(forside)

Sammendrag

**Tittel:** *Mestringstro – veien til den gode fødsel*

**Hensikt:** Formålet med studien er å kartlegge hvordan jordmor kan forberede kvinnen til fødsel ved å øke mestringstroen.

**Problemstilling:** *Hvordan kan jordmor i svangerskapsomsorgen forberede gravide kvinner slik at de får økt mestringstro før fødselen?*

**Metode:** Det er utført en litteraturstudie, der 12 studier er inkludert. Av disse er to randomisert kontrollerte studier, én systematisk oversiktsartikkel, to tverrsnittstudier og syv kvalitative studier.

**Resultat:** Det kommer frem at høy mestringstro bidrar til; økt selvtillit, mindre frykt for fødsel, redusert smerteopplevelse, mindre bruk av medikamentell smertelindring under fødsel, mer aktiv deltakelse i egen fødsel og en positiv fødselsopplevelse. For å oppnå dette viser det seg at kvinnene setter jordmors kunnskaper høyt samt hennes evne til å bygge en tillitsfull relasjon.

**Konklusjon:** Jordmor kan fremme mestringstro hos kvinnen gjennom en tillitsfull relasjon preget av kontinuitet. Jordmor bør tilpasse omsorgen etter kvinnens individuelle behov, samt være oppmerksom på kvinnens resurser og åpne for samtale rundt hennes utfordringer.

**Nøkkelord:** *Self-efficacy, prenatal care, midwife.*

Abstract

**Title:** Self-efficacy – the key to a positive birth experience

**Aim:** The aim of this study was to identify how midwifes can prepare women for labor and birth by increasing their self-efficacy.

**Methods:** In this literature review 12 articles were included. Two randomized controlled trial, one systematic review, two cross-sectional studies and seven qualitative studies.

**Results:** Self-efficacy contributes to; higher confidence, less fear of birth, reduced pain experience, less use of pharmacological pain relief, a more active participation in labor and birth and a more positive birth experience.

**Conclusion:** The midwife is able to promote a women’s self-efficacy through a trusting relationship based on continuity. The care must be individualized, and the midwife need to be aware the women’s recourses as well as her challenges.

**Key words:** *Self-efficacy, prenatal care, midwife.*

Innholdsfortegnelse

[1.0. Innledning 4](#_Toc508199507)

[1.1. Bakgrunn for valg av tema 4](#_Toc508199508)

[1.2. Forforståelse og eget faglig ståsted 4](#_Toc508199509)

[1.3. Presentasjon av problemstilling 5](#_Toc508199510)

[1.4. Avgrensning og presisering av problemstilling 5](#_Toc508199511)

[1.5. Definisjoner av sentrale begreper 5](#_Toc508199512)

[1.6. Formålet med oppgaven 7](#_Toc508199513)

[1.7. Oppgavens disposisjon 7](#_Toc508199514)

[2.0. Metode 8](#_Toc508199515)

[2.1. Presentasjon av metode 8](#_Toc508199516)

[2.2. Fremgangsmåte 9](#_Toc508199517)

[2.3. Analyseprosessen 13](#_Toc508199518)

[2.4. Eksklusjon og inklusjonskriterier 14](#_Toc508199519)

[2.5. Kildekritikk 14](#_Toc508199520)

[3.0. Teori 16](#_Toc508199521)

[3.1. Teorien om mestringstro 16](#_Toc508199522)

[3.2. Svangerskapsomsorgen i Norge 18](#_Toc508199523)

[3.3. Tillit og relasjon 19](#_Toc508199524)

[3.4. Mestring 20](#_Toc508199525)

[3.4.1. Mestring i fødsel 21](#_Toc508199526)

[4.0. Resultat 23](#_Toc508199527)

[4.1. Økt selvtillit – økt mestring 23](#_Toc508199528)

[4.2. Økt mestringstro i fellesskap 25](#_Toc508199529)

[4.3. Den betydningsfulle relasjonen 27](#_Toc508199530)

[4.4. Mestringstroens betydning 29](#_Toc508199531)

[5.0. Diskusjon 31](#_Toc508199532)

[5.1. Diskusjon av funn 31](#_Toc508199533)

[5.1.1. Veien til mestringstro 31](#_Toc508199534)

[5.1.2. Tillitsbyggende relasjon 34](#_Toc508199535)

[5.1.3. Fellesskap og mestring 36](#_Toc508199536)

[5.1.4. En informert svangerskaps- og fødselsomsorg 38](#_Toc508199537)

[5.1.5. Mestringsstrategier som et verktøy i fødsel 40](#_Toc508199538)

[5.2. Metodediskusjon 41](#_Toc508199539)

[5.2.1. Styrker og svakheter med studien 42](#_Toc508199540)

[6.0. Konklusjon 43](#_Toc508199541)

[Litteraturliste 45](#_Toc508199542)

[Vedlegg 1](#_Toc508199543)

[Vedlegg 2](#_Toc508199544)

[Vedlegg 3](#_Toc508199545)

# Innledning

## Bakgrunn for valg av tema

I praksis på fødeavdelingen, har inntrykket vært at noen kvinner kommer inn med en holdning om at *«dette greier jeg, disse smertene skal jeg tåle for å få babyen min».* Det gjorde oss nysgjerrig på hva som bidro til at noen kvinner hadde slik tro på seg selv og egen kropp, mens andre derimot så ut til å tvile mer på egne evner og håndtering av smerte.

Det at kvinnen føler hun mestrer smertene kan ha stor betydning for fremtidig helse og vil kunne styrke den emosjonelle utviklingen kvinnen får til barnet (Brunstad, 2010). Jordmor bør jobbe for å hjelpe kvinnen til å føle mestring og ha tillit til egen fødekropp, samt å kunne se på smerte som en nødvendig del av det å føde et barn (Ulvund, 2010). Retningslinjer utarbeidet av *National Institute for Health and Care* *Excellence* (NICE) påpeker at forberedelse til fødsel bør inkludere informasjon om mestring av smerter i fødsel. Det anbefales i tillegg at kvinnen får utarbeidet en fødselsplan, og at informasjon skal bli gitt på en måte som er lett å forstå for den gravide. Jordmor bør holde seg oppdatert på nyeste forskning og jobbe kunnskapsbasert for å bidra til at kvinnen får mulighet til å ta informerte valg, diskutere problemer og spørre spørsmål. Det anbefales også at kvinnen skal få kontinuitet i oppfølgingen gjennom hele svangerskapet.

Til å begynne med fokuserte vi på fødselssmerter og hvordan vi kunne forberede kvinnene på dem. Underveis i forarbeidet ble vi oppmerksomme på at for å mestre smerter er det vesentlig at kvinnen har tro på seg selv og har tillit til at hun kan mestre den smertefulle prosessen. Ved å se nærmere på ulike teorier om mestring fant vi at Banduras teori om mestringstro var passende. Ved å være forberedt og ha noen strategier på forhånd kan det føre til at kvinnen føler trygghet og mer kontroll i fødsel (Hern, 2004). Denne oppgaven skrives med et helsefremmende perspektiv og har fokus på at kvinnen skal få kontroll over- og forbedre sin helse i svangerskapet, fødsel og barseltid (Hamre, 2010).

## Forforståelse og eget faglig ståsted

Forfatterne av denne oppgaven er jordmorstudenter og har gjennom studiet opparbeidet seg erfaringer og kunnskap fra teori og praksis. Gjennom praksis i kommunehelsetjenesten forskjellige steder i landet er det sett ulike måter å møte kvinnen på og forberede henne til fødsel. Dette har skapt undring over hvorfor det er store forskjeller på oppfølgingen. I praksis på fødeavdeling er det observert at noen kvinner kommer uforberedt inn til fødsel og blir overrasket over smertene. Tidligere har vi alle jobbet på somatiske avdelinger med smerteproblematikk, vi erkjenner at fødselssmerte er ulik annen smerte og må møtes og behandles på en annen måte.

## Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen har endret seg gjennom arbeidet med oppgaven. Vi kom til slutt frem til følgende:

*Hvordan kan jordmor i svangerskapsomsorgen forberede gravide kvinner slik at de får økt mestringstro før fødselen?*

## Avgrensning og presisering av problemstilling

Fokuset er i svangerskapsomsorgen, da det er der jordmor kan gjøre en forskjell for kvinnen og hennes mestringstro gjennom forberedelse til fødsel. Vi har ikke selektert første- og flergangsfødende og bruker derfor gravide kvinner som et fellesbegrep. Begrepet mestringstro er sentralt gjennom hele oppgaven.

## Definisjoner av sentrale begreper

*Mestringstro*

Etter å ha lest Banduras teori om *Self-efficacy* tok vi i bruk begrepet mestringstro (Bandura, 1977, 1997)*.* I begrepet legger vi kvinners tro på egen mestringsevne og forventninger til egen mestring. Selvtillit blir også omtalt i oppgaven og vi benytter dette som en del av mestringstrobegrepet.

*Empowerment*

Vi har valgt å bruke det engelske begrepet *empowerment*. Grunnen til dette er at *empowerment* ikke lar seg oversette til norsk uten at betydningen endres eller styrken i ordet blir redusert. World Health Organization (1998) definerer *empowerment* innenfor helsearbeid som en prosess hvor mennesker får større kontroll over de beslutningene og handlingene som påvirker deres helse. Vi mener dette er å føle seg delaktig i beslutninger rundt eget svangerskap.

*Mindfulness*

Mindfulness kan forklares som *oppmerksomt nærvær*. Det handler om å være i nuet, og rette sin oppmerksomhet på *å være* i stedet for *å gjøre.* Man vil da ha et åpent og nysgjerrig forhold til det som skjer rundt en, og godta både det som skjer i situasjonen samt sine indre opplevelser (Røkenes & Hanssen, 2012).

*Fagperson*

Den som har ansvar for oppfølgingen av gravide kvinner i svangerskap og fødsel, som ikke nødvendigvis er jordmor. Vi har valgt å bruke fagperson som et felles begrep, siden flere profesjoner er representert i de ulike artiklene.

*Standardisert svangerskapsomsorg*

Standardisert svangerskapsomsorg er den rutineoppfølgingen til gravide kvinner som er standardisert nasjonalt der hun kommer fra.

*Partner*

Med partner mens den støttepersonen kvinnen velger å ta med seg under svangerskapet og fødselen, det kan være barnefar, medmor eller en annen støtteperson i form av familie eller venner.

*Fødselssmerte*

Det er de fysiologiske smertene under fødsel som kommer av rytmiske sammentrekninger av uterus og strekk og drag i organer og nærliggende muskulatur i- og rundt fødselskanalen. Disse smertene kan bli påvirket av psykologiske reaksjoner (Ulvund, 2010).

*Medikamentell smertelindring*

Her menes de medikamentene som er relevant for å lindre fødselssmerter, hovedsakelig epidural.

## Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er å identifisere hvordan jordmor bør jobbe og hvilke strategier hun kan ta i bruk for å forberede gravide kvinner til fødsel gjennom å øke deres mestringstro.

## Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 vil metoden for oppgaven bli presentert og gjort rede for. Dette er en litteraturstudie, der det er benyttet en innholdsanalyse for å kategorisere funnene. Videre blir søkeprosessen presentert i tabeller og artiklene blir kritisk vurdert. I kapittel 3 blir studiens teoretiske referanseramme beskrevet samt annen relevant litteratur. Studiens resultater presenteres i kapittel 4, deretter blir dette drøftet sammen med teori for å belyse problemstillingen i kapittel 5. Avslutningsvis kommer en konklusjon og en oppsummering av resultatet og drøftingen i kapittel 6.

# Metode

I dette kapittelet skal vi gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å besvare problemstillingen. Vi kommer først til å presentere valget av metoden, deretter fremgangsmåten hvor søkehistorikken fremstilles i tabeller. Videre tar vi for oss inklusjons- og eksklusjonskriterier. Til slutt tar vi for oss kildekritikk.

## Presentasjon av metode

I denne oppgaven har vi valgt en litteraturstudie. Metoden krever en fordypning i litteraturen på det temaet vi har valgt. Det er viktig å formulere og avgrense problemstillingen for å få et presist resultat. En litteraturstudie utgår fra en tydelig formulert problemstilling, som kan besvares gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Dette innebærer søk på vitenskapelige artikler innenfor det området vi har valgt å studere. På den måten stilles forskningsspørsmålet til litteraturen, ikke til personer. En forutsetning for å kunne gjøre en litteraturstudie er at det finnes tilstrekkelig studier av god kvalitet (Forsberg & Wengström, 2016). Den aktuelle forskningen bearbeides, det som er relevant for problemstillingen belyses, deretter sammenfattes funnene til svar på problemstillingen. Det fører til utvikling av ny innsikt som kun er mulig når hver del av den relevante informasjonen blir sett på i sammenheng med annen informasjon. Dersom en ser på hver del av litteraturen som en puslespillbrikke, kan en se hvordan en litteraturstudie blir et komplett puslespill, og dermed en nyttig metode (Aveyard, 2010).

Å skrive en systematisk oversiktsartikkel er en avansert prosess, som krever nøyaktig redegjørelse for å sikre en systematisk fremgangsmåte. Metoden må være tydelig for å identifisere og være kritisk i bearbeidelsen av relevante studier. Søkestrategien er omfattende og forskerne sørger for at all relevant litteratur blir gjennomgått. Dette er en tidkrevende prosess som krever dedikasjon av erfarne forskere over en lengre tidsperiode (Aveyard, 2010). I vår oppgave har vi en systematisk tilnærming, men det er ikke en systematisk oversiktsartikkel. Vi har søkt og avgrenset slik at prosessen blir overkommelig og i samsvar med retningslinjene for fordypningsoppgave ved NTNU (Vedlegg 1). Dahlø & Aune, 2017)

(Dahlø & Aune, 2017)(Dahlø & Aune, 2017)(Dahlø & Aune, 2017)

## Fremgangsmåte

Da vi startet søkeprosessen hadde vi mangelfull kunnskap. Vi utførte usystematiske søk med noen utvalgte søkeord, der vi likevel fikk gode resultater. Dette blir illustrert i tabell 2. Vi kontaktet en bibliotekar ved universitetsbiblioteket for å få veiledning. Da fikk vi økt forståelse for søkeprosessen og hvilke metoder og verktøy det var lurt å benytte seg av, blant annet PICO. Vi erfarte hvordan de ulike databasene fungerer og på hvilken måte det lønner seg å gå frem for å få mer nøyaktige treff. I forhold til problemstillingen er Swemed+, Cinahl, Pubmed og Medline de mest relevante databasene. Vi ble oppmerksom på at Pubmed er en gratisversjon av Medline og ekskluderte derfor denne databasen (Kilvik, 2007). Søkene i Swemed+ gav ingen resultater, men er likevel lagt ved i tabell 5 for å illustrere søket. Dette har vært en prosess der vi har utviklet oss underveis ettersom oppgaven har tatt form. Vi har gjentatte ganger fortatt nye søk i databasene før vi ble fornøyde med funnene. Vi har hatt flere møter med veileder hvor vi har diskutert og fått tilbakemeldinger underveis. Dette har vært både lærerikt og opplysende, og vi ser på dette bidraget som uunnværlig i vår prosess med oppgaven.

Ved å benytte PICO fikk vi organisert søkeordene slik at søkene ble mer systematisk. Dermed ble søkene like i de tre databasene. PICO er en metode for å strukturere søkeordene, der bokstavene P, I, C, O står for *population, intervention, comparison og outcome* (Forsberg & Wengström, 2016). Tabell 1 illustrerer søkeordene.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Populasjon/problem | PregnantPregnancyMidwiferyNurse midwifeAntenatalCommunity health centersPrenatal care  |
| 2 | Intervensjon | EducationPrenatal educationChildbirth educationChildbirth classesPrepared childbirthChildbirth educatorsChildbirth preparation  |
| 3 | Comparison | Labour/labor painObstetric painChildbirth pain  |
| 4 | Outcome | EmpowermentSelf-efficacyPreparationCopingPreparedness |

Tabell 1

Når vi satte sammen PICO-gruppene i databasene, og avgrenset søkene med årstall og språk, fikk vi overkommelige treff på under hundre per database. Vi prøvde først å avgrense søkene til artikler fra de siste fem år, men fikk begrenset resultat. Derfor ble det inkludert artikler fra de siste ti år. Vi leste tittelen på treffene, deretter abstraktene på de artiklene som tilsynelatende var relevante. Etter dette ble artiklene skrevet ut i fulltekst og lest i sin helhet. Noen av artiklene ble forkastet da de ikke oppfylte inklusjonskriteriene. I tillegg er det utført et frihåndssøk i databasen Google Schoolar med søkeordene *self-efficacy* og *birth* der det ble funnet én artikkel som også ble inkludert. Vi satt til slutt igjen med tolv artikler til resultatet. Disse søkene ble utført i tidsrommet august 2017 til og med februar 2018 og illustreres i et flytskjema, se tabell 6. Det ble gjort et nytt søk i februar 2018 for å utelukke at det er publisert ny forskning av relevans for oppgaven. Det ble benyttet samme søkeord og begrensninger. Dette er illustrert i tabell 2, 3, 4 og 5. Det var ingen av treffene i det nye søket som tilførte noe nytt til resultatet.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Søkebase | Dato  | Søkeord | Antall treff | Relevante | Inkluderte |
| Cinahl(fulltekst, 2011-2017) | 31/8-17 | Midwifery\*AndChildbirthAndLabourANDLife experience OR Lived experience  | 35 | 2 | 1(O’Hare & Fallon, 2011) |
| PubmedFulltekstSiste 5 årEngelsk tekst | 1/9-17 | Midwifery\*ANDAntenatal educationANDSelf-Efficacy | 26 | 3 | 1(Toohill mfl., 2014) |
| PubmedFulltekstSiste 5 årEngelsk tekst  | 1/9-17 | EmpowermentANDEducationANDMidwiferyANDPregnancy | 31 | 2 | 0 |
| MedlineSiste 5år | 5/9-17 | Prenatal Care or antenatal informationANDSelf-EfficacyANDPregnancy | 65 | 9 | 3(Carlsson mfl., 2015)(Avery mfl., 2014)(Heberlein mfl., 2016) |
| MedlineSiste 5år | 5/9-17 | Childbirth education OR prenatal educationANDexperiences | 44 | 4 | 1(Fisher mfl., 2012) |

Tabell 2

Cinahl

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Søkekombinasjon | Dato | Antall treff | Abstrakter lest | Lest i sin helhet | Inkludert |
| 1 (P) | 6/9-1722/02-18 | 509543539619 |   |   |   |
| 2 (I) | 6/9-1722/02-18 | 832953887257 |   |   |   |
| 3 (C) | 6/9-1722/02-18 | 17251916 |   |   |   |
| 4 (O) | 6/9-1722/02-18 | 104734111167 |   |   |   |
| 1 AND 2 AND 3 AND 4(Inkludert begrensninger) | 6/9-1722/02-18 | 353  | 91 | 60 | 3 (Leap mfl., 2010)(Klomp mfl., 2014)(Karlsdottir mfl., 2014)0 |

Tabell 3

Medline

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Søkekombinasjon | Dato | Antall treff | Abstrakter lest | Lest i sin helhet | Inkludert |
| 1 (P) | 7/09-1722/02-18 | 980263947846 |   |   |   |
| 2 (I) | 7/09-1722/02-18 | 9187771755067 |   |   |   |
| 3 (C) | 7/09-1722/02-18 | 12751850 |   |   |   |
| 4 (O) | 7/09-1722/02-18 | 444502396358 |   |   |   |
| 1 AND 2 AND 3 AND 4 | 7/9-1722/02-18 | 138 | 50 | 20 | 1(Jouhki, 2012)0 |

Tabell 4

Svemed+

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Søkekombinasjon | Dato | Antall treff | Abstrakter lest | Lest i sin helhet | Inkludert |
| 1 (P) | 12/09-1722/02-18 | 46145279 |   |   |   |
| 2 (I) | 12/09-1722/02-18 | 1341114742 |   |   |   |
| 3 (C) | 12/09-1722/02-18 | 7480 |   |   |   |
| 4 (O) | 12/09-1722/02-18 | 41614194 |   |   |   |
| 1 AND 2 AND 3 AND 4 | 12/09-1722/02-18 | 00 |   |   |   |
| 1 AND 2 AND 4 | 12/09-1722/02-18 | 77 | 7 0 | 0 0 | 00 |

Tabell 5

Flytskjema



Tabell 6

## Analyseprosessen

Det ble benyttet en innholdsanalyse for å systematisere resultatene. Først ble hovedessensen hentet ut fra resultatet i de inkluderte artiklene og sammenfattet til en egen tekst. Ut fra denne teksten kom det frem flere kategorier som ble kodet. Ved å lese sammenfatningen gjentatte ganger og diskutere de forskjellige kategoriene ble tre hovedtemaer identifisert, som er presentert senere i forskningskapittelet (Forsberg & Wengström, 2013).

## Eksklusjon og inklusjonskriterier

Vi har som krav at alle artiklene som inkluderes skal være publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Dette innebærer at de er fagfellevurdert og godkjent av en etisk komité. De er da blitt vurdert og godkjent av vitenskapelige kritikere før de blir publisert. Slik vil leserne være sikret at de publiserte artiklene er pålitelige (Forsberg & Wengström, 2016). Vi er klar over at kvaliteten på disse vurderingene kan variere. Det er kun inkludert vitenskapelige artikler da vi ønsker å bruke primære forskningsresultater. Fagartikler og diskusjonsartikler ble derfor ekskludert. Både kvalitative og kvantitative artikler er inkludert. Kvalitative studier har lavere antall respondenter, men er likevel den beste metoden for å få frem respondentenes opplevelser (Forsberg & Wengström, 2016). Videre er artikkelsøkene avgrenset til de siste 10 år. Deretter er det selektert til skandinavisk og engelsk språklige artikler. For å kunne overføre funnene til norske forhold er det valgt å inkludere forskning fra vestlige land. Det er kun inkludert artikler som omhandler friske gravide samt både første- og flergangsfødende uavhengig av alder.

## Kildekritikk

Det er tilstrebet å gjøre søkeprosessen så transparent som mulig. Det kan likevel ikke utelukkes at forforståelsen har påvirket søkeprosessen og fremgangsmåten. Den teoretiske referanserammen kan også ha påvirket hvordan funnene ble tolket, og at vi ikke var objektive i utvelgelsen av forskningsartiklene (Forsberg & Wengström, 2016). I vedlegg 2 er det skrevet et sammendrag av hver enkelt artikkel. Her er det bemerket mindre svakheter ved studiene.

Ved hjelp av kunnskapssenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler er de inkluderte studiene kritisk vurdert. Gjennomgående spørsmål i disse sjekklistene er; *Kan vi stole på resultatene? Hva forteller resultatene? Kan resultatene være til hjelp i praksis?* Flertallet av artiklene er vurdert til høy kvalitet, én er vurdert til middels. Dette kommer også frem i artikkelsammendraget. Det er benyttet ulike sjekklister ut i fra hvilke studiedesign de ulike artiklene har («Sjekklister for vurdering av forskningsartikler», 2018).

Inklusjonskriteriene som er satt kan medføre tap av relevante studier. Likevel er dette en styrke fordi det ønskes kun nyere forskning fra land som kan sammenliknes med norske forhold. Det er ikke funnet studier fra Norge, noe som kan ses på som en svakhet. I de inkluderte artiklene refererer forfatterne til hverandres forskning og publikasjoner. Flere refererer også til den samme teorien som er brukt i denne oppgaven, dette styrker resultatet. Alle artiklene som er benyttet har vært engelskspråklig. Det er derfor en viss risiko for at språkbarrieren har påvirket oversettelsen, noe som kan ha medført feiltolkning av resultatene i de ulike artiklene. Det at både første- og flergangsfødende er inkludert, er med tanke på at mestringstro er viktig uansett paritet. Alle de inkluderte artiklene, med unntak av én, er primærkilder og dette styrker kvaliteten på resultatet.

Det er én systematisk oversiktsartikkel inkludert, og den hadde seks inkluderte studier. Dette er et lavt antall studier, men forfatterne har begrunnet deres fremgangsmåte adekvat og det kom frem at det fantes lite forskning på dette området. Studien ble inkludert ettersom den tilfører relevante poeng for problemstillingen. Det er én randomisert kontrollert studie, hvor relevansen for studien var usikker. Det ble vurdert at den kunne tilføre noe ekstra til resultatet og diskusjonen. I tillegg er det to tverrsnittstudier der begge bidrar med relevante funn. Resterende forskningsartikler er kvalitative. To av disse artiklene omhandler *mindfulness* og hjemmefødsel. Dette har ikke direkte sammenheng med problemstillingen. Likevel kan det styrke resultatet, ettersom det viser til metoder og innstillinger hos kvinner og jordmødre, med en alternativ vinkling der kvinner opplever mestringstro i fødsel. I tillegg har vi inkludert noen artikler som omhandler selve fødselen, og ikke svangerskapet. Disse er likevel relevant da de gir oss funn som sier noe om mestringstroen de tar med seg inn i fødselen, som er opparbeidet i svangerskapet. De ekskluderte artiklene blir presentert i en tabell, hvor eksklusjonsgrunnlag kommer tydelig frem, se vedlegg 3.

I teorikapittelet er det benyttet både primær- og sekundærkilder for å gi oppgaven et godt faglig grunnlag. Det er inkludert både fagbøker fra pensum, samt annen relevant litteratur som er representativt. Vi er klar over at sekundærkilder er et bearbeidet materiale som kan ha blitt farget av forfatternes persepsjon. Vi har derfor vært kritisk i utvelgelsen av denne sekundærlitteraturen.

# Teori

## Teorien om mestringstro

Albert Bandura er en innflytelsesrik og anerkjent teoretiker innen psykologien. I hans sosialkognitive teori er begrepet *self-efficacy* sentralt (Manger & Wormnes, 2015). Ifølge Bandura stammer forventningene til og troen på den personlige kompetansen fra fire faktorer. Disse er reelle mestringserfaringer, å lære av andres erfaringer, verbal overtalelse og fysiologiske reaksjoner (Bandura, 1977, 1997).



(Bandura, 1977).

Reelle mestringserfaringer innebærer tidligere suksess i ulike oppgaver eller situasjoner. Ved å mestre en utfordrende situasjon, øker følelsen av mestring og en kan overføre dette til liknende situasjoner. Når en opplever gjentakende mestring, vil mestringstroen øke og føre til at nederlag ikke vil ha like stor innvirkning. Suksess bygger en robust tro på egen mestringsevne. Dersom et nederlag kommer før mestringstroen er etablert kan den bli undergravd. Av de fire faktorene er reelle mestringserfaringer den mest betydningsfulle for å oppnå mestringstro, men den er ikke tilstrekkelig alene for å klare å stole på egne evner (Bandura, 1977, 1997; Kähler, 2012; Manger & Wormnes, 2015).

Den neste faktoren er knyttet til modellæring. Dette handler om å lære av andres erfaringer, å se andre lykkes. «*Hvis hun kan klare det, da kan jeg også»* og omvendt. Ifølge Bandura vil dette også føre til at man intensiverer innsatsen og er mer utholdende i den oppgaven eller situasjonen en står i. Mestringstroen øker dersom en ser at personer med ulik bakgrunn og personlighet lykkes (Bandura, 1977, 1997; Kähler, Carl F., 2012; Terje Manger & Wormnes, 2015).

Verbal overtalelse er den tredje faktoren. Ved å få positive tilbakemeldinger fra personer som har tillit, oppleves mektige eller attraktive, kan det styrke den opplevde mestringsevnen. En troverdig og skikket person prøver å overtale den andre personen til å tro på egne evner. På denne måten kan en gi individet et grunnlag for mestring, men det blir vanskelig å overbevise noen om at de er gode til noe som de ikke har opplevd før. Ukjente og krevende situasjoner kan fremkalle emosjonelle eller fysiske reaksjoner som fører til at individet trekker seg tilbake. En avstår fra å gjøre noe en egentlig ønsker å gjennomføre på grunn av frykt eller angst. Verbal overtalelse kan ikke erstatte mangel på kunnskap og ferdigheter (Bandura, 1977, 1997; Kähler, 2012; Manger & Wormnes, 2015).

Den siste faktoren, fysiologiske reaksjoner, beskriver at en bør være rolig og avslappet for å føle mestringsevne. En bør søke strategier for å kontrollere følelsene sine. Det er vanlig å frykte eller å unngå en situasjon selv om en har lært seg slike strategier. Når en kommer i situasjonen vil en oppleve at en presterer bedre fordi en er mer forberedt på den emosjonelle reaksjonen. Bandura mener at angst er den psykologiske faktoren som hindrer mennesket i å gjøre som det vil. Fysiologiske reaksjoner kan tolkes som noe positivt dersom forventningen om mestring er høy. Forventningene til og troen på egen kompetanse avgjør om en vil prøve å overvinne problemer. Samt hvor mye anstrengelse en vil bruke og hvor lenge en vil prøve (Bandura, 1977, 1997; Kähler, 2012; Manger & Wormnes, 2015).

Bandura har den antakelsen at mennesket alltid har strevet etter å få kontroll over de begivenheter som påvirker deres liv. Troen på den personlige kompetansen kan defineres som troen på evnen til å mestre omverdenens krav, og å nå de mål en setter seg. Det å utøve denne kompetansen møter stadig motstand i de sosiale forholdene som en er en del av. Derfor tvinges en konstant til å utvikle og forbedre seg. Der er disse erfaringene som er grunnleggende for troen på den personlige kompetansen. Det er ikke bare evnene i seg selv, men troen på kompetansen til å bruke dem, som er bestemmende for om de oppgaver en tar på seg blir vellykket eller mislykket (Kähler, 2012).

Individet har alltid med seg forforståelse og en tolkning av verden rundt seg. Denne viten er grunnlaget for tolkning og vurdering av egen kompetanse. Deretter oppstår nye erfaringer som skal integreres i de erfaringene de allerede har gjort. Det er en tendens til at en tolker ny informasjon som en bekreftelse på en antakelse en allerede har (Bandura, 1977, 1997; Kähler, Carl F., 2012).

## Svangerskapsomsorgen i Norge

Svangerskapsomsorgen er i dag kommunehelsetjenestens ansvar, mens fødsels- og barselomsorgen derimot er spesialisthelsetjenestens ansvar. Det blir derfor et unaturlig skille i oppfølgingen. Helsetjenestene er hjemlet i to lovverk, samtidig som brukernes rettigheter skal bli tatt vare på i henhold til pasientrettighetsloven. Jordmor som er ansatt i kommunen kan ikke kreve betaling fra den gravide, svangerskapskontroller skal være gratis. Jordmor har spesialkompetanse innenfor svangerskaps- fødsels- og barselomsorg, en rekke dokumenter har fremhevet jordmors kompetanse som sentral for en kvalitativt god svangerskapsomsorg. Flertallet av fødslene i Norge finner sted på fødestuer, fødeavdelinger og kvinneklinikker, med unntak av et lite antall hjemmefødsler (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I St.meld. nr. 12 kommer det frem at fødselsforberedelse er en sentral del av svangerskapsomsorgen. Det skrives at det kan tilbys svangerskaps- og foreldreforberedende kurs for å styrke kunnskapene og tryggheten til de kommende foreldrene. Her kommer det også frem at ikke alle kommuner tilbyr dette. Enkelte kommuner har tilbud om kurs, ofte mot betaling. *Nasjonalt råd for fødselsomsorg* anbefaler at fødselsforberedende kurs skal være en del av omsorgen, og at det kan bidra til mindre behov for ekstra oppfølging senere i svangerskap og etter fødsel. Videre anbefales det at slike tilbud skal være tilgjengelig for alle, for å redusere sosial ulikhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Ifølge retningslinjene er:

formålet med svangerskapskontrollen å sikre at svangerskap og fødsler forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære blir best mulig, sikre fosterets helse slik at det kan fødes levedyktig og uten skade og andre livstruende forhold hos moren som kunne vært forhindret, oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 34).

Ifølge retningslinjene bør kvinner få kontinuitet i svangerskapsomsorgen, dette innebærer færrest mulig fagpersoner å forholde seg til. Kvinnene skal ha mulighet til å velge om de ønsker oppfølgning fra lege eller jordmor, eller en kombinasjon av disse. Det er anbefalt åtte konsultasjoner ved ukompliserte svangerskap. I svangerskapsomsorgen skal jordmødre arbeide helsefremmende og forebyggende, jordmor bør samtale med den gravide på en åpen og tydelig måte for at de kan ta informerte valg. Det skal være et tilbud for svangerskapsoppfølging til alle gravide i Norge, uavhengig av hvor i landet de bor. Dette tilbudet skal omfatte alle kontroller, tiltak og henvisninger som det er behov for (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

## Tillit og relasjon

Jordmor kan styrke kvinnen og hennes kompetanse og legge til rette for medvirkning gjennom en respektfull holdning (Kringeland, 2017). Det er viktig at jordmor avdekker kvinnens forventninger til fødsel tidlig i svangerskapet, som en del av den mentale forberedelsen (Aune & Kolset, 2017). Fagpersoner i forskjellige profesjoner har ofte kort tid på å etablere en relasjon. Det å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter kan sikre kvaliteten på omsorgen. Hensikten er å skape god kontakt og utvikle en relasjon med individet. Dette kan oppnås både verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. En fagperson bør benytte sin fagkunnskap, empati og etikk for å ta vare på individets behov. Omsorg for andre er en grunnleggende verdi hos fagpersonen. Det å formidle god og tilstrekkelig informasjon er en utfordring i kommunikasjonen. En forutsetning er å ha etablert en trygg og god relasjon (Eide, 2007).

For å kunne bidra til endring hos mennesker, som tankemønster, følelser, holdninger og atferd, må fagpersonen legge til rette for dette. Det vil da være viktig at individet føler seg forstått. Dette avhenger av at relasjonen er av god kvalitet. Relasjonskompetanse handler om at fagpersonen skaper kontakt, for så å etablere en relasjon til individet. Videre må fagpersonen kunne stå i denne relasjonen og vedlikeholde den. Å ha en slik tillitsfull relasjon til en fagperson, kan i tillegg til å skape endring, være en hjelp i seg selv. Innlærte teknikker og metoder fagpersonen benytter, kan ha mindre betydning for endringen eller opplevelsen, enn den tillitsfulle relasjonen som skapes (Røkenes & Hanssen, 2012).

Tillit er den røde tråden i en relasjon. Tillit er et begrep som har mye verdi, men som kan være vanskelig å forklare med ord. Det kan beskrives som at individet stoler på fagpersonens godhet, ærlighet og dyktighet (Fugelli, 2013; Spurkeland, 2012). Et tillitsforhold bygges opp ved gjentatte tillitvekkende handlinger. Et individs opplevelse av tillit er noe eget, og vil ikke alltid være gjensidig i et forhold (Spurkeland, 2012). Relasjonen er et resultat av samhandling mellom fagperson og individet. Individet vil være mer mottakelig og forstå fagpersonen når relasjonen føles trygg. Hvis samhandlingen mellom fagpersonen og individet er god legger det til rette for positiv utvikling og endring (Røkenes & Hanssen, 2012).

Tillit består av flere deler, og påvirkes av emosjonelle og atferdsmessige forhold. Dette vil oppleves som positivt eller negativt, og er utgangspunktet for hvordan relasjonen utvikler seg. Samtidig vil emosjonelle aspekter som respekt, beundring, lojalitet, tiltrekning og trygghet påvirke tilliten (Spurkeland, 2012). Tillit er tidkrevende, det er ulikt fra person til person hvor langt tid det tar før tillit oppnås. Grunnlaget for tillit oppstår ofte i det første møtet mellom to personer. Med andre ord må det gjøres grundig arbeid i starten av et tillitsforhold. Fagpersonen må tenke over utstrålingen og hvilke signaler som sendes ut til motparten. Det å vise interesse for den andre er avgjørende i denne situasjonen. På et tidspunkt i denne interaksjonen vil en velge å stole eller tvile på den andre. Det å kunne sette seg inn i og forstå individets følelser og situasjon, både ved hjelp av nonverbale signaler og gjennom kommunikasjon, er vesentlig for å skape en god relasjon (Spurkeland, 2012).

Jordmødre er viktige omsorgspersoner for kvinnene i svangerskapet. Jordmor har en forståelse av kvinnens ulike behov og kan derfor bygge opp kvinnens selvtillit når det kommer til å mestre den kommende fødselen. På bakgrunn av jordmors faglige og personlige kompetanse, har hun god evne til å skape trygghet og tillit i relasjonen med den gravide kvinnen (Aune & Kolset, 2017). I svangerskapet vil jordmors omsorg hjelpe kvinnen til å føle seg mer forberedt til morsrollen. For at jordmor skal kunne veilede kvinnen på en god måte er det viktig med en god relasjon hvor begge parter er åpne og ærlige. Det er kvinnen selv som setter rammene for relasjonen, jordmor må derfor være bevisst signalene fra kvinnen for å kunne tilrettelegge omsorgen (Hamre, 2010).

## Mestring

Ved å oppleve at en mestrer livets utfordringer, vil det ha stor innflytelse på følelsen av velvære og eget liv, samt klare å gjøre endringer for å bli tilfreds. Følelsesmessig mestring vil gi individet fokus på de følelsesmessige problemene det opplever i en bestemt situasjon. Individet jobber for å minske eller fjerne det følelsesmessige ubehaget som er knyttet til situasjonen, uten å endre situasjonen. Personer med en optimistisk innstilling i livet har ofte lettere for å mestre stressende situasjoner og belastninger enn andre (Håkonsen, 2006).

Mestring handler om å være bevisst egne erfaringer og å bruke dem til å takle livet ut fra realistiske forventninger og ambisjoner (Vifladt & Hopen, 2004). For å oppnå mestring er det en forutsetning at det er individet som utfører arbeidet og står i sentrum. En ser også at kunnskap er viktig i mestringsprosessen (Eide, 2007). Mestring innebærer en prosess der en erkjenner erfaringer og beskriver problemer, for så å identifisere situasjonen en står i og foreslå en løsning på problemet, så vil en kunne handle ut fra de valgene eller beslutningene en har tatt. For å oppnå god mestring må problemet virke mindre eller overkommelig etter en har gjennomgått prosessen. Fagpersoner må velge ut strategier som legger til rette for mestring ut fra individets forutsetning (Vifladt & Hopen, 2004).

Ifølge Vifladt & Hopen (2004) er det å investere energi, mobilisere sine ressurser, stille realistiske krav, finne løsning på problemet og å velge løsning i forhold til situasjonen de fem betingelsene for å oppnå mestring og en vellykket problemløsning. Det handler om å oppleve å ha krefter til å møte utfordringer, samt en følelse av kontroll over eget liv. For den som veileder gjelder det å velge mestringsstrategier og fremgangsmåter som setter individet raskt i gang med selvstendige oppgaver. Det er essensielt at det først er etablert en likeverdig og balansert relasjon mellom fagperson og individet. Det bør fokuseres på individets subjektive erfaringer og vektlegge støtte og omsorg (Vifladt & Hopen, 2004).

### Mestring i fødsel

Det er vesentlig at kvinnene er bevisste og har tenkt over hva de finner skremmende og utrygt i forkant av fødselen for slik å kunne lage seg mestringsstrategier. De bør ha et åpent sinn i det de går inn i fødselen og forsøke å ta ting som det kommer. Kvinner som går inn i fødsel med negative holdninger kan oppleve smertene som mer intense enn de med en positiv holdning (Hern, 2004). Det er viktig at jordmor er positiv, konstruktiv, og målbevisst i arbeidet med å hjelpe kvinnen til å forberede seg til fødselen. Kvinnen må klare å fokusere på det som er hennes jobb, nemlig å jobbe med riene og fokusere på pust og avspenning. Om kvinnen i forkant av fødselen har brukt mental trening for å forberede seg kan hun kjenne igjen følelsene hun får når fødselssmertene kommer, og slik klare å sette i verk mestringsstrategiene (Semundseth, 2014). Jordmor må være bevisst sine egne holdninger til fødsel og smerte for å kunne veilede kvinnene godt og hjelpe henne til å føle mestring og tillit til egen fødekropp. Det er da vesentlig at jordmor ser på en fødsel som noe normalt og ikke som en medisinsk hendelse (Ulvund, 2010). Det er viktig at kvinnene får informasjon om hva som skjer og hvorfor, og at hun får være med på å ta valg underveis (Hern, 2004).

Det må være et mål at den gravide ser på fødselssmerter som en naturlig del av det å føde et barn, og tenker på at smerter indikerer fremgang. Det at kvinnen føler hun mestrer disse smertene kan ha stor betydning for fremtidig helse og vil kunne styrke den emosjonelle utviklingen kvinnen får til barnet. Det viser seg at psykologiske faktorer har stor innvirkning på selve smerteopplevelsen. Kvinner som kjenner på redsel og angst i forbindelse med fødselen vil ofte oppleve fødselssmertene som mer intense. Kvinnene har behov for å bli tatt på alvor, føle seg sett og forstått og oppleve støtte underveis i fødselen (Ulvund, 2010).

# Resultat

## Økt selvtillit – økt mestring

I Klomp mfl. (2014) kommer det frem at kvinnene har tre ulike tilnærminger til fødselsforberedelse. Majoriteten av kvinnene velger en naturlig pragmatisk tilnærming. Disse kvinnene har tro på egne evner til å føde, og at de vil mestre fødselssmertene ved et normalt fødselsforløp. Andre kvinner derimot, foretrekker å motta så lite informasjon som mulig. De mener for mye informasjon vil føre til økt angst og usikkerhet. Den siste tilnærmingen tar for seg planlagt smertelindring før fødselen, og kun én kvinne i studien benyttet seg av dette.

Avery mfl., (2014) påpeker at det er viktig at jordmor kartlegger kvinnens mestringstro og selvtillit før fødselen. Økt kunnskap i svangerskapet fører til trygghet og selvtillit, noe som kan resultere i at de deltar mer i beslutninger og er i stand til å forstå den informasjonen som blir gitt under fødselen. Kvinnene som så på seg selv som selvstendige, hadde evnen til å diskutere helserelaterte spørsmål, ta informerte valg og opplevde at valgene deres ble respektert (Avery mfl., 2014). I studien til Schwartz mfl. (2015) viser det seg at kvinner som har lite kunnskap om fødsel skårer lavt på mestringstro.

Kvinnene beskriver jordmor som kunnskapsrik og erfaren, og rangerer henne ofte som den høyeste informasjonskilde, i motsetning til lege og andre profesjoner. Kvinnene uttrykker fordeler ved at jordmor er likesinnet og behandler de med respekt og forståelse. Samtidig er det viktig at de kan stole på hennes ekspertise og profesjonalitet (Avery mfl., 2014; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010).

Det viser seg at det er viktig at jordmor forbereder kvinnene på den normale fysiologiske prosessen og uforutsigbarheten i fødsel. Samt å bidra til å fremme en følelse av å mestre de utfordringene som vil komme i forhold til fødselssmertene (Leap mfl., 2010; O’Hare & Fallon, 2011). Kvinner som får oppfølging av jordmor i svangerskapet, er mer mobile under fødselen og avviser oftere medikamentell smertelindring. De er også mer selvsikre i sine valg (Avery mfl., 2014). Når kvinnene på forhånd har satt seg realistiske mål og lært seg strategier for å mestre smerte, fører det til mer aktiv deltakelse i fødselen (Berentson‐Shaw mfl., 2009).

Kvinnene har forskjellige måter å forberede seg på fødselen. Blant annet ved å få informasjon fra jordmor, lese fra bøker og internett og delta på svangerskapskurs. Det viser seg at kvinnene er mest mottakelige til å nyttiggjøre seg denne informasjonen i tredje trimester (Carlsson mfl., 2015; Karlsdottir mfl., 2014; Klomp mfl., 2014). De kvinnene som føler seg uforberedt til fødselen kan kjenne på skuffelse eller frustrasjon (Heberlein mfl., 2016). I tillegg viser det seg at kvinner som får høre fødselshistorier fra en nær relasjon, i større grad opplever mestringstro, spesielt hos dem som får høre historier fra egen søster (Carlsson mfl., 2015). Forberedelsesstrategier som ble benyttet av kvinnene i studien til Karlsdottir mfl. (2014), var for eksempel å ha en positiv innstilling til fødselssmertene, ha en følelse av å være forberedt på å mestre smertene og de så på smertene som en del av det å føde et barn. Når kvinnene opplevde å mestre fødselssmertene førte dette til at de fikk et annet syn på egne evner og smerter i seg selv. De fikk en følelse av å kunne mestre kommende utfordringer, og dette styrket selvbildet. I Klomp mfl. (2014) var kvinnene takknemlige for jordmors åpne holdning under samtale om mestring av fødselssmerte, og de var fornøyde med at de sammen kunne forberede en mestringsstrategi.

Flere av funnene viser at kvinner verdsetter å ha med partneren, eller en person de har en nær relasjon til i fødsel. De setter pris på å ha noen å dele sine opplevelser med. De stoler på at vedkommende vil snakke for dem dersom de ikke er i stand til det selv, samt ser behovet kvinnen har under fødselen (Fisher mfl., 2012; Karlsdottir mfl., 2014; Klomp mfl., 2014). Det viser seg i studien til Schwartz mfl. (2015) at de kvinnene som ikke opplevde sin partner som støttende under svangerskapet, skåret lavere på mestringstro. Dette viste seg derimot kun hos flergangsfødende.

For kvinnene i Heberlein mfl. (2016) som valgte individuell omsorg, viste det seg at kontinuiteten ved å ha samme jordmor gjennom svangerskapet bidro til å bygge en tillitsfull relasjon. Ved at kvinnene får diskutere ulike muligheter i trygge omgivelser med jordmor, gjør at de får et mer åpent syn på de valgene de har i fødsel (Avery mfl., 2014; Leap mfl., 2010). Flergangsfødende i individuell omsorg beskrev at ved å spørre konkrete spørsmål til jordmor som var relevant for deres omstendigheter bidro til at de ble mer forberedt (Heberlein mfl., 2016).

Ifølge Jouhki (2012) opplever kvinner at svangerskapsomsorgen ikke er tilrettelagt for individuelle behov, og de mener det bør finnes flere alternativer. Det blir etterspurt en omsorg der fokuset er mer rettet mot *empowerment*, og mer positivt syn på fødsel generelt. Kvinnene i denne studien så på fødsel som en naturlig prosess noe som reflekterte deres livsstil og syn på livet. De uttrykte konsekvent at fødselen var en naturlig hendelse og ikke en sykdom. Intuisjonen til disse kvinnene var betydelig. En av årsakene til at disse kvinnene valgte å føde hjemme, var at de opplevde at helsevesenet ikke møtte deres ønsker og behov når det kom til svangerskap og fødsel. De opplevde at de i stedet for å få hjelp til å øke sin mestringstro i svangerskapet, kun ble informert og forberedt på en sykehusfødsel. Kvinnene som fødte hjemme opplevde høy grad av autonomi og tilfredshet med fødselen, dette ble beskrevet som noe de kun ville oppnå ved å føde i et kjent hjemmemiljø (Jouhki, 2012).

I Toohill mfl., (2014) viser det seg at en støttesamtale over telefon, i tillegg til vanlig svangerskapsoppfølging fra jordmor, resulterer i lavere frykt for fødsel, samt høyere mestringstro og selvtillit. Kvinnene i denne studien var på forhånd selektert på bakgrunn av sin frykt for fødselen. Det sees en signifikant reduksjon i fødselsfrykt og bekymringer når jordmor spør direkte og åpner opp for samtale om dette. Det vil også gi styrket mestringstro. Ifølge studien er oppfatningen av frykt noe som kan endres på ved å hjelpe kvinnen til å endre troen på egne evner til å føde (Toohill mfl., 2014). En annen studie viser at kvinnene føler seg mer forberedt når jordmor stiller spesifikke spørsmål om deres situasjon (Heberlein mfl., 2016).

Kvinnene i Heberlein mfl. (2016) uttrykte forskjellige årsaker for hvilken oppfølging de benyttet seg av. De som ønsket individuell omsorg så ikke for seg at de kunne passe inn i en gruppebasert svangerskapsomsorg, de hadde ikke fått informasjon om denne gruppeoppfølgingen, var forhindret til å møte til oppsatt tid, eller følte at de ikke passet inn fordi de var eldre mødre. Majoriteten av gruppedeltakerne valgte denne oppfølgingen for å få ekstra tid med jordmor og andre gravide kvinner.

## Økt mestringstro i fellesskap

Det viser seg at kvinner som deltar i gruppebasert svangerskapsomsorg i tillegg til tradisjonell svangerskapsomsorg har flere fordeler, blant annet stressreduksjon, høyere selvtillit, kunnskap og motivasjon. De får svar på ting de ikke visste at de lurte på, og på ting de ikke våger å spørre om (Heberlein mfl., 2016). I studien til Fisher mfl. (2012) mente deltakerne at kurset *Mindfulness-Based Child Birth Education* (MBCE) gav andre typer informasjon og flere valgmuligheter de kunne benytte under fødsel, sammenlignet med tradisjonell fødselsforberedelse.

Kvinnene som deltar i gruppeveiledning opplever sosial støtte, de kan utveksle informasjon og ta opp temaer de selv synes er viktig (Fisher mfl., 2012; Leap mfl., 2010). Deltakerne knytter bånd til hverandre og får en følelse av tilhørighet. De deler felles bekymringer og erfaringer (Fisher mfl., 2012; Heberlein mfl., 2016). Dette fremheves som spesielt viktig for kvinner som har ekstra utfordringer i svangerskapet, ved at de får høre at andre går gjennom noe av det samme, og hvordan de forholder seg til det (Fisher mfl., 2012). Å dele opplevelser, kunnskap og synspunkter med andre gravide kvinner blir verdsatt (Leap mfl., 2010). I flere av studiene er det både første- og flergangsfødende som deltar i gruppeveiledningen, dette blir fremhevet som positivt ettersom de får høre ulike fødselshistorier fra de som har født tidligere. Disse erfaringene var noe de kunne ta med seg og benytte for å mestre smertene og fødselen (Fisher mfl., 2012; Leap mfl., 2010). I studien til Leap mfl. (2010) var gruppene organisert slik at kvinnene kunne komme så ofte de ville uavhengig av svangerskapslengde. Dette førte til at fokuset i samtalene ble variert og kvinnene valgte selv hvilke tema de ville ta opp. I en annen studie ble kvinnene mer forberedt, selvsikker og mindre engstelig ved å lytte til hverandres erfaringer angående smertebehandling og sykehusprosedyrer (Heberlein mfl., 2016). Gruppedeltakerne i Heberlein mfl. (2016) beskrev at den ekstra tiden de fikk gjennom gruppeomsorgen bidro til å utvikle en god relasjon til jordmor. Tre av kvinnene i studien følte at deres spørsmål eller bekymringer ikke ble hørt i gruppen, og dette førte til frustrasjon. Som en konsekvens av dette byttet én av dem over til individuell omsorg.

Studien til Fisher mfl. (2012) ser på hvordan et MBCE-kurs bidrar til å forberede kvinnene til fødselen. *Mindfulness* gir kvinnene en mulighet til lære teknikker for å være tilstede i øyeblikket, og på den måten oppleve kontroll under fødselen. MBCE gjør dem i stand til å være aktive i fødselsprosessen. Å ha selvtillit til å diskutere, spørre og svare på en informert måte i samarbeid med jordmor og annet helsepersonell, kan føre til at de opplever økt tilfredshet under fødselen. MBCE kurset bidrar også til at partneren er forberedt på ulike scenarioer som kan opptre i fødselen. Partner opplever det lettere å støtte kvinnen i fødsel når de har en gjensidig forståelse og samarbeider. Dette førte til at de i større grad bevarte roen, de ble mer involverte og aktive i fødselsprosessen og det gav en følelse av *empowerment*. Kvinnene beskrev at de lettere kunne diskutere med jordmor underveis i fødselen, og ta aktivt del i det som skjedde (Fisher mfl., 2012). I studien til O’Hare & Fallon (2011) hadde flertallet av kvinnene deltatt på svangerskapskurs der det ble lagt stor vekt på pusteteknikker. Dette så ut til å være veldig viktig og hadde stor betydning for opplevelsen av kontroll under fødselen.

## Den betydningsfulle relasjonen

Kvinnene ønsker et nært og respektfullt forhold, der jordmor skaper en spesiell atmosfære som føles varm og trygg. Kvinnene får realistiske forventinger til fødselen ved hjelp av tillitsbyggende relasjon, et godt samarbeid og en god informasjonsflyt i oppfølgningen. Kvinnene forteller de føler seg rolige og komfortable når de opplever kontinuitet i oppfølgingen. Det betyr mye for dem at jordmoren virker oppriktig interessert i dem og barnet i magen, noe som også bidrar til økt selvtillit (Avery mfl., 2014; Heberlein mfl., 2016; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010).

Ifølge studien til Leap mfl. (2010) var bygging av selvtillit mulig på grunn av et godt tillitsforhold til jordmor. Forholdet fikk en god start ved at jordmor kom hjem til kvinnen ved første møtet og at de satt og pratet sammen i flere timer. Dette medførte at kvinnen opplevde relasjonen som et toveisforhold basert på gjensidig tillit. Kvinnene kunne se forholdet til jordmor på lik linje som en venn eller søster, men satte likevel pris på hennes profesjonelle rolle.

Det å forbedre kvinnens tro på deres evne til å mestre normale fysiologiske og emosjonelle utfordringer er fundamentalt for fødselsforberedelsen. Det å hjelpe kvinnen til å endre oppfatning av deres evne til å føde er en strategi som er avgjørende for å bevare den normale fødselen (Toohill mfl., 2014). Ifølge Jouhki  (2012) var et friskt og normalt svangerskap, og muligheten til selv å velge sin jordmor, noe som styrket troen på at fødselen ville gå bra. Det var to faktorer som gikk igjen hos alle kvinnene i studien, de tvilte ikke på sin evne til å føde og de hadde en positiv kroppsbevissthet. Også i Karlsdottir mfl. (2014), kommer det frem at kvinnene syntes det var viktig med tro på egen kropp. Mange av kvinnene reagerte på fødselssmertene med full tiltro til seg selv, og stolte på at kroppen visste hva den skulle gjøre. Førstegangsfødende syntes det var vanskelig å forestille seg hvordan fødselssmertene ville bli.

Kontinuitet og en trygg jordmor i svangerskap og fødsel fører til at kvinnene får økt selvtillit (Avery mfl., 2014; Heberlein mfl., 2016; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010). Kvinnen beskriver at jordmor er til stede og oppmuntrer, beroliger og holder motivasjonen oppe når det oppstår utfordringer. Dette har innvirkning på hvordan smertene oppleves under fødselen. Den tilliten kvinnen har til jordmoren, trygger henne slik at hun ikke opplever å få panikk og en forsterket smerteopplevelse. Denne tilliten kan også bidra til at kvinnen får tro på seg selv, som igjen kan ha innvirkning på fødselsopplevelsen (Leap mfl., 2010). Jordmor blir beskrevet som varm og sikker i fødesituasjonen og sensitiv til kvinnens behov. Hun leder kvinnene til å mestre fødselssmertene. Jordmors tilstedeværelse er viktig for kvinnene og de nonverbale egenskapene hennes blir beskrevet som betryggende (Karlsdottir mfl., 2014). Dette bekreftes i studien til Klomp mfl. (2014) der kvinnene dro frem at de gjerne ville at jordmor skulle være tilstede i god tid før barnet kom til verden. For på den måten å kunne motta tips og råd for hvordan de kunne mestre fødselssmertene, samt å få støtte og informasjon om progresjonen i fødselen. Alle kvinnene med en naturlig tilnærming til fødsel, forventet at jordmor skulle være tilstede under hele fødselsforløpet.

Jordmødrene blir beskrevet som gode til å kommunisere med kvinnene, noe som viste seg å være spesielt viktig i andre stadiet av fødselen. Kvinnene føler seg oppmuntret og opplever at de kan mestre utfordringene når jordmor er en støttespiller. Noen kvinner bevarer kontrollen ved innlært pusteteknikk. Det er en trygghet å vite at de har kontroll på pusteteknikken, selv når andre aspekter er mer usikre for kvinnen (Klomp mfl., 2014; O’Hare & Fallon, 2011). Kvinnene i studien til O’Hare & Fallon (2011) fortalte at de ble oppmuntret og veiledet av jordmor, og fikk da følelsen av at ”*dette klarer jeg*”. Det ble også verdsatt at jordmor informerte om alle avgjørelsene i fødsel, slik at kvinnene følte seg inkludert i beslutningene. I de tilfeller hvor jordmor eller lege tar over kontrollen oppleves dette som greit så lenge kvinnen selv ønsker dette (Klomp mfl., 2014). Opprettholdelse av kontroll, å være aktiv og engasjerte i avgjørelsene, ga en følelse av *empowerment* hos parene (Fisher mfl., 2012).

I studien til Leap mfl. (2010) beskrev kvinnene en stolthet over å mestre fødselen uten medikamentell smertelindring. De var takknemlig for jordmors innflytelse på valget. Tilliten kvinnene hadde til sin jordmor førte til at de var mer åpne for ulike stillinger og metoder som kunne dempe smerteopplevelsen. Det som betydde mest var at jordmor oppmuntret og beroliget kvinnene, og at jordmor opprettholdt troen på kvinnene når de selv ikke klarte det (Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010). I studien til Klomp mfl. (2014) trodde flertallet av kvinnene på forhånd at de ville mestre smertene under fødsel, men ville overlate kontrollen til jordmor ved behov.

## Mestringstroens betydning

Det viser seg at kunnskap og emosjonell støtte kan øke kvinners ressurser og deres mestringstro (Avery mfl., 2014; O’Hare & Fallon, 2011; Schwartz mfl., 2015; Toohill mfl., 2014). Ifølge Avery mfl. (2014) viser det seg at når jordmor hadde tro på kvinnens evner, bidro det til at kvinnen selv ble mer selvsikker og fikk økt tro på egne evner. Det kommer frem at et respektfullt forhold mellom jordmor og den gravide, var essensielt for å bygge opp selvtilliten til fødselen. For kvinnene i studien med MBCE var det å være *mindful* relatert til å være bevisst i sine valg. De fikk økt selvtillit, og de fleste opplevde å bli respektert og hørt i forhold til sin fødselsplan, spesielt av jordmødrene. Noen av de parene som opplevde en komplisert fødsel følte også at de var aktivt engasjert i avgjørelser og kunne reflektere positivt over fødselsopplevelsen. Ifølge studien legger *mindfulness* til en ekstra dimensjon i forståelsen av hvor viktig kontroll er for å oppleve tilfredshet i fødsel (Fisher mfl., 2012).

Ved å fremme mestringstro gjennom svangerskapet fører det til økt evne til å overvinne frykt og mestre smerte i fødsel. Samt at de føler stolthet, glede og *empowerment* etter fødsel. Samtidig bekreftes det at kvinner med lav mestringstro i forkant av fødselen hadde større sannsynlighet for å skåre høyere på depresjonsparametere (Leap mfl., 2010; Schwartz mfl., 2015). Høy mestringstro kan føre til økt selvtillit, kontroll samt redusert smerteopplevelse som kan bidra til en bedre fødselsopplevelse. Det kommer også frem i funnene at høy mestringstro kan føre til en følelse av forutsigbarhet og styrke. Den økte mestringstroen kan også føre til at kvinnene opplever smertene mindre intense og forstyrrende, dette medfører mindre bruk av epidural, men påvirker ikke smertetoleransen (Berentson‐Shaw mfl., 2009; Carlsson mfl., 2015). Lav mestringstro er derimot assosiert med fødselsangst og økt oppfatning av fødselssmerte (Carlsson mfl., 2015; Schwartz mfl., 2015; Toohill mfl., 2014). I studien til Schwartz mfl. (2015) kommer det frem at kvinnene med lav mestringstro ønsket seg keisersnitt oftere og rapporterte i større grad om frykt for fødselen. Studien viste også sammenheng mellom lav mestringstro og lite kunnskap om fødsel, samt at de kunne oppleve moderat til ekstreme smerter i andre trimester. Det viser seg at flergangsfødende har høyere mestringstro for fødsel, og høyere mestringstro i andre stadiet av fødselen. I tillegg viser det seg at flergangsfødende som har en tidligere positiv fødselsopplevelse, har høyere mestringstro enn flergangsfødende med negativ fødselsopplevelse (Avery mfl., 2014; Schwartz mfl., 2015).

Kvinner med lav mestringstro for fødsel vil ha fordel av økt støtte og å utvikle mestringsstrategier (Schwartz mfl., 2015). Resultatet i studien til Carlsson mfl. (2015) indikerer at jo høyere kvinner rangerer sin mestringstro for fødsel, desto høyere velvære og vigør opplever de. Disse kvinnene opplevde også en større følelse av sammenheng i fødsel.

# Diskusjon

## Diskusjon av funn

Det ser ut til å være to faktorer som har spesielt betydning for oppbyggingen av mestringstro under svangerskapet. Ifølge funnene og teorien er dette i hovedsak relasjonen kvinnene har til jordmor og kontinuitet i omsorgen. Ved at kvinnen opplever et nært og respektfullt forhold til jordmor viser det seg at hun får økt selvtillit og er bedre forberedt til fødsel (Aune & Kolset, 2017; Avery mfl., 2014; Hamre, 2010; Heberlein mfl., 2016; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010).

### Veien til mestringstro

Ifølge (Bandura, 1977, 1997) har mennesket et grunnleggende behov og et ønske om å mestre utfordringer. Dette avhenger av at mennesket bevarer troen på seg selv og egne evner. Samtidig er det avgjørende å ha tro på egen kompetanse og at en kan nyttiggjøre seg av kunnskap når det er behov for det. Mestringstro handler ikke bare om å ha kontroll i en gitt situasjon, men også å kunne regulere egen tankeprosess og motivasjon.

Det er flere veier til mestringstro, og det viktigste vil være å bruke tidligere mestringsopplevelser. Ved å fremkalle følelsen av mestring fra en tidligere hendelse, kan en overføre dette til en liknende situasjon, og dermed oppleve mestring på nytt. På den måten kan en ta i bruk de samme suksessrike mestringsstrategiene for å få kontroll over fremtidige truende eller vanskelige situasjoner (Bandura, 1977, 1997). For eksempel kan en gravid kvinne som har opplevd sterke smerter tidligere i livet, reflektere over hvordan hun mestret denne situasjonen og bruke disse erfaringene i fødesituasjonen. Hvis dette skal overføres til praksis, må jordmor i svangerskapsomsorgen hjelpe kvinnene til å identifisere tidligere erfaringer, samt følelsene de erfarte ved å mestre den tidligere situasjonen. Deretter må dette bearbeides til en strategi kvinnen kan benytte seg av. Også i etterkant av en fødsel sier kvinnene at de erfaringene de satt igjen med bidro til et nytt syn på smerte, og på den måten fikk de økt tro på seg selv i forhold til mestring (Karlsdottir mfl., 2014). Det kan tenkes at de ville tatt i bruk disse nye erfaringene og med det fått enda høyere mestringstro ved en eventuell senere fødsel. Flergangsfødende med en tidligere positiv fødselsopplevelse har høyere mestringstro for fødsel ifølge Avery mfl. (2014). Førstegangsfødende vil på den andre siden kanskje ikke kunne relatere fødsel til noen annen tidligere opplevelse, dette bekreftes også i Karlsdottir mfl. (2014).

Jordmor i svangerskapsomsorgen vil ha større innvirkning på kvinnenes mestringstro gjennom det Bandura beskriver som verbal overtalelse. Dersom jordmor utøver tillit og fungerer som et forbilde kan dette styrke kvinnens opplevelse av egen mestringsevne (Leap mfl., 2010). Bandura påpeker også at det kan være vanskelig å overtale noen om at de vil mestre en situasjon som de ikke har vært eksponert for tidligere. Dersom kvinnen blir overbevist og får støtte på at hennes evner er tilstrekkelig vil hun kunne mobilisere flere krefter og utholdenhet når det oppstår utfordringer, i motsetning til hvis hun tviler på seg selv. Denne tilnærmingen viser seg å ha mest effekt på de som har en grunn til å tro på at de kan mestre en utfordring (Bandura, 1977, 1997). Det er nærliggende å tenke at en gravid kvinne i utgangspunktet ønsker å ha tro på at hun kan mestre fødsel. På den andre siden kan det tenkes at en kvinne som har født før og fikk en negativ fødselsopplevelse, kan ha vanskeligheter med å tro på at hun denne gangen skal mestre utfordringen, og dermed kan tilnærmingen føles utilstrekkelig. Det som kan trekkes frem av dette er at det uansett vil være viktig med kontinuitet i svangerskapsomsorgen slik at en god relasjon til jordmor kan oppnås. Når denne kontakten er etablert vil jordmor ha en reell mulighet til å påvirke og styrke kvinnen (Bandura, 1977, 1997;  Røkenes & Hanssen, 2012). Hamre (2010) påpeker også at det er viktig med en åpen og ærlig dialog for å legge til rette for veiledning.

Flere av studiene viser at jordmor er en person kvinner stoler på og oppnår tillit til. De opplever henne som en varm og trygg omsorgsperson, som er oppriktig interessert i henne og det ufødte barnet (Avery mfl., 2014; Heberlein mfl., 2016; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010). Forventningene til jordmor i svangerskapet er høy og kvinnene føler at jordmor er en formidler mellom seg selv og barnet i magen (Hamre, 2010). Forfatterne av denne oppgaven har erfart at kvinner forteller om en tillitsfull jordmor som har bidratt til økt selvtillit. De har i motsatt fall kunnet fortelle om at de ikke opplevde å ha denne samme tilliten til annet helsepersonell når det kommer til svangerskaps- og fødselsrelaterte spørsmål, selv om de hadde tillit til den samme personen i andre helsespørsmål. Det kan derfor se ut til at kvinner verdsetter jordmors spisskompetanse og fokus på kontinuitet.

Videre viser studien til Berentson‐Shaw mfl. (2009) at mestringstro bør fremmes under svangerskapet, og at det kan føre til økt mestring av fødselssmerter og gi en positiv fødselsopplevelse. I teorien kommer det frem at kvinnene nyter godt av å forberede seg mentalt på hva som venter i fødselen (Semundseth, 2014). Dersom kvinnen klarer å ha en positiv innstilling til fødselssmertene, ved å tenke at smertene indikerer fremgang, vil hun lettere kunne føle mestring (Hern, 2004). Det er viktig at jordmor hjelper kvinnene til å se sammenhengen mellom fødsel og smerter for at kvinnen skal kunne føle mestring (Ulvund, 2010). Dette kommer også tydelig frem i Leap mfl. (2010) der kvinnene reflekterte positivt over hvordan jordmor hadde fremmet en følelse av å kunne mestre utfordringene i møte med fødselssmertene, og på den måten satt de igjen med en positiv opplevelse etter fødselen. Disse funnene underbygges også i to av de andre studiene som viser at høy mestringstro medfører redusert smerteopplevelse og gir økt selvtillit, som igjen fører til en positiv fødselsopplevelse (Berentson‐Shaw mfl., 2009; Carlsson mfl., 2015). Ut i fra studien til Berentson‐Shaw mfl. (2009) kan det tenkes at kvinner som har tilegnet seg økt mestringstro gjennom svangerskapet, går inn i fødsel med en positiv holdning til fødselssmertene. De vil da ha lettere for å ta i bruk kognitive og atferdsmessige verktøy, til fordel for medikamentell smertelindring. Kvinnene i studien til Klomp mfl. (2014) som hadde en naturlig pragmatisk tilnærming til fødselen, forventet at jordmor skulle være tilstede under hele fødselsforløpet og veilede de gjennom smertene, samt å hjelpe til med å opprettholde deres mestringstro. De satte også pris på jordmors kunnskap og anbefalinger angående smertelindring. Kvinnene ønsket å ha kontroll over smertehåndteringen så lenge de greide å nyttiggjøre sine mestringsstrategier. Men fortalte på den andre siden at de ønsket å ha mulighet til å overgi denne kontrollen, og rådføre seg med jordmor, dersom utfordringene skulle oppleves uutholdelig.

Det er ifølge Hamre (2010) to ulike syn på svangerskap. Kvinnen kan på den ene siden se på fødsel som en medisinsk krise som er preget av verstefallstenkning, der kvinnene ønsker en oppfølging med fokus på å forebygge eventuelle komplikasjoner. På den andre siden kan svangerskap og fødsel ses på som en naturlig hendelse, med ønske om minst mulig inngripen. Den gravide kan da sies å ha en indre kraft og er i kontakt med egen kropp. I studien til Jouhki (2012), der kvinnene valgte hjemmefødsel, hadde kvinnene høy autonomi, selvtillit og tro på egen kropp. De mente medikamentell smertelindring var unødvendig og de var imot sykeliggjøring av fødselsprosessen. Samtidig satt de pris på det å få velge sin egen jordmor. Det er derfor grunn til å tro at disse kvinnene synes det er viktigere å ha en kjent jordmor, enn de tilbudene som finnes på en fødeavdeling. Kvinner som tilstreber å øke sin kunnskap om svangerskap og fødsel viser seg å ha høyere mestringstro (Avery mfl., 2014; O’Hare & Fallon, 2011; Schwartz mfl., 2015; Toohill mfl., 2014). Dette bekreftes også i Eide (2007) som sier at kunnskap har en viktig rolle i mestringsprosessen. Det kan derfor tenkes at kvinner som velger å føde hjemme tilegner seg mer reel kunnskap om fødselen på forhånd fra gode kilder, og at de hadde en personlig oppfatning av høy mestringstro.

Et annet aspekt som kommer frem i resultatene er at kvinnene opplever at historier fra nære relasjoner bidrar til å øke selvtilliten og mestringstroen. Spesielt oppga de søster som en sterk påvirkningskilde når det kom til mestringstro for fødsel (Carlsson mfl., 2015) I motsatt fall vil negative historier fra de samme tillitsfulle personene ha sterk negativ effekt på kvinnens mestringstro (Fisher mfl., 2012).

### Tillitsbyggende relasjon

I det første møte med kvinnen må jordmor være bevisst sin holdning og hvilken fremtoning hun har, noe som er essensielt for videre tillitsbygging (Spurkeland, 2012). Dette bekreftes i Leap mfl. (2010), hvor det første møtet fremheves som betydningsfullt. Jordmor kommer i denne studien hjem til kvinnen og tar seg god tid til samtale, og på den måten legger grunnlaget for den tillitsfulle relasjonen. Når kvinnen er i et trygt hjemmemiljø ved det første møtet, kan det tenkes at relasjonen blir mer ekte og basert på et likeverdig forhold.

Resultatene viser at jordmor bør bygge en god relasjon til kvinnen under svangerskapet for å kunne styrke selvtilliten og øke mestringstroen hennes før fødselen (Avery mfl., 2014; Heberlein mfl., 2016; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010). Det er da vesentlig at jordmor tilpasser omsorgen til hver enkelt kvinne og ser hennes behov og ressurser. Det ligger mye ansvar hos jordmor når det gjelder å etablere denne kontakten. Det krever kunnskap om kommunikasjon og ikke minst erfaring (Eide, 2007; Spurkeland, 2012). Som fagperson mener Eide (2007) det er viktig å ta i bruk både kunnskap, empati og etikk for å ivareta personens behov. Svangerskapsomsorgen skal bygge på et humanistisk verdigrunnlag, der menneskets verdi fremmes og mennesket sees i et helhetsperspektiv (Hamre, 2010). Som nevnt over er det essensielt med individuelt tilpasset omsorg for å kunne oppnå den gode tillitsfulle relasjonen. Likevel viser det seg i studien til Jouhki (2012), at kvinnene opplevde at den offentlige svangerskapsomsorgen hadde lite fokus på *empowerment* og styrking av kvinnenes mestringstro; de etterspurte derfor en mer individuelt tilpasset svangerskapsoppfølging.

Det tar tid å skulle etablere en relasjon preget av tillit, og det er mye informasjon som skal formidles på kort tid i løpet av et svangerskap. For at kvinnen skal kunne ta til seg lærdom og føle støtte hos jordmor, er tillit derfor viktig. Slik vil kvinnen kunne stole på hva jordmor sier, og på den måten kunne få økt selvtillit samt føle *empowerment* (Røkenes & Hanssen, 2012). Dette bekreftes i Leap mfl. (2010) der kvinnene relaterte sin økende selvtillit til hvordan jordmødrene møtte dem, besvarte deres spørsmål og hørte på deres bekymringer. De beskrev et gjensidig forhold hvor de følte seg sett og hørt. De ble betrygget av samtaler som fokuserte på det naturlige med fødselssmerter og forskjellige strategier for å mestre dem. For å øke mestringstroen må det i følge Bandura skje en endring i blant annet tankemønster, følelser, holdninger (Bandura, 1977, 1997). For å oppnå slik endring må kvinnen, i følge Røkenes & Hanssen (2012) føle seg forstått, noe som oppnås gjennom en god relasjon.

Det er fremhevet i flere artikler hvor viktig og trygt det er for kvinnen at hun blir fulgt opp av samme jordmor og opplever kontinuitet under hele svangerskapet. Dette bidrar til å fremme følelsen av mestring (Avery mfl., 2014; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010). Det er også i tråd med Bandura (1977, 1997), som fastslår at å få positive tilbakemeldinger fra noen en har tillit til, vil styrke selvtilliten og mestringstroen. En kan derfor si at forholdet mellom jordmor og kvinnen er essensielt i svangerskapsoppfølgingen. I en studie hvor kvinnene blir fulgt av samme jordmor gjennom både svangerskap og fødsel trekker de frem historier der de i en fase av fødselen ba om epidural, men jordmoren oppmuntret de til å fortsette uten. Denne påvirkningen fra jordmoren var mulig fordi hun kjente kvinnen og visste at hun egentlig ikke ønsket epidural. I ettertid uttrykte disse kvinnene glede og fornøydhet med å ha klart seg uten epidural, ved hjelp av jordmors påvirkning (Leap mfl., 2010). Det viser seg på den andre siden i Karlsdottir mfl. (2014) at epidural i noen tilfeller opplevdes som eneste utvei for å mestre fødselen, det var da viktig for kvinnene at de fikk støtte fra jordmor i dette valget.

I studien til Karlsdottir mfl. (2014) beskriver kvinnene jordmor som en som er sensitiv til kvinnens behov. Det betydde mye at de samarbeidet under fødselen, og at jordmor oppmuntret kvinnen til å ta i bruk de strategiene hun hadde tilegnet seg på forhånd, og ønsker å benytte seg av. Kvinnene fortalte at de kjente en spesiell forbindelse til jordmor, og at det motiverte dem til å fortsette. Nesten alle kvinnene i studien til O’Hare & Fallon (2011) oppga også at de hadde god kommunikasjon med jordmor. Derimot beskrev åtte av ni kvinner at de opplevde manglende kommunikasjon fra legene, de følte seg snakket *til* og ikke kommunisert *med*. Dette medførte at de opplevde at de ikke fikk nok informasjon, og at de slik følte at de mistet noe av kontrollen. Selv om dette handler om selve fødselen, forklarer det at både jordmor og andre fagpersoner bør møte kvinnen på hennes premisser, slik at de kan være en trygghet underveis i både svangerskaps- og fødselsprosessen. Tilliten kvinnen har til jordmor påvirker hvor trygg hun føler seg i situasjonen. Om kvinnen føler seg overkjørt, eller opplever at tilliten blir svekket vil hun oppleve å være i en sårbar situasjon (Spurkeland, 2012).

Ifølge Leap mfl. (2010) opplevde kvinnene som fikk oppfølging av de samme jordmødrene gjennom både svangerskap og fødsel trygghet, og de fikk bygget opp sin selvtillit. Denne oppfølgingsmodellen er nok urealistisk å oppnå i dagens svangerskaps- og fødselsomsorg i Norge, da disse tjenestene er delt mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette fører til at kvinnene opplever omsorgen som fragmentert, og at det blir et unaturlig skille i oppfølgingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Likevel bør slik forskning benyttes i praksis, og med det tilstrebe og gi kvinnene mest mulig kontinuitet under svangerskapet. På den måten kan gravide kvinner, også i Norge, oppleve noe av den samme styrken og mestringstroen jordmødrene i denne studien fikk opparbeidet hos sine kvinner. For å styrke kvaliteten på omsorgen og følge anbefalingene fra Nasjonalt råd for fødselsomsorg, er det derfor behov for å forbedre tilgjengeligheten til jordmortjenesten slik at de gravide får den valgfriheten som allerede er forankret i retningslinjene. Ifølge LEON-prinsippet (Laveste-effektive-omsorgsnivå), bør svangerskapsoppfølging fra jordmor være førstevalget for friske gravid kvinner, da det vil være mer økonomisk lønnsomt for samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

### Fellesskap og mestring

I tillegg til individuell omsorg, har også gruppeoppfølging flere verdifulle elementer. Det kommer frem i flere av studiene at gravide kvinner som møtes i grupper, drar mye nytte av å høre på hverandres historier og erfaringer (Fisher mfl., 2012; Heberlein mfl., 2016; Leap mfl., 2010). Kvinnene syntes det var enklere å ta til seg informasjon om fødsel når det ble fortalt selvopplevde historier i gruppen, samtidig som de hadde en trygg og støttende jordmor tilstede som ledet samtalen når det trengtes (Leap mfl. 2010). Det kan være vanskelig for kvinnene å vite hva de skal spørre om, eller hva de lurer på i forhold til svangerskap og fødsel. Da kan kvinnene i gruppen utfylle hverandre og dra nytte av spørsmål som blir belyst, samt fødselshistorier fra andre kvinner. I studien til Leap mfl. (2010) kunne også kvinnene komme tilbake til gruppen etter fødsel, og fortelle sin historie. Dette medførte at kvinnene som enda ikke hadde født, fikk høre fødselsopplevelser fra en kvinne de hadde en relasjon til og stolte på, noe som gjorde at de følte seg mer forberedt. Dette er i tråd med Banduras teori, som sier at det å lære av andres erfaringer er en måte å øke mestringstroen. Dette kan føre til at kvinnene anstrenger seg mer for å klare å mestre utfordringene i fødsel (Bandura, 1977, 1997).

Studiene viser at kvinnene blir knyttet til hverandre i slike grupper, og dermed opplever det trygt å snakke fritt om sine tanker og erfaringer (Heberlein mfl., 2016). Dette bekrefter også Hamre (2010). Fellesskapet med de andre har positiv innvirkning på selvtilliten. Dette er med på å redusere angst og uro og gjøre kvinnene tryggere under graviditeten. I Heberlein mfl. (2016) opplevde kvinnene kontinuitet i gruppene siden de møttes flere ganger i løpet av svangerskapet, noe som også skapte rom for relasjonsbygging. Ifølge Manger & Wormnes (2015) blir en hendelse mer virkelig dersom den deles med andre og det er i følge Bandura vanlig å sammenligne seg med andre som er i liknende situasjoner. Ved å se dem lykkes kan det øke forventningen om egen mestringsevne (Bandura, 1977, 1997). Det kan tenkes at slike grupper består av kvinner med både høy og lav mestringstro for fødselen. På denne måten kan de med lav mestringstro løftes frem av de med høy mestringstro. På den andre siden, hvis gruppen ikke har kontinuitet vil det kanskje være vanskeligere for kvinnene å uttrykke seg og bli trygge på hverandre. Det kan i slike tilfeller tenkes at det vil være vanskelig for noen å ta opp sensitive temaer i en gruppe.

Svangerskapsomsorgen i Norge har i dag et individuelt fokus (Kringeland, 2017), derfor kan det være vanskelig å relatere en praksis med gruppebasert svangerskapsomsorg til norske forhold. I Norge er det opp til hver enkelt kommune å tilby sine gravide svangerskapskurs i grupper, det er derfor store forskjeller fra kommune til kommune hva kvinnene har av tilbud (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Trondheim kommune tilbyr for eksempel bare et nettkurs til sine gravide kvinner, mens nabokommunen derimot kan tilby gratis kurs for de gravide. Andre kommuner igjen tar betalt for sine svangerskapskurs (Arendal kommune, 2017; Malvik kommune, 2018; Trondheim kommune, 2018). Det er også kjent at private aktører tilbyr kostbare svangerskapskurs (Bekken og barn, 2018). Dette kan medføre at kvinner som er ressurssvake og har dårlig økonomi kan falle utenfor (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Dette viser at svangerskapsoppfølgingen i Norge ikke er i tråd med *Retningslinjene for Svangerskapsomsorg* (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I st.meld. 12, *En gledelig begivenhet*, kommer det tydelig frem at fødselsforberedende kurs skal være en del av omsorgen, samt at det skal være et gratis tilbud og tilgjengelig for alle uavhengig av hvor de bor. Kvinnene bør ha tilgang på informasjon både gjennom kurs og skriftlig materiale. Ifølge Nasjonalt råd for fødselsomsorg kan fødselsforberedende kurs i tillegg redusere behovet for ekstra oppfølging i svangerskapet og etter fødsel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

### En informert svangerskaps- og fødselsomsorg

I Berentson‐Shaw mfl. (2009) viser det seg at dersom kvinnen føler seg kompetent er det mer sannsynlig at hun setter seg realistiske mål for fødselen, er mer motivert for å tilegne seg kunnskap samt å lære seg ulike mestringsstrategier. Dette kan igjen føre til at hun blir mer delaktig i fødselsprosessen. Hern (2004) beskriver hvordan kvinner kan dra nytte av å være bevisst hva som skremmer henne når det kommer til fødselen for slik å kunne få bistand til å utvikle seg ulike mestringsstrategier på forhånd. Jordmor innehar den kompetansen kvinnen trenger for å lage seg mestringsstrategier (Ulvund, 2010). I tillegg er det nærliggende å tro at mye av det kvinnen frykter blir ufarliggjort i samtale med jordmor, da hun får forklart prosedyrer eller andre skremmende ting på en god og korrekt måte. Ifølge Berentson‐Shaw mfl. (2009) vil denne oppklaringen og økte kunnskapen hjelpe kvinnen til å sette seg realistiske mål og ha en positiv innstilling til fødselen.

Det er et krav om at de gravide skal få kunnskapsbasert informasjon for å kunne ta informerte valg. Dette krever at kvinnen får en reel oversikt over hvilke valg hun har og konsekvensene det kan medføre. Det kan oppleves utfordrende for jordmødrene å påse at kvinnen har fått tilstrekkelig informasjon (Hamre, 2010). I dagens samfunn ser man at gravide kvinner er flinke til å lese seg opp på svangerskap og fødsel (Hamre, 2010), noe som også bekreftes i Avery mfl. (2014). Det forfatterne av denne oppgaven har erfart er at mye av informasjonen blir hentet fra upålitelige kilder som sosiale medier, forum og blogger. Det kommer også frem i studiene til Carlsson mfl.  (2015) og Klomp mfl. (2014) at kvinner benytter internett og sosiale medier til å tilegne seg kunnskap. De kan da tilegne seg kunnskaper og oppfatninger om fødselen som er ukorrekt. På den måten kan det tenkes at det kan bidra til både økt frykt samt urealistiske forventinger til fødselen. Som en konsekvens av dette kan kvinnene få en sterkere smerteopplevelse ved at de går inn i fødsel med en negativ holdning (Hern, 2004).

Noen av kvinnene i studien til O’Hare & Fallon (2011) beskrev at fødselen ble annerledes enn de forventet. Til tross for dette ble ikke fødselsopplevelsen nødvendigvis negativ. De var derfor takknemlige for at de ikke visste hva som ventet dem i fødselen. Dette kommer også frem i studien til Fisher mfl. (2012), der noen av kvinnene bevisst unngikk å øke sin kunnskap om fødsel. De mente dette ville føre til at de ble mer redd for alt som kunne gå galt, og følte således at det var best å ta det som det kommer. Dette viser at det er ulike måter å tilnærme- og forberede seg til en fødsel. Alle kvinner er unike og har ulike mestringsstrategier. Majoriteten av funnene viser at økt kunnskap fører til økt mestringstro, som igjen fører til bedre fødselsutfall (Avery mfl., 2014; Heberlein mfl., 2016; Schwartz mfl., 2015). På bakgrunn av ulikhetene kvinnene innehar, kan det tenkes at det er av stor betydning at forberedelsene og oppfølgingene har fokus på hva kvinnene selv faktisk ønsker og mener er best for dem.

Når det kommer til ulike måter å forberede seg til fødsel på, er det likevel viktig at jordmor har tenkt over hva majoriteten av kvinner ser ut til å ha best utbytte av, nemlig økt kunnskap. Som nevnt tidligere hadde de fleste kvinnene i studien til Klomp mfl. (2014) valgt å forberede seg til fødselen med en pragmatisk og naturlig tilnærming, hvor de ville tilegne seg mest mulig kunnskaper om fødsel. Det kommer også frem at de ser på fødselen som noe de ønsker å håndtere, selv om det kommer til å bli tøft. De sa at de ville forsøke å klare seg uten medikamentell smertelindring så lenge fødselen forløp som normalt, men på den andre siden satt de pris på å ha smertelindringsmuligheter tilgjengelig og at jordmor hadde et åpent syn på det. Man kan således tenke seg til at disse kvinnene også har en innebygd høy mestringstro, og sterk tillit til jordmor, siden de uttrykker så sterk tro på egen kropp og egne evner.

Flere av studiene påpeker at kvinnene setter jordmor som den høyest rangerte informasjonskilde. Jordmor blir beskrevet som den best egnede til å bidra til både kunnskap og bygging av selvtillit og mestringstro, og kan på den måten bidra til økt tro på egen kropp og evne til å føde (Avery mfl., 2014; Heberlein mfl., 2016; Karlsdottir mfl., 2014; Leap mfl., 2010). Det er derfor viktig at gravide kvinner har en reell mulighet til å få oppfølging av jordmor i svangerskapet. For at jordmor på best mulig måte kan jobbe helsefremmende med kvinnene, i henhold til *Retningslinjene for svangerskapsomsorgen* i Norge (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). I studien til Toohill mfl. (2014) stilte jordmor direkte spørsmål og åpnet for samtale om frykt og bekymring. Det var fokus på å gi støtte til å uttrykke følelser og hjelpe dem å jobbe seg igjennom det de opplevde som stressende elementer. Kvinnene viste seg da å få økt sin selvtillit og redusert frykt for fødsel. Resultatene viser at de som skårer lavt på mestringstro også skårer høyt på depresjonsskalaen (Carlsson mfl., 2015; Schwartz mfl., 2015). En kan på den måten muligens trekke slutninger mot at det å øke kvinners mestringstro ikke bare har fordeler i fødselssituasjonen, men også i barseltiden ved at det kan forebygge depresjoner etter fødsel.

Et felles mål for både samfunn og helsepersonell bør uansett være at kvinnene skal få en best mulig fødselsopplevelse, samt best mulig fødselsutfall både for mor og barn. Det påpekes fra flere hold at oppfølging av jordmor har flere fordeler både for det ufødte barnet og kvinnen (Helsedirektoratet, 2004; Sandall mfl., 2016). Ifølge de norske retningslinjene skal svangerskapsomsorgen være individuelt tilpasset, kvinnen skal ha rett til å velge om hun ønsker oppfølging hos jordmor eller lege (Helsedirektoratet, 2005). I praksis kan vi se at dette ikke er reelt da flere kommuner ikke kan tilby sine gravide kvinner jordmoroppfølging, blant annet i Trondheim kommune (Andreassen, 2018). Det kan da settes spørsmålstegn ved om denne oppfølgingen kan sies å være individuelt tilpasset og basert på et informert valg.

### Mestringsstrategier som et verktøy i fødsel

I Karlsdottir mfl. (2014) beskrev kvinnene ulike mestringsstrategier som hjalp dem å takle smertene under fødselen. De hadde en positiv innstilling til fødselen på forhånd, og så på fødselssmertene som en del av det å få et barn. Mange reagerte på smertene med full tillit til egen kropp, og stolte på at kroppen visste hva den skulle gjøre. Noen mente også at deres personlighet var avgjørende for hvordan de mestret de ulike utfordringene under fødselen. I studien til O’Hare & Fallon (2011) beskrives det hvordan kvinnene konsentrerte seg om det de kunne kontrollere, som for eksempel innlærte pusteteknikker. På denne måten følte kvinnene de hadde kontroll i fødselsforløpet til tross for uforutsigbare hendelser som oppsto underveis.

Opplevelsen av kontroll understrekes også som viktig i studien til Fisher mfl. (2012) hvor *mindfulness* ble brukt som et verktøy for å hjelpe kvinnene til å bli mer delaktig i sin egen fødsel. Innlærte teknikker i *mindfulness* kunne hjelpe kvinner til å være tilstede i øyeblikket og var med på å gi en følelse av *empowerment*. Bandura (1977, 1997) sier at dersom forventningen om mestring er høy vil de fysiologiske reaksjonene kroppen gir, kunne oppleves som positivt. Mennesket vil ofte vurdere sine evner ut i fra hvordan kroppen responderer når en befinner seg i en psykologisk eller emosjonell tilstand. Signaler fra kroppen er spesielt fremtredende i situasjoner som involverer fysiske prestasjoner og når en blir utsatt for stress. Denne fysiske responsen som oppstår blir ofte oppfattet som negativt og gir økt sårbarhet (Bandura, 1977, 1997). Ved å snakke om og normalisere disse prosessene kan det bidra til å redusere stressnivået og oppklare misoppfatninger. I denne sammenheng bør jordmor nevne både fysiologiske og psykologiske reaksjoner som kan oppstå i forbindelse med en fødsel, i samtale med kvinnen. På den måten kan kvinnen være mer forberedt på de reaksjoner som oppstår og kan dermed oppleve en form for kontroll (Semundseth, 2014). I tillegg bør kvinnen forberedes på den normale fysiologiske prosessen og på den uforutsigbarheten en fødsel kan innebære (Leap mfl., 2010; O’Hare & Fallon, 2011). Fødselssmertene kan oppleves stressende og utfordrende, og kvinnen vil nyte godt av å ha forberedt seg mentalt på forhånd. Kvinnen vil da være bevisst egne resurser og klare å bruke disse konstruktivt (Semundseth, 2014). Dette bekreftes også i studiene til Karlsdottir mfl. (2014) og Klomp mfl. (2014), hvor kvinnene beskriver hvordan de sammen med sin jordmor forberedte seg til fødselen og utarbeidet mestringsstrategier som de kunne benytte seg av under fødselen.

Det kommer også frem at det å ha med seg en partner som kvinnen stoler på og er knyttet til, kan påvirke mestringstroen positivt. En støttende partner kan være en ressurs for kvinnen, og kan hjelpe til med å ivareta kvinnens ønsker og behov både i svangerskap og fødsel. Også med tanke på den emosjonelle forberedelsen, samt det å dekke fysiologiske behov (Fisher mfl., 2012; Karlsdottir mfl., 2014; Klomp mfl., 2014) Hvis dette forholdet til partneren derimot er dårlig, kan det være med på å undergrave mestringstroen slik det kommer frem i studien til Schwartz mfl. (2015). Noe som var interessant i denne studien var at mestringstroen til førstegangsfødende ikke ble påvirket av mangel på partnerstøtte. Men derimot hadde det noe å si for de flergangsfødende. Kanskje har dette sammenheng med at de førstegangsfødende ikke vet hva som forventes av partneren. Hvis en har vært igjennom en fødsel før er det mer sannsynlig at en har en formening om hva det betyr å ha partner tilstede, og at det derfor betyr mer for oppfattelsen av mestringstroen (Schwartz mfl., 2015). I Fisher mfl. (2012) beskrev partnere at de ikke visste hva som var forventet av dem, men at de ble mer bevisst denne rollen når de deltok på svangerskapskurs sammen med kvinnen. Det kom klart frem at kvinnene ønsket sin partner tilstede og involvert i fødselen. Kvinnene ønsket et nært samarbeid med partner. Partnere ble mer delaktige i prosessen ved å bli trygget i sin rolle, samt å få bygget opp kompetansen på det som skulle skje. Samtidig hadde kvinnen og hennes partner rollespill som en del av forberedelsen, dette viste seg spesielt å engasjere partneren (Fisher mfl., 2012). Det som kommer frem her kan være viktig å ta med til svangerskapsomsorgen i Norge. Det er lite fokus på partners rolle i svangerskapet, ofte har forfatterne erfart i praksis at kvinnen kommer alene. Partner bør i større grad inkluderes og få støtte i sin rolle for å bidra til mestringstro.

## Metodediskusjon

En studie med kvalitativ tilnærming kunne vært en egnet metode til å besvare problemstillingen. Ved å intervjue gravide kvinner, kunne det gitt dypere innblikk i deres opplevelse av mestringstro før og i fødsel. En slik tilnærming krever derimot godkjenning fra etisk komité, dette ble for krevende i forhold til oppgavens tidsramme. Etter diskusjon med veileder ble det enighet om at en litteraturstudie er den beste metoden til å besvare problemstillingen.

### Styrker og svakheter med studien

Reliabiliteten i oppgaven avhenger av om det er redegjort grundig for metoden, og om materialet kan etterprøves. Validitet handler om hvor gyldig studien er, det vil si om metodevalget var riktig for å få svar på det fenomenet som undersøkes (Thurén, 2009). Metoden er grundig beskrevet i eget kapittel med tilhørende tabeller. Reliabiliteten er derfor etterprøvbar og gyldig.

Det er ikke utført en systematisk litteraturstudie i denne oppgaven. Det kan derfor ikke utelukkes at det finnes andre studier som kunne bidratt til å svare på problemstillingen. En må derfor være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. På den andre siden er det utført et grundig arbeid, og fremgangsmåten kommer tydelig frem. De studiene som er inkludert i oppgaven er relevante for problemstillingen, de er av nyere dato og er av god kvalitet.

Det er nærliggende å tenke at forforståelsen kan ha preget studien. Det kan også tenkes at de utvalgte forskningsartiklene kan være selektert ut fra denne forforståelsen. Samtidig kommer det frem like funn i artiklene, noe som bekrefter validiteten på resultatene. En litteraturstudie har også flere fordeler ved at man identifiserer den forskning som finnes og sammenfatter resultatene. På den måten formes nye resultater ut fra eksisterende forskning. Dette er utført gjennom en innholdsanalyse, en prosess som hadde flere utfordringer spesielt i forhold til at språket skulle bli korrekt akademisk. Det har vært krevende men samtidig lærerikt å sette seg inn i forskningsprosessen.

# Konklusjon

Resultatene i denne studien demonstrer hvilken betydning jordmor har for oppbyggingen av en gravid kvinnes mestringstro. Dette ved hjelp av de ulike faktorene Bandura beskriver i sin teori.

Å fremme mestringstro under svangerskapet kan gjøres på forskjellige måter, og viser seg å ha mange fordeler for kvinnen. Mestringstro øker sannsynligheten for en bedre fødselsopplevelse, kvinnene opplever smertene som mindre intense og de føler seg mer forberedt. De opplever også mer kontroll og deltakelse i egen fødsel. De får et positivt selvbilde, økt selvtillit, samt større evne til å overvinne frykt. Det viser seg også at mestringstro bidrar til å hjelpe kvinnen til å møte morsrollen mer forberedt og gir generelt økt velvære, samt virker helsefremmende på den psykiske tilstanden etter fødsel.

Kontinuitet i omsorgen og tillitsbyggende relasjon er essensielt for å øke mestringstroen. Jordmor bør tilpasse omsorgen til hver enkelt kvinne slik at hun føler seg sett og forstått. På den måten vil kvinnen få tillit til jordmor og kunne stole på hennes faglige vurderinger og kompetanse. Jordmor må sammen med kvinnen identifisere hennes resurser og eventuelle bekymringer. Jordmor kan bidra til at kvinnen får opparbeidet gode mestringsstrategier enten ved hjelp av tidligere mestringserfaringer, eller ved at jordmor formidler egnede strategier. På den måten kan hun overbevise kvinnen til å ha mer tro på seg selv og egne evner til å føde. Jordmor bør tilstrebe å inkludere og styrke partner i sin rolle, da dette kan være en ressurs for kvinnen.

Det å ha kunnskap til å ta informerte valg er sentralt for å føle kontroll både i svangerskap og fødsel. Jordmor må derfor tilstrebe å øke kvinnens kunnskaper om fødsel, da det viser seg at dette øker kvinners mestringstro. I tillegg må jordmor åpne opp for samtale om de tanker og bekymringer kvinnen har. Gruppebasert omsorg i tillegg til individuell omsorg, viser seg å gi best utbytte for flertallet av kvinnene. De vil da ha best mulig forutsetning for å kunne få realistiske forventninger til fødselen og smertene som hører med. Kvinnene lærer mye av hverandre og tar disse erfaringene med seg i fødselen.

Det er kommet frem en rekke aspekter av jordmors rolle for å fremme mestringstro hos gravide kvinner. De tilnærmingene som viser seg å styrke gravide kvinnenes mestringstro kan ses på som helsefremmende. Funnene viser at svangerskapsomsorgen rundt om i verden ofte er standardisert og lite tilpasset kvinners individuelle behov. Det samme ses i Norge, hvor jordmortilbudet er lite individuelt tilpasset. Studien belyser et større behov for jordmor i svangerskapsomsorgen for på best mulig måte å forberede kvinnene på fødsel. Slik vi ser det har svangerskapsomsorgen i Norge i dag mange positive aspekter, men det er likevel rom for forbedring på enkelte områder.

# Litteraturliste

Andreassen, T. (2018). Gravide Ingvill fikk nei til kontroll hos jordmor. Hentet 24. februar 2018, fra http://www.dagsavisen.no/innenriks/gravide-ingvill-fikk-nei-til-kontroll-hos-jordmor-1.1100075

Arendal kommune. (2017). Hentet 28. februar 2018, fra https://www.arendal.kommune.no/tjenester/helse-og-levekar/helse-barn-og-ungdom/jordmortjenesten/

Aune, Ingvild, & Kolset, Ingunn Sylte. (2017). Svangerskapsomsorg. I A. Brunstad & E.

Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., Revidert utgave., s. 272–285). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Avery, M. D., Saftner, M. A., Larson, B., & Weinfurter, E. V. (2014). A Systematic Review of Maternal Confidence for Physiologic Birth: Characteristics of Prenatal Care and Confidence Measurement. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, *59*(6), 586–595. https://doi.org/10.1111/jmwh.12269

Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (2nd ed.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, *84*(2), 191.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Bekken og barn. (2018). Hentet 28. februar 2018, fra http://www.bekkenogbarn.no/kurs-trondhjem/

Berentson‐Shaw, J., Scott, K. M., & Jose, P. E. (2009). Do self‐efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *27*(4), 357–373. https://doi.org/10.1080/02646830903190888

Carlsson, I.-M., Ziegert, K., & Nissen, E. (2015). The relationship between childbirth self-efficacy and aspects of well-being, birth interventions and birth outcomes. *Midwifery*, *31*(10), 1000–1007. https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.05.005

Dahlø & Aune. (2017, 2018). HSJJ8010 - Fordypningsoppgave | HiST Emweb. Hentet 11. oktober 2017, fra https://www.emweb.no/hist/node/50271/50274

Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S., & Byme, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *12*(1), 126–135. https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-126

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Fugelli, Per. (2013). Helsetjenestens gudestoff: tillit. I H. O. Engvold & K. Johnsen (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 86–91). Oslo: Universitetsforl.

Hamre, Britt. (2010). Svangerskapsomsorg. I E. Tegnander & A. Brunstad (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (s. 248–270). Oslo: Akribe.

Heberlein, E. C., Picklesimer, A. H., Billings, D. L., Covington-Kolb, S., Farber, N., & Frongillo, E. A. (2016). Qualitative Comparison of Women’s Perspectives on the Functions and Benefits of Group and Individual Prenatal Care. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, *61*(2), 224–234. https://doi.org/10.1111/jmwh.12379

Helsedirektoratet. (2004). Utviklingsstrategi for jordmortjenesten – Tjenestekvalitet og kapasitet. Hentet 19. februar 2018, fra https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-jordmortjenesten-tjenestekvalitet-og-kapasitet

Helsedirektoratet. (2005). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet 25. januar 2018, fra https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-svangerskapsomsorgen

Hern, P. (2004). *Fødsel og smerte: hvordan du forbereder dig til fødselssmerten*. København: Munksgaard.

Håkonsen, K. M. (2006). *Mestring og relasjon: psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Pensumtjeneste. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\_digibok\_2013012508097

Jan Spurkeland. (2012). *Relasjonskompetanse: resultater gjennom samhandling* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Jouhki, M.-R. (2012). Choosing homebirth – The women’s perspective. *Women and Birth*, *25*(4), e56–e61. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.10.002

Karlsdottir, S. I., Halldorsdottir, S., & Lundgren, I. (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman’s paradigm. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *28*(2), 315–327. https://doi.org/10.1111/scs.12061

Kilvik, A. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag: en håndbok* (2. utg., og utvidet.). Trondheim: Tapir akademisk forl.

Klomp, T., Manniën, J., de Jonge, A., Hutton, E. K., & Lagro-Janssen, A. L. M. (2014). What do midwives need to know about approaches of women towards labour pain management? A qualitative interview study into expectations of management of labour pain for pregnant women receiving midwife-led care in the Netherlands. *Midwifery*, *30*(4), 432–438. https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.013

Kringeland, Tone. (2017). Jordmorvirksomheten. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. [rev.] utg., s. 45–50). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Kähler, Carl F. (2012). *Det kompetente selv: en introduktion til Albert Banduras teori om selvkompetence og kontrol*. Frederiksberg: Frydenlund.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to Confidence: Women’s Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *The Journal of Midwifery & Women’s Health*, *55*(3), 234–242. https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.001

Malvik kommune. (2018). Hentet 28. februar 2018, fra https://www.malvik.kommune.no/jordmortjenesten.176492.no.html

Norge Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet: om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg* (Bd. nr. 12 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartement.

Odd Harald Røkenes, & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller briste: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforl.

O’Hare, J., & Fallon, A. (2011). Women’s experience of control in labour and childbirth. *British Journal of Midwifery*, *19*(3), 164–169.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity

models versus other models of care for childbearing women. I *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5

Schwartz, L., Toohill, J., Creedy, D. K., Baird, K., Gamble, J., & Fenwick, J. (2015). Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0465-8

Semundseth, B. (2014). *En god fødsel: forbered deg med mental trening*. Oslo: Cappelen Damm.

Sjekklister for vurdering av forskningsartikler. (2018, mars 7). Hentet 7. mars 2018, fra http://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-

forskningsartikler/

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Terje Manger, & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring: utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.

Thurén, T. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Buist, A., Turkstra, E., & Ryding, E.-L. (2014). A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth*, *41*(4), 384–394. https://doi.org/10.1111/birt.12136

Trondheim kommune. (2018). Hentet 28. februar 2018, fra https://www.trondheim.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/barn-og-familie/jordmor/informasjon-om-fodsel-og-barseltid/

Ulvund, I. (2010). Fødselssmerte og smertelindring. I *Jordmorboken* (s. 439–455). Akribe.

Vifladt, Egon H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. WHO. Hentet fra http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/

# Vedlegg 1

# Vedlegg 2

# Vedlegg 3