



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Mental forberedelse til fødsel

Katrine Pedersen & Marthine Skogfelt

Masteroppgave i jordmorfag, JMO-3008, mars 2022

Antall ord: 14 571

Veileder: Ingvild Aune

Forord

Det å avslutte denne masteroppgaven minner oss på at vi er noen steg nærmere å avslutte vår reise på jordmorstudiet. For oss har vår deltakelse inn i jordmorlivet gitt oss noe helt spesielt, og denne vandringen har berørt oss, også eksistensielt. Vi er beæret og ydmyke over den tillitten kvinner, partner, medmor og veiledningsjordmødre har vist oss. De har fra dag en sluppet oss inn i kvinnelivets mest avgjørende øyeblikk, nemlig fødselsøyeblikket.

Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik prosess. Vi har kjent på alle strenger i vårt følelsesregister, men til syvende og sist sitter vi igjen med en mestringsfølelse som nå så fint fyller ut en brikke av vår jordmoridentitet. Når vi nå etter hvert setter våre første steg ut i jordmoryrket, er målet å møte opp som reflekterte og selvstendige jordmødre som tørr å lede og delta i forskning og utvikling av jordmorfaget.

Denne reisen hadde vi ikke klart alene, og det er mange som har ofret av sin dyrebare tid. Først og fremst ønsker vi å takke de seks jordmødrene som har deltatt fra hver sine kanter i Norges land. Takk. Det er akkurat din levde erfaring og dine opplevelser fra jordmorverdenen som har gjort vår oppgave så godt.

Takk til vår veileder Ingvild Aune. Du har holdt kursen når vi ved flere anledninger mistet stien, og takk for at du har vist oss tro på det vi ønsket å skape.

Til sist ønsker vi å takke familien som har gitt oss muligheten til å vandre litt for oss selv en periode. Uten dere alle ville vi ikke klart oss, og den tryggheten med at vi slippes inn på den vante stien igjen når som helst, det betyr mer enn dere aner. Nå skal stien for vår del snart vandre inn i en ny retning, men det med dere hjemme sammen med oss.

Som vi gleder oss!

Alta og Oslo, mars 2022

Katrine Pedersen og Marthine Skogfelt

Sammendrag

Tittel: Mental forberedelse til fødsel.

Hensikt: Hensikten med studien er å få kunnskap om jordmors erfaring med kvinners mentale forberedelse til fødsel.

Forskningsspørsmål: *Opplever jordmor at kvinners mentale forberedelse til fødsel har endret seg, og eventuelt på hvilken måte?*

Metode: Kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju av seks jordmødre.

Resultat: Jordmødrene trekker frem hvordan de opplever at tilgang på informasjon, fødselsforberedende kurs og kvinners forventninger til fødsel har endret seg i hvordan kvinner forbereder seg mentalt til å føde barnet sitt.

Konklusjon: Jordmødrene opplevde en endring i hvordan kvinner forbereder seg mentalt til fødsel gjennom økt tilgang på informasjon, fødselsforberedende kurs og økte forventninger. Mental forberedelse kan ses på som en mestringsressurs i å styrke den enkelte fødekvinne, og det kan være hensiktsmessig at jordmor legger til rette for å møte den enkeltes behov i den mentale forberedelsen.

Nøkkelord: Kvalitativ, salutogenese, svangerskap, erfaringer, forventninger og kunnskap.

Abstract

Topic: Mental preparation for childbirth.

Etention: The aim of this study is to gain knowledge of midwives' experience with women's mental preparation for labour and childbirth.

Research thesis: *Do midwives experience a change in the way woman mentally prepare for birth, and if so, in what way?*

Methodology: Qualitative. Semi-structured interview of six midwives.

Results: The study highlights how midwives have experienced that access to information, antenatal classes and women's expectations of childbirth have changed in how women mentally prepare for labour and childbirth.

Conclusion: Through increased access to information and antenatal classes, midwives observe a change in how women mentally prepare for labour and how their expectations of the process have increased. Mental preparation can be seen as an expectational tool to aid women during this period. The midwife can have a key role to play in mentally preparing the women if their expectations are taken into consideration.

Key words: Quantitative, salutogenesis, pregnancy, experiences, expectations and knowledge.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	2
1.2	Hensikt og problemstilling	5
2	Teoretisk rammeverk.....	6
2.1	Salutogenesen.....	6
3	Materiale og metode.....	9
3.1	Kvalitativt design	9
3.1.1	Kvalitativt forskningsintervju	9
3.1.2	Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekruttering	9
3.1.3	Praktisk gjennomføring	11
3.1.4	Datamaterialet	12
3.2	Vitenskapsteoretisk ståsted	12
3.3	Forforståelse	13
3.4	Analyse.....	13
3.5	Forskningsetiske refleksjoner.....	17
3.6	Prosjektets forankring	18
4	Resultater.....	19
4.1	Den digitale plattform	19
4.2	Fødselsforberedelse	21
4.3	Forventninger til fødsel	23
5	Diskusjon.....	25
5.1	Den digitale plattform	25
5.2	Fødselsforberedelse	27
5.3	Økte forventninger til fødsel	30
5.4	Diskusjon av studiens kvalitet.....	33
5.5	Betydning for praksis	36

6	Konklusjon	37
	Referanseliste	38
	Vedlegg 1	44
	Vedlegg 2	45
	Vedlegg 3	49
	Vedlegg 4	52

1 Innledning

I vår yrkesrolle som jordmorstudenter har vi stått tett på kvinner i deres reise gjennom fødselsarbeidet. Vi har observert, støttet og utviklet vår kunnskap i takt med hver eneste fødsel vi har notert oss i banken. Sammen har vi undret oss over hvorfor kvinner føder så forskjellig, og hva er det som gjør at kvinner håndterer fødselens påkjenning så ulikt? Er vi skapt forskjellige fysiologisk? Har det sammenheng med miljøet vi lever i? Lar vi oss påvirke av eksponeringen fra skrekkhistorier, TV, internett eller realityprogrammer? Eller er det avgjørende at vi forbereder oss mentalt?

Jordmødre jobber med å styrke fagutviklingen til det beste for kvinnen og hennes familie ved og aktivt evaluere, kvalitetssikre og bruke forskning innenfor eget fagområde. I vårt prosjekt ønsker vi å undersøke om jordmødre opplever at kvinners mentale forberedelse til fødsel har endret seg, og eventuelt på hvilken måte. Eventuelle funn vil kunne belyse punkter i fødselsomsorgen som kan vurderes og utvikles med hensikt å styrke fagutviklingen til det beste for kvinnen, partner og barnet. Kunnskap og forståelse om hva som styrker kvinner i møte med fødsel kan være viktige faktorer for å bidra til at flest mulig kvinner sitter igjen med en positiv fødselsopplevelse. Dette for å kunne holde på det naturlige når forholdene ligger til rette for det, men også for å bidra til å styrke den generelle kvinnehelse. Som en naturlig forlengelse av den fødselsforberedende delen i svangerskapet og inn mot fødsel, kommer ønsket om et positivt utfall og en god fødselsopplevelse. I den følgende bakgrunnen vil forskning rundt hvordan kvinner forbereder seg mentalt til fødsel bli presentert. Som en definisjon på mental forberedelse er det valgt å bruke det engelske uttrykket «mental preparation». «Preparation» kan oversettes til forberedelse, forarbeid eller klargjøring (ordnett.no, 2022). «Mental» relateres til innvirkning på sinnet og sier dermed noe om en tenkende prosess (Store norske leksikon, 2022). Sammen kan mental forberedelse defineres som en tenkende prosess som har til hensikt å forberede til et bestemt formål eller legge til rette for dette formålet. I denne oppgaven er begrepet mental forberedelse til fødsel relatert til den forberedelsen kvinnen gjør, bevisst eller ubevisst, på det tenkende, informative og visualiserende planet. Altså ikke praktisk forberedelse som kan relateres til utstyr, organisering av transport og annet praktisk arbeid som knyttes til planlegging av fødsel.

1.1 Bakgrunn

Fødsel er for de fleste kvinner en stor livsbegivenhet (Akca et al., 2017). Det er også en normal fysiologisk prosess som kvinner har gjort i alle år. En fødsel er noe av det mest intime og private som er, samtidig som man ser at fødselsakten har blitt en offentlig hendelse da den til enhver tid vil være regulert av samfunnsmessige normer og verdier (Blåka, 2002). En fødsel er anerkjent som en eksepsjonell og livsendrende opplevelse for kvinner, og ses på som en stor overgang som kan kreve støtte og omsorg (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; World Health Organization, 2005). Dette stiller økte krav til både fødekvinnen, partner, jordmor og fødselsomsorgen. Hvordan fødekvinnen forbereder seg mentalt kan ha påvirkning og betydning for fødselen og fremme stabilitet i hverdagen generelt (Aune et al., 2015). En studie fra 2013 viste at mental forberedelse i form av visualisering, økte sannsynligheten for en god og tilfredsstillende fødselsopplevelse (Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn & Ekström, 2013). Verdens helseorganisasjon (WHO) påpeker viktigheten av en positiv fødselsopplevelse (World Health Organization, 2016). WHO (2016) viser til at anbefalingene i retningslinjene for fødselsomsorgen omhandler mer enn å forebygge mortalitet og sykdom; anbefalingene handler om en personsentrert filosofi hvor optimalisering av helse for kvinnen og barnet står sentralt. En studie fra New Zealand viste at ved å mentalt forberede seg til fødsel gjennom visualisering, pust og spenningsreducerende tiltak, kunne fødekvinnen i større grad oppleve en positiv fødselsopplevelse (Howarth & Swain, 2019). Kvinner som har tillært seg mestringsstrategier for hvordan håndtere fødselen rapporterer om en positiv fødselsopplevelse, samt at det tillot dem å jobbe med kroppen og ikke imot (Duncan et al., 2017).

Den norske svangerskaps- og fødselsomsorgen er av høy kvalitet. Svangerskapsomsorgen i Norge skal dreies mot veiledning og informasjon som skal gjøre kvinnen i stand til å ta egne informerte valg. Samtidig som svangerskapsomsorgen skal drive faglig forsvarlig selektering av de gravide, skal den også være oppmerksom på kvinnens ønsker og behov (Helsedirektoratet, 2010). Forskning viser at å forberede seg til fødsel gjennom fødselsforberedende kurs med fokus på mindfulness, har en betydelig positiv effekt på mestringsevnen rundt fødselen. Forberedelse til fødsel kan utruste kvinnen til å håndtere smertene bedre og kunne ta gode begrunnede valg i forhold til de alternativene som møter henne i fødselen (Duncan et al., 2017).

Fødende har forventninger til fødselen, men ingen klar oppfatning av hva de kan forvente når det kommer til hendelsesforløpet og hvordan både de følelsesmessige og fysiske reaksjonene vil være (Borrelli, Walsh & Spiby, 2018). Forberedelse til fødsel kan være en kompleks og sammensatt situasjon for mange kvinner (Karlsdottir, Halldorsdottir & Lundgren, 2014). Forskningen til Karlsdottir et al. (2014) viser også at smerte i fødsel knyttes til mangel på informasjon og frykten for å føde, og utfordrer dermed kvinner i å forberede seg på den smerten som venter. En systematisk oversiktsstudie viste at internett brukes aktivt blant kvinner som en fødselsforberedelse (Sayakhot & Carolan-Olah, 2016). Samtidig viser en annen studie at kvinner forbereder seg til fødsel på flere forskjellige måter, blant annet ved å lese i bøker, få informasjon fra jordmor, delta på fødselsforberedende kurs og å tilegne seg en spesiell holdning rettet mot fødselssmerter (Karlsdottir et al., 2014). Forberedelser til fødsel gjennom fødselsforberedende kurs viser en signifikant assosiasjon til redusert bruk av epidural som smertelindring i fødsel (Sitras, Benth & Eberhard-Gran, 2017). Rummelhoff og Semundseth (2022) hevder det er viktig at kvinner på forhånd forbereder seg ved blant annet å sette seg inn i hvordan epidural kan påvirke fødselsprosessen. De mener det dessverre er en del kvinner som er for passive og vet for lite om fødselsprosessen. De vet ikke hvordan de selv kan være med på å påvirke den, slik at behovet for en epidural fort kan melde seg. Ved at kvinner har forberedt seg, og har tilegnet seg kunnskap om naturlige måter å dempe smerte på, sikrer man at kvinner under fødsel kan ta et godt informert valg (Rummelhoff & Semundseth, 2022). Forskning viser at kvinner har et tydelig ønske om å håndtere fødselen, samtidig som erkjennelsen av at en fødsel er uforutsigbar og smertefull er til stede, og at kvinner kan trenge hjelp med å håndtere den (Darra & Murphy, 2016). Kvinner ønsker og har behov for å kjenne på positive følelser i svangerskapet, noe som kan gi en effektiv overgang til en positiv fødselsopplevelse. Hensiktsmessig informasjon og psykososial og emosjonell støtte er sentrale områder for å dekke dette (Downe, Finlayson, Tunçalp & Metin Gülmezoglu, 2016).

Mental trening er en måte å forberede seg mentalt til fødsel på, og har som hensikt å automatisere kroppen til å reagere på best mulig måte. Innen mental trening snakkes det om å skape minnespor i hjernen før hendelsen har funnet sted. Det ble senhøsten 2021 utført en pilotstudie i Norge hvor gravide kvinner fikk tilgang til mental trening før fødsel, hvor hensikten var å kartlegge effekten av mental trening som fødselsforberedelse. Pilotprosjektet oppnådde hele 75 i svarprosent, og resultatene viste til at 95 prosent av kvinnene vil anbefale andre å trene mentalt før fødselen. Videre viser resultatene til at mental trening øker trygghet,

reduserer frykt og angst og bidrar til en god fødselsopplevelse. Jordmødrene bak studien er tydelige på at fødekvinne bør få muligheten til å påvirke fødselen sin ved å stille mentalt forberedt, og de erfarer at kvinner som har trent mentalt på forhånd vet hvordan de skal jobbe med kroppen sin når fødselen starter (Rummelhoff & Semundseth, 2022).

En studie beskriver at en delvis årsak til at mange kvinner er misfornøyd med fødselen er opplevelsen av at fødselen skjer mot dem og ikke med dem (Fisher, Hauck, Bayes & Byrne, 2012). For å sikre kunnskapsbasert informasjon og innflytelse på oppfølging i svangerskapet er det utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018). Fødselsforberedende kurs eller samtale i regi av svangerskapsomsorgen tilbys den gravide i løpet av graviditeten, og kunnskap om fødsel blir formidlet av jordmor (Helsedirektoratet, 2021). Kvinner som tidligere har født ukomplisert føler i ulik grad på nødvendigheten av å forberede seg til fødsel. Enkelte har ikke et behov for spesifikke forberedelser, mens for de kvinnene som vurderer det som nødvendig og avgjørende for et ønsket resultat, blir forberedelser til fødsel vurdert som en nødvendighet (Hollins Martin & Robb, 2013).

Norge er et av landene i verden hvor det er tryggest å føde (MacSali, Engjom, Stangenes, Klungsøyr & Júlíusson, 2021), likevel er stadig flere kvinner bekymret for fødselen. Frykten går på smerte relatert til fødsel, eller at noe skal skje underveis enten med fødekvinne selv eller barnet (Slade, Balling, Sheen & Houghton, 2019). Data fra medisinsk fødselsregister viser at det er stadig mer bruk av medikamentell smertelindring og medisinske intervensjoner (Folkehelseinstituttet, 2020), og det diskuteres om dagens samfunn har et større fokus på bekymringer og frykt (Guldbrandsen, 2018). Samtidig som diskusjonen rundt økningen av bekymringer i samfunnet pågår, viser forskning at fødekvinne søker trygghet til den forestående fødselen gjennom samtaler og diskusjoner med helsepersonell, venner og familie, fødselsforberedende kurs og gjennom andre kilder som bøker og internett (Neerland, Avery, Saftner & Gurvich, 2019). For en normal- og positiv fødselsopplevelse har kvinner behov for tiltro til egen styrke og tillit til egen kropp (Aune et al., 2015). Aune et al. (2015) sin forskning viste at kvinnene selv mente de hadde en stor innflytelse på fødselsprosessen. Fødekvinnes sinnstilstand i fødselsarbeidet forklarer den mentale prosessen som finner sted i en fødsel, og som gir mening til opplevelsen av smerte. Når fødekvinne i svangerskapet har positive følelser rundt den kommende fødselen, øker det sannsynligheten for en positiv fødselsopplevelse. Det samme gjelder når fødekvinne er fokusert på fødselen og aksepterer smerten (Whitburn, Jones, Davey & Small, 2014).

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få kunnskap om jordmors erfaring med kvinners mentale forberedelse til fødsel.

Med bakgrunn i hensikten med prosjektet har vi utarbeidet følgende problemstilling:

Opplever jordmor at kvinners mentale forberedelse til fødsel har endret seg, og eventuelt på hvilken måte?

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapittelet presenteres den teoretiske bakgrunnen for oppgaven. Teorien bygger på Aaron Antonovskys salutogenese, hvor sentrale begreper innen salutogensen legges vekt på.

2.1 Salutogensen

Med en salutogen tilnærming vil fokuset være på hva som skaper grobunn for helse, og modellen retter oppmerksomheten mot faktorer som ser ut til å fremme bevegelse i retning av helseenden av et kontinuum mellom dårlig og god helse. Antonovsky beskriver salutogensen som en kontinuerlig bevegelse langs dette kontinuumet. Et menneske er ifølge teorien dermed ikke enten friskt eller sykt, men i stadig bevegelse mellom disse punktene. I stedet for å se på hvilke risikofaktorer som bidrar til et gitt utfall, vil man med et salutogent perspektiv se på hvilke faktorer som kan virke som buffere eller direkte helsebringende komponenter i en gitt stressituasjon (Antonovsky, 1987). Stressfaktorer er ikke utelukkende negativt, men har en funksjonell karakter i å mobilisere den menneskelige organismen. Ved å åpne opp for rehabilitering av stressfaktorer i menneskets tilværelse, gir salutogensen stressfaktorer en nytteverdi og ser på det som potensiale for helse. Den salutogene tilnærmingen tar for seg hvilke ressurser, betingelser og faktorer som får mennesket til å bevege seg i retning av helse (Lindström, Eriksson & Sjøbu, 2015). I fødselssammenheng vil det kunne bety at til tross for at en fødsel i stor grad inneholder stressfaktorer, vil det i seg selv kunne være et grunnlag for helse og føre til bevegelse mot helseenden av kontinuumet.

Ved å rette fokuset og oppmerksomheten mot mestringsressurser drives man til å jobbe for å utforme og fremme teori om mestring. Salutogensen er sentral i bidraget om å styrke en helsefremmende og kvinnesentrert fødselsomsorg. Et nøkkelbegrep i salutogensen er det Antonovsky definerer som «sense of coherence», som oversatt til norsk kan forstås som «opplevelse av sammenheng» (OAS) (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Begrepet omfatter de tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. *Begripelighet* omhandler i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i et indre eller ytre miljø, er kognitivt forståelig, sammenhengende, strukturert og gir klar informasjon, i stedet for at det oppleves som støy, kaotisk, uorganisert, tilfeldig og uforståelig. En person som skårer høyt på begripelighet forventer at stimuli som møter en i fremtiden er forutsigbare, eller at de kan plassere stimulusen i en sammenheng hvis det kommer overraskende på en. Den andre komponenten, *håndterbarhet*, defineres som i hvilken grad man opplever at man har de tilstrekkelige ressursene tilgjengelig til å kunne håndtere og takle de kravene man stilles

ovenfor. De tilgjengelige ressursene kan være det man selv har kontroll over, eller ressurser som kontrolleres av en legitim annen man har tillit til. Dersom komponenten håndterbarhet oppleves som sterk føler man seg ikke som et offer for omstendighetene, eller at livet behandler en urettferdig. Man har en ressurs i å håndtere livets motbakker når det skjer. *Meningsfullhet* refererer Antonovsky til som et uttrykk for begrepets motivasjonselement. Det omfatter livsområder som anses som viktige for mennesker, noe man kan involvere seg i og som gir mening også i følelsesmessig forstand. Det omhandler i hvilken grad man føler at livet er forståelig på et følelsesmessig plan, og at det gir krefter til å bruke på de problemer og utfordringer som dukker opp. Med en sterk meningsfullhet har man kapasitet til å ta de utfordringer som kommer, og anser det ikke som belastninger man helst skulle vært foruten. Snarere ses det på som en utfordring, personen klarer å finne mening ved å gjøre sitt beste for å løse det på en anstendig måte (Antonovsky, 1987).

Hvordan man håndterer stressende og kritiske hendelser vil ha betydning for om utfallet blir en patologisk, nøytral eller styrket helse (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Personer med en sterk OAS har en opplevelse av at livet er preget av sammenheng, og i dette at det er begripelig, håndterbart og meningsfylt. Dette bidrar til en indre trygghet og tillit til at man har sine egne indre ressurser, så vel som ressurser i omgivelsene og evnen til å bruke disse på en helsefremmende måte. OAS beskrives som en livsinnstilling og en måte å være, handle og tenke på som menneske som skaper mål og mening i livet (Lindström et al., 2015).

Motivasjonsfaktoren som ligger i meningsfullhet anses som den viktigste dimensjonen. Den beskrives som livets drivkraft, og gjør en tilbøyelig til å skape struktur og lete etter ressurser. Mening vil dermed føre til at de to øvrige dimensjonene forståelse og håndterbarhet også styrkes. Antonovsky hevder at OAS ikke skal ses på som en mestringsstrategi eller personlighetstrekk, men snarere som en innstilling til livet. Med en sterk OAS har mennesket en mestringsressurs som gjør det i stand til å velge og bruke forskjellige strategier for å løse de problemer eller hendelser som inntreffer i livet (Antonovsky, 1987).

Et annet nøkkelbegrep i den salutogene teorien er “generelle motstandsressurser”. På individnivå kan generelle motstandsressurser defineres som blant annet fysiske, biokjemiske, kognitive, verdi- og holdningsrelaterte trekk som bidrar til å forebygge eller bekjempe et bredt spekter av stressorer. På den måten kan man hindre at spenning omdannes til stress. Begrepet kan også omhandle primærgrupper, subkulturer og samfunn. Generelle motstandsressurser er en forutsetning for å kunne utvikle en OAS. De beskrives som ressurser som ligger i menneskene og er knyttet til menneskets person og kapasitet. Samtidig knyttes generelle

motstandsressurser seg til de nære og fjerne omgivelsene, både materielle og ikke-materielle kvaliteter, som relateres til alt fra personen selv til samfunnet den er omgitt av. Dermed vil faktorer som penger, selvbilde, kunnskap, sunne holdninger, kontakt med indre følelsesliv, relasjoner og eksistensielle forhold være motstandsressurser som kan bidra til en sterk OAS (Lindström et al., 2015).

3 Materiale og metode

I dette kapitlet presenteres studiens design og valg av metode. Metoden er vårt redskap i møte med det vi skal undersøke, og hjelper oss med å samle inn riktig data som vil hjelpe oss med å innhente den informasjonen vi trenger for å besvare problemstillingen (Dalland, 2020). Kapitlet presenterer videre utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekruttering, praktisk gjennomføring, datamaterialet, vitenskapsteoretiske ståsted, forforståelse, analyse, forskningsetiske refleksjoner og prosjektets forankring.

3.1 Kvalitativt design

For å studere den enkelte jordmors subjektive opplevelse og erfaring rundt kvinners mentale forberedelse til fødsel, har vi valgt kvalitativt design som egnet fremgangsmåte. Med bakgrunn i oppgavens problemstilling, ser vi på kvalitativt design med semistrukturerte intervju som egnet metode for å besvare og til å belyse oppgavens problemstilling på en god måte. Malterud (2017) trekker frem hvordan kvalitativ metode har forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av kvaliteter ved de fenomenene som studeres, men også for egenskaper og karaktertrekk. Ved å si noe mer om de menneskelige egenskaper som erfaring, opplevelser, tanker, forventninger og motiver, kan kvalitativ metode åpne opp for ny kunnskap. Ut ifra dette kan man få en styrket forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør.

3.1.1 Kvalitativt forskningsintervju

Studien benytter kvalitativt forskningsintervju som metode, i form av individuelle semistrukturerte intervju. Semistrukturerte intervju har som mål å skape rom for en relativt fri samtale som kretser seg rundt forskningstema. Vi benytter åpne spørsmål som gir informanten muligheten til å gå i dybden på det de ønsker å fortelle, og legger til rette for at intervjuet handler om informantens subjektivitet (Malterud, 2017). Målet med intervjuene er å få informantene til å reflektere og hente frem egne erfaringer og opplevelser rundt kvinners mentale forberedelse til fødsel, hvor meningen blir å forstå betydningen av informantenes sentrale temaer sett ut fra sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015).

3.1.2 Utvalg, inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekruttering

Utvalget til studien er strategisk, som vil si at det er satt en seleksjon i valget av informanter. Studiens problemstilling stiller krav til selektering som det ble tatt hensyn til da vi gikk i gang

med rekrutteringen. Vi har informanter som representerer ulike fødenivå, så oppgaven kan få frem jordmors erfaring fra arbeid ved kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue.

Som inklusjonskriterium er det satt jordmødre med minimum ti års aktiv yrkeserfaring ved fødselsinstitusjoner i Norge. Dette gjøres med hensikt å sikre oss informanter med nok kunnskap og erfaring. Samtidig som det søkes etter erfaringer som strekker seg tilbake i tid og kan danne et sammenligningsgrunnlag mellom datid og nåtid. Vi har valgt å sette fast ansettelse ved fødselsinstitusjon i Norge som et kriterium for å sikre oss at informantene stiller med like retningslinjer for fødselsomsorgen som grunnlag. De som ble ekskludert fra å delta er vikarer, nyutdannede, alle jordmødre med arbeidstid < ti år.

Rekruttering av informanter foregikk ved at vi privat kontaktet seks jordmødre vi visste oppfyller inklusjonskriteriene for prosjektet via e-post. Samtlige jordmødre har erfaring fra klinisk praksis i fødselsomsorgen, alle med en fartstid i yrket på over ti år. Informantene er jordmødre vi har fått kjennskap til via undervisning på jordmorutdanningen ved UiT, eller via praksisperiodene våre. Vi var åpne for å rekruttere flere informanter underveis i intervjuprosessen, og visste at antall intervju ville styres etter oppnådd datametning. Vi valgte likevel å starte med seks intervju med en avsatt intervjutid, vel vitende om at antallet intervju kan økes dersom metning ikke skulle oppnås på de seks.

Vi sendte ut en felles e-post til hver og én av jordmødre. E-posten inneholdt ønske om rekruttering til intervju med en kort presentasjon av oss som studenter og prosjektet. I e-posten oppfordret vi til å ta videre kontakt for ytterligere informasjon om prosjektet, ved interesse for å delta. Samtlige informanter tok kontakt og fikk tilsendt informasjonsskriv/samtykkeskjema (vedlegg 2), og alle valgte å samtykke til intervju. Informantene fikk via informasjonsskrivet/samtykkeskjema (vedlegg 2) opplysninger om sine rettigheter knyttet til studiens deltakelse, og hva deres samtykke innebar. Et slikt informert samtykke sikret at informantene deltok frivillig, og bærer preg av ivaretagelse av informantenes individuelle autonomi (Kvale & Brinkmann, 2015). Informasjonsskrivet inneholder informasjon om behandlingsansvarlige, forskers kontaktopplysninger, prosjektets formål, hva opplysningene skal brukes til, frivillig deltagelse, muligheten for å trekke seg fra prosjektet, lagring og sletting av data, godkjenning av prosjektets personvern fra NSD og hvem som har tilgang på data. Studiens hensikt og forskningsspørsmål presenteres også.

3.1.3 Praktisk gjennomføring

Vi planla før oppstarten å utføre intervjuene sammen for å gi oss begge det samme grunnlaget for det videre arbeidet, til tross for at informantene våre var godt spredt geografisk. Etter det første intervjuet gjorde vi en evaluering i at vi ville gi det et forsøk med at den ene av oss hadde fysisk oppmøte og ledet intervjuet, mens den andre av oss var med på intervjuet via zoom. Dette gjorde vi for å kunne overholde tidsplanen for prosjektet. Vi så raskt at det var tidkrevende å forberede seg til intervju, reise, utføre og transkribere. Samtidig som dette medførte en stor økonomisk kostnad. Etter det andre intervjuet bestemte vi oss for å dele resten av intervjuene mellom oss, og prioritere kun fysisk oppmøte på hver sine resterende intervju. Det å ha en passiv deltaker lyttende via zoom under intervjuet opplevdes som forstyrrende for intervjuer i form av distraksjon i samspillet med informanten.

I evalueringen underveis vurderte vi muligheten for å legge de resterende intervjuene til zoom, slik at vi begge kunne delta under de fire resterende intervjuene. Vi valgte likevel å prioritere fysisk oppmøte, da intervju åpenbart er en verbal og kroppslig kommunikasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette gjorde også at informantene våre fikk muligheten til å velge sted for utførelse av intervju, etter individuelle ønsker. Malterud (2017) trekker frem at det å legge utførelsen av intervjuene til en plass informanten er trygg, kan være med på å legge til rette for en avslappet stemning. Dette trekkes frem som en viktig forutsetning for å lykkes i utførelsen av dybdeintervju. Informanten må kjenne trygghet for å åpne seg om sine opplevelser og erfaringer, noe som legger et godt grunnlag for å sikre ny kunnskap.

Lengden på intervjuene var avhengig av datamaterialet, og ble styrt etter hvorvidt tema opplevdes som mettet eller ikke. Vi valgte å avslutte intervjuene når vi opplevde at informanten begynte å repetere seg i sine svar. Vi hadde likevel i forkant satt en makstid på 1 time for å holde intervjuene konkret rettet mot problemstillingen. Intervjuenes varighet varierte mellom 40-60 minutter, og ble tatt opp i sin helhet med lydopptaker via diktafon-appen. Fordelen med å gjøre lydopptak er at man sikrer seg å få med alt som sies, og intervjusituasjonen har søkelys på hva informanten sier for flyt i samtalen (Malterud, 2017).

Som hjelp til å sikre datametning rundt forskningsspørsmålet, var det på forhånd utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 1). Denne ble brukt som hjelpemiddel for å lede oss igjennom intervjuet og som hjelp til å huske de temaene som ble tatt opp. Intervjuspørsmålene oppfordrer til beskrivelser ved å bruke ordene *hva*, *hvordan* og *kan du beskrive*, for å oppnå en mest mulig spontan fremstilling ved å få informantene til å fortelle (Dalland, 2020). I

tillegg til intervjuguiden var det mulig å bruke oppfølgingsspørsmål, for å få informanten til å utdype seg rundt noe aktuelt. Disse ble opprettet og lagt inn i intervjuguiden på forhånd, og ble brukt fritt av intervjuer etter behov. Bruk av oppfølgingsspørsmål kan bidra til at informantene går videre inn på områder hvor det er ønskelig å gå i dybden for å sikre seg mer spesifikk informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). Den endelige intervjuguiden ble godkjent før oppstart i søknad til NSD, Norsk senter for forskningsdata (se vedlegg 3).

3.1.4 Datamaterialet

Datamateriale besto av transkribert innhold av lydopptak fra intervju. Etter hvert intervju ble datamaterialet transkribert fortløpende med hensikt å klargjøre intervjusamtalen tilgjengelig for analyse. Det transkriberes for å skifte fra en form til en annen, og i denne sammenhengen var det å oversette fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi fordelte transkriberingen mellom oss, med fokus på et intervju om gangen. Teksten ble transkribert til tekst på bokmål, for å ivareta anonymiteten hos informanten (Kvale & Brinkmann, 2015).

Tidsperioden som ble satt av til hvert intervju sikret at datamaterialet ble godt organisert og tilstrekkelig dokumentert. Ved at vi gikk igjennom ett intervju av gangen var fokuset rettet mot hvert enkelt intervju, noe som ga grunnlag for tilstrekkelig gjennomgang og dokumentering. Data ble håndtert i sin fulle lengde og alle taleopptakene fra intervjuene ble brukt i sin helhet som grunnlag for den videre analysen.

Datamaterialet ble behandlet i samsvar med UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for sikker datahåndtering (UiT Norges arktiske universitet, 2019). Det sikrer lagring av data underveis i prosessen og til prosjektets slutt. Materialet består av data som omfatter lydfil lagret gjennom nettskjema.no og det transkriberte datamaterialet oppbevares på UiT Norges arktiske universitet sitt eget OneDrive 365-område. Som forskere for prosjektet er vi ansvarlige for behandling av personopplysninger tilknyttet prosjektet. Ved endt prosjekt vil transkribert datamaterialet og lydfil bli slettet i sin helhet.

3.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Studien baserer seg på en fenomenologisk tilnærming. Ordet «fenomen» stammer fra gresk og betyr «det som viser seg». Sett gjennom et vitenskapelig perspektiv viser fenomenologien seg som en kartlegging av hvordan ulike fenomener framtrer, og at ulike fenomener kan vise seg på ulike måter alt etter som hvem som betrakter det. Generelt sett ønsker fenomenologien å vise oss at våre forventninger om hva og hvordan noe er, er med på å bestemme hvordan dette

«noe» framtrer for oss. Den kan brukes til en systematisk utforsking av ulike måter å oppfatte virkeligheten på (Wifstad, 2018). I fenomenologi streber man alltid etter å få frem førstepersonsperspektivet. Her står det individuelle perspektivet, erfaringen og selvforståelse sentralt (Wifstad, 2019). Dette er direkte overførbart til vår studie hvor vi gjennom intervjusituasjonen ønsker å fremkalle jordmødres subjektive oppfatning av hvordan de opplever kvinners mentale forberedelse til fødsel. Via kvalitativt intervju og en fenomenologisk tilnærming studerer man den enkelte jordmors opplevde erfaringer, og vi som forskere har som mål å komme frem til disse erfaringene gjennom fortellinger fra informanten. Her blir formålet å gjengi datamaterialet slik informanten selv opplevde den, for å få en bedre forståelse av hvordan de ulike situasjonene opplevdes (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

3.3 Forforståelse

Med oss inn i prosjektet har vi vår forforståelse som baserer seg på den erfaringen og kunnskapen vi har fra før, noe som har påvirket måten vi har samlet, lest og tolket våre data på (Malterud, 2017). Videre har vi med oss ulike syn rundt prosjektets tema, noe som kanskje er naturlig, da vi er to selvstendige individer med ulike utgangspunkt. Dette opplevde vi som spennende, og la grunnlaget for flere faglige diskusjoner rundt mental forberedelse, sett fra ulike vinkler. Dette resulterte i bestemmelsen av prosjektets presenterte tema. Som jordmorstudenter har vi stått tett på mange ulike fødselssituasjoner, hvor håndteringen av påkjeningen i fødselsarbeidet opplevdes ulik fra kvinne til kvinne. Dette sett med våre øyne. Sammen har vi opplevd ordet forberedelse som et “hett” tema rundt på de ulike fødselsnivå hvor vi har praktisert, og vi har med egne øyne sett hvordan kvinner tar i bruk ulike verktøy i fødselsarbeidet. Samtidig vet vi at vår korte fartstid innen jordmorfaget, og vår korte erfaring ikke kan gi oss et godt svar på hva som gjør at en fødselsprosess håndteres ulikt fra kvinne til kvinne. Som forskere er det viktig at man i forkant stiller seg spørsmål ved om vår posisjon er annerledes enn for forskere med et annet erfaringsgrunnlag (Malterud, 2017).

3.4 Analyse

Vi har analysert vårt datamateriale ved bruk av systematisk tekstkondensering. Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og er en datastyrt analyse. Dette er et egnet analyseverktøy for sammenfatting av informasjon fra flere informanter i en tverrgående analyse, og er egnet for mange ulike typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring (Malterud, 2017). Analysen ble utført etter en nøyaktig beskrivelse av

analysemetoden, men nevnes kortfattet her. Analysen foregår over fire trinn: 1) Å få et helhetsinntrykk 2) Å identifisere meningsdannende enheter 3) Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene 4) Å sammenfatte betydningen av dette (Malterud, 2017).

I det første trinnet av analysen jobbet vi med å skape et helhetsinntrykk av datamaterialet. Det gjorde vi ved å lese gjennom det transkriberte materialet flere ganger, og ved å lytte til lydfilene. Vi valgte å lytte til lydfilene for å få med oss toneleiet til informantene, for på den måten å få frem den faktiske stemningen underveis i intervjuene. At vi satt vår egen forforståelse og teoretisk referanseramme i foreløpig parentes, opplevdes som effektivt. Det hjalp sansene våre med å jobbe direkte mot datamaterialet, for å se hvilke temaer som kom til synet, og hva som knyttet seg direkte mot vårt forskningsspørsmål. Ved bruk av systematisk tekstkondensering som analysemetode konsentrerte vi oppmerksomheten rundt relativt få temaer og kodegrupper (Malterud, 2017). Vi gjorde oss notater underveis, og samsnakket om hvilke temaer vi opplevde kom til synet. Følgende syv foreløpige temaer kom til synet: «tilgang på informasjon», «samfunnsendring», «bekymringer», «tillit», «psykisk helse», «fødebrev» og «økte forventninger».

Analysens andre trinn ble gjort sammen for på best mulig måte å skape et analytisk rom med flere nyanser (Malterud, 2017). Vi samlet oss rundt fire foreløpige temaer som dannet grunnlaget for kodegruppene. Kodegruppene ble diskutert i forhold til aktualitet og hvorvidt de belyste problemstillingen eller ikke. Vi endte opp med følgende fire kodegrupper; «fødselsforberedelse», «tilgang på informasjon», «psykisk helse» og «samfunnsendring». Hver av kodegruppene fikk hver sin fargekode for å lette analysearbeidet. Deretter ble datamaterialet systematisk gjennomgått linje for linje og kodet med fargekodene, for å finne meningsbærende enheter til de ulike kodegruppene. Vi så imidlertid at det ble flere dobbelkodinger, og endret dermed navn på flere av kodegruppene for å få dem mer presise. I denne delen av analyseprosessen kan det lønne seg å ta noen steg tilbake, for å vurdere om noen av kodegruppene kan reformuleres eller slås sammen (Malterud, 2017). De justerte kodegruppene ble: «forventninger til fødsel», «fødselsforberedelse», «tilgang på informasjon» og «bekymringer».

Når vi hadde etablert de nye kodegruppene gikk vi tilbake til teksten som allerede var gjennomgått, for å se etter meningsbærende enheter som fortalte oss noe om de nye kodegruppene. For å kunne se nye elementer og fange opp dette på en systematisk måte, er en slik fleksibilitet i prosessen en forutsetning (Malterud, 2017). Videre i kodearbeidet ble de

meningsbærende enhetene systematisk dekontekstualisert og samlet under hver sin kodegruppe. Dette gjorde vi ved å skrive over de meningsbærende enhetene på plakater for og videre kunne lese disse i sammenheng med andre beslektede tekstelementer. Det opprinnelige transkriberte datamaterialet har gjennom analysearbeidet alltid foreligget som en original helhet, slik at våre funn har kunnet blitt vurdert opp mot originalen (Malterud, 2017).

I trinn tre av analysen har vi gått systematisk gjennom de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe, for å lete frem hovedaspekter i den enkelte kodegruppe. Hovedaspektene er data som best kan fortelle noe om ulike nyanser som beskriver forskjellige meningsaspekter av det som kodegruppen omfatter (Malterud, 2017). Etter å ha gjennomgått materialet i hver kodegruppe drøftet vi oss frem til ni subgrupper. Eksempler på subgrupper var «forventning til seg selv», «fødselsforberedende kurs», «tilgang på informasjon» og «prosjekt fødsel». De meningsbærende enhetene som vi så ikke lenger var relevante for problemstillingen utgikk fra analysen, mens enkelte andre meningsbærende enheter ble flyttet over i andre subgrupper. Underveis i analysen så vi at kodegruppen «bekymring» inneholdt få meningsbærende enheter. Etter Malteruds (2017) beskrivelse av analyseprosessen valgte vi derfor å flytte de aktuelle meningsbærende enhetene over i en annen kodegruppe. De uten relevans ble lagt til side. Vi sto da igjen med følgende kodegrupper: «forventninger til fødsel», «fødselsforberedelse» og «tilgang på informasjon».

Videre i analysetrinn ble de meningsbærende enhetene i hver subgruppe omgjort til et kondensat, et kunstig sitat. Dette ble vårt arbeidsnotat som dannet utgangspunktet for resultatpresentasjonen i analyseprosessen siste trinn (Malterud, 2017). I denne prosessen samarbeidet vi tett om hvilke meningsbærende enheter som skulle danne kondensatet. Det førte til at analysen hele tiden ble utfordret gjennom diskusjon, for på den måten å sikre at kondensatet gjenfortalte og sammenfattet det som befant seg i den aktuelle subgruppen. Alle kodegruppene med subgrupper ble systematisk gjennomgått på denne måten. Til slutt valgte vi *gullsitat* for hver subgruppe som best mulig illustrerte det som var abstrahert i kondensatet (Malterud, 2017).

I det fjerde trinnet i analysen har vi sammenfattet kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Det gjorde vi ved å skrive om kondensatene i hver subgruppe til analytiske tekster, som nå formidlet hva vårt materiale forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling (Malterud, 2017). Deretter vurderte vi om gullsitatene fra kodegruppene og subgruppene fortsatt representerte innholdet i den analytiske teksten vi hadde dannet. Vi fant

tre kategorier som vi navnga med overskrifter vi mente dekket innholdet i hver av de analytiske tekstene, og sammenfattet det det handlet om (Malterud, 2017). Vi kom frem til følgende tre kategorier: «den digitale plattform», «fødselsforberedelse» og «forventninger til fødsel». Disse presenteres i et eget kapittel under resultater. Videre i analysearbeidet gikk vi tilbake til det opprinnelige datamaterialet for å validere våre funn opp mot det empiriske materialet. Vi lette systematisk etter data som kunne motsi de resultatene vi hadde kommet frem til gjennom analysen. Et eksempel på hvordan vi gikk frem under analyseprosessen vises i tabellen under.

<u>Meningsbærende enheter</u>	<u>Kodegruppe</u>	<u>Subgrupper</u>	<u>Kondensat</u>
Det har blitt gjort til en sånn stor greie. Svare opp mot hvorvidt du har lyktes med dette prosjektet. Fordi de tror det skal være slik å ha rier for eksempel. Noen kan være skuffet over at det ikke ble som de trodde det skulle bli.	Forventninger til fødsel	Forventninger til seg selv	Det har blitt gjort til en sånn stor greie, som skal svare opp mot hvorvidt du har lyktes med dette prosjektet. Noen kan være skuffet over at det ikke ble som de trodde det skulle bli.
Nå er det mer forventninger til at, de har mer.. «nå skal det jo være slik, nå skal det skje». Det er jo bra at de stiller krav til oss, men ikke så bra når vi ikke kan oppfylle de forventningene, fordi de tror at det skal være slik å ha rier for eksempel, og egentlig da bli veldig skuffet, og kanskje skuffet over seg selv også.	Forventninger til fødsel	Forventninger til jordmor	I det store bildet så tenker jeg at de har mer forventninger i dag, enn hva det var før. Samtidig ser jeg en endring i at de forventer andre ting. Det er jo bra at de stiller krav til oss, men ikke så bra når vi ikke kan oppfylle de forventningene, fordi de tror at det skal være slik å ha rier for eksempel, og egentlig da bli veldig skuffet, og kanskje skuffet over seg selv også.

3.5 Forskningsetiske refleksjoner

I den kvalitative forskningen kan det oppstå spenning mellom etiske hensyn, og målet med å oppnå kunnskap. Det å skulle gjennomføre intervju kan innebære at vi bryter inn i privatsfæren til enkeltindivider, som kan komme i skade for å krenke informanter. Ved utførelse av forskningsprosesser må forskeren sette seg inn i de nasjonale og regionale forskningsetiske råd. Det er opparbeidet tre grunnleggende krav for undersøkelser som omhandler mennesker; informert samtykke, krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt (Kvale & Brinkmann, 2015). For å sikre at forskningen skjer i henhold til de forskningsetiske normer som foreligger, vil prosjektet følge det lovfestede ansvaret slik det er omtalt i forskningsetikkloven (Kunnskapsdepartementet, 2020). Prosjektet følger i tillegg Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014) hvor det informerte samtykket også står helt sentralt. Deklarasjonen slår fast at det forskningsetiske ansvaret hviler på forskeren. I samsvar med Helsinkideklarasjonen vil prosjektet og forskerne verne om og forsvare forsknings subjektene slik at de ikke utsettes for unødig og ufrivillig ubehag og risiko, og vil aldri gå foran vitenskapens og samfunnets behov for ny kunnskap.

I et hvert forskningsprosjekt står etikken sentralt og etiske hensyn må ivaretas gjennom hele prosjektet. Ved å intervju jordmødre om deres syn på fødekvinnerns mentale forberedelse til fødsel kan man tenke seg at man får et sammensatt bilde av situasjonen sett ut ifra jordmors generelle syn opp igjennom tiden, og at det dermed ikke vil føre til at enkeltindivider vil bli blottstilt. Samtidig er det en etisk vurdering som må gjøres om hvorvidt sitater fra jordmor skal kunne brukes i prosjektet. Det vil bli presisert før oppstart av intervju at fokuset er på jordmors erfaring, og at det ikke er ønskelig med direkte eksempler som kan identifisere en tredjepart. Prosjektet vil forholde seg til loven om taushetsplikt for helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Det er ikke relevant for prosjektet hvem fødekvinnene er, og fokuset vil dermed være på jordmor sin opplevelse av et totalbilde over tid. Prosjektet vil i så måte ha liten sannsynlighet for å påføre skade eller urimelighet til de involverte. Som masterstudenter ved UiT Norges arktiske universitet skal arbeidet med prosjektet utføres på en respektfull og representativ måte. Det er ønskelig at informantene skal sitte igjen med en opplevelse av å ha bidratt til viktig forskning innen svangerskapsomsorgen.

Etisk håndtering av datamaterialet innebærer også å strekke seg etter idealet om fullstendig gjengivelse (Jacobsen, 2020). Der det er hensiktsmessig at datamaterialet presenteres fullstendig for at resultatet skal kunne forstås av andre, vil dette bli gjort. Samtidig skal ikke

materiale tas ut av sammenheng for å kunne presentere funn som er «ønskelig». Nytte-etikk vil bli anvendt ved at krenkelser av de ulike etiske idealene veies opp mot den nytten det er tenkt at det vil ha å krenke idealene. Det må dermed være et konstant fokus på hvilken nytte, og til hvilken pris, resultatene som fremstilles vil kunne ha.

3.6 Prosjektets forankring

Prosjektet er forankret i strategiplan for det helsevitenskapelige fakultet til UiT Norges arktiske universitet. Satsningsområder bygger på helse, velferd og livskvalitet hvor helsefakultetet ønsker å utvikle kunnskap om hvordan samfunnsutvikling, miljø og klima påvirker folkehelsen. Dette kan relateres til prosjektets formål via forskning på en problemstilling som kan bidra med ny kunnskap, som kan være med på oppbygning eller endring av en helsefremmende kvinne sentrert fødselsomsorg, sett i et folkehelseperspektiv.

4 Resultater

Gjennom analyseprosessen endte vi opp med tre kategorier: 1) Den digitale plattform, 2) Fødselsforberedelse og 3) Forventninger til fødsel. Disse funnene blir presentert i dette kapitlet.

4.1 Den digitale plattform

Alle jordmødrene trakk frem internett og den tilgjengeligheten det gir til informasjon som en stor endring i hvordan fødekvinnene forbereder seg mentalt til fødsel. Flere fortalte om hvordan de før delte ut informasjonsmateriell i form av kassetter eller brosjyrer, mens det i dag nærmest ikke gjøres i det hele tatt. Alle jordmødrene viste til internett og sosiale medier som en stor og viktig informasjonskanal for dagens fødekviner.

«De leser mye, de oppdaterer seg, de er med i chattegrupper, de er opptatt av å få informasjon, skaffe seg informasjon.»

Det ble løftet frem av jordmor hvordan fødekvinnene tidligere kanskje ikke engang visste at de var gravide før de kjente babyen sparke, og dermed visste man ikke at en var gravid før i uke 15-16. Det ble påpekt at det i dagens samfunn er tilgang på informasjon gjennom internett, sosiale medier og apper, som gjør at dagens fødekviner har tilgang på informasjon rundt graviditeten og fødselen allerede fra første stund. Dermed har de en lengre periode å kunne forberede seg mentalt på.

«Du måtte liksom bare vente til du kjente babyen sparke, og da var du gravid liksom.. da måtte du liksom være veldig obs på deg selv. Det var ikke liksom en maskin utenfor deg som fortalte deg masse ting om graviditeten din. Det tenker jeg at gjør noe med deg».

Flere av jordmødrene beskrev hvordan vi i dag lever i et opplysningssamfunn, og at de opplever at fødekvinnene googler det meste for å tilegne seg informasjon om det de lurar på. Under intervjuene kom det frem at det finnes så utrolig mange artikler om man bare søker på ett ord på nettet, og at jordmor nå nærmest har en konkurrent i Google når det gjelder formidlingen av informasjon til fødekvinnen. Flere påpekte at de merker om fødekvinnene

leser på gode eller dårlig sider på nettet, og at det i dagens samfunn finnes så mange forum hvor fødekvinne kan hente informasjon fra som de ikke hadde tilgang på før.

«Det er en vanvittig informasjonskanal som vi ikke kan stoppe, ikke kan bremse»

Informasjonsstrømmen ble trukket frem av alle jordmødrene som en kilde til potensiell mental forberedelse i feil retning. De opplevde i all hovedsak at fødekvinne kan ha vanskeligheter med å vurdere mye av den informasjonen de tilegner seg. Ulike forum for gravide ble trukket frem av flere jordmødre som en endring som også inneholder det mange av dem beskriver som skremselspropaganda. De påpekte at de nå ser en redsel blant fødekvinne knyttet til dette, i motsetning til hva de gjorde tidligere. Én jordmor beskrev det komplekse med tilgangen på informasjon og kunnskap.

Hvordan denne tilgangen til informasjon påvirker dagens fødekvinne, trakk flere av jordmødrene frem som en tydelig endring fra tidligere. Jordmødrene oppfattet at det har skjedd en endring i hvilken type informasjon fødekvinne tilegner seg, og at ikke alle fødekvinne i dag klarer å sortere ut hva som er viktig og ikke. Enkelte påpekte at de ikke mener at fødekvinne ikke skal søke informasjon, men de opplever en økende tendens til at informasjonen kan skape en utrygghet hos fødekvinne og at det kan påvirke henne i den mentale forberedelsen til fødsel.

«Jordmor var kanskje alene om å ha denne informasjonsbiten. Nå er det så mange som har den, sånn at damene er jo utrygge før de kommer inn.»

Det ble påpekt at det blir brukt mye tid på å avkrefte informasjon som fødekvinne har tilegnet seg på egenhånd. Opplevelsen av at dagens fødekvinne har mer teoretisk kunnskap enn det som kan være hensiktsmessig trakk flere frem, og at dette kunne være kunnskap som jordmor skulle ønske at kvinnene ikke hadde fordypet seg i. Flere trakk frem at de opplever en stor oppgang i antall bekymrede gravide, og at dette merkes spesielt godt på telefoner fra fødekvinne. De fleste påpekte dette som en stor endring, som kan tenkes vil påvirke fødekvinne's mentale forberedelse til fødsel. Erfaringen med at fødekvinne leser seg opp på detaljnivå og at ikke all den informasjonen nødvendigvis er en bra ting, var det flere jordmødre som delte.

Jeg er der på at kunnskap er makt, men det må jo være riktig kunnskap da.. Og det er veldig personavhengig om det er positivt eller negativt.. Noe av den informasjonen kan være belastende for dem.. Og det er jo også den her mentale forberedelsen, både fordi at du leser og at du melder deg inn i forum for at du er gravid også får du masse personlige fødselsopplevelser som du kanskje lar deg påvirke av. I negativ retning. Den muligheten hadde vi ikke før.

4.2 Fødselsforberedelse

Fødekvinnes deltagelse på svangerskapskurs i regi av jordmor, er noe alle informantene trakk frem som en endring i hvordan kvinnene forbereder seg mentalt til fødsel.

Jordmødrene fortalte om en opplevelse av at det tidligere i hovedsak var disse svangerskapskursene som var den mentale forberedelsen til fødsel. Utover dette var erfaringen at det kun var et fåtall av fødekvinne som forberedte seg til fødsel på andre måter. Svangerskapskursene som ble avholdt før var ofte felles for fødekvinne og partnere som hadde termin i samme tidsperiode, og ble som regel avholdt over flere kvelder.

Kvinnefelleskapet som disse fødselsforberedende kursene førte til, ble trukket frem som en viktig og betydningsfull ressurs for fødekvinne. Videre ble det pekt på at dette førte til at kvinnene kunne snakke sammen rundt en felles interesse, og ta opp sine bekymringer i plenum med en jordmor som ordstyrer og veileder.

«Jordmor kunne da direkte påvirke par i positiv retning av mental forberedelse. Det er en flott ressurs og møteagenda som vi nå har mistet.»

Tidligere var det ikke mye variasjon på fødselsforberedende kurs, sammenlignet med dagens muligheter. Enkelte av jordmødrene trakk frem at de fødselsforberedende kursene i regi av jordmor i kommunen, var nokså likt presentert, og at det var en standardisert kunnskap om forberedelse til fødsel som ble lagt frem. Jordmødrene trakk frem at det i dag er flere tilbud å velge i av fødselsforberedende kurs for gravide, og at de opplever at fødekvinne er opptatt av å delta på disse kursene. Både nettet, andre private kursaktører samt det å lese om fødselsforberedelse i bøker ble nevnt som metoder fødekvinne bruker i sin forberedelse til fødsel. En jordmor poengterte at hun syntes at de kvinnene hun møtte som hadde forberedt seg mentalt til fødselen gjennom kurs eller fødebrev, opptrådte annerledes enn de som ikke

har det. Da i form av at fødekvinnene hadde gjort seg opp konkrete tanker om hvilke ønsker og behov de hadde for fødselen sin.

Jeg liker ikke å få et sånn blankt lerret og at jeg skal male for henne. Jeg vil gjerne få paletten i hvert fall servert. Hvordan farger liker hun? Skjønner du bildet? Hvis hun i hvert fall.. Er du en rosa dame, eller liker du svart og lilla så kan vi starte der. Ikke bare «gjør med meg hva du vil», for jeg vet hva jeg liker.

Alle jordmødrene poengterte at fødekvinnene gjorde flere forskjellige ting for å forberede seg mentalt til fødselen.

I dag er det flere som har oppsøkt kurs på nett, de har brukt Youtube, de har begynt med podcast, de har lyttet seg inn på affirmasjoner, og det hadde dem ikke før, det var ikke tilgang til det før. Likevel så syntes jeg at jeg møter kvinner, i større utstrekning i dag, som jeg syntes virker uforberedt.

Flere jordmødre nevnte ordet «prosjekt» som en endring i det å forberede seg mentalt til å føde barn, og at de nå opplever et stort fokus på det å forberede seg mentalt. Det ble nevnt av flere at fødsel omtales som et slags vellykket prosjekt i dag, og at dette ikke var et tema på 1980-90-tallet. I denne endringen ble det trukket frem at de opplever at alt skal være så planlagt og kontrollert i dag. En jordmor beskrev at hun opplevde at dagens fødekvininner er vant til å kontrollere alt selv, og at de kan ha problemer med å gi seg over, følge med, og la noe annet styre dem under fødselsarbeidet.

«Jeg pleier å si til de gravide at er det en gang du skal miste kontroll, så er det når du føder.»

De fortalte at de opplever at fødslene ikke var et prosjekt for fødekvinnene før, men at det var noe du bare kom og gjorde. Det ble likevel snakket om fødsel før, men det var mer slik at det var bare slik det var. En annen jordmor trakk frem hvordan hun opplevde at fødekvininner blir forstyrret med all forberedelsen. Det opptar så mye av kapasiteten at de ikke klarer å ha fokus på det de skal, føde barnet sitt. Hun erfarte at dette kan være med på å tilføre en uro, som også skaper en mental uforberedthet fordi de bruker av kapasiteten sin på noe som ikke er

nødvendig forberedelse. Samtidig nevnte en annen jordmor at hun opplever dagens kvinner som mer forberedt i dag, men at hun ser på det som et paradoks, for samtidig er de ikke det.

«Det er blitt gjort til en sånn stor greie, at noen ganger føler jeg at du burde være jordmor og vel så det, for å på en måte tørre å gå inn i dette.»

4.3 Forventninger til fødsel

Flere av jordmødrene trakk frem at de opplever at dagens fødekviner har høyere forventninger til seg selv under fødselsforberedelsen, og med seg inn i fødsel. Samtlige trakk de frem at de opplevde dette som en endring, sammenlignet med tidligere. Dette ble sett på som en endring i kvinners mentale forberedelse til fødsel, og kom til uttrykk på ulike måter. Flere av jordmødrene nevnte hvordan de erfarte at fødekviner har laget seg bilder i hodet om hvordan de vil ha det i sin fødsel. De har forventninger til seg selv, og til sin egen prestasjon når de skal føde barnet sitt. Flere jordmødre beskrev det som at kravene fødekvinene stiller til seg selv for å være tilstrekkelig forberedt mentalt, kan sammenlignes med hvor vidt du lykkes eller ikke i å håndtere fødselen. En annen jordmor beskriver denne endringen med ordene:

«Kvinnene er mye mer bevisst på hva de vil i fødsel.»

Jordmødrene nevnte også kravet til å være vellykket for kvinner, det å være flink pike og «å vise seg frem». De nevner at kvinner er opptatt av alt de skal og ikke skal, bare det blir riktig. Det at kvinner forventer selv at de har kommet lengere i fødselsarbeidet trekkes frem som et eksempel, og at kvinner har forventninger til seg selv om at de skal ha håndtert det bedre enn det de gjør. Det kommer frem fra flere jordmødre at de mener det er bra å ha forventninger, men at det samtidig er viktig for fødekvinen å være åpen for at det ikke alltid blir som man forventer seg gjennom fødselsarbeidet. Informantene snakket om hvordan en fødsel er uforutsigbar. I tillegg kan fødekviner bli skuffet, kanskje også over seg selv, om forventningene ikke kan oppfylles.

«Vi skal ha en slik stil, og det skal være så fint. Og så går alt i krasj, og da opplever jeg at det blir en stor nedtur for mange kvinner.»

Flere av jordmødrene trakk frem at dagens gravide ønsker flere kontroller under svangerskapet enn hva retningslinjene anbefaler. De ønsker mer individuell oppfølging, sammenlignet med før. Flere av jordmødrene snakker om hvordan kvinner forbereder seg ved å stille krav til fasiliteter, at partner skal være med og at hen skal bli ivaretatt. Parallelt med økte forventninger til seg selv, erfarer jordmødrene at fødekvinne også har økte forventninger til jordmor.

«Fødekvinne stiller krav til oss, og de stiller krav på en helt annen måte. De kommer med konkrete ønsker for sin fødsel, slik var det ikke før.»

En jordmor beskrev det som at dagens unge kvinner og blivende mødre ikke kan vente når de henvender seg til jordmor, det skal skje noe med en gang. De forventer at det skal komme en løsning med det samme. En informant nevnte hvordan hun som jordmor opplevde at det stilles krav til at de skal stille opp med sin ekspertise med en gang, og kan man ikke det, så er det galt. Hun opplevde en økt egosentrering. De fleste trakk frem hvordan dagens fødekvinne lever et helt annet liv, og hvordan de stiller krav til jordmødrene på andre måter. Jordmødrene hevder at dette er et utslag av tiden vi lever i, snarere enn at selve personligheten til den enkeltfødende har endret seg. Det ble trukket frem som positivt at kvinner i dag er opptatt av og tar eierskap i å forberede sin egen fødsel, og forbereder seg mentalt til det.

«Jeg synes det er morsomt noen ganger når kvinnene har litt krav til oss. Noen jordmødre blir provosert, det synes jeg er underlig. De synes at fødekvinne nå styrer mye, men jeg tenker at det handler om hvor vi er i 2021.»

5 Diskusjon

I dette kapittelet er studiens resultater diskutert opp mot forskning og prosjektets teoretiske rammeverk. Videre er studiens kvalitet diskutert i lys av validitet, refleksivitet og relevans.

5.1 Den digitale plattform

Den økte tilgangen på informasjon trekkes frem av jordmødrene som en stor endring i hvordan kvinner forbereder seg mentalt til fødsel, og de fremhever at internett og sosiale medier ses på som en stor og viktig informasjonskanal for dagens fødekvinne. Kvinner har tilgang til mer informasjon om graviditet enn noen gang før (Walker, Visger & Rossie, 2010), og vender seg mer og mer til bruk av internett for å oppdatere seg på informasjon om svangerskap og fødsel (Hether, Murphy & Valente, 2014; Lagan, Sinclair & Kernohan, 2011a). Ved å søke opp informasjon på nettet finner de fleste kvinner ofte den informasjonen de er ute etter (Lagan, Sinclair & George Kernohan, 2010). Kvinners bruk av internett har en synlig innvirkning på beslutningstakingen i løpet av svangerskapet; gjennom økt engasjement til å ta avgjørelser relatert til den aktuelle graviditeten, samt informasjon om behandlinger, alternativer og konsekvenser. Dette ses også i den mentale forberedelsen til fødsel (Lagan, Sinclair & Kernohan, 2011b). Derfor kan denne informasjonsstrømmen ses som en positiv faktor for å mobilisere kvinnen i retning av helseenden på kontinuumet, mellom dårlig og god helse (Antonovsky, 1987). Man kan se denne søken etter informasjon i forhold til Antonovskys opplevelse av sammenheng (OAS), da informantene i denne studien trakk frem at dagens fødekvinne lever i et opplysnings-samfunn og bruker tid på å tilegne seg informasjon om det de lurer på. Ut ifra Antonovskys beskrivelse av begrepet håndterbarhet kan man tenke seg at fødekvinne tilegner seg og innehar tilstrekkelige ressurser gjennom internett til å håndtere fødselen (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

Sett fra en annen side viser denne studien at jordmødrene betegner kunnskap hos fødekvinne som makt, men det poengteres at det må være riktig kunnskap. Som resultatene viser opplever jordmødrene at fødekvinne i dagens samfunn ikke nødvendigvis klarer å sortere ut hva som er viktig informasjon og ikke, når de forbereder seg. Den økte tilgangen på informasjon kan skape bekymringer hos kvinner (Sanders & Crozier, 2018). Dette kan vise seg iblant annet forvirring hos kvinner i forhold til den mengden og kompleksiteten til den oppsøkte informasjonen de finner på internett (Bjelke, Martinsson, Lendahls & Oscarsson, 2016; De Santis et al., 2010). Samtidig viser det seg at denne informasjonsstrømmen kan øke angstnivået og utfordre kvinners eksisterende ideer og ambisjoner om sin personlige

fødselsforberedelse, og at dette kan gi en negativ opplevelse i den mentale prosessen frem til fødsel (Fox, 2007; Handfield, Turnbull & Bell, 2006; Romano, 2007; Sanders & Crozier, 2018). Den negative opplevelsen blir oftest taklet ved å snakke med en partner, slektninger og venner, eller ved å spørre jordmor ved neste avtale (Bjelke et al., 2016). Sett i lys av Antonovskys kontinuum mellom dårlig og god helse, kan det tenkes at denne informasjonsstrømmen kan være en faktor som kan påvirke fødekvinnene i retning av dårlig helse på kontinuumet (Antonovsky, 1987). I en salutogen teori vil de generelle motstandsressursene hos hver enkelt kvinne spille en viktig rolle for håndteringen av den informasjonen de innhenter. Motstandsressurser til en kvinne kan være fysiske eller holdningsrelaterte trekk, erfaring, kunnskap og utdanningsnivå. Disse kan bidra til å forebygge eller motstå stressorer som kan oppstå i forberedelse til fødsel. Motstandsressurser vil ha noe å si for hvordan kvinnene håndterer den informasjonen de skaffer seg, og vil ha innvirkning på hvilken retning av kontinuumet de beveger seg mot (Lindström et al., 2015).

Funn i denne studien viser at jordmødre bruker mye av den avsatte tiden på å avkrefte informasjon som fødekvinne har tilegnet seg på egenhånd. Lagan et al. (2010) trekker frem at dagens fødekvinne bruker internett aktivt til å søke informasjon på grunn av opplevd manglede tid med helsepersonell, og dette informasjonsbehovet viser seg gjeldende både før og etter kontroll hos jordmor. Tilgjengeligheten på nettet er stor og enkel, og nettet brukes hyppig av fødekvinne for å søke frem helserelatert informasjon i sin forberedelse til fødsel (Fallows, 2005; Sletteland, 2014). Når denne fødselsinformasjonen er så lett tilgjengelig stiller dette høyere krav til at jordmødre bistår kvinner i å sortere gjennom informasjonen, og hjelpe dem i vurderingen av hva som er mest relevant for dem (Walker et al., 2010).

Retningslinjer for svangerskapsomsorgen vektlegger i sine føringer hvordan jordmødre skal bistå med kunnskapsbasert informasjon og legge til rette for at de skal ha en reell mulighet til å ta informerte valg (Helsedirektoratet, 2018). Kvinner som søker opp informasjon om svangerskap og fødsel opplever informasjonen som nyttig forberedelse, og de vurderer den informasjonen de tilegner seg fra internett til å være av god kvalitet (Lagan et al., 2010). Dette påpeker jordmødre fra den nåværende studien som en utfordring, da flere nevner hvordan de opplever at de nå nærmest har fått en konkurrent i Google når det gjelder formidling av informasjon til fødekvinne. Dette underbygges av en litteraturstudie fra 2020 som omhandler fødekvinne som hentet informasjon fra internett og mobilapper. Forfatterne påpekte både begrensinger og risikoer ved dette, deriblant nøyaktigheten av formidlet informasjon (Vickery et al., 2020).

5.2 Fødselsforberedelse

Jordmødrene fremhever at det har skjedd en endring i organiseringen av fødselsforbedrende kurs, og hvordan dette brukes av gravide kvinner som en del av den mentale forberedelsen til fødsel. Jordmødrene beskriver hvordan kurs tidligere var i regi av jordmor, og at det ikke var den samme tilgjengeligheten av kursvarianter som nå. Siden 1900-tallet har en rekke nye modeller av kurs vokst frem på det fødselsforberedende markedet, og denne globale fremveksten av nye modeller av fødselsforberedende tilbud, kan synes å komme som et resultat av en økende trend i bruk av medikamentelle metoder i fødselsomsorgen (Dahlen et al., 2012; Downer, Young & McMurray, 2020).

Informantene trekker frem at den økte digitaliseringen av kurs har gått på bekostning av å arrangere kurs i grupper, og at dette er en møteagenda for fysisk oppmøte som har falt fra. De beskriver videre kvinnefelleskapet som en viktig og betydningsfull sosial ressurs, hvor kvinner kan snakke sammen rundt sin felles interesse, nemlig svangerskap og fødsel. En studie fra 2021 viser til hvordan deltakelse i sosiale nettverk legger til rette for ro og trygghet rundt fødsel, og at slike følelser kan sammenlignes med følelser av å være mentalt forberedt og i stand til å håndtere den kommende fødselen. Studien viser videre til flere fordeler, og ved å ha muligheten til å dele sine tanker og erfaringer med andre i sosiale felleskap, åpner det opp for anerkjennelse og tilhørighet (Bedaso, Adams, Peng & Sibbritt, 2021).

Plenumsdiskusjoner og felles oppsummering av tanker og ideer brukes slik at deltakere kan lære av, og la seg inspirere av andre (Koushede et al., 2013). Det er i midlertidig gjort få nyere studier som undersøker fordeler ved å undervise i små grupper sammenlignet med undervisning av store grupper. Som for eksempel over internett eller store auditorium, som er en undervisningsform som brukes stadig hyppigere i dagens samfunn. En studie gjort i Danmark viser til hvordan de har gjort en endring; de har valgt å gå over til å gjøre disse forberedelseskursene i små grupper, fremfor digitale løsninger og store felles arrangement (Koushede et al., 2013). En kvalitativ studie viser gravides preferanser i forhold til fødselsforberedende kurs, og antyder at kvinner foretrekker å delta i små undervisningsgrupper. Muligheten for diskusjon, inspirasjon fra andre, oppmuntring, støtte og nye bekjentskaper trekkes av kvinnene fram som positive, avgjørende faktorer (Nolan, 2009).

Den nåværende studien viser til at jordmødrene synes kvinner som har fulgt mentale forberedelser via kurs opptrer annerledes i fødselsarbeidet enn de som ikke har det. Dette viser seg gjennom konkrete tanker om individuelle ønsker og behov for fødselen. Forskning

viser til klare positive effekter av å delta på fødselsforberedende kurs, ved at kvinner opplæres i ikke- medikamentelle smertelindringsmetoder for å håndtere fødselen. Videre trekker studien frem teknikker som visualisering, pust, massasje, yoga og partnerstøtte som mestringsfremmende verktøy, som synes å ha en påvirkning i reduksjon av epiduralanalgesi (Andrews & Humphries, 2010). Mental forberedelse og deltakelse på kurs viser seg som viktig for mange kvinner, og de ønsker seg undervisning om fødselens fysiologiske prosess, puste- og avslapningsteknikker, samt hvordan man kan stille best mulig psykologisk forberedt til fødsel (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015). Fødselsforberedende kurs har fokus på fysiologiske prosesser i fødsel, noe som kan synes å ha en positiv innvirkning på kvinners mulighet til å ta gode informerte valg underveis i fødselsprosessen. Forskning viser til hvordan godt informerte kvinner har bedre opplevelser, bedre resultater i fødsel og uttrykker større brukertilfredshet (Andrews & Humphries, 2010).

Jordmødre anbefales å se det som positivt at kvinner ønsker å forberede seg, da dette kan si noe om kvinners motivasjon til å lære og ta en aktiv rolle rundt egen fødsel (Lagan et al., 2010). Dette kan ses i et salutogent perspektiv, hvor man som jordmor bidrar med å styrke og legge til rette for at kvinner kan ta informerte valg. Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre bygger på grunnleggende verdier for jordmorfaget med hensikt å veilede jordmor, beskrive hvordan jordmødre bør praktisere jordmorfaget, og forholde seg til andre. Dette omhandler hvordan jordmor skal jobbe med den enkelte kvinne i partnerskap der de deler relevant informasjon. Relasjonen vektlegger informert valg og informert samtykke. Samtidig støtter jordmor kvinners rett til å delta aktivt i beslutninger vedrørende egen omsorg (International Confederation of Midwives (ICM), 2014). Det viser seg som en viktig del av jordmoromsorgen å bygge relasjoner bestående av gjensidig tillit til hverandres kompetanse, hvor man i felleskap jobber aktivt sammen til fordel for kvinnen og barnet (Karlström et al., 2015). Et slikt partnerskap mellom jordmor og fødekvinne kan bidra til at kvinner søker og utvikler sin kunnskap, slik at de lettere kan forstå hva som skjer i fødselen (begripelighet), samtidig som det kan bidra til å klare fødselsarbeidet (håndterbarhet), og hvis utfordringer oppstår kan disse oppleves motiverende (meningsfullt). Dette innebærer at man har kunnskap til å forstå det en opplever, eller om opplevelsen skaper stress. Ved at kvinner kjenner forståelse for hva som skjer, kan det tenkes at det blir enklere å håndtere situasjonen. Dette kan være med på å omdanne stress til orden, hvilket er med på å styrke kvinner til å håndtere fødselen (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Dette støttes av en nyere studie som viser til hvordan

kvinner som opplever personlig mening og positive følelser i fødselsarbeidet oftere kjenner på håndterbarhet gjennom sin fødselsprosess (Whitburn, Jones, Davey & Small, 2017).

Sett fra en annen side kan det være mulig at en økning av tjenestetilbud som ikke er organisert kommunalt i svangerskapsomsorgen, men finansiert av private som krever penger for deltakelse, kan føre til en sosial eksklusjon av par som av økonomiske årsaker ikke har mulighet å kjøpe seg fødselsforberedende tjenester. Dette kan komme uheldig ut ved at det skaper forskjeller blant grupper i samfunnet, noe som kan være med på å hindre den enkelte kvinnes mulighet til å ha like forutsetninger i den mentale forberedelsen mot fødsel. Som nevnt tidligere viser forskning klare fordeler ved å delta på fødselsforberedende kurs, og man ser en betydelig effekt i å styrke kvinner psykososialt og emosjonelt. Noe som er med på å gi en positiv effekt på kvinners mestringsevne inn i fødselsarbeidet (Downe et al., 2016; Duncan et al., 2017). Dette kan ses i sammenheng med forskning som viser til at økonomiske ressurser, materielle ressurser og sosioøkonomiske forhold synes å spille en faktor på den enkeltes forutsetninger for god mental helse (Gluck et al., 2020; Taylor, Page, Morrell, Harrison & Carter, 2005).

I tråd med endringene rundt forberedelser til fødsel trekkes det frem av jordmødrene hvordan det oppleves at kvinner har et økende behov for at alt skal være mer kontrollert, sammenlignet med før. Kvinner bruker mer tid på å oppdatere seg på kunnskap som en del av sin forberedelse, og søker etter svar som kan hjelpe dem med å ta valg, og avgjørelser rundt egen forberedelse til fødsel (Lagan et al., 2010). Lagan et al. (2010) beskriver at kvinner ønsker å ha kontroll over avgjørelser som påvirker svangerskapet, og at muligheten til dette er noe som flere og flere opparbeider seg igjennom graviditeten og fødselsrelatert kunnskap hentet fra internett. Her kan samarbeidet mellom jordmor og fødekvinne være positivt ved at jordmor viser evne til å lede og tilby informasjon fra sider som er trygge plasser for kvinner å tilegne seg relatert kunnskap fra. En svensk studie viser til hvordan evnen til å gi slipp var like viktig som kontroll. Her diskuterte kvinner behovet for å klare og gi fra seg kontrollen, og stole på egen kropp ved å være avslappet og jobbe under sammentrekningene. Denne kontrollen knyttet kvinnene opp mot mentale forberedelser som var gjort før fødselen. Ved at de var forberedt og klar over de mentale og kroppslige utfordringene ved en fødsel, førte dette til mer selvsikre kvinner, da de visste hva de kunne forvente og var mer kjent med fødselsprosessen (Karlström et al., 2015).

Gjennom resultatene fra denne studien viser jordmødrene til hvordan de opplever at dette kontrollbehovet kan være med på å skape forstyrrelser for kvinnen i fødselsarbeidet. Dette kan vise seg ved at kvinner kan ha problemer med å gi seg over, følge med kroppen, og la noe annet styre dem under fødselsarbeidet. Slike situasjoner kan påvirke kvinnens oxytocinfrigjøring, noe som kan være med på å redusere fremgangen i fødselsarbeidet. Ved at kvinner inntar en avslappende holdning og oxytocinet får strømme fritt vil dette kunne bidra til mange gunstige effekter for kvinnen, og være med på å fremme den naturlige fysiologien i en fødsel (Uvnäs-Moberg et al., 2019). Beskrivelsen av å gi slipp på intellektuell kontroll og ha total tillit til at kroppen skal kunne håndtere situasjonen, er noe vi kan se i lys av Antonovskys begrep «den legitime andre». «Den legitime andre» kan i en fødsel være helsepersonell, men det avhenger om kvinnen har tillit til dem rundt seg for at hun skal bruke dem. Ved å ta i bruk disse ressursene hos «en legitim annen» kan en vanskelig situasjon virke mer forståelig og derfor mulig å håndtere (Antonovsky & Sjøbu, 2012).

I tråd med opplevelsen av det økte kontrollbehovet omtaler flere av jordmødrene at de opplever at flere kvinner ser på fødselen som et prosjekt, og at fødselen omtales som et litt “vellykket-prosjekt” i dag. Denne endringen utmerker seg med tanke på at de opplever at fødsel var noe du bare kom og gjorde tidligere. Gjennomsnittsalderen for fødende kvinner har en økende trend verden over (Carolan, 2007). Forskning har vist at gravide kvinner over 35 år ser på fødsel som et prosjekt som innebærer informasjonsinnsamling og planlegging som en del av fødselsforberedelsen. Samtidig viser studier til et mønster av kunnskapssøkende adferd hos disse kvinnene, og en økt risiko for at disse kvinnene føler seg utilstrekkelig støttet i første trimester (Carolan, 2007; Nottingham-Jones, Simmonds & Snell, 2020). Kvinner ser ut til å ha et sterkere informasjonsbehov i tidlige stadier av svangerskapet, når de trer inn i en ny livssituasjon (Larsson, 2009), og det vanligvis er få planlagte avtaler med jordmor eller lege i første trimester. Dette kan tilsi at dagens tjenestetilbud for gravide bør vurdere å tilpasse seg behovet til befolkningen, som nå innebærer en økende trend av eldre gravide kvinner (Nottingham-Jones et al., 2020; Southby, Cooke & Lavender, 2019).

5.3 Økte forventninger til fødsel

Resultatene viser at jordmødrene erfarer at dagens fødekvinne har høyere forventninger til seg selv i både fødselsforberedelsen og fødselen enn tidligere. Informantene beskrev at flere av fødekvinnene virker å ha visualiserende bilder om hvordan de ønsker fødselen sin, at fødselen skal være vellykket og at de tror de har kommet lenger i fødsel enn de har. I en

studie som så på hvordan støtte kunne gis til fødekvinne, ble visualisering av fødselen brukt som en metode for at kvinnen skulle kunne slippe av slik at utskillelsen av oxytocin skulle kunne øke (Uludag, 2021). Borrelli et al. (2018) fant i sin studie at troen og forventningene til fødsel varierer fra individ til individ, og det så ut til å være en sammenheng mellom oppnåelse av forventninger og hvor fornøyde kvinnene endte opp med å være med egen fødselsopplevelse. Videre fant studien at jordmor virker å spille en viktig rolle med å fremme realistiske forventninger for kvinner, i gapet mellom erfaring og forventning i fødselsforberedelsen. Dette bekreftes i den nåværende studien hvor jordmødre erfarer at kravene fødekvinne stiller til seg selv om å være tilstrekkelig mentalt forberedt til fødsel, sammenfaller med opplevelsen av om de lykkes eller ikke i fødselsarbeidet. En studie som så på førstegangsfødendes erfaringer viste at kvinner kan utvikle forventninger som ikke blir møtt av flere årsaker, deriblant at de ikke føler seg støttet i å tilpasse sine egne forventninger til den faktiske opplevelsen (Dahlen, Barclay & Homer, 2010). At fødekvinne har høye fødselsforventninger vises også i en studie utført på 1042 kvinner i Sverige, som fant at den viktigste faktoren til en kvinnes tilfredshet med fødselen, var å få sine forventninger møtt (Christiaens & Bracke, 2007; Hauck, Fenwick, Downie & Butt, 2007; Hildingsson, 2015). Dette bekreftes av en studie som har vist at kvinner som ikke var fornøyd med måten de håndterte fødselen sin på, hadde økt risiko for å huske den som en negativ opplevelse (Catala, Peñacoba, Carmona & Marin, 2020; Rijnders et al., 2008). Videre viste en studie fra 2016 at kvinnene som hadde svært mange forventninger til fødselen, hadde en reduksjon i sin tilfredshet av opplevelsen (Mei, Afshar, Gregory, Kilpatrick & Esakoff, 2016).

I denne studien trakk jordmødrene frem opplevelsen av at fødekvinne har høye forventninger til seg selv gjennom økte krav til å være vellykket, «flink pike» og at «alt skal være riktig», som en endring i hvordan fødekvinne forbereder seg mentalt til fødsel. Professor Bjerrum Nielsen (2016) hevder at enkelte unge kvinner har krav til seg selv om å være perfekte i alt (Mæland, 2016). Hildingsson (2015) fant at kvinners forventninger til fødsel var fremtredende på flere områder, deriblant kvinnenes deltakelse i beslutninger og følelse av å ha kontroll. Resultater fra en kvalitativ studie fra 2008 viste at kvinners forventninger til fødsel omhandlet å opprettholde en indre kontroll gjennom fødselsarbeidet (Brodrick, 2008). Videre viser studien til Sanders og Crozier (2018) at kvinner har forventninger og ønsker for fødselen som ser ut til å oppstå fra internettsider som ikke inneholder evidensbasert kunnskap om hva som kan og vil skje i en fødsel. De beskriver det som at kvinnene har en «meny» for den kommende fødselen som om det var mulig å

forhåndsplanlegge en ønsket opplevelse. Funnene kan sammenfalle med resultatene i denne studien hvor jordmødre viser til erfaringer med fødekvinne om at alt skal være på en bestemt måte. Samtidig viser forskning at det å ha positive forventninger til fødsel er assosiert med en mer tilfredsstillende opplevelse (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004; Mei et al., 2016), noe som kan tyde på at det er gunstig med forventninger til fødsel og at endringen jordmødrene opplever hos fødekvinne er positivt (Divall, Spiby, Nolan & Slade, 2017).

Jordmødrene mener at det er bra at fødekvinne har økte forventninger knyttet til fødsel, men at kvinnene må være åpne for at det ikke alltid blir som de hadde planlagt og sett for seg. I en studie fra 2021 fant forskerne at jordmødre opplevde en holdningsendring blant fødekvinne relatert til fødselssmerter. Videre viste studien at jordmødre erfarte at fødselssmerter tidligere ble sett på som positivt, men at det nå er en oppfatning om at kvinner er redde og forventer så lite smerte som mulig (Aune, Brøtmet, Grytskog & Sperstad, 2021). Ved å se dette i lys av Antonovskys salutogene teori kan denne opplevde holdningsendringen relatert til fødselssmerter hos kvinner trekkes i sammenheng med en nyoppstått stressfaktor, noe som kan komme som en hindring i å oppnå god helse på Antonovskys kontinuum (Antonovsky, 1987). Samtidig kan stressfaktorer synliggjøre hvor eventuelle tiltak kan settes inn i dagens fødselsomsorg. Gjennom en salutogen tilnærming kan synliggjøring av disse stressfaktorene brukes til å utvikle både fødselsomsorgen og styrke fødekvinne, og dermed ha en nytteverdi og virke som et potensiale for god helse (Lindström et al., 2015). Når jordmødrene i studien opplever at fødekvinne blir skuffet dersom de ikke får sine forventninger møtt, kan det si noe om at den påkjenningen som kvinnene blir utsatt for i fødsel ikke er kognitivt forståelig eller oppleves som sammenhengende for fødekvinne. I stedet kan inntrykkene oppleves som kaotisk, tilfeldig og uforståelig, og fødekvinne kan dermed ha vanskelig med å oppnå en begripelighet over det som skjer. Det kan diskuteres om fødekvinners eventuelle mangel på en begripelighet fører til økte forventninger til at jordmor skal være tilgjengelig og bidra med sin ekspertise, slik som jordmødrene i denne studien erfarer. Hildingsson (2015) fant i sin studie at fødekvinne har en forventning om at jordmor skal være tilstedeværende, og at dette var forventninger som ble møtt av jordmor.

Informantene i denne studien trakk frem at de opplever at kvinner har en økt forventning også til jordmor. Forskning har vist at fødekvinne har en generell oppfatning om at de fleste jordmødre er grundige fagfolk som er tilgjengelige og vennlig innstilt (Borrelli, Walsh & Spiby, 2017). Borrelli et al. (2018) viser i sin studie at usikkerhet, tvil og frykt forut for fødsel var fremtredende hos førstegangsfødende, noe som kan indikere viktigheten av jordmors

rolle, støtte og tilstedeværelse. Det ble i den nåværende studien trukket frem av jordmødrene at det ses på som positivt at kvinnene har forventninger til jordmor. Forskning har vist at jordmor har en viktig rolle i å styrke fødekvinne inn mot fødselsarbeidet (Hildingsson, Karlström, Rubertsson & Haines, 2019). Dette kan ses på som en faktor for å fremme helse hos fødekvinne, ved at jordmødre kan bidra til å øke en kvinnes OAS gjennom en håndterbarhet av fødselsarbeidet (Antonovsky & Sjøbu, 2012). Her synes jordmor å spille en viktig rolle i det å bygge relasjon og tillit hos fødekvinne, slik at hun får troen på at hun kan mestre fødselen (Karlström et al., 2015). Resultatene i den nåværende studien viste at jordmødrene opplever at dagens fødekvinne stiller krav til jordmor sin ekspertise. Dette kan ses i lys av at det i dagens samfunn er stadig flere kvinner med høyere utdanning i Norge (Nygård, 2021). En studie fant at kvinner med høyere utdanning hadde tre ganger høyere sannsynlighet til å søke opp informasjon i løpet av svangerskapet enn kvinner med lavere utdanning (Bakhireva, Young, Dalen, Phelan & Rayburn, 2011). I lys av Antonovskys salutogene teori og begrepet OAS kan det ses på som en mestringsressurs at fødekvinne har høye forventninger til fødselen, både til seg selv og til jordmor. En sterk OAS kan gi kvinner mestringsressurser som gjør henne i stand til å bruke forskjellige strategier for å løse og håndtere fødselens fysiske og psykiske påkjenninger (Antonovsky, 1987). Dette sammenfaller med en studie som vurderte jordmødre som enda viktigere når fødselsforventningene ikke kan realiseres (Hauck et al., 2007), noe som studien til Aune et al. (2021) viser til gjennom sine funn, hvor viktigheten av jordmors rolle i å tro på kvinnens evne til å føde normalt står sentralt.

5.4 Diskusjon av studiens kvalitet

I det følgende vil studiens vitenskapelige kvalitet bli diskutert ved hjelp av kriteriene validitet, relevans og refleksivitet.

Den vitenskapelige kunnskapen kommer som et resultat av systematisk og kritisk refleksjon. For å sikre validitet til prosjektet må man som forskere kunne stille kritiske spørsmål til egne fremgangsmåter og de konklusjonene som er blitt lagt frem. Dette gjelder både i forskningsprosessen og i det endelige produktet. Validitet sier noe om studiens gyldighet og er en viktig del av forskningsarbeidet for å kunne presentere ny kunnskap. En studies validitet skal blant annet avklare muligheter, begrensninger og relevans for det studien omhandler (Malterud, 2017). I prosjektet er det valgt et kvalitativ design med semistrukturerte intervju. Det gav oss som forskere mulighet til å studere, beskrive og analysere de fenomenene som

kom frem gjennom intervjuene. Valg av metoden har åpnet opp for ny kunnskap ved at vi gjennom arbeidet med studien har kunnet si noe mer om erfaringene, opplevelsene og tankene til jordmødrene som er blitt intervjuet. Underveis i prosessen så vi det som nødvendig å justere intervjuguiden, noe som bidro til å sikre validitet underveis i prosjektet (Malterud, 2017). Justeringene besto i konkretisering av spørsmål for å kunne åpne opp for vid respons fra informantene. Dette bidro til en klar intervjusetting hvor informantene fikk reflektere fritt, og hente frem sine egne erfaringer knyttet til spørsmålene i intervjuguiden.

Forskning skal bringe frem noe nytt eller noe annet enn vår forforståelse (Malterud, 2017). For å sikre at uventede holdninger og konklusjoner skulle kunne komme frem, kartla vi vår forforståelse før prosjektstart. Dette ble gjort gjennom diskusjon fra ulike innfallsvinkler. Det kom tidlig frem at forforståelsen vår var ulik, noe vi har ansett som en styrke til studien da vi på forhånd har kunnet identifisere ulike syn rundt temaet mental forberedelse til fødsel. Dermed kan vi i større grad anse forskningen som nyskapende ved at den ikke bærer preg av allerede forutinntatte holdninger. Ved at vi oppsøkte posisjoner som utfordret vår egen forforståelse, kunne vi ha en aktiv holdning til egen refleksivitet og dermed i større grad tilføre noe nytt med forskningen vår (Malterud, 2017). Rekruttering av informanter ble gjort på privat initiativ noe som kan diskuteres å være en svakhet ved studien. Samtidig vil vi argumentere for at spesifikk rekruttering av informanter har vært styrkende for datamaterialet da det førte til et bredt utvalg fra hele landet, fra ulike fødenivå og med erfaring og kompetanse fra hele svangerskapsomsorgen. Et bredt utvalg av jordmødre fra hele landet bidro til at informasjon fra ulike arbeidskulturer kom frem, samt at jordmødre fra ulike fødenivå jobber med forskjellige fødepopulasjoner. Med ulik kultur, arbeidsmåte og forskjellige fødekvinner kan man få frem ulike syn og holdninger. Dette førte til at kvaliteten på datamaterialet ble godt og at informasjonsstyrken ble tilfredsstillende ved at vi sikret oss datamateriale fra informanter med ulik bakgrunn. Det anses som en styrke for studien at datamaterialet er godt og innholdsrikt, og etablerer dermed validitet (Malterud, 2017).

Intervjuene ble gjennomført med fysisk oppmøte, som informantene sto fritt til å velge etter egne ønsker, noe som la til rette for en trygg og avslappende atmosfære (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Dette trekkes frem som en styrke til prosjektet. Samtidig kan det diskuteres om materialet og resultatet hadde blitt annerledes dersom vi begge hadde vært til stede under intervjuene. Resultatene anses likevel som tilstrekkelig godt besvart gjennom spørsmålene som er stilt fra intervjuguiden. Da vi som forskere selv står i den kliniske arbeidshverdagen, kunne informantene gå i dybden fra begynnelsen av, noe som førte til at

intervjuene ble målrettet og konsise. Samtidig er det en viss fare for at det kritiske blikket uteblir når forskeren selv deler lik klinisk forståelse (Nilsen, Malterud, Werner, Maeland & Magnussen, 2015). Dette er forsøkt sikret ved at intervjuguiden inneholdt spørsmål som gjorde at informantene kunne følges opp med oppklarende spørsmål dersom noe var uklart.

I analysearbeidet søkte vi aktivt etter konfrontasjoner med vår egen forforståelse.

Refleksiviteten gjennom forskningsprosessen ble holdt vedlike ved at vi alltid holdt fokus på hva hensikten med studien var, og at vi ved flere anledninger forkastet resultater og konklusjoner som vi opplevde som interessante, men som sto på siden av problemstillingen. Ved endt analysearbeid søkte vi igjennom råmaterialet for å se om resultatene som kom frem av analysen, stemte overens med datamaterialet (Malterud, 2017), samt om noe av materialet ikke støttet resultatene som kom frem av analysen. Da vi begge var relativt uerfarne med forskning og gjennomføring av semistrukturerte intervju, kan dette ha preget det første intervjuet vi foretok i større grad enn vi hadde tenkt. Sett i retroperspektiv ser vi at vi ikke i like stor grad som ved de senere intervjuene, klarte å ha en aktivt lyttende rolle som intervjuere, men i stedet var noe mer preget av nervøsitet og anspenthet. Like fullt vil vi argumentere for at studiens validitet ikke er svekket som følge av dette, da det viste seg i analyseprosessen at datamaterialet fra det første intervjuet førte til mye relevant stoff som belyste studiens hensikt og problemstilling. I de påfølgende intervjuene klarte vi å følge opp det informantene kom med, slik at det ble mer dybde i intervjuene. En annen styrke ved studien er den noe ulike forforståelse vi hadde rundt tema. Dette bidro til at vi hadde ulike synspunkt til datamaterialet, og dermed en viss ulikhet i forhold til nærheten til stoffet. Dette gjorde at vi enklere kunne stille oss kritiske til resultatene fra forskjellige hold, noe som øker refleksiviteten i studien. Likevel erkjenner vi at våre holdninger, tanker og ønsker for svangerskapsomsorgen og den fødende kvinnen er av betydning i en forskningsprosess som dette.

Studiens relevans er også av betydning i forhold til validiteten, da relevansen gjennom alle ledd i prosessen kan åpne opp for viktige overveielser angående gyldigheten. Metoden og dens relevans for oppgaven har gitt studien validitet i form av resultatenes rekkevidde og overførbarhet. Relevans beskrives av Malterud (2017) som en vitenskapelig kunnskap som skal bringe noe nytt inn til vitenskapen i form av ny(e) erkjennelse(r) som kan brukes til noe. Resultatene i denne studien er til en viss grad belyst av andre, men det bør legges til rette for mer forskning omkring disse funnene sett fra en jordmors perspektiv. Vi anser likevel kunnskapen som har fremkommet av denne studien som anvendbar og relevant med

muligheter for implikasjoner i utviklingen av jordmorpraksisen. Ønsket om at andre skal kunne dra nytte av denne studien har vært gjennomgående underveis i studien.

5.5 Betydning for praksis

Gjennom studien har det fremkommet at jordmødre opplever en endring i hvordan fødekvinner forbereder seg mentalt til fødsel. Ved å belyse temaet fra en jordmors perspektiv, har studien bidratt til å vise hvordan noen av de som står nærmest fødekvinnen gjennom svangerskapet og fødselen, opplever endringene hos fødekvinnen. Et mål i svangerskapsomsorgen må hele tiden være hvordan omsorgen kan forbedres. Ved å implementere tankesett fra salutogenesen kan man bidra til å gjøre fødselen begripelig, håndterbar og meningsfull (Antonovsky, 1987). Ved å synliggjøre kunnskapsgrunnlaget gjennom blant annet forskning, erfaring og brukerkunnskap (Folkehelseinstituttet, 2015) har studien vist områder for forbedring i svangerskapsomsorgen. Resultatene er tydelige på at blant annet informasjonstilgangen og en opplevelse av at fødekvinnen har bekymringer rundt fødselen, er gjeldende i dagens praksis. Studien viser at det kan være et behov for å rette tiltak inn mot svangerskapsomsorgen for å kunne legge til rette for dagens fødekvinne. Videre foreslås det at det legges ytterligere fokus på fødekvinners tilgang til internett som informasjonskanal, og at ressurser settes inn for at jordmødre skal kunne holde seg oppdatert på informasjonen som er tilgjengelig for de gravide. Det vil være hensiktsmessig med videre forskning på temaet, for å kunne ruste fødselsomsorgen til dagens fødekvinne anno 2022.

6 Konklusjon

I denne studien fant vi at jordmødre opplever en endring hos fødekvinnen i hvordan hun forbereder seg mentalt til fødsel. Endringene besto i tilgang på informasjon med internett og sosiale medier som en sentral rolle. Informasjonsflyten ble sett i sammenheng med økt bekymring blant de gravide. Resultatene viste også at fødselsforberedende kurs har endret seg, hvor jordmødrene påpekte at kursene er blitt mer individualisert. Det ble sett på som bekymringsfullt at denne endringen har gått på bekostning av det sosiale kvinnefellesskapet. Dette kvinnefellesskapet er noe jordmødrene ser på som et viktig bidrag i den mentale forberedelsen. Resultatene viste også at jordmødrene opplever at kvinnene har økte forventinger både til seg selv og til jordmor, og at forventningene om at fødselen skal være vellykket gjenspeilte seg i den mentale forberedelsen til fødsel.

Formidling av informasjon i svangerskapet er en dynamisk prosess som stadig må utvikle seg for å møte kvinners og deres partners behov og forventninger. Å legge til rette for at jordmor kan bidra i kvinnens mentale forberedelse til fødsel kan ut ifra denne studien ses på som hensiktsmessig, samtidig som det er for få informanter til å kunne konkludere med noe. Likevel viser forskning på området viktigheten av å ha en forståelse for at det er et stort informasjonsbehov blant fødekvinner. Fokuset i dette prosjektet har hele tiden vært hvordan studien kan bidra til utvikling i svangerskapsomsorgen. Ved å fokusere på hva funnene i studien kan bidra med for å styrke kvinners mulighet til å gjøre mentale forberedelser, kan man vende dette om til en positiv faktor i å styrke den enkelte fødekvinne. Med en salutogen tilnærming kan man se dette som nye mestringsressurser som kan bidra til å tilrettelegge for en økt helse på kontinuumet mellom dårlig og god helse. Samfunnet er i stadig utvikling og gjennom fagutvikling kan man møte fødekvinnen der hun er i dagens samfunn, og dermed bidra til å øke den generelle kvinnehelsen. Gjennom mental forberedelse kan kvinner få mulighet til å påvirke egen fødsel, noe forskning har vist er viktig for en god fødselsopplevelse.

Dagens fødekvinner er en del av samfunnsutviklingen, og kanskje må vi trykke til vårt bryst det som vår ene informant sa så fint:

“De synes at fødekvinne nå styrer mye, men jeg tenker at det handler om hvor vi er i 2021.

Referanseliste

- Akca, A., Corbacioglu Esmer, A., Ozyurek, E. S., Aydin, A., Korkmaz, N., Gorgen, H. & Akbayir, O. (2017). The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*, 295(5), 1127-1133. 10.1007/s00404-017-4345-5
- Andrews, D. & Humphries, G. (2010). After a Cesarean...What's a Birth Professional to Do? *J Perinat Educ*, 19(2), 11-15. 10.1624/105812410X495505
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health : how people manage stress and stay well* (A Joint publication in the Jossey-Bass social and behavioral science series and the Jossey-Bass health series). San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. & Sjøbu, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (Unraveling the mystery of health). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aune, I., Brøtmet, S., Grytskog, K. H. & Sperstad, E. B. (2021). Epidurals during normal labour and birth — Midwives' attitudes and experiences. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(4), e384-e389. 10.1016/j.wombi.2020.08.001
- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience - Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. 10.1016/j.midw.2015.03.016
- Bakhireva, L. N., Young, B. N., Dalen, J., Phelan, S. T. & Rayburn, W. F. (2011). Patient utilization of information sources about safety of medications during pregnancy. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/51568099_Patient_Utilization_of_Information_Sources_About_Safety_of_Medications_During_Pregnancy
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W. & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health*, 18(1), 1-162. 10.1186/s12978-021-01209-5
- Bjelke, M., Martinsson, A.-K., Lendahls, L. & Oscarsson, M. (2016). Using the Internet as a source of information during pregnancy — A descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery*, 40, 187-191. 10.1016/j.midw.2016.06.020
- Blåka, G. (2002). *Grunnlagstenkning i et kvinnefag : teori, empiri og metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borrelli, S. E., Walsh, D. & Spiby, H. (2017). First - time mothers' choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety. *J Adv Nurs*, 73(8), 1937-1946. 10.1111/jan.13272
- Borrelli, S. E., Walsh, D. & Spiby, H. (2018). First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and 'going with the flow. *Midwifery*, 63, 39-45. 10.1016/j.midw.2018.04.022
- Brodrick, A. (2008). Exploring women's pre-birth expectations of labour and the role of the midwife *Evidence Based Midwifery* Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/270566729_Exploring_women's_pre-birth_expectations_of_labour_and_the_role_of_the_midwife
- Carolan, M. (2007). The project: Having a baby over 35 years. *Women Birth*, 20(3), 121-126. 10.1016/j.wombi.2007.05.004
- Catala, P., Peñacoba, C., Carmona, J. & Marin, D. (2020). Do maternal personality variables influence childbirth satisfaction? A longitudinal study in low-risk pregnancies. *Women Health*, 60(2), 197-211. 10.1080/03630242.2019.1613473

- Christiaens, W. & Bracke, P. (2007). Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective. *BMC Pregnancy Childbirth*, 7(1), 26-26. 10.1186/1471-2393-7-26
- Dahlen, H. G., Barclay, L. M. & Homer, C. S. E. (2010). The novice birthing: theorising first-time mothers' experiences of birth at home and in hospital in Australia. *Midwifery*, 26(1), 53-63. 10.1016/j.midw.2008.01.012
- Dahlen, H. G., Tracy, S., Tracy, M., Bisits, A., Brown, C. & Thornton, C. (2012). Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open*, 2(5), e001723. 10.1136/bmjopen-2012-001723
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave. utg. Metode og oppgaveskriving for studenter). Oslo: Gyldendal.
- Darra, S. & Murphy, F. (2016). Coping and help in birth: An investigation into 'normal' childbirth as described by new mothers and their attending midwives. *Midwifery*, 40, 18-25. 10.1016/j.midw.2016.05.007
- De Santis, M., De Luca, C., Quattrocchi, T., Visconti, D., Cesari, E., Mappa, I., . . . Caruso, A. (2010). Use of the Internet by women seeking information about potentially teratogenic agents. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 151(2), 154-157. 10.1016/j.ejogrb.2010.04.018
- Divall, B., Spiby, H., Nolan, M. & Slade, P. (2017). Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*, 54, 29-34. 10.1016/j.midw.2017.07.020
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö. & Metin Gülmezoglu, A. (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*, 123(4), 529-539. 10.1111/1471-0528.13819
- Downer, T., Young, J. & McMurray, A. (2020). Are we still woman-centred? Changing ideologies, a history of antenatal education in Australia. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 27(6), 634-641. 10.1016/j.colegn.2020.08.008
- Duncan, L. G., Cohn, M. A., Chao, M. T., Cook, J. G., Riccobono, J. & Bardacke, N. (2017). Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 140-140. 10.1186/s12884-017-1319-3
- Fallows, D. (2005). *How Women and Men Use the Internet: PEW INTERNET & AMERICAN LIFE PROJECT*. Hentet fra https://www.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/9/2005/12/PIP_Women_and_Men_online.pdf
- Fisher, C., Hauck, Y., Bayes, S. & Byrne, J. (2012). Participant experiences of mindfulness-based childbirth education: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12(1), 126-126. 10.1186/1471-2393-12-126
- Folkehelseinstituttet. (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Folkehelseinstituttet. (2020). Anestesi/analgesi. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>
- Fox, S. (2007). E-patients With a Disability or Chronic Disease *Pew Internet & American Life Project*. Hentet fra https://www.pewinternet.org/wp-content/uploads/sites/9/media/Files/Reports/2007/EPatients_Chronic_Conditions_2007.pdf.pdf
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

- Gluck, O., Pinchas - Cohen, T., Hiaev, Z., Rubinstein, H., Bar, J. & Kovo, M. (2020). The impact of childbirth education classes on delivery outcome. *Int J Gynaecol Obstet*, 148(3), 300-304. 10.1002/ijgo.13016
- Goodman, P., Mackey, M. C. & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*, 46(2), 212-219. 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x
- Guldbrandsen, C. (2018). Stadig færre føder naturlig. Hentet fra <https://forskning.no/partner-medisiner-svangerskap/stadig-faerre-foder-naturlig/292007>
- Handfield, B., Turnbull, S. & Bell, R. J. (2006). What do obstetricians think about media influences on their patients? *Anzjog*, 46(5). <https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/j.1479-828X.2006.00621.x>
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J. & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, 23(3), 235-247. 10.1016/j.midw.2006.02.002
- Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edfbc7-e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adb7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2018, 02.12.21). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2021, 02.12.21). Metode og prosess. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/metode-og-prosess>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell>
- Hether, H. J., Murphy, S. T. & Valente, T. W. (2014). It's Better to Give Than to Receive: The Role of Social Support, Trust, and Participation on Health-Related Social Networking Sites. *J Health Commun*, 19(12), 1424-1439. 10.1080/10810730.2014.894596
- Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women Birth*, 28(2), e7-e13. 10.1016/j.wombi.2015.01.011
- Hildingsson, I., Karlström, A., Rubertsson, C. & Haines, H. (2019). Women with fear of childbirth might benefit from having a known midwife during labour. *Women Birth*, 32(1), 58-63. 10.1016/j.wombi.2018.04.014
- Hollins Martin, C. J. & Robb, Y. (2013). Women's views about the importance of education in preparation for childbirth. *Nurse Educ Pract*, 13(6), 512-518. 10.1016/j.nepr.2013.02.013
- Howarth, A. M. & Swain, N. R. (2019). Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery*, 70, 100-105. 10.1016/j.midw.2018.12.017
- International Confederation of Midwives (ICM). (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. Hentet fra <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2020). *Forståelse, beskrivelse og forklaring - innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Karlsdottir, S. I., Halldorsdottir, S. & Lundgren, I. (2014). The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scand J Caring Sci*, 28(2), 315-327. 10.1111/scs.12061
- Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1), 251-251. 10.1186/s12884-015-0683-0
- Koushede, V., Brixval, C. S., Axelsen, S. F., Lindschou, J., Winkel, P., Maimburg, R. D. & Due, P. (2013). Group-based antenatal birth and parent preparation for improving birth outcomes and parenting resources: Study protocol for a randomised trial. *Sex Reprod Healthc*, 4(3), 121-126. 10.1016/j.srhc.2013.08.003
- Kunnskapsdepartementet. (2020). Etikk i forskning. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Lagan, B. M., Sinclair, M. & George Kernohan, W. (2010). *Internet Use in Pregnancy Informs Women's Decision Making: A Web-Based Survey*. Malden, MA :.
- Lagan, B. M., Sinclair, M. & Kernohan, W. G. (2011a). A web-based survey of midwives' perceptions of women using the Internet in pregnancy: a global phenomenon. *Midwifery*, 27(2), 273-281. 10.1016/j.midw.2009.07.002
- Lagan, B. M., Sinclair, M. & Kernohan, W. G. (2011b). What Is the Impact of the Internet on Decision-Making in Pregnancy? A Global Study. *Birth*, 38(4), 336-345. 10.1111/j.1523-536X.2011.00488.x
- Larsson, M. (2009). A descriptive study of the use of the Internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery*, 25(1), 14-20. 10.1016/j.midw.2007.01.010
- Lindström, B., Eriksson, M. & Sjøbu, A. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv* (The hitchhiker's guide to salutogenesis). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Macsali, F., Engjom, H., Stangenes, K., Klungsøyr, K. & Júlíusson, P. B. (2021, 08.07.21). 2020-tallene fra Medisinsk fødselsregister. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/2020-tallene-fra-medisinsk-fodselsregister/>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J. & Esakoff, T. F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*, 43(2), 144-150. 10.1111/birt.12226
- Mæland, E. (2016). Slutt å bruk begrepet flink pike. Hentet fra <https://forskning.no/barn-og-ungdom-depresjon-forebyggende-helse/slutt-a-bruk-begrepet-flink-pike/437267>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
- Neerland, C. E., Avery, M. D., Saftner, M. A. & Gurvich, O. V. (2019). Maternal confidence for physiologic birth: Associated prenatal characteristics and outcomes. *Midwifery*, 77, 110-116. 10.1016/j.midw.2019.07.004
- Nilsen, S., Malterud, K., Werner, E. L., Mæland, S. & Magnussen, L. H. (2015). GPs' negotiation strategies regarding sick leave for subjective health complaints. *Scand J Prim Health Care*, 33(1), 40-46. 10.3109/02813432.2015.1001943

- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nurs Res Pract*, 2013, 349124-349126. 10.1155/2013/349124
- Nolan, M. L. (2009). Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies. *J Perinat Educ*, 18(4), 21-30. 10.1624/105812409X474681
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribes.
- Nottingham-Jones, J., Simmonds, J. G. & Snell, T. L. (2020). First-time mothers' experiences of preparing for childbirth at advanced maternal age. *Midwifery*, 86, 102558-102558. 10.1016/j.midw.2019.102558
- Nygård, G. (2021). 35 prosent har høyere utdanning. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/utdanningsniva/statistikk/befolkningens-utdanningsniva/artikler/35-prosent-har-hoyere-utdanning>
- ordnett.no. (2022). ordnett.no. Hentet fra <https://www.ordnett.no/search?language=en&phrase=mental+preparation>
- Rijnders, M., Baston, H., Schonbeck, Y., van der Pal, K., Prins, M., Green, J. & Buitendijk, S. (2008). Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands. *Birth*, 35(2), 107-116. 10.1111/j.1523-536X.2008.00223.x
- Romano, A. M. (2007). A Changing Landscape: Implications of Pregnant Women's Internet Use for Childbirth Educators. *J Perinat Educ*, 16(4), 18-24. 10.1624/105812407X244903
- Rummelhoff, T. W. & Semundseth, B. (2022). Mental trening før fødsel. *Tidsskrift for jordmødre*.
- Sanders, R. A. & Crozier, K. (2018). How do informal information sources influence women's decision-making for birth? A meta-synthesis of qualitative studies. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 21-21. 10.1186/s12884-017-1648-2
- Sayakhot, P. & Carolan-Olah, M. (2016). Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 65-65. 10.1186/s12884-016-0856-5
- Sitras, V., Benth, J. S. & Eberhard-Gran, M. (2017). Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study. *PLoS One*, 12(10), e0186564-e0186564. 10.1371/journal.pone.0186564
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K. & Houghton, G. (2019). Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 96-96. 10.1186/s12884-019-2241-7
- Sletteland, N. (2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Southby, C., Cooke, A. & Lavender, T. (2019). 'It's now or never'—nulliparous women's experiences of pregnancy at advanced maternal age: A grounded theory study. *Midwifery*, 68, 1-8. 10.1016/j.midw.2018.09.006
- Store norske leksikon. (2022). Mental Hentet fra <https://snl.no/mental>
- Taylor, R., Page, A., Morrell, S., Harrison, J. & Carter, G. (2005). Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Soc Sci Med*, 61(7), 1551-1559. 10.1016/j.socscimed.2005.02.009
- UiT Norges arktiske universitet. (2019). Retningslinjer for personvern i forskings- og studentprosjekt. Hentet fra https://uit.no/forskning/art?p_document_id=604029&dim=179056#kap17
- Uludag, E. (2021). *The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind*

- randomized controlled study: The effect of nursing care on the labor process and cost.* Washington, D.C. .:
- Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., . . . Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth - a systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1), 285-285. 10.1186/s12884-019-2365-9
- Vickery, M., van Teijlingen, E., Hundley, V., Smith, G. B., Way, S. & Westwood, G. (2020). Midwives' views towards women using mHealth and eHealth to self-monitor their pregnancy: A systematic review of the literature. *Eur J Midwifery*, 4(September), 36-11. 10.18332/ejm/126625
- Walker, D. S., Visger, J. M. & Rossie, D. (2010). Contemporary Childbirth Education Models. *J Midwifery Womens Health*, 54(6), 469-476. 10.1016/j.jmwh.2009.02.013
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A. & Small, R. (2014). Women's experiences of labour pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery*, 30(9), 1029-1035. 10.1016/j.midw.2014.04.005
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M.-A. & Small, R. (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 157-157. 10.1186/s12884-017-1343-3
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wifstad, Å. (2019, 31 oktober). Vitenskapsteori. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2019/09/vitenskapsteori>
- World Health Organization. (2005). *World health report 2005: make every mother and child count*. Hentet fra https://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf
- World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

Vedlegg 1

Intervjuguide, semistrukturert dybdeintervju

Hensikten med studien er å få kunnskap om jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel.

Forskningsspørsmål

Med bakgrunn i hensikten med prosjektet har vi utarbeidet en problemstilling:

Opplever jordmor at kvinners mentale forberedelse til fødsel har endret seg, og eventuelt på hvilken måte?

Spørsmål og punkter vi ønsker å komme inn på i samtalen:

- Hva legger du i å være mentalt forberedt til fødsel?
- Hva er din erfaring med kvinners mentale forberedthet til fødsel over 10 år tilbake?
- Hvordan opplever du at denne er nå?
- Om dette har endret seg, hva ser du på som den største/viktigste endringen?
- Opplever du endringen som positiv eller negativ, kan du utdype svaret?

Vedlegg 2

INFORMASJONSSKRIV/SAMTYKKESKJEMA

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel”

Vi er to studenter ved Master i jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet. Vi er i gang med vårt masterprosjekt og ønsker å fordype oss i jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel. I den forbindelse ønsker vi å rekruttere deg til å dele dine subjektive erfaringer rundt dette med oss, og vi setter stor pris på om du kan tenke deg å delta.

I dette skrivet vil vi informere om målene for prosjektet og hva det vil innebære for deg å delta.

Formål

Dette er en masteroppgave i regi av UiT Norges arktiske universitet, hvor det vil bli utført et selvstendig og veiledet vitenskapelig arbeid i jordmorfag. Hensikten med masteroppgaven er at studenten(e) skal demonstrere innsikt, forståelse og ferdigheter i vitenskapelig forskningsmetode og forskningsetiske prinsipper.

Hensikten med vår studie er å få kunnskap om jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel. Det er utarbeidet følgende problemstilling for forskningsprosjektet:

Opplever jordmor at kvinners mentale forberedelse til fødsel har endret seg, og eventuelt på hvilken måte?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges arktiske universitet gjennom veileder Ingvild Aune, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det er foretatt et utvalg av jordmødre med yrkeserfaring på 10 år eller mer fra fødeinstitusjoner i Norge. Videre er inklusjonskriterier at jordmor skal være eller har vært fast ansatt i minimum 75 % stilling i fødselsomsorgen i Norge.

Hva innebærer det for deg å delta?

Om du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et intervju. Det vil ta deg ca. 45-60 minutter. Intervjuet vil inneholde spørsmål knyttet til problemstillingen og du vil kunne være bidragsytende til å kunne besvare denne med dine subjektive erfaringer. Dine svar fra intervjuet vil blitt tatt opp på lydopptak og lagret elektronisk gjennom UiT Norges arktiske universitet sitt eget OneDrive 365-område. Etter intervjuet vil lydfilen transkriberes fra lyd til tekst på bokmål, og deretter analyseres datamaterialet for påfølgende arbeid av prosjektet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Studentene i prosjektet vil ha tilgang til lydopptak og det transkriberte datamaterialet. Studentenes veileder, vil kun ha tilgang til det transkriberte datamaterialet, samt det videre produktet forbundet med masteroppgaven. Under transkribering av intervju og analyse vil det bli benyttet ulike koder for å anonymisere informanter og intervjuer.

Deltakere på studien vil ikke kunne gjenkjennes og alle informanter vil anonymiseres underveis i prosessen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene er anonymisert gjennom hele prosjektperioden, og data vil slettes ved prosjektslutt i mai 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- UiT Norges arktiske universitet ved prosjektleder Ingvild Aune på telefon 90656714 eller e-post: ingvild.aune@ntnu.no eller studenter Katrine Pedersen på telefon 99269496 eller e-post: kpe062@uit.no og/eller Marthine Skogfelt på telefon 41420633 eller e-post: msk145@uit.no
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, e-post: personvernombud@uit.no, tlf: 776 46 322 (personvernombud hos UiT Norges arktiske universitet).

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

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

Med vennlig hilsen

Ingvild Aune

(Forsker/veileder)

Katrine Pedersen & Marthine Skogfelt

(studenter)

Muntlig samtykkeerklæring

Det vil bli innhentet muntlig samtykke med datainnsamlingsverktøyet www.nettskjema.no for å sikre personvernet. Følgende tekst leses opp:

Jeg, (*fult navn*), har mottatt og forstått informasjon om prosjektet” **Jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel**”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i dag den, (*dato*), til å delta i intervju og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Vedlegg 3



Vurdering

Referansenummer

632208

Prosjekttittel

Kunnskap om jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingvild Aune , ingvild.aune@ntnu.no, tlf: 90656714

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Marthine Skogfelt , msk145@uit.no, tlf: 41420633

Katrine Pedersen, kpe062@uit.no, tlf: 99269496

Prosjektperiode

23.08.2021 - 31.05.2022

Vurdering (1)

30.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 30.08.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.05.2022

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

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

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4

08.03.2022, 13:27 NSD - Datahåndteringsplan

Kunnskap om jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel

Hensikten med studien er å få en fordypet kunnskap om jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelser til fødsel. Det er valgt en kvalitativ studie for prosjektet med semistrukturerte intervju for å få frem jordmødres subjektive erfaringer.

Fagområder

Medisinske fag

Forskningsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektvarighet

09.08.2021 — 06.03.2022

Formål

Formålet med prosjektet er å få kunnskap om jordmors erfaring om kvinners mentale forberedelse til fødsel.

Nytteverdi

Jordmødre, fødekvinne og fødselsomsorgen som helhet kan ha nytte av dataene ved at det kan komme frem data som gjør at noe bør endres eller opprettholdes som det er i dag.

Etiske retningslinjer

Generelle forskningsetiske retningslinjer

Helseforskningsloven

Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt

Opphavs- og eiendomsrett

UiT Norges arktiske universitet

Semistrukturerte dybdeintervju av jordmødre Beskrivelse

Vi skal gjennomføre semistrukturerte dybdeintervju av jordmødre. Datamaterialet vil bestå av transkribert innhold av lydopptak fra intervjuene. Datamaterialet vil bli behandlet i samsvar med UiT Norges arktiske universitet sine retningslinjer for sikker datahåndtering.

Datatype

Lyd

Språk

Norsk bokmål

<https://dmp.nsd.no/plan/0a00031d-79f1-1e46-817b-629436351a18/export> 1/3

08.03.2022, 13:27 NSD - Datahåndteringsplan

Nøkkelord

Jordmor, Fødselsforberedende kurs, mentale forberedelser

Data om personer

Ja

Er det noen andre grunner til at dataene dine trenger ekstra beskyttelse?

Nei

Kategorier av personopplysninger

Alminnelige

Utvalgets størrelse

6

Konfidensialitetsklassifisering

Intern

Innsamlingsperiode

01.09.2021 — 12.12.2021

Innsamlingsenheter

UiO Nettskjema

Datakvalitet

Intervjuene skal tas opp på Diktafon-appen til UiO Nettskjema. Det skal tas opp lyd på to ulike enheter for å sikre materialet. Lydfilene transkriberes direkte etter intervjuet og lagres på UiT Norges arktiske universitet sitt Office 360-område med tofaktorautentisering.

Metode

Intervju, Opptak, Transkripsjon

Størrelse

100 MB

Format

pdf

Programvare

Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering

Navnekonvensjoner

Lydfilene lagres etter dato. Det transkriberte materialet lagres med "Informant 1, 2 osv".

Lagring

PC - Fellesområde, institusjon

<https://dmp.nsd.no/plan/0a00031d-79f1-1e46-817b-629436351a18/export 2/3>

08.03.2022, 13:27

Overføring

E-post, institusjon

Arkivering

Ja

Grad av åpenhet

Åpent

Embargo

04.03.2022

NSD - Datahåndteringsplan

<https://dmp.nsd.no/plan/0a00031d-79f1-1e46-817b-629436351a18/export>

