjelpemiddel, både i planlegging av søkestrategi og for å holde orden på søkeord knyttet til det man ønsker å utforske på (Kilvik & Lamøy, 2007). PICO er et akronym som står for: P-populasjon/problem, I- Intervensjon, C-Comparison og O-Outcome (Cooke et al., 2012).

Vi startet med å fylle inn relevante søkeord i et PICO-skjema, men fant raskt ut at det var en utfordring å plassere ordene riktig i et slikt skjema. I samråd med bibliotekar har vi valgt å benytte oss av PICO, men fordelt det inn i slik (P - Population) - (I - Phenomenon of interest) - (CO - Context) da vi ikke er ute etter å sammenligne effekt av ulike tiltak. Ved hjelp av PI(CO)-skjema ble søkeordene delt inn i tre kolonner. Den første omfattet situasjonen vi ønsket å befinne oss i, som var kvinner i fødsel. Den andre kolonnen omfattet jordmoryrket og siste kolonne omhandlet informerte valg. Ordet «experience» ble også lagt til for å få frem deres opplevelser. I tillegg til MeSH benyttet vi også fritekst ord, da bruk av kun MeSH-ord ikke ga oss optimale treff i databasene. En kompliserende faktor når det gjelder bruk av emneordssystemer, er at det ofte vil være en del referanser som av ulike grunner ikke har fått tildelt emneord. Når man vil ha et mest mulig fullstendig resultat av litteratursøkingen, bør man bruke fritekstsøking i tillegg til emneordssøking (Kilvik & Lamøy, 2007).

#### 4.2.1 Tabell 2 - PICO-skjema

P: Population	I: (Phenomeon of) Interest	Co: Context
- Labor	- "Maternity service"	- "Informed consent" (MeSH)
- Childbirth (MeSH)	- "Maternity care"	- "Decision making" (MeSH)
- Birth (MeSH)	- Midwifery (MeSH)	- "Informed choice"
- Peripartum (MeSH)	- Midwife*	- Consent
- Parturition*(MeSH)	- "Birth attendant*" (MeSH)	- Experience*

#### 4.3 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Metasynthesen skal omhandle kvalitative primærstudier som inkluderer kvinnens og jordmors perspektiver. Vi ønsket en større forståelse for deres opplevelser og derfor vil kvalitative studier være relevant. Det å gjøre en metasynthese innebærer at man bare inkluderer kvalitative data. Vi vil ekskludere perspektiver fra andre parter som fødselsleger og fedre. Studier som anvender mixed methods som metode, kan inkluderes så lenge det er mulig å trekke ut kvalitative funn.

Studier publisert før år 2011 ekskluderes grunnet ønske om forskning fra de siste ti årene. Studiene måtte være skrevet på engelsk eller ha skandinavisk språk. For å sikre at studiene er av god kvalitet inkluderes kvalitative primærstudier som er publisert i vitenskapelige tidsskrifter.

I vår studie ønsket vi å inkludere opplevelser fra alle kvinner som har født og jordmødre som arbeider eller har arbeidet med kvinner i fødsel. Kvinner som omtaler sine opplevelser fra aktiv fødsel og utdrivningsfasen ble inkludert. Studier som kun handlet om svangerskapet og tiden etter fødsel ble ekskludert da det ikke er studiens fokus. Hvordan barnet ble forløst er ikke et kriterium som blir fokusert på. Valg om induksjon og elektivt keisersnitt var et eksklusjonskriterium.

## 4.4 Søkestrategi

Vi har gjennomført søk i fire ulike databaser. Disse var Cinahl, Medline, Pubmed og Midirs. Valget falt på disse fordi de dekker en stor bredde forskning innen jordmorfag og inneholder kvalitative studier (se vedlegg 1). Det ble kjøpt tilgang til midirs som er en engelsk database for jordmorfag, da vi i samarbeid med våre veiledere ble enige om at det kunne være en relevant database. Etter litteratursøk i denne databasen fant vi ingen nye studier som var av interesse. Søkeprosessen har foregått fra august 2021 til oktober 2021 hvor de første ukene gikk til å utføre testsøk i utvalgte databaser. Søkeprosessen har blitt kontinuerlig loggført gjennom hele perioden.

Vi fant flere studier som kunne være av interesse, men vi hadde problemer med å få med mangfoldet av studiene under ett søk. Vi bemerket oss at det ble brukt ord som «decision making», «informed consent» og «informed choice». Disse var gjentakende i flere relevante studier og representerte i våre øyne materiale som vi var ute etter. Svært få studier handlet kun om «informed choice». Av den grunn valgte vi å inkludere alle disse beslektede ordene. Vi tok som tidligere nevnt kontakt med bibliotekar og fikk god hjelp til å systematisere søkeordene korrekt. Det ble deretter gjort søk med ulike kombinasjoner i de forskjellige databasene.

Søkeordene i hver kolonne av PI(CO)-skjemaet ble trinnvis søkt på, for så å bli kombinert med «OR». Ved å benytte «OR» kombinerer man synonyme ord. «OR» gir treff på enten søkeord 1 eller 2 eller begge. Da vi hadde utført søk i hver enkelt kolonne, var neste steg å kombinere resultatene fra de forskjellige kolonnene med «AND». Bruk av «AND» mellom søkeordene gir treff på referanser der både søkeord 1 og søkeord 2 forekommer. Det ble anvendt anførselstegn (") rundt enkelte søkeord, dette for å få treff på ord i en bestemt rekkefølge. Hvis vi søker på Maternity service uten anførselstegn får vi både treff på maternity for seg, og service for seg. Dette vil kunne gi mange treff som ikke er relevante for oss. Trunkeringstegnet (\*) ble brukt for å inkludere alle endelser på ordet, som for eksempel midwife\* som vil inkludere endinger som midwives (Kilvik &

Lamøy, 2007). Søkestrategi, søkeord og kombinasjoner som ble gjennomført er lagt ved som vedlegg (vedlegg 2).

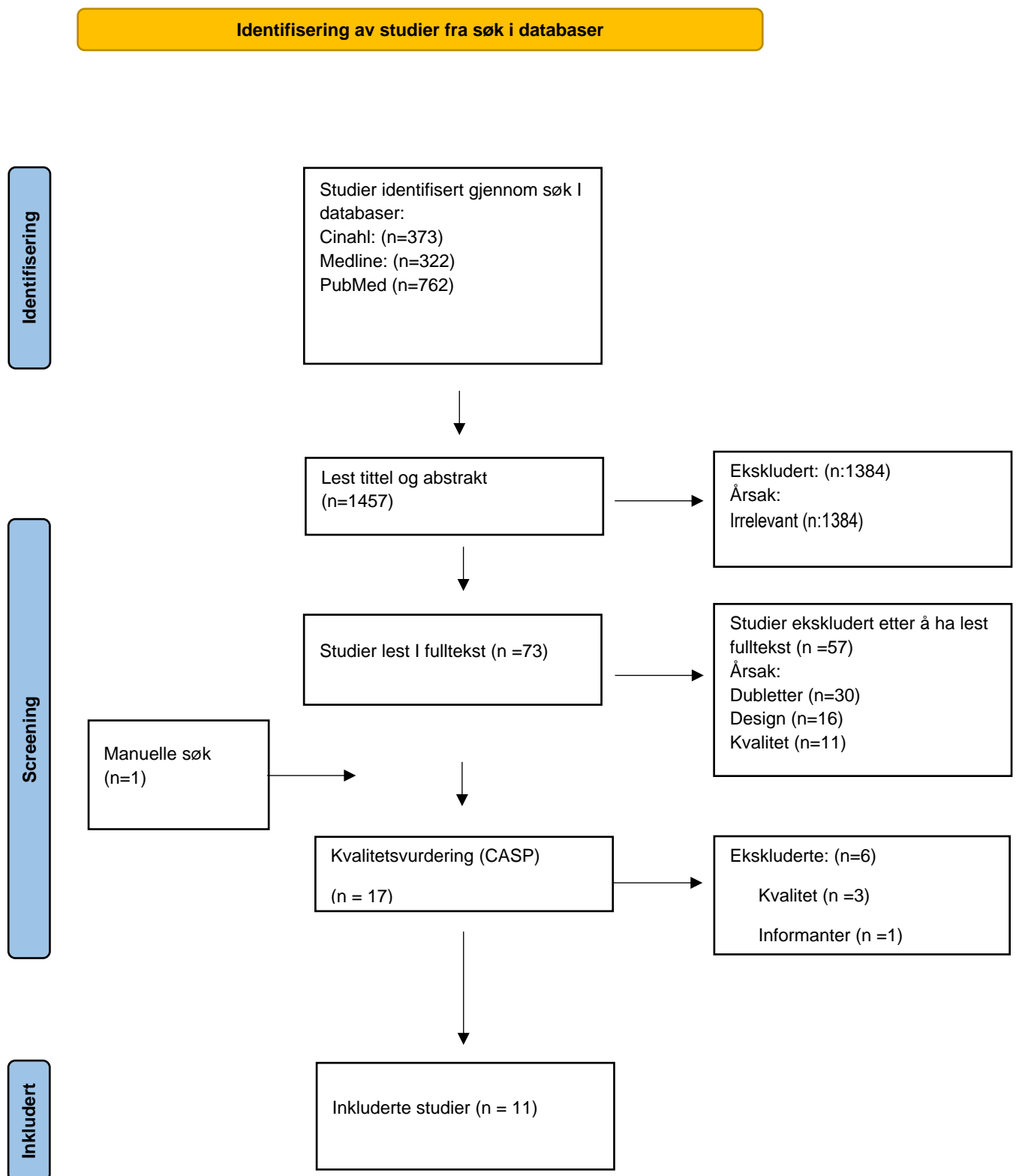
Gjennom søkeprosessen har forskningsspørsmålene og søkestrategien blitt diskutert og justert flere ganger. Som Malterud (2017a) beskriver, er metoden vi har valgt å benytte oss preget av induktive og iterative strategier. En induktiv tilnærming innebærer ifølge Malterud (2017b) at vi trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne og en iterativ prosess preges av bevegelser. Ved bruk av disse strategiene kan det ofte være hensiktsmessig å gå tre skritt frem og to tilbake for å justere kursen etter hvert som vi får ny lærdom gjennom datasamling, analyse og teoretiske perspektiver.

Etter det endelige litteratursøket har vi gjort en omfattende jobb med selektering av studier. I første steg av gjennomgangen har vi sortert vekk studier som ikke oppfyller kriteriene på bakgrunn av studiens tittel og/eller abstrakt. For at sorteringen av studier skal kunne foregå på en transparent måte har vi tatt stilling til inklusjons og eksklusjons kriteriene. De kan justeres når det viser seg nyttig og nødvendig for så å loggføre kriteriene og beslutningspunktene (Malterud, 2017a). Vi så raskt at de fleste studiene som omhandlet kvinneperspektivet inkluderte både høy-risiko og lav-risiko svangerskap. For at vi skulle få nok materiale valgte vi å endre inklusjonskriteriene fra «friske kvinner» til «alle kvinner som har født». Her ekskluderte vi da studier som omhandlet informerte valg ved induksjon og elektivt keisersnitt. Vi valgte også til slutt å inkludere studier som omhandler kvinner som endte med operativ forløsning grunnet at datamaterialet sank betraktelig om ikke. Når det kom til jordmorperspektivet var det ikke behov for å endre på inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Ifølge Malterud (2017a) skal første trinn av gjennomgangen gjøres parallelt og uavhengig av minst to personer.

Når litteratursøkene var gjennomført delte vi oss for å gå gjennom alle titler/abstrakter fra hver enkelt database og gjorde selvstendige vurderinger. Når det var gjennomført sammenlignet vi vurderingene vi hadde gjort og diskuterte hvilke studier som skulle være med videre i prosessen.

Etter selekteringen endte vi opp med 73 studier som nå ble kalt kandidatstudier. Ved grundig gjennomlesning av studiene var det flere som ble ekskludert underveis da de ikke tilfredstilte våre inklusjonskriterier eller krav til kvalitet (se 4.4.1 flytskjema). Videre ble 16 studier valgt til nærmere granskning av deres kvalitet i tillegg til en studie som ble inkludert gjennom manuelle søk. Her ble seks studier ekskludert og vi satt igjen med elleve primærstudier. Alle referanselistene til de nå gjenværende elleve inkluderte studiene, ble gjennomgått av begge kandidatene og ingen nye studier ble inkludert. Vi utførte et nytt litteratursøk i desember 2021, hvor ingen nye studier ble inkludert.

#### 4.4.1 Flytskjema



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

## 4.5 Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Ifølge Malterud (2017a) er det diskutert om kvalitetsvurdering er nødvendig når det kommer til kvalitative metasynteser. En av ulempene med valgt metode er at den ikke gir råd om utvelgning av studier og metodisk kvalitetsvurdering (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Malterud (2017a) skriver at kandidatstudiene som er inkludert i en kvalitativ metasynthese vil som oftest være svært ulike når det kommer til design og teoretisk forankring. Skal man benytte resultatene fra studiene som empiriske data i analysen må vi kunne sette krav til at resultatene kommer fra en prosess som har dokumentert at grunnleggende krav til vitenskapelig kvalitet har blitt bevart. Noblit og Hare (1988) anbefaler å inkludere alle relevante studier, men foreslår samtidig å legge mer vekt på studier av høyere kvalitet. I vår metasynthese har vi valgt å vurdere kvaliteten på våre inkluderte kandidatstudier, da vi som førstegangsforskere hadde et ønske om å inkludere studier av god kvalitet. Vi valgte å benytte oss av sjekklisten som er utarbeidet av Helsebiblioteket som er inspirert av CASP (Helsebiblioteket, 2016) (se vedlegg 3).

Ifølge Polit og Beck (2017) er det to grunnleggende faktorer som bør være til stede i de inkluderte studiene. Dette er kravet om å benytte aksepterte kvalitative metoder og ha funn som er støttet av rådata. Forsberg og Wengström (2013) skriver at kvalitetsvurdering bør minimum omfatte studiens formål og problemstillinger, design, utvalg, analyse og tolkning. Utformingen av hvert design kan være av høy, middels eller lav kvalitet. Studier av lav kvalitet bør ikke inkluderes. Ved vurdering av kvalitet, ble både faktorene nevnt ovenfor og sjekklisten til helsebiblioteket tatt i betraktning. Alle våre inkluderte primærstudier inneholdt disse faktorene og ble vurdert til høy og middels kvalitet (se tabell 3). Vi fant noen studier som ble vurdert som lav kvalitet som videre ble ekskludert. Som tidligere nevnt hadde vi 16 kandidatstudier etter litteratursøket, hvor seks ble ekskludert etter vurdering av sjekklisten. Studien vi fant gjennom manuelt søk ble også kvalitetsvurdert. Kvalitetsvurderingen ble utført av begge kandidatene. Spørsmål og vurderinger ble diskutert mellom kandidatene underveis.

#### 4.5.1 Tabell 3 – Presentasjon av inkluderte primærstudier

Forfatter, tittel, land og årstall	Metode	Hensikt med studien	Hovedresultat	Kvalitet
<p>Weltens, Nooijer, &amp; Nieuwenhuijze</p> <p><i>Influencing factors in midwives' decision-making during childbirth: A qualitative study in the Netherlands</i></p> <p>Nederland, 2019</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Dybdeintervjuer av ti jordmødre</p>	<p>Hensikten med studien var å finne ut hvilke faktorer som påvirker jordmødrene når de skal ta beslutninger om å overføre den fødende til et høyere behandlingsnivå</p>	<p>Kunnskap var grunnleggende når beslutninger om å overføre kvinnene til et høyere behandlingsnivå under fødsel skulle tas. Ved siden av teoretisk kunnskap nevnte jordmødrene kunnskapen de hadde opparbeidet seg gjennom klinisk praksis som innflytelsesrik. I beslutningsprosesser basert på erfaringsnivå var det forskjeller mellom «junior jordmødre» og «senior jordmødre». I tillegg hadde kvinnenens ønsker en stor innflytelse i beslutningsprosessen. Frykten for å bli holdt ansvarlig for sine faglige valg dukket opp flere ganger.</p>	Høy
<p>Marcee C, Everly</p> <p><i>Facilitators and Barriers of Independent Decisions by Midwives During Labor and Birth</i></p> <p>USA, 2012</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Dybde intervjuer av ti jordmødre som hadde erfaring fra frittstående fødselssenter og sykehus.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske faktorer som påvirker hvordan jordmødre tar beslutninger om håndtering av fødsel.</p>	<p>Det var fire temaer som ble identifisert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tillit til fødsel: Å stole på den normale fødselsprosessen ble rapportert som en integrert del av beslutningsprosessen i begge miljøene.</li> <li>2. Kvinnen: Fokusering på kvinnen var et ofte gjentatt tema rapportert fra begge miljøene. Jordmødrene understrekte hvor viktig det er å ta hensyn til kvinnens ønsker og preferanser når de tar beslutninger, samt la kvinnen være involvert i beslutningsprosessen.</li> <li>3. Kollegaer: Jordmødrene rapporterte ofte at kollegaene de jobbet med kunne ha en betydelig innvirkning på deres håndtering av kvinner under fødselen.</li> </ol>	Middels

			4. Miljøet: Jordmødrene rapporterte om en annerledes følelse, eller atmosfære, mellom de to miljøene og at denne følelsen påvirket hvordan de hadde det når de håndterte fødsel.	
Ingvarsson, Schildmeijer & Oscarsson  <i>Swedish midwives' experiences and views of amniotomy: An interview study.</i>  Sverige, 2019.	Kvalitativ metode  Intervju av 16 jordmødre	Hensikten med studien var å utforske jordmødres erfaringer og syn på amniotomi.	Jordmødrene opplevde og så på amniotomi som både enkelt og komplekst, trygt og risikabelt, og at det å bestemme seg for amniotomi innebar noen ganger å balansere motstridende perspektiver. Ved å benytte seg av ferdigheter i beslutningsprosessen ved amniotomi, forsøkte jordmødrene å forutsi responsen med det formålet om å støtte fysiologisk fødsel, samt fremme helsen for kvinnen og barnet.	Høy
Feeley, Thomson & Downe  <i>Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: Findings from a feminist pragmatist study</i>  England, 2020.	Kvalitativ metode  Intervju og beskrivende notater fra 45 jordmødre	Hensikten med studien var å utforske hvordan NHS-jordmødre la til rette for kvinners alternative fysiologiske fødselsvalg. Definert i denne studien som «fødselsvalg» som går utenfor lokale/nasjonale retningslinjer for fødselsomsorgen eller når kvinner avslår anbefalt behandling, i jakten på en «fysiologisk fødsel»	Fire temaer som beskrev jordmødres prosesser for å tilrettelegge for kvinners alternative fysiologiske fødsler var:  1. Relasjonsbygging 2. Prosesser for å støtte og tilrettelegge 3. Bak kulissene 4. Tilrettelegging av fødsel  Til sammen var jordmødrene involvert i et bredt spekter av alternative fødselsvalg på tvers av alle fødselsmiljøer. Grunnleggende for deres praksis var utviklingen av gjensidig tillitsfulle relasjoner med kvinnene som sterkt ble hevdet som en nøkkelkomponent i deres omsorgsarbeid. Deltakerne	Høy



			fremhevet et bredt spekter av personlige og avanserte kliniske ferdigheter som var innrammet av et iboende ønske om å møte kvinnenes behov.	
Daemers, Limbeek, Wijnen, Nieuwenhuijze & Vries  <i>Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study.</i>  Nederland, 2017	Kvalitativ metode  Dybde intervjuer av elleve jordmødre	Hensikten med studien var å utforske faktorene som påvirker klinisk beslutningstaking hos jordmødre som jobber selvstendig.	Det ble identifisert fem temaer som påvirket jordmødrene når beslutninger skulle tas. Det var den gravide kvinnen som et helt menneske, kunnskapskilder, jordmoren som et helt menneske, samarbeid med fagpersonell og organisering av helsetjenesten.	Høy
<b>Forfatter, tittel, land og årstall</b>	<b>Metode</b>	<b>Hensikt med studien</b>	<b>Hovedresultat</b>	<b>Kvalitet</b>
Koster, Romijn, Sakko, Stam, Steenhuis, de Vries, van Willigen & Fontein-Kuipers  <i>Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective</i>	Kvalitativ metode  Semistrukturert intervjuer med 36 damer	Hensikten med studien var å utforske kvinners traumatiske fødselsopplevelse for å gjøre personalet i fødselsomsorgen mer bevisst på kvinners behov og pleie under fødselen.	Det var tre temaer som spilte en dyp rolle i forekomsten av traumatiske fødselsopplevelser. 1) mangel på informasjon og samtykke - ensidig beslutningstaking under fødsel fra fødselshjelperne og mangel på informert samtykke. 2) kvinnen følte seg ekskludert når fødselshjelperne tok egne beslutninger, noe som gjorde at kvinnene følte seg distansert og fremmedgjort fra sin egen fødsel. 3) Uoverensstemmelser - kvinners forventninger sammenlignet med opplevelsen av fødsel var motstridende	Høy

Nederland, 2020				
O'Brien, Butler & Casey <i>A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland</i> Irland, 2017	Kvalitativ metode Intervju av 15 kvinner som hadde født	Denne studien hadde som mål å skape større bevissthet rundt hvordan kvinner definerer informerte valg under fødsel.	De fant flere faktorer som påvirker hvordan kvinner definerer informerte valg som: deres forventninger til å utøve et valg, deres ansvarsfølelse overfor barnet, deres selvfølelse og kvaliteten på relasjonen med helsepersonellet. Kvinnene mener at informerte valg betyr mer enn å bare gi informasjon, det kan kreve en grundig diskusjon med en fagperson som er kjent for dem. Kvinners forståelse avslører at informerte valg ikke bare er definert av, men betinget av blant annet relasjonen mellom kvinnen og omsorgspersonen, og deres evne til å delta i en prosess med delt beslutningstaking.	Høy
Bringedal & Aune <i>Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth</i> Norge, 2019	Kvalitativ metode Dybdeintervjuer av ti kvinner	Hensikten med studien var å få en dypere forståelse av kvinners tanker og erfaringer rundt informerte valg under fødsel.	To temaer dukket opp: «kvinners ressurser og mestringsevner» og «kvinners evner til å ta informerte valg under fødsel». Kvinners ressurser og mestringsevne påvirket hvordan de hentet informasjon og tok egne valg. Deres evner til å ta informerte valg under fødsel ble påvirket av forløpet i fødselsprosessen og det faktumet at de var pasienter og styrt av sykehusets rutiner.	Høy
López-Toribio, Bravo & Llupià <i>Exploring women's experiences of participation in shared</i>	Kvalitativ metode Fokusgruppe intervjuer hvor 23 kvinner deltok	Hensikten med studien er å utforske kvinners opplevelser av deltakelse i delt beslutningstaking under fødsel på sykehus	Tre hovedtemaer ble fremstilt: «kvinners lave deltakelse i delt beslutningstaking», «mangel på informasjon for felles beslutningstaking» og «forslag for å forbedre kvinners deltakelse i delt beslutningstaking». De kvinnene som var villige til å ta en aktiv rolle i	Høy

<p><i>decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain</i></p> <p>Spania, 2021</p>			<p>beslutningsprosessen møtte barrierer for å oppnå dette og noen følte seg ikke forberedt til å ta del i beslutninger. Fødselsplan ble opplevd som en mangelfull metode for å fremme kvinnens deltakelse da personalet ikke benyttet seg av den.</p> <p>Deltakerne beskrev informasjonen som ble gitt som utilstrekkelig og gitt på et tidspunkt som ikke var tilstrekkelig for å kunne være delaktig i beslutninger.</p>	
<p>Lally, Thomson, MacPhail &amp; Exley</p> <p><i>Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour</i></p> <p>England, 2014</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>Semistrukturerte intervjuer av 13 førstegangs og ti flergangsfødende i uke 36 og igjen innen 6 uker postpartum.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan kvinner bedre kan støttes i å forberede seg på og ta beslutninger under graviditet og fødsel angående smertebehandling.</p>	<p>Tre hovedtemaer ble belyst i studien:</p> <p>1) Kvinner uttrykte under graviditeten en grad av usikkerhet om nivået av smerte de kunne oppleve under fødselen og effekten av de ulike metodene for smertelindring.</p> <p>2) Kvinnene reflekterte over hvordan det var tatt beslutninger om smertebehandling i fødselen og i hvilken grad de følte seg komfortable med å ta disse beslutningene.</p> <p>3) De diskuterte sitt opplevde nivå av kontroll, både ønsket og erfart, over sin kropp og beslutninger de tok.</p>	Høy
<p>Armstrong &amp; Sara Kenyon</p> <p><i>When choice becomes limited: Women's experiences of delay in labour</i></p> <p>England, 2017</p>	<p>Kvalitativ metode</p> <p>18 kvinner ble intervjuet</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvordan kvinner opplever langsom fremgang i fødsel, og de følgende intervensjoner som følger med.</p>	<p>Flertallet var glade for å overlate ansvaret til fagfolk som de mente hadde den nødvendige kompetansen. Kun et mindretall ønsket fortsatt å være delaktig i beslutninger, selv om det var tvilsomt i hvilken grad de nå hadde mulighet til å være delaktig.</p>	Høy

## 4.6 Forskningsetiske overveielser

Etiske overveielser bør tas i betraktning både før og under en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2013). Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal beskytte og fremme respekt for menneskets integritet. Disse er utformet for å ivareta sikkerhet og informert samtykke. I en kvalitativ metasyntese er man ikke i direkte kontakt med deltakerne som inngikk i primærstudiene og krever derfor ikke etisk godkjenning. Videre trengs ikke samtykke fra forfatterne for å arbeide med studier som allerede er publisert (Malterud, 2017a). Det som vil være viktig for oss er at primærstudiene har fått tillatelse fra etisk komité eller viser at etiske betraktninger er gjort (Forsberg & Wengström, 2013). Vi har gjennom kvalitetsvurderingen av studiene vært nøye på om etiske prinsipper har vært beskrevet. Samtlige av inkluderte studier har beskrevet hvordan de overholdt taushetsplikt og innhentet samtykke. Alle våre inkluderte studier er godkjent av etisk komité. Når det gjennomføres en kvalitativ metasyntese er at det er vår plikt å vise respekt overfor andres arbeid. Der fortolkning og utvikling av ny kunnskap er studiens strategi, har man et etisk ansvar for å forebygge at det som ble sagt og skrevet, ikke blir misforstått. Dette henger sammen med studiens interne validitet, men angår også den tilliten deltagerne viste når de delte sin kunnskap og erfaringer (Malterud, 2017a).

## 4.7 Analyse og syntese av data

I en metasyntese er analysen en kompleks og fortolkende prosess som involverer å nøye skrelle vekk overflatelagene av studier for å finne deres kjerne, samtidig som man forsøker å gjøre minst mulig skade på materialet (Polit & Beck, 2017). Et vitenskapelig analysearbeid innebærer å dele det undersøkte fenomenet i mindre biter og undersøke dem individuelt. Så tar syntesen over. Syntese innebærer å sette deler sammen til en helhet (Forsberg & Wengström, 2013).

Vi startet med å lese de inkluderte primærstudiene gjentatte ganger for å bli godt kjent med materialet. Gjennom denne prosessen markerte vi nøkkelmetaforer som gjentok seg og som vi mente var relevant for våre forskningsspørsmål. Når Noblit og Hare (1988) snakker om nøkkelmetaforer i en studie referer de til all tekst som er meningsbærende. Vi har gjennom hele analyse-og syntesearbeidet jobbet sammen og diskutert oss imellom. Med tanke på at vi hadde to ulike perspektiver gjorde vi oss ferdig med et perspektiv om gangen i frykt for å blande våre synspunkter og tolkninger.

Med utgangspunkt i temaer, metaforer og sitater ble det utarbeidet et tankekart for å få en visuell oversikt over innholdet fra hver enkelt primærstudie. Videre ble det valgt ut en indeksstudie fra hvert perspektiv som dannet utgangspunktet for oversetting av studiene til hverandre. Disse studiene var for kvinneperspektivet López-Toribio et al. (2021) og for jordmorperspektivet Daemers et al. (2017) (tabell 5 og 6). Indeksstudiene utmerket seg ved at de inneholdt et bredt og varierende datamateriale i form av innholdsrike og

beskrivende resultater (Malterud, 2017a). Disse ble derfor utgangspunktet for videre analyse- og syntese.

Det ble satt opp foreløpige emner som vi tenkte nøkkelmetaforene kunne passe inn i. De første emnene som utpekte seg tidlig i fasen var hos kvinnene «erfaringer med å ta et informert valg» og «opplevelse av informasjon». Hos jordmødrene var det «kunnskap og erfaring» og «kommunikasjon». Når vi hadde funnet emnene i indeksstudien tok vi neste studie og skrev inn utdrag som var beslektet til indeksstudien. Dette ble gjort på de resterende studiene, slik at vi kunne organisere og tekstredusere (tabell 4 for eksempel) de relevante nøkkelmetaforene som representerte de foreløpige temaene (tabell 5 og 6).

#### 4.7.1 Tabell 4 – Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse

<b>Datamateriale fra Bringedal og Aune (2019)</b>	<b>Oversettelse og tekstreduksjon av Bringedal og Aune (2019)</b>
Most of them said they felt safe at the hospital, and some said they did not think about making decisions during birth. They said they trusted the professionals and wanted them to be in charge. Some women said they just wanted to concentrate on the contractions and leave the control to the midwives. However, others were conscious of their wishes and wanted to be involved in the decision-making process.	Kvinnene stolte på helsepersonell og ønsket at de skulle ha ansvaret. Selv om noen bare ville konsentrere seg om sammentrekningene og overlate kontrollen til jordmødrene, var noen mer bevisste på sine ønsker og ønsket å være involvert i beslutningsprosessen.
<b>Datamateriale fra Feeley et al. (2020)</b>	<b>Oversettelse og tekstreduksjon av Feeley et al. (2020)</b>
A recurring issue across the participants was the prioritisation of building relationships with women: where time and effort was invested to develop and maintain positive midwife-woman relationships. Creating mutually trusting relationships was emphasised. Trust represented the basis of an effective working relationship and a key component of safe care.	Jordmødrene prioriterte å bygge relasjoner med kvinnen. Det ble lagt vekt på å skape gjensidig og tillitsfulle relasjoner. Tillit representerte grunnlaget for et effektivt arbeidsforhold og var en nøkkelkomponent for trygg omsorg.

Videre ble primærstudiene satt inn horisontalt i en matrise for å få oversikt. Indeksstudiene ble satt til venstre i hver sin tabell som et utgangspunkt. Det ble synlig at primærstudiene hadde likheter og var forbundet til hverandre. Det ble derfor hensiktsmessig å gjøre en gjensidig oversettelse (reciprocal) av studiene, der vi oversatte ulike uttrykk fra beslektede fenomener til hverandre. Nøkkelmetaforene fra

primærstudiene ble plassert vertikalt og ble flyttet slik at de havnet i båser som var beslektet til hverandre. Det var viktig at de fortsatt beholdt sitt primære meningsinnhold og ble satt separat for å få struktur (Noblit & Hare, 1988) (tabell 5 og 6).

Etter denne prosessen fikk vi et overblikk og mulighet til å se funnene i en større helhet. Dette førte til en selvstendig tolkning og oversettelse av materialet. Fellestrekk ble identifisert og tematisert som til slutt utviklet våre hovedoverskrifter. Vi kom frem til to oversettelser ved hvert perspektiv: 1) kvinners opplevelse av informasjon under fødsel, 2) kvinners opplevelse av involvering ved beslutningstaking og informerte valg under fødsel. 1) jordmors oppfatning av egen kunnskap, erfaring og intuisjon og 2) jordmors oppfatning av relasjonsbygging og kommunikasjon med kvinnen. I tillegg kom vi frem til ett underkapittel ved hvert perspektiv. Gjennom arbeidet med syntesen, har vi hatt primærstudiene lett tilgjengelig for å kunne gå tilbake og bekrefte våre antagelser.

## 4.7.2 Syntesematrise

Her presenteres syntesematrisen for kvinne- og jordmorperspektivet.

### 4.7.2.1 Tabell 5 – Kvinneperspektivet

López-Toribio et al. (2021)	O'Brien et al. (2017)	Bringedal og Aune (2019)	Koster et al. (2020)	Lally et al. (2014)	Armstrong og Kenyon (2017)	Vår tolkning
*Indeksstudie						
<p>Variasjon hos kvinnene om hvor mye de ønsket å være involvert i beslutningsprosesser.</p> <p>Jordmødre ble blant annet sett på som viktige for å fremme kvinnens deltagelse i beslutninger.</p>	<p>Påvirket av forholdet til jordmor og hennes holdning til sykehusets retningslinjer.</p> <p>Påvirket av ansvaret overfor deres ufødte barn.</p>	<p>Trygghet på sykehus og tillit til fag folk – overlate beslutninger til dem.</p> <p>Noen var mer bevisste på sine ønsker og ønsket å være involvert i beslutningsprosesser</p>	<p>Opplevelsen av at jordmor eller fødselslegen bestemte når det skulle utføres intervensjoner uten å informere eller å få samtykke fra kvinnen.</p>	<p>Støtte fra jordmor gjorde kvinnene i stand til å føle seg mer engasjert i beslutningsprosessen gjennom hele fødselen.</p>	<p>Akseptere at valgmulighetene ble begrenset.</p> <p>Ulike preferanser om å bli inkludert i beslutninger.</p>	<p><i>Kvinnens opplevelse av involvering ved beslutningstaking og informerte valg under fødsel</i></p>

<p>Informasjon gitt på upassende tidspunkt. Redusert kapasitet til å ta informerte valg/samtykke.</p> <p>Ønske om å ta en aktiv rolle i beslutninger, men møtte på hindringer.</p>	<p>Å bli informert var forutsatt av kunnskapen de tilegnet seg.</p> <p>Inneholdte mer enn bare å gi informasjon, det omhandlet også å forstå informasjonen som ble gitt.</p>	<p>Forskjellig opplevelse av informasjon fra personalet.</p> <p>Ulike preferanser om hvordan jordmor skulle kommunisere i fødsel.</p>	<p>Mangel på informasjon under fødsel begrenset kvinnen til å være delaktig og involvert.</p> <p>Utilstrekkelig informert om hensikten med intervensjoner og hvorfor de ble utført.</p> <p>Nødvendig informasjon ble ikke gitt før en prosedyre ble utført.</p>	<p>Ønske om å bli informert og involvert i beslutningstaking.</p>	<p>Akseptere jordmors vurderinger.</p> <p>Mangel på krefter for å kunne være delaktig.</p>	<p><i>Kvinnens opplevelse av informasjon under fødsel</i></p>
--	--	---	---	---	--	---



#### 4.7.2.2 Tabell 6 – Jordmorperspektivet

Daemers et al. (2017)	Everly (2012)	Ingvarsson et al. (2020)	Feeley et al. (2020)	Weltens et al. (2019)	Vår tolkning
*Indeksstudie					
<p>Den viktige – men noen gang ubevisste «intuisjonen», var ledende i beslutningstaking. Deres erfaring ga kunnskap og "mønstergjenkjenning" som fikk dem til å føle seg sikre i sitt arbeid.</p> <p>Helhetlig vurdering av kvinnene.</p> <p>Holde seg faglig oppdatert.</p>	<p>Tilliten til at fødsel er en normal prosess.</p> <p>Tillit til den normale fødselsprosessen ble fortalt som en integrert del av beslutningsprosesser.</p>	<p>Beslutningstaking tilpasset den unike kvinnen, ble basert på jordmødrenes kunnskap og erfaring.</p> <p>Dilemma når deres kompetanse kom i konflikt med regelverk og samarbeid med lege/den fødende.</p>		<p>Kunnskap var en ledende faktor i beslutningstakingen.</p> <p>Ulike meninger om retningslinjer.</p> <p>Bli holdt ansvarlig for beslutninger.</p>	<p><i>Jordmors oppfatning av egen kunnskap, erfaring og intuisjon</i></p>

<p>Jordmødrene forsøkte å vurdere kvinnens preferanser og behov i beslutningsprosessen.</p> <p>Samarbeid med kollegaene ble ansett som viktig.</p>	<p>Det var viktig å la kvinnen være involvert.</p> <p>Kvinnens ønsker, og preferanser sto sentralt når man skulle ta beslutninger under fødselen.</p> <p>Kollegaer kunne ha en innvirkning på deres arbeid med kvinnen under fødsel.</p>	<p>Dialog og gi tilstrekkelig med informasjon før intervensjoner var ansett som viktig.</p> <p>Positive erfaringer med å jobbe i team.</p>	<p>Relasjonsbygging med kvinnen var en prioritet.</p> <p>En hovedkomponent i relasjonsbygging var kommunikasjon.</p>	<p>Kvinnens ønsker sto i sentrum så lenge det var trygt for mor og barn.</p>	<p><i>Jordmors oppfatning av relasjonsbygging og kommunikasjon med kvinnen.</i></p>
--	--	--	--	--	---

## 5 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultater fra vår metaetnografi. Punkt 5.1 omhandler kvinners opplevelse av informasjon under fødsel. 5.2 omhandler kvinners opplevelse med å ta informerte valg under fødsel, samt kvinners opplevelse av relasjon til jordmor. 5.3 og 5.4 omhandler jordmødrenes opplevelser om hvilke faktorer som er av betydning, når de skal tilrettelegge for at kvinnen skal kunne ta informerte valg under fødsel.

### 5.1 Kvinners opplevelse av informasjon under fødsel

Å bli informert under fødsel kunne oppleves som utfordrende for kvinnene da det var flere faktorer som var av betydning (Bringedal & Aune, 2019; Koster et al., 2020; López-Toribio et al., 2021; O'Brien et al., 2017). Kvinnene påpekte at det å bli informert var forutsatt av kunnskapen de tilegnet seg og at et informert valg inneholdt mer enn å bare gi informasjon. Det handlet også om å forstå informasjonen som ble gitt (O'Brien et al., 2017). En kvinne uttalte:

Well it means having the right information to make choices for you and your baby but it needs to be more than that. To be informed means you know the pro's and con's and in most things we can't do that without professional input so for me it means discussing the pros and cons of each of the options and making a decision together with someone you know (care provider) and trust based on the most up to date informations. (O'Brien et al., 2017, s. 3)

Flere av kvinnene omtalte også tid som en viktig faktor. I noen situasjoner var det ikke rom for å bli informert av jordmor om ulike alternativer og valg som blant annet fosterovervåkning, smertelindring, fødestilling, vaginalundersøkelse og episiotomi. Grunnet en raskere utvikling av fødselen enn forventet, opplevde noen av kvinnene det som ekstremt intenst og klarte kun å fokusere på sitt eget arbeid (Bringedal & Aune, 2019). I funn fra studien til López-Toribio et al. (2021) kom det frem at informasjon kunne bli gitt på upassende tidspunkter under fødselen. Dette gjaldt blant annet informert samtykke før en prosedyre skulle bli utført, hvor kvinnene opplevde å ikke ha mulighet til å forstå hvorfor dette skulle gjennomføres. I noen tilfeller ble det også gitt informasjon til kvinnen mens hun hadde sterke rier, noe som gjorde det vanskelig å kunne bearbeide informasjonen og på bakgrunn av det ta et valg (López-Toribio et al., 2021). En kvinne fortalte om da hun skulle få smertelindring etter en lang latensfase. Da hun fikk informasjon om prosedyren, var hun ikke interessert da hun hadde lest om det på forhånd, samt var svært smertepåvirket (Bringedal & Aune, 2019). En kvinne fra studien til López-Toribio et al. (2021) sa det slik:

The midwife offered me a lot of different things for anaesthesia, eventually we decided epidural, but for a moment I thought, "Between contraction and contraction, making decisions about what kind of anaesthesia is the most appropriate ..." [...] You aren't in the moment to decide. (López-Toribio et al., 2021, s. 7)

Noen av kvinnene i studien til Koster et al. (2020) følte seg utilstrekkelig informert om hensikten av intervensjonene og fikk ikke alltid en begrunnelse om hvorfor intervensjonen ble utført. Følelsen av mangel på informasjon begrenset kvinnen i å være delaktig og involvert i sin egen fødsel. Dette kunne føre til at de bli passive. Kvinner som hadde opplevd at nødvendig informasjon ikke ble gitt, beskrev det som en følelse av at deres autonomi og verdier ikke ble respektert. Når flere intervensjoner ble utført på kort tid etter hverandre, spesielt i tilfeller hvor de hadde et annet ønske, distanserte kvinnene seg fra sin egen fødsel (Koster et al., 2020).

Selv om flere av kvinnene i studien til Bringedal og Aune (2019) beskrev at de følte seg tilstrekkelig informert under fødselen, var ikke dette en opplevelse alle hadde. Noen kvinner beskrev at de måtte vente uten mye informasjon og opplevde personalet som travelt. Andre måtte vente på et rom med sterke rier, men opplevde dette som greit selv om de ikke fikk så mye oppmerksomhet. De fleste kvinnene nevnte tryggheten med fosterovervåkning, men noen sa at de ble koblet til CTG og overlatt til seg selv. Her varierte det i hvor mye informasjon de fikk, og noen opplevde å få motstridende beskjeder fra forskjellige jordmødre (Bringedal & Aune, 2019). I studien til López-Toribio et al. (2021) nevnte kvinnene at det å utarbeide standardiserte retningslinjer innenfor kommunikasjon kunne være et hjelpemiddel. Retningslinjene skulle inneholde hvilken informasjon og når informasjonen skulle bli gitt til kvinner i fødsel. En kvinne sa det slik:

There isn't a rule for explaining when to give information or not, I think it would be interesting to design protocols to say: "In this situation, we offer that information, in that situation, we give this other information" so that the patient's experience doesn't depend on what professional she meets. (López-Toribio et al., 2021, s. 8)

## 5.2 Kvinners opplevelse av involvering ved beslutningstaking og informerte valg under fødsel

Funn viste at det å få muligheten til å være involvert i beslutningstaking og ta informerte valg opplevdes ulikt for kvinnene (Armstrong & Kenyon, 2017; Bringedal & Aune, 2019; Koster et al., 2020; Lally et al., 2014; López-Toribio et al., 2021; O'Brien et al., 2017). Personlig autonomi ble nevnt som et viktig tema. Autonomi ble sett på som

grunnleggende når det handlet om å ta informerte valg (Denise O'Brien, Michelle M Butler, Mary Casey (2017). En kvinne fortalte:

Autonomy was an issue for me I wanted to be able to make autonomous decisions so for me informed choice is all about autonomy...because for me it's all about being able to make the decisions without being controlled by anyone else.  
(O'Brien et al., 2017, s. 4)

Kvinnene hadde ulike preferanser om hvor involvert de ønsket å være under fødselen (Armstrong & Kenyon, 2017; Bringedal & Aune, 2019; López-Toribio et al., 2021). I studien til Bringedal og Aune (2019) ønsket noen av kvinnene å bare konsentrere seg om riene og overlate kontrollen til jordmor. Imidlertid ville andre være involvert i beslutningsprosesser. En kvinne beskrev det slik:

I was more nervous that something would go wrong. I thought that I'm in the best hands and that people are very experienced, that they know what to do and that I can just be allowed to come and be present and let others manage the show while my body just does what it has to do...So I was really very prepared to be taken care of and just...that others have control...while I'm just here in a way.  
(Bringedal & Aune, 2019, s. 126).

Kvinnene som var definert med risiko av ulike grunner følte at de hadde mindre innflytelse til å kunne være delaktige i beslutningsprosesser. I tillegg følte de seg mer styrt av retningslinjene til sykehuset (López-Toribio et al., 2021). Det samme opplevde kvinnene i studien til Armstrong og Kenyon (2017) hvor alle kvinnene fikk rstimulerende infusjon på grunn av langsom framgang og ble flyttet til et høyere behandlingsnivå. De få kvinnene i studien som fortsatt var interessert i å være involvert i beslutninger ble sett på som et interessant funn. Det ble stilt spørsmål om kvinnene virkelig var involvert i beslutninger gitt ut ifra at valgmulighetene deres nå var begrenset. De fleste kvinnene i studien til Armstrong og Kenyon (2017) og López-Toribio et al. (2021) var dog glade for å overlate beslutninger til helsepersonell som de anså hadde nødvendig kompetanse til å håndtere deres situasjon. Flere av kvinnene i studien til López-Toribio et al. (2021) tok en bevist passiv rolle i fødselen da de mente de var utilstrekkelig forberedt. To kvinner beskrev det slik:

«It sounds very strange but I almost wasn't very interested, you know ... I was happy to just let everybody else worry about what was happening» (Armstrong & Kenyon, 2017, s. 232).

«I came here [hospital] and I let myself go ... 'Do whatever you have to do, because you are professionals, I trust in you» (López-Toribio et al., 2021, s. 5).

### 5.2.1 Kvinners opplevelse av relasjon til jordmor

En god relasjon til jordmor var avgjørende for en positiv opplevelse av fødsel, samt var beskrevet av kvinnene som en viktig person for å fremme hennes deltakelse i beslutninger (Armstrong & Kenyon, 2017; Bringedal & Aune, 2019; Lally et al., 2014; López-Toribio et al., 2021). Kvinnene identifiserte viktigheten med støtte fra jordmor og så det som en nøkkelfaktor for at de skulle oppnå den fødselen de hadde ønsket seg. Noen fortalte blant annet om at jordmødrenes støtte gjorde dem i stand til å føle seg mer engasjert i beslutningsprosesser gjennom hele fødselen (Lally et al., 2014). Kvinnene i studien til O'Brien et al. (2017) fortalte at deres oppfatning av informerte valg ble påvirket av forholdet til jordmor. De antydte at det å ta informerte valg var avhengig av jordmorens holdning og lojalitet til retningslinjene. En kvinne uttalte seg slik:

I think there is a certain element of hospitals having policies and particular midwives that will push you towards them. Yeah if you didn't know to ask, you would be told a, b, c and you are now at b, and we will go to c. So, no you had to push to get choices but then some midwives actually talk you through the various choices and involve you...so if you ask me what does informed choice mean well it depends on who you meet on the day and their beliefs. (O'Brien et al., 2017, s. 4)

I studien til Bringedal og Aune (2019) hadde kvinnene ulike preferanser på hvordan jordmor skulle fremstå under fødselen. Noen av kvinnene satte pris på at jordmor ga klare beskjeder, mens andre fortalte at det var viktig at jordmor lyttet, samt la merke til når og hvordan de skulle kommunisere. Andre kvinner uttrykte at de opplevde fødselen som så intens at de ikke hørte hva jordmor kommuniserte. For de fleste av kvinnene var det viktig at jordmoren de hadde i fødsel var rolig og fikk de til å føle seg trygge. En av kvinnene i studien til Lally et al. (2014) ønsket at jordmor skulle forklare under fødselen hva som ville være best i hennes situasjon og for hennes ufødte barn. Jordmor la frem alternativer gitt ut fra hvor hun var i fødsel, og støttet kvinnen i å ta en beslutning, som gjorde at hun fortsatt følte seg delaktig. Å ta hensyn til barnet ble støttet av alle kvinnene i studien til O'Brien et al. (2017). Her ble det påpekt at alle valg de tok var påvirket av ansvaret de hadde overfor deres barn. Ansvarsfølelsen motiverte kvinnene til å forsøke å være så informert som mulig (O'Brien et al., 2017). En kvinne beskrev det slik:

«I mean I wanted to have that birth experience that I had planned you know, but more importantly I wanted to have a healthy baby and in the end the safety of my baby influenced the choices I made.... » (O'Brien et al., 2017, s. 3).

Det samme uttrykte en kvinne i studien til Bringedal og Aune (2019):

The most important thing for me is just that the baby is doing well and when I know you're in such good hands and everything is nearby, that's the most

important thing. Then it's only a bonus if I get to try out the things I want to and I'm heard the way I want to be /... /. (Bringedal & Aune, 2019, s. 126)

### 5.3 Jordmors oppfatning av egen kunnskap, erfaring og intuisjon

Jordmødrene på at det å støtte kvinnen i å ta informerte valg som en følelse av ansvar og plikt, da det er hennes kropp og fødsel (Feeley et al., 2020). En jordmor sa det slik:

«I think the most important detail is the mother herself, what she's capable of, what her plans are, her desires are, and what we can manage clinically—to try to blend those 2 together as best as possible» (Everly, 2012, s. 50).

Jordmødrene i flere av primærstudiene bemerket at deres kunnskap og erfaring var ledende faktorer når beslutninger i fødsel skulle tas (Daemers et al., 2017; Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). I to av studiene fremhevet jordmødrene sin intuisjon som en viktig faktor og var basert på deres erfaring (Daemers et al., 2017; Weltens et al., 2019). I studien til Weltens et al. (2019) snakket alle de erfarne jordmødrene (>8 års erfaring) om en intuisjon de hadde opparbeidet seg. De hadde tillit til egen kunnskap og deres kliniske erfaring. Dette skilte seg noe fra de jordmødrene med mindre arbeidserfaring (<5 års erfaring), som syntes at beslutningstaking kunne være vanskelig. Uten den kliniske erfaringen måtte de mindre erfarne jordmødrene stole mer på objektive parameter og eksisterende retningslinjer. Jordmødre i studien til Daemers et al. (2017) fortalte at intuisjon spilte en rolle i klinisk beslutningstaking. I situasjoner hvor det oppstod små avvik i den naturlige fødselsprosessen, brukte jordmor sin faglige kompetanse og sin kunnskap om den gravide kvinnen. Det gjorde dem i stand til å se endringer som kunne føre til at de var mer på vakt.

Jordmødrene i studien til Daemers et al. (2017) fremhevet flere faktorer som påvirket de når beslutninger i fødsel skulle tas. Faktorene omhandlet både jordmors personlige og profesjonelle verdier, samt holdningen til fysiologien, kvinne-sentrert omsorg og deres erfaring og intuisjon. Jordmødrenes holdning til samarbeid spilte også en rolle. I flere av primærstudiene kom det fram at samarbeid med kollegaer kunne ha en innvirkning på hvordan jordmor fikk tilrettelagt for at kvinnen skulle være involvert under fødsel (Daemers et al., 2017; Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020). Jordmødrene belyste at samarbeidet med legen påvirket hvordan de tok beslutninger (Everly, 2012). Jordmødrene beskrev stort sett positive erfaringer ved å jobbe i team (Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020). I studien til Daemers et al. (2017) opplevde jordmødre at når det var et godt samarbeid mellom partene så det ut til å være mer rom for de fysiologiske aspektene ved fødsel og kvinnens ønsker var mer i sentrum. De kunne oppleve at det å beskytte den naturlige tilnærmingen til fødsel kunne i noen tilfeller kreve diskusjoner med fødselsleger. Der samarbeid opplevdes som utfordrende, var det medisinsk tenkning og retningslinjer som dominerte. I slike situasjoner beskrev

jordmødrene at de brukte sin kunnskap og erfaring for å ivareta kvinnens ønsker så langt det var mulig. Dette beskrev også jordmødrene i studien til Ingvarsson et al. (2020) hvor de så stor verdi av sin kliniske erfaring og ferdigheter når det var uenighet med fødselsleger om amniotomi.

I studien til Daemers et al. (2017) avdekket de blant annet grunnleggende forskjeller hos jordmødre og hvordan de forholdt seg til fødselsprosessen. De fant forskjeller i bruk av intervensjoner, som omhandlet hvordan jordmødrene oppfattet og håndterte ulike situasjoner. Til slutt hvordan jordmødrene vurderte og anvendte retningslinjer. Det kom også frem at noen av jordmødrene kunne ha med seg negative erfaringer inn i enkelte situasjoner, noe som resulterte i at de handlet mer defensivt når lignende situasjoner oppstod. En jordmor uttrykte:

«That is particularly with postpartum haemorrhage (pph): if you just experienced 2 pph, with woman number three you are more likely to give extra oxytocin... So yes...clinical management based on the past» (Daemers et al., 2017, s. 8).

Jordmødre fortalte at deres kunnskap og erfaring kunne bli satt på prøve da deres kompetanse havnet i konflikt med retningslinjer eller i samarbeid med legen og den fødende kvinnen (Ingvarsson et al., 2020). Jordmødrene i studien til Weltens et al. (2019) påpekte at fødende kvinner nå har mer kunnskap enn tidligere. De vet mer om hvilke rettigheter og valgmuligheter de har under fødsel. På bakgrunn av dette opplevde de mer erfarne jordmødrene at nåtidens fødende kvinner er mer utålmodig og ber om intervensjoner som blant annet smertelindring tidligere enn før. I studien til Ingvarsson et al. (2020) reflekterte jordmødrene om dilemmaet ved å møte kvinnens ønske som i dette tilfellet var amniotomi. De kunne gå med på det hvis de anså risikoen som minimal. Noen jordmødre uttrykte en ambivalens og stilte spørsmål om dette var en sterk nok indikasjon, da intervensjoner aldri er helt uten risiko. De var innforstått med at det er en balanse mellom å møte kvinnens ønsker og å utføre intervensjoner som kan forårsake komplikasjoner.

### 5.3.1 Jordmødres opplevelser av å arbeide i henhold til retningslinjer

I flere av studiene beskrev jordmødrene hvordan det å arbeide under retningslinjer kunne påvirke og utfordre deres arbeidshverdag (Daemers et al., 2017; Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019).

Retningslinjer gjorde jordmødrene oppmerksomme på risikofaktorer og prosesser i fødsel (Weltens et al., 2019). Spesielt hos de som hadde mindre klinisk erfaring (<5 års erfaring), hvor de beskrev at økende forskning førte til en utvikling av jordmorfaget som videre kunne gjøre jordmødrene i stand til å gi en mer omfattende omsorg gjennom oppdatert kunnskap. De mer erfarne jordmødrene (>8 års erfaring) i samme studie, mente at strengere retningslinjer ga mindre rom for jordmor-ledet omsorg og var



bekymret for utviklingen (Weltens et al., 2019). Dette kom også frem i studien til Ingvarsson et al. (2020) hvor noen av jordmødrene følte seg både kontrollert og begrenset i sitt arbeid med kvinnen i fødsel grunnet retningslinjer som hadde endret seg med årene. På en annen side påpekte noen jordmødre at retningslinjene var noe de kunne støtte seg til ved beslutninger og ga de trygghet i sitt arbeid. Jordmødrene stilte seg imidlertid spørrende til hvorvidt høy arbeidsbelastning på fødeavdelingen påvirket deres beslutningstaking. De lurte på om dette kunne føre til økende amniotomier, versus det å ha en mer avventende holdning. De erkjente at det var vanskelig å gi den omsorgen retningslinjene krevde når de hadde ansvar for flere kvinner i fødsel, noe de opplevde som stressende og frustrerende.

Tre av primærstudiene påpekte at jordmødrene kunne gjøre individuelle vurderinger i forhold til retningslinjene, ved å ta hensyn til kvinnens ønsker så lenge det var trygt for mor og barn (Daemers et al., 2017; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). En jordmor sa det slik:

(...) that you can deviate in individual cases in agreement with the obstetricians, on the condition that you communicate well and report everything, I make the decisions but I confer on everything [with the obstetrician]. (Daemers et al., 2017, s. 6)

Det å være underlagt strenge retningslinjer kunne være en utfordring for jordmødrene. Å bli holdt ansvarlig var nevnt som en grunn til å være ekstra forsiktig når det skulle tas beslutninger. Alle jordmødrene følte seg ansvarlige for sikkerheten til mor og barn, og var klare på at hvis det oppstod en livstruende situasjon for en av partene kunne ikke kvinnens ønsker overholdes (Weltens et al., 2019). I studien til Everly (2012) kom det frem at det kunne være vanskelig å inkludere kvinnen i beslutningsprosesser. Involvering kunne lett tas fra kvinnen i situasjoner der retningslinjer og sykehusets regler spilte inn. De mente at det var mulig å inkludere kvinnene, men det krevde en innsats fra både jordmor og kvinnen.

## 5.4 Jordmors oppfatning av relasjonsbygging og kommunikasjon med kvinnen

Et tilbakevendende tema i alle primærstudiene var kommunikasjon og relasjonsbygging med kvinnen (Daemers et al., 2017; Everly, 2012; Feeley et al., 2020; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). En hovedkomponent i relasjonsbygging var kommunikasjon, spesielt for å forstå kvinnes ønsker, synspunkter og holdninger rundt fødsel. Det var viktig for jordmødrene å prioritere relasjonsbygging og det ble lagt vekt på å skape gjensidig og tillitsfulle relasjoner (Feeley et al., 2020). Tillit presenterte grunnlaget for godt samarbeid under fødsel og var en nøkkelkomponent i et forsvarlig omsorgsarbeid. Tillit gikk begge veier. For å fremme gjensidig tillit var aktiv lytting, forståelse og formidling av støtte grunnleggende. Når jordmødrene anerkjente kvinnes tillit til dem,

la dette til rette for jordmødrenes tillit til kvinnen. Jordmødrene opplevde at det å få hennes tillit gjorde det mer sannsynlig at de aksepterte anbefalingene som kom fra jordmor. En annen viktig komponent ved å bygge relasjon til kvinnen var formidling av støtte. En rekke metoder som ble benyttet var blant annet verbal støtte, respekt for kvinnenes fødselsønsker, formidle enighet og forståelse på en ikke-dømmende måte (Feeley et al., 2020).

I flere studier understrekte jordmødrene hvor viktig det var å ta hensyn til kvinnenes ønsker, samt la de være involvert under fødsel (Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). Jordmødrene i studien til Ingvarsson et al. (2020) påpekte at dialog med kvinnen før beslutninger og utførelse av intervensjoner var essensielt. Ved å informere kvinnen tilstrekkelig i forkant, samt å høre på hennes mening, ble beslutninger tatt i enighet. To jordmødre beskrev det slik:

«I believe in informed consent. It's their choice so that they get to understand fully. They are part of the decision-making process. I don't make all the decisions» (Everly, 2012, s. 50).

...then, I usually ask her like "what do you think?" .... Her autonomy is important, and that she is allowed to listen to and follow her body... I don't want to walk in front of her and tell her what to do. I don't want to go behind and push either. I prefer to walk beside her, so to speak. (Ingvarsson et al., 2020, s. 5)

I to av studiene kom det frem hvor viktig det var å gjøre en helhetlig vurdering i sitt arbeid med kvinnen (Daemers et al., 2017; Everly, 2012). Jordmødrene fortalte at de hadde forskjellige måter å involvere kvinnen når det kom til å ta beslutninger i fødsel. Det varierte fra de som diskuterte alt med kvinnen og lot henne være med i beslutninger, til jordmødre som var mer opptatt av å forholde seg til retningslinjer når beslutninger skulle bli tatt (Daemers et al., 2017). En jordmor sa det slik:

«Woman's characteristics, I think that everything about the woman is important for decision-making, the total picture counts» (Daemers et al., 2017, s. 4).

## 6 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet blir forskningsspørsmålene drøftet. Resultatene fra studien knyttes sammen med teoretisk forankring og relevant empiri på området. Studiens funn blir diskutert ut fra en hermeneutisk-fenomenologisk tankegang. En hermeneutisk tilnærming omhandler teorien om fortolkning. Sett i lys av begge perspektivene vil kvinnen og jordmor hele tiden fortolke hverandres signaler. Fra hvert sitt ståsted forsøker man å få en felles forståelse som utvikles gjennom gjensidig kommunikasjon (Thomassen, 2006). Fenomenologien omhandler menneskets subjektive opplevelser og man forsøker å få frem deres levde erfaring. Sett i fra et jordmorperspektiv belyses dette gjennom hvordan jordmor viser forståelse, hensyn og kommuniserer for å få frem kvinnenens preferanser. Fra kvinneperspektivet vil fenomenologisk grunnsyn hjelpe til å klargjøre kvinners subjektive opplevelse av å kunne ta informerte valg under fødselen (Thomassen, 2006).

Vi vil innledningsvis starte med å repetere våre forskningsspørsmål:

1. Hva er kvinnens opplevelser med å ta informerte valg under fødselen?
2. Hvilke faktorer er av betydning for jordmor når hun skal tilrettelegge for at kvinnen skal kunne ta informerte valg under fødsel?

### 6.1 Kvinners opplevelse av informasjon under fødsel

Gjennom våre funn kom det frem at det å ta et informert valgt inneholdt mer enn å bare bli informert. Det handlet også om å forstå informasjonen som ble gitt (O'Brien et al., 2017). Dette samsvarer med studiens valgte definisjon av informert valg (Helsedirektoratet, 2017; Paterick et al., 2020). Som tidligere nevnt står det sterkt i retningslinjer og lovverk at pasienter skal få informasjon om helsehjelpen som skal utøves (Helsedirektoratet, 2010; ICM, 2008; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; WHO, 2018). Pasienten har krav på informasjon som blir gitt på en forståelig måte (Slettebø, 2013). I en kvinne-sentrert modell fremheves involvering av kvinnen i fødselsprosessen som svært betydningsfullt. Involvering skjer blant annet gjennom informasjonsdeling (Berg et al., 2012). Ifølge Maputle og Hiss (2013) vil informasjonsdeling kunne styrke kvinner i å ta informerte beslutninger og informerte valg, som igjen fremmer kvinnens autonomi under fødsel.

Våre funn viste at det var flere faktorer som påvirket hvordan kvinner i fødsel tok innover seg informasjon som ble gitt (Bringedal & Aune, 2019; Koster et al., 2020; López-Toribio

et al., 2021; O'Brien et al., 2017). Kvinnene var blant annet preget av tidspunktet for når informasjonen ble gitt under fødselen, hvor noen opplevde den som så intens at de kun klarte å fokusere på riene (Bringedal & Aune, 2019; López-Toribio et al., 2021). Ifølge Slettebø (2013) må det tas hensyn til pasientens tilstand når en skal informere, og vurdere situasjonen slik at pasienten får informasjonen når man er mottakelig for det. Det samsvarer med hva Eide og Eide (2014b) formidler: for å oppnå god formidling av informasjon, forutsetter det at den skjer gjennom dialog og på pasientens egne premisser. Det kan tenkes at smerter og intenst fødselsarbeid kan være i veien for å kunne motta informasjon.

Når kvinnene i våre funn snakket om intensitet i fødsel refereres det til smerten som de er preget av (Bringedal & Aune, 2019; López-Toribio et al., 2021). I en review skrevet av Whitburn et al. (2019) kom det frem at kvinner beskriver smerter i fødsel som intenst, krevende og vanskelig. Flere studier diskuterer om smerte reduserer kvinners kapasitet til å ta innover seg informasjon under fødsel (Broaddus & Chandrasekhar, 2011; Jackson et al., 2011). En evne som blir sett på som avgjørende for å kunne ta et informert valg er resonnering. Å kunne resonnerer med relevant informasjon omhandler ifølge Helsedirektoratet (2017) evnen til å vurdere fordeler og ulemper knyttet til ulike behandlingsalternativer. Avveininger av ulike alternativer til behandling vil være avhengig av pasientens verdier og prioriteringer (Helsedirektoratet, 2017). På en annen side kommer det frem i flere studier at kvinner opprettholder nok kapasitet til å forstå og huske informasjon gitt under fødselen til tross for smerte og angst (Broaddus & Chandrasekhar, 2011; Jackson et al., 2000). Dette kan tyde på at kvinner har ulik kapasitet til å bearbeide og ta imot informasjon under fødsel.

Ved å se på konsekvensene av manglende informasjon under fødsel belyser vi i vår studie at det kan ha store innvirkninger vedrørende helsen til kvinner som har født. Våre funn viste at mangel på informasjon under fødsel begrenset kvinnene i å være delaktig og involvert i sin egen fødsel. Kvinnene følte at deres autonomi og verdier ikke ble respektert (Koster et al., 2020). Konsekvenser av å ikke bli informert under fødsel, har som tidligere nevnt blitt assosiert med en traumatisk fødselsopplevelse (Elmir et al., 2010; Hollander et al., 2017; Watson et al., 2021) og videre utvikling av posttraumatisk stresslidelse (Andersen et al., 2012). Dette understreker hvor viktig det er at kvinner blir informert tilstrekkelig for å unngå unødvendige belastninger i tiden etter fødsel.

## 6.2 Kvinners opplevelse av involvering ved beslutningstaking og informerte valg under fødsel

Slettebø (2013) skriver at først og fremst skal pasienten føle seg involvert, ha et reelt valg og medbestemmelse over seg selv. Likevel kom det frem i flere av våre inkluderte studier at det å få muligheten til å være involvert i beslutningstaking og ta et informert valg opplevdes ulikt for kvinnene (Armstrong & Kenyon, 2017; Bringedal & Aune, 2019; Koster et al., 2020; Lally et al., 2014; López-Toribio et al., 2021; O'Brien et al., 2017).

Våre funn viste at kvinner hadde ulike preferanser om hvor involvert de ønsket å være (Armstrong & Kenyon, 2017; Bringedal & Aune, 2019; López-Toribio et al., 2021). Noen ønsket bare å konsentrere seg om seg selv, samt overlate kontrollen til jordmor. På den andre siden ønsket andre å være involvert i beslutningsprosesser (Bringedal & Aune, 2019). Noen ganger kan pasienter ha et ønske om at helsepersonell skal ta valg på deres vegne. Ifølge Slettebø (2013) er dette et uttrykk for autonomi, da pasienten har tillit til helsepersonell og at de velger det beste for pasienten. Dette samsvarer med våre resultater som viste at flere av kvinnene var glade for å overlate beslutninger til helsepersonell, da de anså at helsepersonell hadde nødvendig kompetanse til å håndtere deres situasjon (Armstrong & Kenyon, 2017; López-Toribio et al., 2021). Dette støttes av tidligere forskning der det kommer frem at for noen betydde følelsen av å ha kontroll at de kunne ta alle avgjørelsene selv, men for andre ble den oppnådd når de følte seg trygge nok til å overlate kontrollen til jordmoren. Dette førte til at de kunne trekke seg tilbake og fokusere på fødselsarbeidet (Olza et al., 2018).

Funn fra vår studie viste at autonomi ble sett på som grunnleggende når det handlet om å ta informerte valg (O'Brien et al., 2017). Det å få lov til å medvirke og ta autonome beslutninger forutsetter at jordmødre gir kvinnen informasjon hun trenger (Helsedirektoratet, 2010). Autonomi begrepet handler om pasientens medbestemmelse. Retten til å få en autonom beslutning respektert er både en etisk og juridisk rettighet (Brinchmann, 2016). I en review som inkluderte 67 studier fra 32 forskjellige land kom det frem at ikke alle kvinner er klar over sine rettigheter (Shakibazadeh et al., 2018). På et internasjonalt nivå anbefales det fra WHO (2018) at kvinnen skal kunne få ta informerte valg som en del av en respektfull fødselsomsorg. Helsedirektoratet (2010) referer også til at kvinner skal oppleve seg informert, veiledet og ivaretatt når valg under fødselen skal tas. På en annen side er ikke dette alltid realiteten. I en studie som inkluderte 132 kvinner kom det frem at de ofte bekymrer seg for tap av kontroll og autonomi under fødselen. Videre kom det frem at kvinner streber etter å være involvert under fødsel og at jordmoren skal respektere hennes ønsker (Westergren et al., 2019).

I Norge har vi et differensiert fødselstilbud hvor en som gravid og fødende blir selektert som "grønn" eller "rød" ut ifra risikofaktorer hos mor og barn. Ved hjelp av selektering vil kvinner i Norge ha ulikt tilbud når det kommer til fødested. Norge har organisert fødselsomsorgen sin på tre ulike nivåer: fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk (Helsedirektoratet, 2010). I vår studie kom det frem at de kvinnene som var definert med risiko svangerskap følte de hadde mindre innflytelse til å kunne være delaktige i beslutningsprosesser, samt at de var mer styrt av retningslinjene til sykehuset (López-Toribio et al., 2021). Blir kvinnen selektert som rød vil det i si at det stilles høyere krav til medisinsk kompetanse og overvåkning under fødsel. Det resulterer i at en fødsel blir i økende grad mer styrt av retningslinjer og prosedyrer som kan gi mindre mulighet for involvering (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan gjøre muligheten for å ta valg under fødsel fra kvinnens ståsted litt mer utfordrende. Likevel har kvinnen sine lovpålagte rettigheter som skal ivaretas under fødsel, samtidig som ansvaret for forsvarlig helsehjelp ligger hos jordmor (Tveiten, 2020).

## 6.3 Kvinners opplevelse av relasjon til jordmor

Våre funn viste at relasjonen til jordmor var viktig for opplevelsen av en positiv fødselsopplevelse. Samt ble jordmor beskrevet av kvinnene som en sentral person for å fremme deres deltakelse i beslutninger under fødselen (Armstrong & Kenyon, 2017; Bringedal & Aune, 2019; Lally et al., 2014; López-Toribio et al., 2021). Støtte fra jordmor gjorde kvinnene i stand til å føle seg mer engasjert i beslutningsprosesser (Lally et al., 2014) og at det å få ta et informert valg var avhengig av jordmores holdning og lojalitet til retningslinjene (O'Brien et al., 2017). Ifølge WHO (2018) skal kvinner støttes i å forstå at hun har et valg, og at hennes valg skal bli støttet. Gjennom kommunikasjon med jordmor kan empowerment-prosessen gi kvinnen kontroll og makt, samt styrke og stimulere hennes deltakelse til å være involvert i beslutninger under fødselen (Eide & Eide, 2014a). Forskning viser at når kvinner føler seg tilstrekkelig informert, gir det en følelse av empowerment, samt at de opplevde å ha mer kontroll under fødselen (Sanders & Crozier, 2018). På en annen side er empowerment ifølge Morgan (2015) resultatet av kvinne-sentrert omsorg. Relasjonen som skapes gjennom samarbeid mellom kvinnen og jordmor er et kjernepunkt i en kvinne-sentrert omsorgsmodell (Fontein-Kuipers et al., 2018). Det å ha muligheten til å være delaktig i sin egen fødsel er fremtredende. Det innebærer å ha en kontinuerlig dialog med jordmor som lytter til henne, informerer om fremgangen i fødsel og støtter henne til å ta egne valg. Å kunne ta felles beslutninger er også avgjørende for kvinnen. Kvinner i fødsel trenger bekreftelse hvor hun blir anerkjent, som igjen gir styrke slik at hun føler seg i stand til å føde (Berg et al., 2012).

I våre funn var det flere som refererte til at trygghet og støtte fra jordmor var viktig (Bringedal & Aune, 2019; Lally et al., 2014; O'Brien et al., 2017). I en studie som utforsket hva kvinner vektlegger som viktige aspekter ved omsorgen under fødsel, var kvinnens trygghetsfølelse. Denne trygghetsfølelsen var blant annet knyttet til tilliten til jordmores kompetanse (Vedeler et al., 2022). I en kvinne-sentrert modell blir en trygg atmosfære for kvinnen beskrevet å kunne fremme hennes følelse av trygghet og selvtillit til sin egen kropp. Trygghet gir en følelse av kontroll hvor det sentrale her er å bli informert om hva som foregår (Berg et al., 2012). Det bekreftes i forskning at kontroll i fødsel har vist seg å være knyttet til støtte av omsorgspersoner (Britton, 2012; Gibbins & Thomson, 2001; Shakibazadeh et al., 2018).

På en annen side viste våre funn at kvinnene hadde ulike preferanser på hvordan jordmor skulle fremstå under fødselen (Bringedal & Aune, 2019; Lally et al., 2014). Noen ville ha jordmødre som ga klare beskjeder og forklarte hva som ville være det beste for henne i situasjonen hun stod i (Bringedal & Aune, 2019; Lally et al., 2014). Imidlertid var andre opptatte av at jordmor skulle vite hvordan hun kommuniserte med kvinnen og til hvilket tidspunkt (Bringedal & Aune, 2019). Det at kvinner i fødsel har ulike meninger om hvordan jordmor skal fremstå under fødselen er ikke overraskende. Det er subjektive opplevelser fra kvinnen som belyses i våre funn. Det bekreftes av flere studier at det kan være mange faktorer som påvirker i hvilken grad kvinnen opplever samarbeidet med jordmor som tilfredsstillende (Berg et al., 1996; Britton, 2012; Shakibazadeh et al., 2018; Westergren et al., 2019). Med andre ord ser man hvor viktig det er å skape en

relasjon basert på respekt, tillitt og samarbeid mellom jordmor og den fødende. Slik vil en kunne fremme deltakelse under fødsel.

Et annet funn fra vår studie belyste følelsen av ansvarlighet overfor barnet sitt når valg i fødsler skulle tas (Bringedal & Aune, 2019; Lally et al., 2014; O'Brien et al., 2017). Det motiverte kvinnene til å høre på hva jordmor kommuniserte (O'Brien et al., 2017). Som forskningen forteller oss er kvinners ønsker rundt om i verden å kunne føde et friskt barn (Downe et al., 2018).

## 6.4 Jordmors oppfatning av egen kunnskap, erfaring og intuisjon

Våre funn viste at jordmødre så på det å støtte kvinnen i å ta informerte valg som en følelse av ansvar og plikt (Feeley et al., 2020). I en studie fremhever jordmødre at det å ta et informert valg skal kunne være en grunnleggende rettighet for alle kvinner (Van kelst et al., 2013). For å kunne tilrettelegge for at kvinnen skal ta et informert valg under fødsel, var det flere faktorer som påvirket jordmødrene i vår studie, hvor kunnskap og erfaring var to av de viktigste faktorene (Daemers et al., 2017; Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). I en studie av Blaaka og Schauer Eri (2008) beskriver jordmødre at det viktigste arbeidet de gjør i fødsel, i tillegg til å vise respekt for kvinnen, var å være faglig oppdatert.

I en kvinne-sentrert omsorgsmodell er grunnleggende kunnskaper hos jordmor av størst betydning. Jordmor sin kunnskap utvikles blant annet gjennom relasjon og samhandling med kvinnen, samt refleksjoner jordmor gjør, både med seg selv og andre kollegaer. Hos jordmor består kunnskapen av den teoretiske, den praktiske og den sensitive kunnskapen. Videre kreves det av jordmor i fødsel at hun også bruker sine intuitive ferdigheter. Det vil si å blant annet være hos kvinnen, lese situasjonen og bemerke seg progresjon i fødselsprosessen. Gjennom syn, lukt, hørsel, berøring og den «sjette sansen» – intuisjon, bruker jordmor sin kunnskap (Berg et al., 2012). I våre funn fremhevet jordmødrene sin intuisjon som en viktig påvirkningsfaktor når beslutninger i fødsel skulle tas (Daemers et al., 2017; Weltens et al., 2019). Spesielt fremhevet alle de erfarne jordmødre (>8 år erfaring) intuisjonen de hadde opparbeidet seg, som en faktor ved beslutningstaking (Weltens et al., 2019). Intuisjon er som tidligere nevnt en tankeprosess som gir et svar, en ide eller løsning uten anstrengelse og bevissthet om prosessen bak (Kirkebøen, 2012). En studie viser at intuisjon utvikles gjennom erfaring. Det forklares ved at jo mer erfaring man har, jo mer innser man at beslutningene ofte er basert på blant annen intuisjon (Lambrechts et al., 2021). Når det er sagt kan man stille spørsmål om hvor mye intuisjonen bør ta plass i en beslutningsprosess under fødsel, da fødselsomsorgen er styrt av retningslinjer, prosedyrer og lovverk.

En annen faktor som ble belyst gjennom våre funn var samarbeidet med kollegaer, spesielt leger (Daemers et al., 2017; Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020).

Jordmødrene fortalte at når det var et godt samarbeid mellom partene så det ut til å være mer rom for de fysiologiske aspektene ved fødsel som vil si å bevare normaliteten i fødselen, og at ønskene til kvinnen sto mer i sentrum (Daemers et al., 2017). På den andre siden opplevde jordmødrene at medisinsk tenkning og retningslinjer dominerte når samarbeidet opplevdes som utfordrende. Jordmødrene i vår studie så stor verdi i deres kunnskap og erfaring når det oppstod uenighet med fødselslegen (Daemers et al., 2017; Ingvarsson et al., 2020). Som nevnt i en kvinne-sentrert modell vil all omsorg som gis i en kontekst som består av ulike normer, kunne utfordre arbeidet med å gi optimal omsorg under fødsel. Dette vil si omsorg som er basert på en jordmorfaglig filosofi. På bakgrunn av dette kan det oppstå ulike konflikter som påvirker omsorgen jordmor yter i fødsel (Berg et al., 2012). Filosofien om jordmoromsorg omhandler blant annet tankegangen om at fødsel vanligvis er en normal fysiologisk prosess (ICM, 2005).

Sett i lys av våre funn må en jordmor ofte balansere preferanser fra den fødende kvinnen, arbeidsplassen, som inkluderer kollegaer og samtidig arbeide etter regelverk utarbeidet av det overordnede helsevesenet. Dette belyses i en kvinne-sentrert omsorgsmodell hvor begrepet «balansegang» er en beskrivelse av de handlingene jordmor må kunne utøve for å gi optimal omsorg sett i lys av modellen. Jordmor må balansere det å skape et gjensidig forhold med kvinnen og en fødende atmosfære, samtidig som hun bruker sine grunnleggende kunnskaper når hun utfordres av ulike normer. I en studie av Oelhafen et al. (2018), som omhandlet moralske problemer i jordmoromsorgen, rapportere jordmødre om lojalitetskonflikter når de ikke var enige i medisinske intervensjoner. På den ene siden ønsket de å være lojale i henhold til sine kollegaer og på den andre siden måtte stå innenfor beslutninger de ikke støttet. Dette var noe som utfordret jordmødrene sin autonomi. Som helsepersonelloven §4 sier, er det legen som har den endelige beslutningsmyndigheten når det gjelder behandling av den enkelte pasient (Helsedirektoratet, 2010). Dette kan føre til personlige konflikter hos jordmor hvor etiske prinsipper må veies opp mot hverandre og som tidligere nevnt kan utfordre omsorgen jordmor gir under fødsel.

## 6.5 Jordmødres opplevelser av å arbeide i henhold til retningslinjer

I vår studie beskrev jordmødrene hvordan det å arbeide under retningslinjer kunne påvirke og utfordre deres arbeidshverdag (Daemers et al., 2017; Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). Jordmor sin autonomi er styrt av de jordmorfaglige retningslinjene og er styrende i måten jordmor utøver yrket på (ICM, 2008). Som jordmor er man som nevnt bundet til lovverk, prosedyrer og retningslinjer. Dette kan være utfordrende for jordmor når hun samtidig skal vise hensyn overfor den fødende og annet helsepersonell.

I våre funn kom det frem at jordmødrene kunne gjøre individuelle vurderinger i forhold til retningslinjene, ved å ta hensyn til kvinnens ønsker så lenge det var trygt for mor og barn (Daemers et al., 2017; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). Det kom



også frem i våre funn at i situasjoner der retningslinjer og prosedyrer spilte inn, kunne kvinnens rett til medbestemmelse bli svekket (Everly, 2012). Det å bli holdt ansvarlig var i våre funn nevnt som en grunn til å være ekstra forsiktig når det skulle tas beslutninger. Alle jordmødrene følte seg ansvarlige for sikkerheten til mor og barn og var klare på at hvis det oppstod en livstruende situasjon for en av partene, kunne ikke kvinnens ønsker overholdes (Weltens et al., 2019). Jordmødre er ansvarlige for sine beslutninger og handlinger, samt ansvarlige for de relaterte utfallene i deres omsorg for kvinner (ICM, 2008). I en fødsel kan situasjonen endre seg underveis. Forskning viser at beslutningstaking er avhengig av omstendighetene til mor og barn. Når sikkerheten trues, kan det være behov for at tidligere beslutninger må endres (Noseworthy et al., 2013). Selv om helsehjelp som hovedregel kun skal utføres med pasienten sitt samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4), blir lovverket til helsepersonell dominerende i situasjoner hvor helsehjelpen sees på som påtrengende nødvendig. Helsehjelp kan med andre ord da gis uten samtykke fra pasienten (Helsepersonelloven, 1999, §7). Jordmor kan i sin arbeidshverdag erfare situasjoner som kan være livstruende for mor og barn. Eksempelvis at kvinnen er nær å føde og helsen til barnet trues. Da kan jordmor utføre en episiotomi for at barnet skal fødes så fort som mulig. Dette kan i noen tilfeller bli gjort uten kvinnens samtykke.

Et annet funn fra vår studie var at jordmødrene hadde delte meninger angående retningslinjer. På den ene siden var det noe de kunne støtte seg til ved beslutninger og som ga de trygghet i sitt arbeid. På den andre siden mente jordmødrene at retningslinjene kunne gi mindre rom for jordmor-ledet omsorg (Ingvarsson et al., 2020). Helsedirektoratet publiserte i (2010) en veileder for å gi et bedre og et mer kvalitet sikkert fødetilbud: Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Fødselsomsorgen er et fagområde hvor faglige avgjørelser kan få store konsekvenser. Å ta feilvurderinger er uunngåelig, men desto viktigere er det å ha gode prosedyrer og rutiner som gjør kommunikasjon og samarbeid best mulig. Å kunne gi forsvarlig helsehjelp innebærer at standarden kan variere ved at det kommer ny kunnskap, teknologi eller endrende forutsetninger (Helsedirektoratet, 2010).

Våre funn viste at jordmødrene stilte seg spørrende om høy arbeidsbelastning på fødeavdelingen påvirket deres beslutningstaking og om dette kunne føre til økende intervensjoner (Ingvarsson et al., 2020). Dette samsvarer med annen forskning som sier at det å ikke ha kapasitet til å være kontinuerlig til stede hos kvinnen, var forbundet med høyere grad av medisiner og invasive intervensjoner (Oelhafen et al., 2018). Det kan tenkes at konsekvensen vedrørende høy arbeidsbelastning kan begrense kvaliteten på omsorgen jordmor utøver hos den fødende kvinnen. Det kan stilles spørsmål om ringvirkninger av dette kan igjen gi psykiske og fysiske utfordringer hos både jordmor og kvinnen.

## 6.6 Jordmors oppfatning av relasjonsbygging og kommunikasjon med kvinnen

I våre funn kom det frem at en av hovedkomponentene i relasjonsbygging var kommunikasjon (Feeley et al., 2020). Ifølge Eide og Eide (2014b) er hovedessensen for å skape gode relasjoner forutsatt av at man har gode kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient bidrar til kvalitet i helsetjenesten. Gjennom kommunikasjon skal jordmor informere kvinnen gjennom hele fødselsprosessen. Å kunne tilpasse og formidle informasjon til kvinnen krever omtanke fra jordmor sin side. Jordmor må undersøke hvilken informasjon og kunnskap kvinnen er i behov av, samt informere kunnskapen gjennom dialog og samhandling. Målet med å gi informasjon er å gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig for den fødende (Eide & Eide, 2014b). Ifølge forskning er informasjon og valg nært forbundet. Jordmødre mener at kvinner trenger objektiv og ærlig informasjon som gjør kvinnene i stand til å ta de riktige valgene for seg selv (Van kelst et al., 2013). Boyle et al. (2016) snakker om et dynamisk forhold som anerkjenner begge parters autonomi og er basert på gjensidig samarbeid. Dette vil være en viktig faktor for å kunne legge til rette for en felles beslutningstaking gjennom en prosess som er basert på tillit og respekt (Boyle et al., 2016).

Våre funn viste at tillit var grunnlaget for et godt samarbeid under fødsel og var en nøkkelkomponent i et forsvarlig omsorgsarbeid. For å fremme gjensidig tillit var aktiv lytting, forståelse og formidling av støtte grunnleggende. Når jordmødrene anerkjente kvinnenes tillit til dem, la dette til rette for jordmødrenes tillit til kvinnen. Jordmødrene opplevde at det å få kvinnens tillit gjorde det mer sannsynlig at de aksepterte anbefalingene som kom fra jordmor (Feeley et al., 2020). Dette samsvarer med studien til Naughton et al. (2021) som antyder at når en kvinne har tillit til jordmoren, stolte hun mer på hennes anbefalinger. I studien til Elmir et al. (2010) peker de på viktigheten av støtte fra helsepersonell og at kontinuitet i omsorgen under fødsel er avgjørende.

I vår studie understrekte jordmødrene hvor viktig det var å ta hensyn til kvinnenes ønsker og la de være involvert under fødsel (Everly, 2012; Ingvarsson et al., 2020; Weltens et al., 2019). Hvis kvinner skal styrkes til å ta valg under fødsel, er det viktig for jordmødre å utforske hennes ønsker. Slik kan realistiske forventninger fremmes og deretter forhåpentligvis oppfylles (Gibbins & Thomson, 2001; Oelhafen et al., 2018). Våre funn viste at jordmødrene hadde forskjellige måter å involvere kvinnen når det kom til å ta beslutninger i fødsel. Det varierte fra de som diskuterte alt med kvinnen, til jordmødre som var mer opptatt av å forholde seg til retningslinjer for å styre beslutninger (Daemers et al., 2017). Det er tenkelig at jordmødre har forskjellige tilnæringsmåter vedrørende kvinnens involvering, og kan skyldes ulike personlige og profesjonelle faktorer. Det kan være variasjoner i klinisk erfaring som er diskutert tidligere, og hvor jordmor ønsker at alle kvinner skal bli behandlet på lik linje. Som jordmor har man stor påvirkningskraft når det kommer til involvering av kvinnen i beslutningsprosesser. Ifølge Naughton et al. (2021) gjøres dette gjennom å informere og veilede henne til å ta valg i tråd med retningslinjene.

Dette samsvarer med våre funn som viste at ved å informere kvinnen tilstrekkelig i forkant, samt å høre på hennes mening ble beslutninger tatt i enighet (Ingvarsson et al., 2020). Ifølge Eide og Eide (2014b) er et av målene at pasienten skal kunne føle på mestring. Å gi informasjon kan ses som en del av empowerment-prosessen. Empowerment er som tidligere nevnt en type holdning som kommer til uttrykk gjennom kommunikasjon og involvering av pasienten i beslutninger. Holdningen er begrunnet i etiske verdier som autonomi, likeverd, respekt og i hensyn til pasientens beste. En studie viser at jordmødre ser viktigheten av å erkjenne kvinners empowerment, og mener det er viktig å invitere de til å delta og være involvert i egen fødsel (Shakibazadeh et al., 2018). Det kommer også frem at gjennom empowerment styrkes kvinnens evne til å ta et informert valg, noe som kunne gjøre det mulig for henne å samhandle mer selvsikkert med jordmor (Nieuwenhuijze & Leahy-Warren, 2019). Oppsummert kan jordmødre gjennom empowerment gi kvinnen styrke til å være mer delaktig som igjen legger grunnlaget for at kvinnen skal kunne ta informerte valg.

## 7 Metodediskusjon

Validitet er et kvalitetskriterium som refererer til i hvilken grad slutninger som er gjort i en studie er velbegrunnede og nøyaktige, og om metoden måler det den er ment å måle (Polit & Beck, 2017). Validitet knyttes til tolkning av data. Det handler altså om gyldigheten av de tolkningene undersøkelsen fører til. Forskeren styrker validiteten til studien ved å gå kritisk gjennom analyseprosessen (Thagaard, 2013). Vi kan skille mellom intern og ekstern validitet. Styrker og svakheter med metodevalgene vil i dette kapittelet bli diskutert i lys av intern og ekstern validitet.

### 7.1 Intern validitet

Intern validitet knyttes til hvordan årsakssammenhenger støttes innenfor en bestemt studie. Det vil si hvordan man referer til vurderingen av fortolkninger som omfatter en studie (Thagaard, 2013).

Gjennom det første året som jordmorstudenter fikk vi øynene opp for temaet informerte valg under fødsel. Våren 2021 startet vi med å utforme ulike problemstillinger. Vi hadde tidlig et ønske om å se på kvinner eller jordmødre sine opplevelser og erfaringer, derfor ble kvalitative studiedesign vurdert. I oppstartfasen gjorde vi testsøk i ulike databaser. Det ble først søkt på jordmorperspektivet og videre søkt på kvinneperspektivet. Vi så raskt at perspektivene hver for seg ga oss begrenset antall treff i forskningen. Videre erfarte vi at begrepet informerte valg ofte var knyttet til valg angående fødested, induksjon og elektivt keisersnitt. Vi valgte derfor å inkludere studier med både jordmor og kvinnens perspektiv for å få et godt utgangspunkt for et større materiale.

Videre fant vi ut at tema og forskningsspørsmål ville være mest hensiktsmessig da vi ønsket å se på to forskjellige perspektiver. Vi ble i samme periode introdusert for metoden metasyntese. Da metasyntese er en form for systematisk litteraturstudie tenkte vi metoden kunne være hensiktsmessig for vår studie, da vi fra tidligere har noe erfaring med å søke systematisk etter forskning. I tillegg ønsket vi en dypere forståelse av våre forskningsspørsmål og anså derfor metasyntese som den mest gunstige metoden å anvende. Vi valgte å ta utgangspunkt i Malterud (2017a) sin tilnærming til metasyntese. Vi anvendte metaetnografi til analyse og syntese av våre data som er utviklet av Noblit og Hare (1988). Metaetnografi var den metoden som i sin tid dannet utgangspunktet for kvalitativ metasyntese og i dag den mest anvendte fremgangsmåten (Malterud, 2017a). Ved at vi utførte en metasyntese, og ikke andre kvalitative metoder som for eksempel intervju, har vi muligens fått en større oversikt over hvor mye forskning som finnes innen valgt tema.

Thagaard (2013) referer til Silverman (2011) som benytter begrepet gjennomsiktighet. Det innebærer at man tydeliggjør grunnlaget for sine fortolkninger, ved å gjøre rede for hvordan analysen gir grunnlaget for de konklusjonene forskeren har kommet frem til. Vi har forsøkt å gjøre denne studien så pålitelig og gjennomsiktig som mulig ved å presentere de metodiske valgene som ble tatt underveis.

Som nevnt tidligere vil en metasyntese være basert på andre sin kvalitative forskning. En av utfordringene knyttet til metasyntese er at den fortolkes i flere ledd. Vi skal håndtere nye fortolkningsnivåer uten tilstrekkelig kjennskap til tolkningene forskerne av primærstudiene har gjort (Malterud, 2017a). Dette kan utfordre validiteten hvis man ikke er tekstnær fra start av. Reliabilitet knyttes til spørsmål om forskningens pålitelighet (Thagaard, 2013), med andre ord om dataene er til å stole på (Nyeng, 2012). Å sikre høy reliabilitet i kvalitativ forskning kan være utfordrende da man gjennom prosessen gjør mange tolkninger. I tillegg er det ikke sikkert at andre forskere oppfatter ting på samme måte. Når vi snakker om reliabilitet i kvalitativ forskning, kan vi knytte det til om funnene som presenteres er basert på data om faktiske forhold. Ved å være nøyaktig i behandlingen av dataene kan vi sikre høyest mulig reliabilitet (Larsen, 2017). Vi ser det som en styrke til studiens pålitelighet at vi har vært to kandidater som har kommet frem til lignende tolkninger gjennom arbeidet med metasyntesen.

Malterud (2017a) referer til terminologien førsteordens begrep, andreords begrep og tredjeordens begrep som en del av tolkningsnivåer ved en metasyntese. Førsteordens begrep vil være rådataen fra primærstudiene, resultatene i primærstudiene som andreords begrep og tredjeordens begreper er selve metasyntesen. Vårt mål gjennom analysen og syntesen har vært å få frem budskapet uten forstyrrende elementer. En styrke i vår studie er at vi har benyttet eksempler med direkte sitater fra de inkluderte studiene. Dette er gjort for å unngå at meningen fordreies og vi viser at materialet ikke har blitt misforstått.

Gjennom studien har vi forsøkt å være bevisst vår forforståelse. Vi har hele tiden vært oppmerksom på hva vi trodde den enkelte studie ville kunne bære frem av resultater. Ved å være oppmerksom på dette opplevde vi at vår forforståelse ble satt litt mer til siden i arbeidet med datamaterialet. Refleksivitet vil være en viktig faktor under et slikt forskningsprosjekt, ved at vi hele tiden er bevisst på hvilket fortolkningsnivå vi arbeider med. Som Malterud (2017a) skriver vil vi alltid lese en tekst med utgangspunkt i vår forforståelse og vår teoretiske referanseramme, gjerne med en tendens til å feste blikket på tekst som bekrefter våre egne synspunkter. Refleksivitet er en aktiv holdning, altså en posisjon man som forsker må oppsøke og vedlikeholde (Malterud, 2017a).

En refleksjon vi har gjort er at vi ikke har med "woman/women" i våre søkeord. Vi har konkludert med at ord som "labour", "childbirth" og "birth" var optimale da det er kvinner som føder barn og hvor ordet "women/woman" ga oss flere irrelevante treff. For å finne kvalitative studier til vår studie har vi utført strukturert litteratursøk i fire ulike databaser, samt gjennomgått litteraturlister til de studiene som ble lest i fulltekst. Som

tidligere nevnt har vi vært i kontakt med ulike bibliotekarer for å få hjelp gjennom søkeprosessen. Når det er sagt kunne flere studier muligens blitt inkludert hvis vi hadde søkt i enda flere databaser. Det ble gjort avgrensninger i litteratursøket slik at studiene skulle inneholde «abstrakt» for å gjøre den første gjennomgangen noe mindre tidkrevende. Her kan vi muligens ha gått glipp av studier hvor abstrakt ikke har kommet tydelig frem i databasene. Som Malterud (2017a) skriver innebærer den første gjennomgangen av litteratursøket en granskning av tittel og abstrakt. Det ble ikke fjernet dubletter før vi hadde gått gjennom samtlige studier i alle databasene. Det eneste utfallet vi ser dette kan ha hatt, er at vi kunne spart tid ved å fjerne dublettene fra starten. Vi mener imidlertid at dette ikke har konsekvenser for studiens resultater.

Som tidligere nevnt er vurderingen av kvaliteten til inkluderte studier i en metasyntese, diskutert i litteraturen om er nødvendig (Malterud, 2017a). Vi mener det er viktig å gjennomgå studiens kvalitet. En årsak til det er for å kunne oppnå et godt resultat for metasyntesen. Slik får vi et større overblikk over studiens pålitelighet som igjen er en forutsetning for validiteten. Vi benyttet som sagt helsebiblioteket sin sjekkliste for kvalitative studier da vi har blitt godt kjent med denne gjennom jordmorstudiet. Arbeidet med kvalitetsvurderingen gjorde samtidig at vi ble godt kjent med de inkluderte studiene.

Selv om vi utførte kontrolløk vinteren 2021 kan det være studier som vi har gått glipp av og som eventuelt kunne vært med i metasyntesen. På den andre siden synes vi at med våre inkluderte studier har gitt oss god nok datametning i forhold til våre forskningsspørsmål.

Gjennom arbeidet med resultatdiskusjonen har vi erkjent at det å ha to perspektiver var utfordrende. Det var tidvis vanskelig å skille perspektivene, da de kan anses som flytende om hverandre. Dette har resultert i gjentakelser, som vi har sett på som uunngåelig. Dette kommer frem spesielt i kapittel 6.3 og 6.6. Dette påpekes da vi anser det som viktig å diskutere begge perspektiver fra hvert sitt ståsted. Generelt sett når det kom til å underbygge våre resultater med relevant forskning, ble det ikke funnet mye forskning som framhevet ulike standpunkter. Det meste av forskningen var også bekreftende overfor våre funn. Det vi så mest av var kvalitativ forskning som omhandlet kvinne-jordmor forholdet.

## 7.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet knyttes til hvordan den forståelsen som utvikles også kan være gyldig i andre sammenhenger. Det vil si i hvilken grad våre resultater kan overføres til et annet utvalg eller situasjoner. Vi kan benytte ordet overførbarhet i samsvar med forståelsen av ekstern validitet. Overførbarhet knyttes direkte til hvordan vi argumenterer for at våre tolkninger som ble utviklet gjennom forskningen også kan ha gyldighet i andre sammenhenger. I kvalitative studier gir fortolkningen grunnlag for overførbarhet (Thaagard, 2013).

Vi har i møte med elleve forskjellige primærstudier forsøkt å etterstrebe og bevare deres egenart. Vår studie er basert på vitenskapelig studier fra Nederland (3), USA (1), Sverige (1), England (3), Irland (1), Norge (1) og Spania (1) og inkluderer totalt 92 jordmødre og 125 kvinner. Vi mener overførbarhetsverdien av metasyntesen er større enn om vi hadde benyttet en annen kvalitativ metode, som for eksempel intervju til å samle inn data. Dette på bakgrunn av at studiens valgte metode presenterer opplevelser til mange kvinner og jordmødre fra ulike land og kulturer.

Det kan være ulikheter i hvordan helsevesenet praktiserer fødselsomsorgen i hvert enkelt land. Det å inkludere studier fra ulike land og kulturer kan ha påvirket våre tolkninger, men samtidig har vi hatt fokus på å inkludere studier fra vestlige land der helsevesenet i størst mulig grad kan sammenlignes med hverandre. Alle studier vi har valgt å inkludere er publisert på engelsk. Både oversettelser og terminologien har i noen grad vært utfordrende for oss, noe som kan ha medført at vi kan ha mistet noe av innholdet. Samtidig har vi lest studiene flere ganger og vi opplever at vi har forstått det som har vært fokus i hver enkelt studie. I noen av studiene ble det referert til både bruk av protokoller og retningslinjer. I vår metasyntese har vi valgt å se på disse betegnelsene som det samme og benyttet ordet retningslinjer i resultatet.

En primærstudie som omhandler tidsperioden «før» fødsel ble inkludert. Vi har i hovedsak tatt utgangspunkt i de dataene som omhandler settingen «under fødsel». Dette gjaldt studien til Lally et al. (2014) som omhandler smertelindring i fødsel og har intervjuet kvinner både i uke 36 og 6 uker etter fødselen. Her har vi da tatt utgangspunkt i hva kvinner opplevde under selve fødselen. Det ble også inkludert en studie av Koster et al. (2020) som omhandlet traumatisk fødselsopplevelse. Med tanke på studiens tema, valgte vi likevel å ta den med, da hensikten var å gjøre helsepersonell som jobber i fødselsomsorgen mer bevisst på kvinners behov under fødsel.

I en av primærstudiene fra Nederland jobber informantene i primærhelsetjenesten. Fra jordmorperspektivet var vi opptatte av at de inkluderte informantene hadde erfaringer med å arbeide med kvinner i fødsel, hvor dette kom tydelig frem i studien til Daemers et al. (2017). Vi ønsker å trekke frem studien til Feeley et al. (2020) som omhandler fødselsvalg som går utenfor retningslinjene. Vi har valgt å inkludere studien da den fokuserer på hvordan jordmor arbeider når kvinnen ikke ønsket å følge retningslinjene med ønske om en fysiologisk fødsel. Vi erkjenner at ikke majoriteten av kvinner velger fødsler utenfor de anbefalte retningslinjene, men har fortsatt valgt å inkludere studien da dette kan være en utfordrende situasjon enhver jordmor kan møte på. Vi var interessert i å se på hvordan jordmor tilrettelegger for å imøtekomme kvinnens behov i fødsel.

### 7.2.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne metasyntesen er med på å belyse ulike faktorer som er grunnleggende for å kunne ta informerte valg under fødsel og kvinnens opplevelser rundt dette. Vi håper med studien at den kan bidra til å skape økt oppmerksomhet rundt temaet, og at den kan gi gode diskusjoner og refleksjoner i fagmiljøet. Jordmødre har en stor påvirkningskraft og kan påvirke den totale fødselsopplevelsen hos kvinnen. Individuelle refleksjoner rundt vårt tema kan øke bevisstheten i hvordan man som jordmor kan legge til rette for at kvinnen skal ha mulighet til å ta informerte valg.

Ved å ha gjennomført studien har vi etter vår mening, bidratt til å danne økt forståelse og kunnskap om hvilke opplevelser kvinner og jordmødre har. Vi anser at resultatene i vår studie har overføringsverdi til helsepersonell som jobber innenfor fødselsomsorgen, men også arbeidsgrupper som har denne form for tematikk i sin hverdag.

Denne metasyntesen synliggjør at det kan være behov for videre forskning. Vi har erfart at temaet informerte valg under fødsel ikke er særlig fremtredende i forskningen. Vi mener videre forskning på temaet er viktig for å kunne få et større og bedre kunnskapsgrunnlag. Videre kunne det vært interessant å se på hvilken informasjon kvinnen får i svangerskapsomsorgen vedrørende valgmuligheter i fødsel og deres rettigheter. I henhold til fødselsomsorgen i Norge har vi kun funnet én studie som omhandler kvinnens opplevelse om vårt tema. Vi har ikke funnet publiserte primærstudier som omhandler jordmødrenes perspektiver. Dette kunne derfor vært aktuelt for videre forskning.



## 8 Konklusjon

I studien vår har vi syntetisert elleve eksisterende kvalitative studier for å bidra til større innsikt i hvordan kvinner opplever å ta informerte valg under fødsel, og hvilke faktorer som påvirker jordmor når hun skal tilrettelegge for dette.

Gjennom denne metasyntesen har vi sett at kvinner i fødsel har ulike preferanser om hvor involvert de ønsket å være under fødselen. Studien belyser at informasjon og støtte fra jordmor var essensielt for å føle seg delaktig, som igjen kunne bidra til å ta informerte valg. Samtidig har studien belyst at jordmødre påvirkes av flere faktorer når beslutninger i fødselen skal tas, og dette kunne føre til at kvinnenes evne til å delta i beslutningsprosesser ble redusert. Disse faktorene var preget av jordmødrenes kunnskap og erfaring, samarbeid med kollegaer og kvinnen, samt å forholde seg til retningslinjer og lovverk. Oppsummert er det viktig å løfte frem viktigheten av at jordmor tilrettelegger for at kvinnen skal få informasjon, samt forstår det som blir sagt, til tross for at jordmor påvirkes av ulike faktorer. Funn i studien belyser konsekvensene av å ikke bli tilstrekkelig informert under fødsel, noe som kunne føre til unødvendige belastninger vedrørende kvinnens helse i ettertid.

Funnene i denne studien viser viktigheten av kontinuitet i fødselsomsorgen. Selv om vi har sett på informerte valg under aktiv fase av fødsel, må graviditet og fødsel sees som en sammenhengende helhet, ikke separate faser. Funn i studien har vist at det å gi informasjon under aktiv fødsel kan noen ganger oppleves som utfordrende både for kvinnen og jordmor. Det å gi tilstrekkelig informasjon om valgmuligheter før fødsel kan være noe jordmødre burde ha mer fokus på.

Valgt teori og andre studier på feltet har belyst at fødende kvinner har rett til å få informasjon, bli hørt og få være med i beslutningsprosesser når intervensjoner under fødsel skal avgjøres. Når det er sagt ligger myndigheten til å utøve forsvarlig helsehjelp hos helsepersonell. Dette samsvarer med studiens funn.

## 9 Referanser

- Aadland, E. (2011). Og eg ser på deg. I «Og eg ser på deg...», *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg., s. 170-211). Universitetsforlaget.
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F. & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261-1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- Armstrong, N. & Kenyon, S. (2017). When choice becomes limited: Women's experiences of delay in labour. *Health (London)*, 21(2), 223-238. <https://doi.org/10.1177/1363459315617311>
- Berg, M., Asta Ólafsdóttir, Ó. & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>
- Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E. & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery*, 12(1), 11-15. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(96\)90033-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(96)90033-9)
- Berg, R. C. & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 131-139. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1634>
- Blix, E. & Bernitz, S. (2017). Åpningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 442-457). Cappelen Damm Akademisk.
- Blaaka, G. & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Boyle, S., Thomas, H. & Brooks, F. (2016). Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 32, 21-29. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.001>
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Gyldendal Akademisk.
- Bringedal, H. & Aune, I. (2019). Able to choose? Women's thoughts and experiences regarding informed choices during birth. *Midwifery*, 77, 123-129. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.007>
- Britton, J. R. (2012). The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 37-44. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2012.658464>
- Broadus, B. M. & Chandrasekhar, S. (2011). Informed Consent in Obstetric Anesthesia. *Anesthesia & Analgesia*, 112(4), 912-915. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31820e777a>
- Brottveit, G. (2018). Om vitenskapsteoretiske begreper og grunnsyn. I *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. (s. 16-30). Gyldendal akademisk.
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Cooke, P. (2005). Helping women to make their own decisions. I M. D. Raynor, J. E. Marshall & A. Sullivan (Red.), *Decision making in midwifery practice* (s. 127-142). Elsevier Churchill Livingstone.

- Daemers, D. O. A., van Limbeek, E. B. M., Wijnen, H. A. A., Nieuwenhuijze, M. J. & de Vries, R. G. (2017). Factors influencing the clinical decision-making of midwives: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 345. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1511-5>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M. & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One*, 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Eide, H. & Eide, T. (2014a). Hva er hjelpende kommunikasjon? I *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg., s. 12-28). Gyldendal
- Eide, H. & Eide, T. (2014b). Informerende ferdigheter. I *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg., s. 291-308). Gyldendal.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Everly, M. C. (2012). Facilitators and Barriers of Independent Decisions by Midwives During Labor and Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 49-54. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00088.x>
- Feeley, C., Thomson, G. & Downe, S. (2020). Understanding how midwives employed by the National Health Service facilitate women's alternative birthing choices: Findings from a feminist pragmatist study. *PLoS One*, 15(11), 1-23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242508>
- Fontein-Kuipers, Y., de Groot, R. & van Staa, A. (2018). Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. *European journal of midwifery*, 2, 5-5. <https://doi.org/10.18332/ejm/91492>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Natur & Kultur.
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Helsebiblioteket. (2016, 03.06). *Sjekklistor*. Hentet 15.09 fra <https://www.helsebiblioteket.no/249212.cms>
- Helsebiblioteket. (2018, 19.02). «MeSH på norsk». Hentet 24.09 fra <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffer-sikre-artikkelsok>
- Helsebiblioteket. (2020, 25.02). *Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*. Hentet 22.03 fra <https://www.helsebiblioteket.no/243543.cms>
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud, Kvalitetskrav til fødselsomsorgen*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf/\\_/attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/13edf7e7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20fodetilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20fodselsomsorgen%20-%20Veileder.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017, 29.11). *Hovedregelen om samtykke* Hentet 04.02 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer/saerlige-samtykkebestemmelser/2-1-hovedregelen-om-samtykke>
- Helsedirektoratet. (2018, 28.06). § 3. *Definisjoner*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 02.03 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/lovens-formal-virkeomrade-og-definisjoner/-3.definisjoner>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Hollander, M. H., van Hastenberg, E., van Dillen, J., van Pampus, M. G., de Miranda, E. & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- ICM. (2005). *Philosophy and Model of Midwifery Care*. International Confederation of Midwives. Hentet 04.02 fra [https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005\\_v201406\\_en\\_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf](https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf)
- ICM. (2008). *International code of ethics for midwives*. International Confederation of Midwives. Hentet 29.01 fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Ingvarsson, S., Schildmeijer, K. & Oscarsson, M. (2020). Swedish midwives' experiences and views of amniotomy: An interview study. *Midwifery*, 91, 102840. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102840>
- Jackson, A., Henry, R., Avery, N., VanDenKerkhof, E. & Milne, B. (2000). Informed consent for labour epidurals: what labouring women want to know. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 47(11), 1068. <https://doi.org/10.1007/BF03027957>
- Jackson, G. N. B., Sensky, T., Reide, P. & Yentis, S. M. (2011). The capacity to consent to epidural analgesia in labour. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 20(3), 269-270. <https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2011.03.003>
- Kilvik, A. & Lamøy, I. L. (2007). Søkestrategi. I *Litteratursøking i medisin og helsefag. En håndbok* (2. utg., s. 33-40). Tapir akademisk forlag.
- Kirkebøen, G. (2012). Innledning. I *hva er INTUISJON* (s. 7-14). Universitetsforlaget.
- Koster, D., Romijn, C., Sakko, E., Stam, C., Steenhuis, N., de Vries, D., van Willigen, I. & Fontein-Kuipers, Y. (2020). Traumatic childbirth experiences: practice-based implications for maternity care professionals from the woman's perspective. *Scand J Caring Sci*, 34(3), 792-799. <https://doi.org/10.1111/scs.12786>
- Lally, J. E., Thomson, R. G., MacPhail, S. & Exley, C. (2014). Pain relief in labour: a qualitative study to determine how to support women to make decisions about pain relief in labour. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-6>
- Lambrechts, C., Mees, M. & Jacquemyn, Y. (2021). Gut feelings in obstetrics and midwifery: the role of intuition in deciding when to perform cesarean section during labor. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 42(4), 328-334. <https://doi.org/10.1080/0167482x.2020.1765335>
- Larsen, A. K. (2017). Kvalitative metode - fase 2. I *En enklere metode - veiledning i samfunnsvitenskapelige forskningsmetoder* (2. utg., s. 89-96). Fagbokforlaget.
- López-Toribio, M., Bravo, P. & Llupia, A. (2021). Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 631. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04070-3>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode*. Univeritetsforlaget.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Maputle, S. & Hiss, D. (2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). *Curationis*, 36, E1-E8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v36i1.49>
- Morgan, L. (2015). Conceptualizing Woman-Centred Care in Midwifery. *Canadian Journal of Midwifery Practice*, 14, 8. [https://www.researchgate.net/publication/281746956\\_Conceptualizing\\_Woman-Centred\\_Care\\_in\\_Midwifery](https://www.researchgate.net/publication/281746956_Conceptualizing_Woman-Centred_Care_in_Midwifery)

- Naughton, S. L., Harvey, C. & Baldwin, A. (2021). Providing woman-centred care in complex pregnancy situations. *Midwifery*, *102*, 103060. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103060>
- Nieuwenhuijze, M. & Leahy-Warren, P. (2019). Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Midwifery*, *78*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
- Noblit, G. W. & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. Sage Publications Inc.
- Noseworthy, D. A., Phibbs, S. R. & Benn, C. A. (2013). Towards a relational model of decision-making in midwifery care. *Midwifery*, *29*(7), e42-e48. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.022>
- Nyeng, F. (2012). Relabilitet. I *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori* (s. 105-108). Fagbokforlaget.
- O'Brien, D., Butler, M. M. & Casey, M. (2017). A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery*, *46*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.002>
- Oelhafen, S., Monteverde, S. & Cignacco, E. (2018). Exploring moral problems and moral competences in midwifery: A qualitative study. *Nursing Ethics*, *26*(5), 1373-1386. <https://doi.org/10.1177/0969733018761174>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S. & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, *8*(10), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Paterick, Z. R., Paterick, T. E. & Paterick, B. B. (2020). Medical informed choice: understanding the element of time to meet the standard of care for valid informed consent. *Postgraduate Medical Journal*, *96*(1141), 708-710. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2019-137278>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). Ulike grunnlag og metoder i medisinsk og helsefaglig etikk. I *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg., s. 17-91). Gyldendal Akademisk.
- Sanders, R. A. & Crozier, K. (2018). How do informal information sources influence women's decision-making for birth? A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *18*(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1648-2>
- Shakibazadeh, E., Namadian, M., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Rashidian, A., Nogueira Pileggi, V., Madeira, S., Leathersich, S., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., Souza, J. P. & Gülmezoglu, A. M. (2018). Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, *125*(8), 932-942. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15015>
- Slettebø, Å. (2013). Til pasientens «beste»? I *Sykepleie og Etikk* (6. utg., s. 85-112). Gyldendal Akademisk.
- Technical Working Group, W. H. O. (1997). Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth*, *24*(2), 121-123. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x>

- Thagaard, T. (2013). Teori og data. I *Systematikk og innlevelse* (4. utg., s. 193-217). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis, innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk.
- Tinsley, V. (2005). Making management decisions. I M. D. Raynor, J. E. Marshall & A. Sullivan (Red.), *Decision making in midwifery practice* (s. 113-126). Elsevier.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Van kelst, L., Spitz, B., Sermeus, W. & Thomson, A. M. (2013). A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. *Midwifery*, 29(1), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.10.002>
- Vedeler, C., Nilsen, A., Blix, E., Downe, S. & Eri, T. (2022). What women emphasise as important aspects of care in childbirth – an online survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(4), 647-655. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16926>
- Watson, K., White, C., Hall, H. & Hewitt, A. (2021). Women's experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417-424. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>
- Weltens, M., de Nooijer, J. & Nieuwenhuijze, M. J. (2019). Influencing factors in midwives' decision-making during childbirth: A qualitative study in the Netherlands. *Women Birth*, 32(2), e197-e203. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.009>
- Westergren, A., Edin, K., Walsh, D. & Christianson, M. (2019). Autonomous and dependent–The dichotomy of birth: A feminist analysis of birth plans in Sweden. *Midwifery*, 68, 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.008>
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A. & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004>
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- WHO. (2018, 07.02). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. Hentet 27.01 fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

## Vedlegg 1 – Databaser

Databaser	Karakteristika	
Cinahl	<p>Referanser til ca. 2500 tidsskrifter innen sykepleie og spesielt god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer.</p> <p>Faglignivå: hovedsakelig vitenskapelig (Kilvik &amp; Lamøy, 2007).</p>	
Medline	<p>Regnes som en av de viktigste medisinske artikkeldatabasene. Dekker vidt spekter av fag som blant annet medisin og sykepleie. Inneholder referanser til artikler fra over 5000 tidsskrifter.</p> <p>Faglig nivå: Hoveddelen av dokumentene er artikler fra vitenskapelige tidsskrifter (Kilvik &amp; Lamøy, 2007).</p>	
PubMed	<p>Er gratisversjonen av Medline. Her finnes referanser fra Medline og Oldmedline. I tillegg dekker databasen i noen tilfeller et lengre tidsrom og flere artikler enn Medline (Kilvik &amp; Lamøy, 2007).</p>	
Midirs	<p>Database som inneholder 290000 artikler som omhandler jordmorfag.</p>	

	(Care, 2012)	
--	--------------	--



## Vedlegg 2 – Søkestrategi i ulike databaser

Cinahl 07.10.21

Søk	Søkeord	Treff	Begrensninger
S1	(MH "Labor+") OR "labor"	(49,967)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av labor + keyword
S2	(MH "Childbirth+") OR "childbirth"	(42,609)	Brukt Suggest Subject Terms – huket av childbirth + keyword
S3	"birth"	(116,774)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S4	"peripartum"	(1,948)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S5	"parturition"	(12,060)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	(169,191)	
S7	(MH "Midwifery+") OR "midwifery"	(43,968)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av midwifery + keyword
S8	(MH "Midwives+") OR "midwife"	(22,208)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av midwives + keyword
S9	""Birth attendant*""	(1,295)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S10	""Maternity care""	(11,120)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S11	""Maternity service""	(2,760)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S12	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	(64,985)	

S13	""informed choice""	(2,364)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S14	(MH "Decision Making+") OR ""decision making""	(175,941)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av decision making + keyword
S15	(MH "Consent+") OR ""informed consent""	(30,429)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av consent + keyword
S16	S13 OR S14 OR S15	(202,667)	
S17	S6 AND S12 AND S16	(1,532)	
S18	"Experience*"	(484,368)	Brukt Suggest Subject Terms og huket av keyword
S19	S17 AND S18	(533)	
S20	S17 AND S18	(393)	<b>Limiters</b> - Published Date: 20110101-20211231
S21	S17 AND S18	(378)	<b>Limiters</b> - Abstract Available; Published Date: 20110101-20211231
S22	S17 AND S18	(373)	<b>Limiters</b> - Abstract Available; Published Date: 20110101-20211231 <b>Narrow by Language:</b> - english

## Medline 17.09.2021

Søk	Søkeord	Treff
S1*	Labor.mp.	130525
S2*	childbirth.mp. or exp Parturition/	34943
S3*	birth.mp.	359458
S4*	Peripartum.mp. or exp Peripartum Period/	5867
S5*	1 or 2 or 3 or 4	483526
S6*	"maternity care".mp.	4463
S7*	"maternity service".mp.	413
S8*	Midwifery.mp. or exp Midwifery/	25343
S9*	Midwife*.mp.	28248
S10*	6 or 7 or 8 or 9	31606
S11*	"informed consent".mp. or exp Informed Consent/	71150
S12*	"informed choice".mp.	1669
S13*	consent.mp.	93223
S14*	"decision making".mp. or exp Decision Making/	349263
S15*	11 or 12 or 13 or 14	432850
S16*	5 and 10 and 15	1091
S17*	Experience*.mp.	1182280
S18*	16 and 17	435
S19*	limit 18 to (abstracts and yr="2011 -Current")	322

Pubmed 17.09.2021

Søk	Søkeord	Treff	Begrensninger
S1	labor	1,539,920	
S2	childbirth	53,545	
S3	birth	411,679	
S4	peripartum	6,023	
S5	parturition*	24,865	
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	1,912,901	
S7	"maternity service"	452	
S8	"maternity care"	4,580	
S9	midwifery	64,350	
S10	midwife*	69,536	
S11	"birth attendant*"	2,489	
S12	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11	73,791	
S13	"Informed consent"	95,191	
S14	"decision making"	241,024	
S15	"Informed choice"	1,689	
S16	consent	170,039	
S17	S13 OR S14 OR S15 OR S16	400,810	
S18	S6 AND S12 AND S17	2,435	
S19	Experience*	1,183,813	

S20	S18 AND S19	925	
S21	S20	762	Filters: Abstract, Danish, English, Norwegian, Swedish, from 2011 - 2021

# VEDLEGG 3 – Sjekklister

## Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

### Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

[www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

### Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

# Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:**

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:**

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:**

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:**

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:**

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:**



7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:**

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

## **Del B: Hva er resultatene?**

### Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:**

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

1. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:**

