

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH 470

Navn på kandidat: Janne Hagen Klevan

”Alt sitter jo i hodet da egentlig”

” Actually, everyting is in your mind”

En kvalitativ studie med fokus på kvinnens psykiske omstillingsprosess, fra ønske om planlagt keisersnitt- til troen på enge fødekrefter og vaginal fødsel.

A qualitative study focusing on women`s psychological adjustment process from the desire for cesarean section to vaginal delivery.

Dato: 21/4-17

Totalt antall sider: 47



www.nord.no

Forord

Da er en lang, lærerik og spennende prosess over. Det er flere som fortjener en stor takk. Den største takken vil jeg gi til mine informanter som har gitt meg innblikk i sine tanker og opplevelser. Så stor takk til de 4 kvinnene.

En stor takk rettes også til min veileder, Siv Grav ved Nord Universitet Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, som har guidet meg gjennom dette prosjektet på en trygg og god måte. Tusen takk for konstruktiv og viktig tilbakemelding gjennom hele prosessen.

Dernest vil jeg takke Unn Dahlberg for oppmuntring og faglige innspill. Likeså til mine jordmorkolleger for gode og engasjerende diskusjoner. Til min venninne Sissel Bakken for korrekturlesing og Tony Beck for datateknisk hjelp.

Så vil jeg takke min kjære ektemann som tålmodig og kritisk har hørt på høytlesing av tekst og kvalitetssikret mine engelske oversettelser. Tusen takk.

Hell, april 2017

Janne Hagen Klevan.

Sammendrag

Introduksjon:

Hensikten med masteroppgaven var å beskrive den psykiske omstillingsprosessen der barrierer brytes fra ønsket om keisersnitt til vaginal fødsel.

Metode og materiale:

Dette er en kvalitativ studie der empirien er innhentet ved hjelp 4 semistrukturerte forskningsintervju. Datamaterialet er analysert etter inspirasjon av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (2004). Teoretisk referanseramme blir belyst ved hjelp av begrep som angst, mestring og Salutogenese.

Resultat:

På bakgrunn av den kvalitative analysen kommer det frem 3 tema: Barrierer assosiert med kvinnen selv, barrierer assosiert med jordmor og barrierer assosiert med organisasjon.

Konklusjon:

For å kunne mestre en psykisk omstillingsprosess kreves det motivasjon og mobilisering fra fødekvinnen.

Nøkkelord:

Fødselsangst, keisersnitt, unnvikelse, barrierer, omstillingsprosess, mestring.

Summary

Introduction:

The aim of this study: Describe the psychological adjustment process where barriers are broken from the desire for cesarean section to vaginal delivery.

Method and Matreal:

A qualitative study using semi- structured interviews of 4 women. Data Collection is analyzed by inspiration of Graneheim and Lundmans content analysis (2004). Theoretical framework is illustrated by words anxiety, coping and Salutogenese.

Results:

On the basis of the qualitative analysis it emerges 3 themes: Barriers associated with the woman herself, barriers associated with midwife and barriers associated with organization.

Concluding:

In order to cope with a mental process of change requires motivation and mobilization of childbearing women.

Keywords:

Fear of Birth, Cesarean Section, Evasion, Barrier, Restructing process, coping.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Barnefødsel som psykisk prosess	1
1.1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling	5
1.1.2 Oppgavens oppbygging	5
1.1.3 Begrepsavklaring	5
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	7
2.1 Angst.....	7
2.1.1 Fødselsangst.....	8
2.2 Mestring, stress og vurdering.....	9
2.2.1 Salutogenese	11
3.0 METODE.....	14
3.1 Valg av metode	14
3.2 Semistrukturert forskningsintervjuet	14
3.2.1 Utvalg og utvalgsriterier	15
3.3 Datasamling	16
3.3.1 Intervjuguide.....	16
3.3.2 Gjennomføring av intervju.....	17
3.3.3 Intervjuets kontekst.....	17
3.4 Databearbeiding	18
3.4.1 Transkribering av intervju	18
3.4.2 Valg av analyse.....	19
3.4.3 Analyseprosess.....	19
3.5 Forskningsetikk.....	21
4.0 RESULTAT	23
4.1 Barrierer assosiert med den fødende selv	23
4.2 Barrierer assosiert med jordmor	27
4.3 Barrierer assosiert med organisasjon	29
5.0 DISKUSJON.....	31
5.1 Metodediskusjon.....	42
5.1.1 Kvalitativ tilnærming.....	42
5.1.2 Troverdighet.....	42
5.1.3 Bekreftbarhet	43
5.1.4 Overførbarhet.....	43

5.1.5 Pålitelighet	44
5.2 Forskerollen	44
5.2.1 Implikasjon for praksis og videre forskning	45

Litteraturliste:.....

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse

Vedlegg 3: REK godkjenning

Vedlegg 4: Utdrag av kondenserte meningsenheter

1.0 INTRODUKSJON

1.1 Barnefødsel som psykisk prosess

Brudal (2000) sier at kvinnen er i en utviklingskrise under svangerskapet. Hun viser til Eriksons teori som hevder at mennesket i alt går igjennom 8 trinn i utviklingen fra fødsel til død. Dette innebærer alt fra kroppslige forandringer til utvikling av identitet, selvstendighet, intimitet, initiativ og arbeidsevne. Erikson beskriver det å bli voksen og bli foreldre som det 7. trinnet. Et trinn som først og fremst er knyttet til det å lede slekten videre. Det 8. trinnet er beskrevet som egointegritet. I det ligger integritet og aksept av eget livsløp, og en forsonende holdning til livet og egen skjebne. Om man ikke vokser seg inn i det 8. trinnet, kan resultatet bli et uferdig forhold til livet og også en stadig frykt for døden. Det å vente barn, å føde og ta hånd om en nyfødt utfordrer kvinnen på komponenter som forståelse, mestring og mening. Kvinnen kan komme i kontakt med tanker og følelser som kan tolkes som ukjente og uforståelig.

Tokologi står for læren om fødsel og det er selve fødselen som er det sentrale i perinatalperioden. Mye står og faller på fødselens forløp både fysisk og psykisk. Dette er for mange kvinner en stor utfordring. Brudal (2000) skriver at man lenge har vært klar over at det å føde barn kan gi en sterk frykt. Angsten for fødsel kan føre til fødselsfobi. Fobien kan i enkelte tilfeller bli så stor at kvinnen har et sterkt og tvingende ønske om å unngå situasjonen.

En barnefødsel kan beskrives igjennom en medisinsk journal og kvinnens egen indre journal. Brudal (2000) sier at disse to fremstillingene iblant ikke stemmer over ens. Det avgjørende er hvordan den fødende har opplevd å mestre situasjonen. Dersom kvinnen opplever at situasjonen er ute av kontroll, kan den gravide oppleve det Antonovsky (2014) beskriver: Når mestringen, som er en av de viktigste faktorene for psykisk balanse faller bort, brytes sammenhengen og kvinnen går inn i krise. I Halvorsen et.al, (2008) sin studie anga kvinnene med angst for fødsel, at de tidligere ikke var blitt hørt eller tatt på alvor. Det å snakke om frykten hadde hjulpet, men det var ingen lett

oppgave. Psykisk stress kan føre til komplikasjoner under graviditet og fødsel. Dette kan igjen kan føre til at kvinnen styres av unnvikelsesstrategier. Unnvikelsen kan bli en barriere som overskygger troen på egen mestring og kvinnen kan hindres i å se konsekvensen av sine valg.

Frekvensen av keisersnitt har siden 1970 – tallet økt sterkt både i Norge og hele den vestlige verden. En mer liberal holdning til kvinnens eget ønske om keisersnitt uten medisinsk årsak kan synes å være en av årsakene. Halvorsen et al (2008) viser til at 7-9 % av alle keisersnitt blir utført uten medisinsk indikasjon. Dette er tall hentet fra Norge, Danmark og Storbritannia. Det vises også til at 20% av alle gravide har en eller annen form for frykt rettet mot fødsel. Fødselsangst er ofte relatert til tidligere negative hendelser, men også generell angst, depresjon og overgrep kan være bakenforliggende årsaker. Tidligere egne fødselsopplevelser eller mistillit til helsepersonell er stort sett angitt som grunn. Fødselsangst er ofte ledsaget av ønske om å bli forløst ved planlagt keisersnitt. Et keisersnitt er forbundet med økt risiko. Fuglenes, et al (2011) viser til økt risiko for blødninger, infeksjoner, postoperative komplikasjoner og risiko for ugunstig plassering av placenta og uterusruptur ved senere svangerskap.

Nilsson et.al (2010) sier at ” Birth trauma is in the eye of the beholder”; Fødselsangsten er en subjektiv opplevelse. Det vises til at kvinnene føler at de ikke hadde plass i sin egen fødsel og at de heller ikke hadde mulighet til å ta denne plassen. Det vises også til at kvinner satt igjen med negative erfaringer uten å kunne sette ord på noe konkret. Hummelvoll (2014) sier at vi lever i en tid med økt opplevelse av angst og uro, selv om angst har oppstått til alle tider der menneskers eksistens har vært truet. Han sier videre at vi også lever i en tid der vi kanskje er i ferd med å gjøre oss avhengig av teknologiens makt. Til tross for dette, har vi aldri tidligere hatt så liten indre sikkerhet om vår egen væren. Jo mer den objektive sannhet øker, desto mer reduseres vår indre visshet. Angst kan stimulere til handling, men blir den for omfattende, vil den virke forkrøplende.

Pågangen av kvinner som ønsker seg keisersnitt uten medisinsk indikasjon oppfattes ofte som en utfordring og et dilemma. Kvinner i Norge har ikke juridisk rett til

selvbestemt keisersnitt, men pasientrettighetsloven § 3,1(Lovdata, 2011) gir rom for at kvinnens stemme skal høres. Personlig erfaring tilsier at jordmødre og leger kan komme til kort i møte med disse kvinnene. Utfordringen ligger ofte i å ivareta det medisinske forsvarlige, lavest mulig risiko for mor og barn og kvinnens rett til autonomi.

Nationalt Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2014) presenterer kliniske retningslinjer for fødselsomsorgen. Retningslinjene gjelder for friske kvinner som føder til termin, da mellom uke 37 og 42. Med utgangspunkt i at fødselen er en normal fysiologisk prosess, skal intervensjon ikke tilbys uten medisinsk indikasjon. Fødselens fysiologiske prosessen er i hovedsak styrt av et komplekst hormonelt samspill, der oksytocin spiller en vesentlig rolle for fremgangen i fødsel. På samme tid forbereder kroppen seg på å håndtere risikofaktorene ved utskillelse av endorfiner. Buckley, (2015) hevder at denne prosessen lett kan påvirkes av ytre faktorer som for eksempel ved bruk av medikamentell smertelindring. Når smerten reduseres vil oksytocinnivået falle og risikofaktorene avta. Redusert fremgang i fødselsforløpet øker sjansen for ny intervensjon, som kan utsette kvinnen for økt psykisk belastning i form av operative intervensjoner som tang, vakuumpompe og keisersnitt. I Halvorsen et al, (2008) vises det til at psykisk stress også kan påvirke fødselsprosessen med økt utskillelse av stresshormoner.

Normal fødsel er forbundet med mange fordeler for mor og barn: Redusert risiko for store blødninger etter forløsning (Davis et al, 2012), forlenget amming (Brown & Jordan, 2013) og bedre tilknytning mellom mor og barn (Moore, et al, 2012). Klingeland et al, (2010) hevder at normale fødselen kan ha innvirkning på, og styrke kvinnens bemyndigelse, styrke troen på egen mestring og økte trygghetsfølelsen i morsrollen.

Tidligere forskning viser at relasjon mellom fødekvinnen og jordmor er en særdeles viktig faktor for fødekvinnen generelt (Dahlberg, 2015) og kanskje kvinner med fødselsangst spesielt. Fødselssituasjonen bringer kvinnen inn i en meget sårbar situasjon. Fødselsprosessen aktiverer kvinnens sanseapparat som fører til at kvinnen blir klar for både verbal og nonverbal kommunikasjon (Brudal, 2000). Dersom relasjonen er

i varetatt på en god måte, kan det øke kvinnens opplevelse av mestring. Ford (2008) finner i sin studie at opplevelse av empati og tilstedeværelse fra jordmor gav kvinnen bedre opplevelse av kontroll og redusert angst. Behov for en til en - oppfølging igjennom fødselen er ønskelig for å øke graden av positive opplevelser i nyfødtperioden. Leap et al. (2010) sier at en trygg relasjon til jordmor gir kvinnen økt mestring og redusert smerteopplevelse, samt opplevelse av glede og mestringsfølelse etter fødsel. Gagnon, (2011), Aune et al (2012) Nilsson et al (2013) og Sandall et al (2013) viser alle til at styrket selvfølelse i forbindelse med fødselen kan åpne for personlig vekst og utvikling hos kvinnen. Mestringsopplevelsen er knyttet opp mot erfaringen av å ha en tilstedeværende, tillitsfull og trygg relasjon. Aune et al (2015) sier at en trygg relasjon fører til tillit og psykisk styrke, noe som er positivt i forhold til hvordan kvinnen håndterer den normale fødselen.

Om man ser på det motsatte, der relasjonen har en hemmende struktur, kan det føre til utvikling av frykt, angst og PTSD. Nicholls and Ayers (2007) og Claire et. al. (2010) hevder at smerteopplevelse, negative tanker om fødselen, tap av kontroll, manglende medbestemmelse og forventninger som ikke blir møtt, ser ut til å være årsaken til negative opplevelser knyttet til fødsel. Sawyer and Ayers (2007) angir at veksten av PTSD etter barnefødsler er lik, sammenlignet med andre traumatiske livshendelser. Garthus-Niegel et al (2012) viser til at den subjektive opplevelsen av fødselen ser ut til å ha større betydning for risikoen for utvikling av PTSD enn faktiske komplikasjoner som tilkommer underveis, som blødninger og rifter.

Litteraturgjennomgang viser til forskning rettet mot å styrke relasjonen mellom fødekvinne og jordmor og hvor viktig det er for fødekvinnen. Likeså finner man forskning på hvordan en hemmende relasjon har negativ effekt på fødselsopplevelse. Oppfattelsen er at mestring både styrkes og svekkes i relasjonen til jordmor. I søken etter tidligere forskning finnes mindre om hvordan kvinnen selv skal på banen og jobbe med seg selv. I et helsefremmende perspektiv handler dette om å styrke sin kapasitet når det gjelder egen motstandskraft, det vil si at det fremmes kunnskap om egen mestring og motivasjon til deltagelse i eget liv (Antonovsky, 2014). Målet med denne

masteroppgaven er å rette søkelyset mot kvinnen selv. Jeg ønsker å se på hvordan selvrefleksjon, motivasjon og mobilisering kan føre til en psykisk omstillingsprosess.

1.1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling

Denne studien er en kvalitativ studie med fokus på kvinnens subjektive opplevelse knyttet til fødselsangst og mestring av forløsningen. Hensikten med masteroppgaven er å beskrive den psykiske omstillingsprosessen der barrierer brytes fra ønsket om keisersnitt til vaginal fødsel.

1.1.2 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygd opp i IMRaD struktur. Videre i kapittel 1 kommer først noen begrepsavklaringer. I kapittel 2 presenteres det teoretiske grunnlaget for studien. Studiens forskningsdesign er utgangspunkt for valg av teori. Hovedkategorier er angst, mestring og salutogenese. Under kapittel 3 blir metoden som er benyttet i masteroppgaven presentert. Kapittel 4 viser resultatet og under kapittel 5 diskuteres resultatet opp i mot teoretiske grunnlaget. Videre presenteres metodediskusjon, forskerrollen og Implikasjon for praksis og videre forskning

1.1.3 Begrepsavklaring

Salutogenese, er et begrep som har sitt utspring i stressteori og består av tre viktige komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette samles til begrepet ”opplevelse av sammenheng” (OAS) (Antonovsky, 2014). Helsefremmende arbeid er definert på denne måten av WHO: en prosess som gjør folk i stand til å få økt kontroll over og styrke sin egen helse. Helsefremmende arbeid er ikke å manipulere eller tvinge folk til å handle på en spesiell måte, men å styrke individet slik at det kan gjøre beviste valg (revise f 65).

Posttraumatisk stressyndrom er i oppgaven forkortet til PTSD. Bruda (2000) sier at PTSD kan oppstå i etterkant av sjokk eller traume om man ikke umiddelbart får mulighet til å sette ord på opplevelsen og fremstille den som en sammenhengende historie.

Begrepet empowerment kan på norsk oversettes til bemyndigelse. Begrepet gir uttrykk for menneskers styrke og egenkraft (Sørensen et al, 2002).

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

For å synliggjøre den psykiske omstillingsprosessen er det lagt vekt på angsten, mestring og Salutogenese. Angsten representerer prosessen fødekvinnen er inne i og mestring representerer omstillingen fra ønske om keisersnitt til faktisk å gå inn i en vaginal fødsel. Det vises først til generell angst og så til fødselsangst. Dernest presenteres mestringsteori og Salutogenese. Salutogenese refererer til det helsefremmende perspektiv.

2.1 *Angst*

Hummelvoll (2014) sier at angst og redsel alltid har fulgt menneskene. Det er på sett og vis den prisen vi må betale for å være ”menneske”. Mennesket kan føle angst allerede fra fødselen av, og det er de virkemidler det tilegner seg for å bekjempe angsten som danner grunnlaget for dets personlighet. Det er mange former for angst, og den har mange grader og forkledninger. Nøkkelen til å forstå angsterfaringen er at den dreier seg om trussel. Jo større trusselen oppfattes, reell eller ikke, jo sterkere angst. Angst er et spesifikt menneskelig fenomen som bidrar til å definere hvem vi er på et gitt tidspunkt.

Angst er en høyst personlig opplevelse, som kan beskrives som en indre uro (Ibid). Det kan også være vanskelig å gi en konkret beskrivelse på hva en egentlig er urolig for. Noen kan også beskrive angsten som kvelende, press i brystet og eller trykk i magen. Den vedvarende indre uroen som man føler at man ikke kan hankses med, kan føre til opplevelse av hjelpeløshet.

Forandringer kan også ses på det fysiologiske plan:

- Økt adrenalinutskillelse fra organismen
- Økning av glukoseinnholdet i lever
- Tiltagende pulsfrekvens
- Tiltagende respirasjonsstyrke
- Temperaturforandringer
- Økt trang til vannlating
- Menstruasjonsforandringer
- Blodtrykksforandringer

Det er normalt å kjenne angst for ukjente og nye utfordringer. For friske mennesker er det typisk at fryktfølelsen forsvinner når den fremkallende opplevelsen er overstått. Angst kan også lett overføres mennesker i mellom, som for eksempel fra foreldre til barn.

Angst deles inn i flere kategorier fra mild, moderat, sterk og til panikkangst. Den milde angsten virker å være positiv i den forstand at sansene skjerpes og læreevnen øker. Hummelvoll (2014) sier at det ved panikkangst er vanskelig for personen å oppfatte noe annet en sin egen angst, det tilkommer oppsplitting av de integrerende egofunksjoner, det vil si bevissthet, hukommelse, personlig identitet og persepsjon av omgivelsene. Personer blir rådvill og intens selvoppslukt. Det kan oppstå en følelse av uvirkelighet, tankeflukt, forvirring og frykt.

2.1.1 Fødselsangst

Brudal (2000) sier at kvinnen som opplever en traumatisk fødsel, der hun ikke har mulighet til å bearbeide hendelsen gjennom samtale, kan oppleve sterk uro. Likeså kan tidlige abort, spiseforstyrrelser og overgrep skape psykisk ubalanse. Mangel på tiltro

til fødselshjelper, manglende tro på egen mestring, frykt for tap og skade relatert til egen eller barnets helse, og frykt for fødselssmerte er bakenforliggende årsaker. Barnefar som opplever situasjonen som traumatisk kan også oppleve sterk angst. Denne angsten kan også projiseres til kvinnen.

- Situasjonen oppleves som sjokkartet, grensesprengende, livstruende.
- Situasjonen gjenoppleves på en intens og tvangspreget måte- for eksempel som mareritt.
- Unngåelse av situasjoner eller stimuli som kan forbindes med traume.
- Vedvarende symptomer på uro- for eksempel søvnløshet og rastløshet.

Dette beskrives som tegn på utvikling av posttraumatisk stressyndrom (PTSD) (Brudal, 2000). Fødselsangst har mange former, alt fra moderat angst der det er vanskelig å skille mellom den normale spenningen som kvinnen har før fødsel og angstbegrepet, til sterk og lammende angst som fører til at kvinnen har et tvingende ønske om å unngå situasjonen (Brudal. 2000).

2.2 Mestring, stress og vurdering

Lazarus teori er inspirert av kognitiv teori og humanistisk psykologi. Kognitiv teori innebærer studier av menneskers informasjonsprosesser. Det vises til at atferd er en funksjon av person og situasjon, der forholdet mellom hvordan man tenker og handler i en gitt situasjon utgjør mestringsbegrepet. Individets tanker og reaksjoner på trusler, farer eller andre situasjoner som oppleves som stressende er varierende fra individ til individ. Lazarus og Folkman (1984) sier at det som for noen kan oppleves som håndterbart, kan for andre oppleves som truende og farlig. Den enkeltes tolkning av situasjonen vil påvirke hva man tenker og gjør, noe som igjen kommer til uttrykk i hvordan man forholder seg til seg selv og omgivelsene.

Mestring defineres som den stadige foranderlige kognitive og atferdsmessige innsatsen man legger ned for å håndtere spesifikke eksterne eller interne krav, som balanserer

eller overstiger personens resurser. Ut fra dette kan mestring ses på som et flerdimensjonalt fenomen som både er foranderlig og stabilt. Lazarus oppfatter at mestring er en prosess og ikke en egenskap personen innehar. Mestring krever altså mobilisering. Det vises til at mestringsbegrepet inkluderer alt en person gjør eller tenker for å prøve å håndtere stress, uavhengig om resultatet er positivt eller negativt. Ut i fra dette blir Lazarus perspektiv på mestring synonymt med ”å leve med”.

Det skilles mellom problemorientert og følelsesorientert mestring (Lazarus og Folkman, 1984). Problemorientert fokus omhandler alle handlinger som er konstruktivt rettet mot situasjonen man er oppi. Handlingen er da rettet mot å gjøre noe med stresskilden. Følelsesorientert mestring er rettet mot å regulere de følelsesmessige konsekvensene av situasjonen. Uavhengig av hvilken strategi man velger er målet at man skal dempe eller fjerne stress. Ut i fra dette vil strategien vise seg i de valg man tar. Det er vanskelig å skille problemorientert og følelsesorientert mestring fra hverandre, da man ofte bruker begge strategiene i en og samme situasjon.

Tolkningsbegrepet står sentralt i Lazarus teori. Interaksjonen mellom person og miljø hvor den subjektive opplevelsen balanserer mellom krav og ressurser står sentralt for opplevelse av mestring. Lazarus og Folkman (1984) refereres til tre komponenter vedrørende kognitiv vurdering: Primær tolkning, sekundær tolkning og retolking. Ved den primære tolkningen vurderer personen om situasjonen er relevant, medfører stress eller kan dette føre til noe positivt. Ved vurdering av stress inkluderes opplevelse av utfordring, skade eller tap. Dette kan være relatert til tidligere opplevelser, trussel om forventet skade eller tap, og utfordring rettet mot vinning, utvikling eller opplevelse av å håndtere situasjonen. Det vesentligste blir å bedømme om de krav som man står overfor kan besvares med de ressursene man oppfatter som tilgjengelig.

Den sekundære tolkningen er rettet mot personens ressurser og muligheter til å håndtere situasjonen. Det kan også ses på som personens mulighet til å redusere stresset. Her blir det en vurdering av ulike mestringsalternativ og en velger mestringsstrategi.

Lazarus og Folkman, (1984) sier at retolkningen innebærer at man reflekterer over sin egen mestringsstrategi og dens effektivitet og da kommer til en ny tolkning av situasjonen. Disse delprosessene står i et gjensidig påvirkningsforhold og er en fortløpende prosess. Effektiviteten av mestring er ulik fra situasjoner og personer, tid er også en viktig faktor. Her er det individuelle forskjeller, det som kan redusere stress i en situasjon behøver ikke å gjøre det i en annen. I tillegg har alle ulike preferanser når det gjelder mestringsopplevelse. Det vil si at man kan takle stress på ulike måter, både adekvate og mindre adekvate. Bagatellisering, unnvikelse, toleranse og aksept av situasjonen er også innlemmet i mestringsbegrepet.

2.2.1 Salutogenese

Et viktig aspekt innenfor helsefremmende arbeidet er opplevelse av sammenheng. Sosiologen Aron Antonovsky (2014) har utviklet sin teori om Salutogenese ut fra stressforskning. Helse defineres som noe vi har hele livet, med variasjon ut i fra ulike påkjenninger og opplevelser av mestring. Salutogenesisk forskning er rettet mot de som ikke blir syke, altså de som ikke bekrefter medisinske sykdomshypoteser. Stress oppstår når man blir utsatt for krav som kan oppleves uoverkommelige, eller utgjør en trussel mot vårt velbefinnende. Stress er ikke noe negativt i seg selv, det kan derimot virke helsefremmende om man opplever hendelsen med en grad av mestring.

Mestringsbegrepet er i denne sammenhengen knyttet til ”opplevelse av sammenheng” OAS. Dette representerer viktige kriterier for individets egenomsorg og opplevelse av helse. OAS er satt sammen av 3 viktige komponenter: begripelig, håndterbar og meningsfullhet. Begripelig: Er situasjonen forståelig og forklarbar? Kan situasjonen settes i en sammenheng, eller er den uforståelig? Begripelig forutsetter at man kan bedømme virkeligheten. Håndterbarhet: Situasjonen har flere muligheter både i positiv og negativ retning. Om man ikke har tro på egen mestring, kan man gi opp før man har prøvd (Antonovsky, 2014). Derfor blir egenkraft avgjørende for opplevelse av helse. Meningsfullhet er den tredje komponenten som omhandler viktigheten av å være involvert i de prosesser som former ens liv.

Patogenese og Salutogenese står i et gjensidig avhengighetsforhold. I stedet for å spørre hva det er som gjør at en person blir rammet av en spesiell sykdom, stiller Salutogenese spørsmål om hvorfor personen ikke blir syk, tross stor belastning. Antonovsky (2014) hevder at om man har en sterk opplevelse av håndterbarhet er man ikke et offer for omgivelsene. Om man er våken for livets realiteter er veien åpen for å øke forståelsen av mestring.

En sterk opplevelse av håndterbarhet er avhengig av høy begripelighet. En forutsetning for dette er at man har ressurser til rådighet, slik at man kan møte de krav som stilles. Dette avhenger av at man har et klart bilde på hva disse kravene er. Om man lever i en verden som oppfattes som kaotisk og uforutsigbar er det vanskelig å føle at man kommer til å takle situasjonen.

Hvis man er oppriktig engasjert og er klar på at man forstår problemet, vil man være svært motivert til å finne ressurser og villig til å stå på til man har funnet dem. Motivasjonskomponenten som ligger i opplevelse av sammenheng og er kanskje det mest sentrale (Antonovsky, 2014). Uten denne faktoren vil man antagelig bare midlertidig skåre høyt på begripelighet og håndterbarhet. For en person som er engasjert og virkelig bryr seg, vil veien være åpen for større forståelse og oppfattelse av tilgjengelige ressurser.

En person med rigid OAS er urikkelig i situasjonen (ibid). En person med sterk OAS søker etter balanse mellom regler og strategier, mellom lagret og potensiell informasjon. Man har da tillit til at man kan få mening ut av den nye informasjonen og er da åpen for at utfordringen kan føre til en ny måte å se verden på.

Å være i livet betyr også at vi kan utsettes for katastrofestressfaktorer. Disse bringer med seg en lang rekke uforutsigbare erfaringer. Slike hendelser kan redusere personens opplevelse av sammenheng, likeså kan fravær av generelle motstandsressurser føre til stressfaktorer. Opplevelser av livshendelser som på en måte er forventet, som kan tid- og stedfestes kan også oppleves som stressfaktorer. Dødsfall, skilsmisse, oppsigelse,

familieforøkelse, enestående personlig prestasjon og pensjonering, alle disse benevnes som stressende livsbegivenheter. Det er ikke hendelsen i seg selv som er utfordrende, men alle dens følger i form av spenningstilstander. Antonovsky (2014) hevder at det er umulig å forutsi om en stressende livsbegivenhet har negative følger for OAS, på samme måte som livssituasjoner har det. Det er personens OAS- nivå som bestemmer om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsefremmende.

Under neste kapittel vil metode, datainnsamling og analyseprosess beskrives.

3.0 METODE

3.1 Valg av metode

Hensikten med masteroppgaven er å beskrive den psykiske omstillingsprosessen der barrierer brytes fra ønsket om keisersnitt til vaginal fødsel. Det brukes et kvalitativ forskningsdesign. Det er en vitenskapelig prosess hvor tvetydighet og kompleksitet utgjør sentrale stikkord. Forskers mål var å utvikle innsikt i grunnleggende sider av menneskelig eksistens. Kvalitative metode er valgt på grunnlag av dennes vektlegging av opplevelsesfenomenets meningsforhold.

Kvale og Brinkmann (2012) og Fog (2005) sier at kvalitativ forskning benytter metoder som er rettet mot teorier om menneskers erfaring og fortolkning. En søken i andres livsverden, hvor målet var å utforske meningsinnhold i, og betydning av, psykiske prosesser knyttet til barnefødsel, slik det oppfattes for de det gjelder og slik det fremstår for forskeren. Kvalitativ forskning er preget av at den er åpen og sirkulær, der samspillet mellom empiri, teori og ny problemstilling utgjør grunnlaget for refleksivitet i dybden. For å få tilgang til kvinnenens livsverden ble det gjennomført semistrukturert forskningsintervju. 4 kvinner har deltatt i studien.

Masteroppgavens mål var å nå betydningen av kvinnenens erfaringer og avdekke deres opplevelser av den psykiske omstillingsprosessen der barrierer brytes fra ønsket om keisersnitt til vaginal fødsel. Forskeren var avhengig av å sette seg nøye inn i informantens situasjon, og å oppnå pålitelighet ved å ha kjennskap til fagfeltet (Kvale og Brinkmann, 2012).

3.2 Semistrukturert forskningsintervjuet

I denne oppgaven er det benyttet semistrukturert forskningsintervju. Formålet med et slikt intervju er å skaffe seg forståelse av kvinnens dagligliv, sett fra hennes eget

perspektiv. Målet var å søke kunnskap om hvordan kvinnene opplevde å bryte barrierer knyttet til frykt for å føde vaginalt.

Kvale og Brinkmann (2012) sier at metoden er preget av personlig samtale. Dette skaper en mulighet for å innhente kvalitativ kunnskap og dybde omkring et fenomen. Et semistrukturert intervju bygger på intervjupersonens perspektiv, med vekt på fortolkning av mening og betydning rundt det aktuelle fenomenet. Et semistrukturert forskningsintervju er verken en åpen eller en lukket samtale. I denne studien ble det benyttet en intervjuguide som var knyttet opp mot problemstillingen. Som forsker ble min primære oppgave å spørre hvorfor kvinnene opplevde og handlet som de gjorde ved å stille åpne og utforskende spørsmål.

Kvale og Brinkmann (2012) har definert semistrukturert intervju til å være *"en planlagt og fleksibel samtale som har som mål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet"*. Designet er induktivt, det vil si at det går fra empiri til teori. Som forsker i denne studien skaffer jeg meg her nyansert detaljrikdom med få enheter og mange variabler, som går i dybden i kvinnes psykiske omstillingsprosess.

3.2.1 Utvalg og utvalgsriterier

Utvalget er 4 kvinner som er rekrutterte via deres kontakt med jordmor ved psykososialt team tilknyttet et sykehus i Norge. Kvinnene fikk informasjon om studien og forespørsel om forsker kunne ta telefonisk kontakt 6-8 uker etter fødsel for videre forespørsel om deltagelse og intervju (vedlegg 2). Det ble gitt et skriftlig samtykke fra informanten og alle fikk informasjon om muligheten for å trekke seg når som helst i prosessen.

Utvalgsriteriene var at kvinnen hadde fødselsangst, ønsket keisersnitt uten medisinsk indikasjon men fødte vaginalt. I og med at det i denne studien etterspør opplevelser og

psykiske prosesser ble det ikke lagt vekt på paritet. Så både førstegangs fødende og andregangs fødende inngår i studien. Det var til sammen 11 kvinner som samtykket til deltagelse. 5 av kvinnene ble av medisinske årsaker under selve forløsningen forløst med keisersnitt. Disse kvinnene ble ekskludert, da de ikke lengre oppfylte utvalgsriteriene. 2 av kvinnene takket nei ved forespørsel etter fødsel. 4 kvinner ble intervjuet. Informantene snakket norsk og de var i alderen 23-40 år. De fødte vaginalt på en kvinneklinikk med ca 4000 fødsler i året.

3.3 Datasamling

Datainnsamlingen ble utført i perioden 1/1-16 til 31/12-16.

3.3.1 Intervjuguide

Det ble utarbeidet en intervjuguide med 10 spørsmål (vedlegg 1). Målet var ikke å følge disse spørsmålene slavisk, men være en rettesnor om samtalen sporet av. Hensikten var å fange opp det spontane i det som ble formidlet der og da, og være oppmerksom og lydhør for det som ble kommunisert: En varsom spørre- og lytteorientert tilnærming. Den danske lektoren i klinisk psykologi Jette Foge (2005) er opptatt av begrepet oppmerksomhet i intervjusituasjonen. Hun sier at oppmerksomhet hos intervjueren er preget av hennes bakgrunnskjennskap av både teoretisk og empirisk art. Hun hevder videre at dette påvirker forskerens evne til å skaffe seg overblikk og innføring i det informanten formidler. Jo mer kunnskap og forståelse forskeren bringer inn i intervjuet, jo mer kan man evne å se.

Wifstad (1994) viser til filosofene Emmanuel Levinas og Martin Buber som sier at ansiktet fremstår i sin nakenhet og har spor av noe tredje. ”Ham - som har gått forbi”. Det vil si at vi alle er preget av tidligere erfaringer og at vi bruker disse erfaringene i nye situasjoner. Som Wifstad (1994) beskriver var mål mitt å kunne fange opp det bakenforliggende, det nonverbale i intervjusituasjonen. Det avgjørende var at jeg som forsker hadde min fulle og hele oppmerksomhet rettet mot den andre.

Målet var altså at intervjuguiden ikke skulle være et hinder for det spontane i samtalen, men et verktøy. Ønsket var å skape en eksistensiell situasjon der man inviterer den andre til å tre frem i verden. Som intervjuer var forsker avhengig av å gi noe av seg selv for å fortjene et åpent svar. I midlertid sier Kvale og Brinkmann (2012) at samtalen skal gå i en bestemt retning og man skal ikke snakke på samme måte som med en venn. Håndverket består i å kalibrere sosial avstand, uten å få informanten til å føle seg som et insekt under en lupe. Målet var å skape en god stemning og gi informantene forrang. Være nysgjerrig og oppriktig interessert i det informanten hadde å si ved hjelp av aktivlytting. Samt å sørge for at intervjuguiden ikke ble en barriere mellom informanten og forskeren, med det menes at forsker ikke skulle bli så fokusert på neste spørsmål, at man glemmer å være i nuet.

3.3.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i kontorer på en svangerskapspoliklinikk. Alle kvinnene hadde tidligere vært i samtale ved svangerskapspoliklinikkens psykososiale team. Så de var kjente med omgivelsene. I snitt varte intervjuene i 42 min. Informantene fikk informasjon om studiens hensikt og på ny informasjon om at de kunne trekke seg når som helst. Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon. Det var ingen av kvinnene som hadde motforestillinger vedrørende opptak av samtalen.

3.3.3 Intervjuets kontekst

Det psykososiale teamet ved svangerskapspoliklinikken har som formål å bistå de kvinnene som av ulike årsaker har behov for samtaler utover primærhelsetjenestens tilbud. Det kan være alt fra gjennomgang av tidligere fødsler, kvinner som har behov for tilrettelegging på grunn av tidligere seksuelle overgrep og kvinner som har fødselsangst. For å komme i kontakt med psykososialt team må kvinnene ha en henvisning fra jordmor eller fastlege i kommunen.

3.4 Databearbeiding

3.4.1 Transkribering av intervju

Kvale og Brinkmann (2012) sier at det er umulig å si hva som er den korrekte transkriberingsmåten, men viktigheten er at man finner en måte som er nyttig for sin forskning. Forskerens mål var her en streng ordrett transkripsjon. Der pauser, gjentakelser og tonefall ble forsøkt fanget opp. (Ibid) sier at dette er relevant for den videre analysen. Psykologiske fortolkningen av intervjupersonens engstelsesnivå eller betydning av benektelse.

Transkripsjonen innehar også etiske overveielser. Et intervju kan inneholde temaer som er følsomme, både for den enkelte informant og eventuelt institusjon som kommer frem under intervjuet. Der hvor dette forekommer er det viktig å overholde konfidensialitet. Det er derfor i slike tilfeller viktig allerede under transkripsjonen å skjule intervjupersonens identitet (Kvale og Brinkmann 2012). Under arbeidet ble intervjuene nummerert og navn som ble nevnt under intervju ble skrevet som NN. Det ble ikke avtalt at informantene skulle lese igjennom transkriberingen med tanke på at den ordrette og muntlige fremstillingen av språket kan virke forvirrende og usammenhengende og således kan beskrive et svakt intellektuelt nivå.

Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon. Intervjuene ble nummerert med 1-2-3-4. Dette for å skjule intervjupersonenes identitet. Før transkribering startet ble hvert opptak lyttet til for å prøve å gjenskape situasjonen. Opptakene ble så skrevet ned, og det ble naturlig å transkribere på dialekt for å bevare essensen og følelsen i det som ble kommunisert. Forskeren har en oppfattelse av at dialektens ordvalg kommuniserer en mer levende beskrivelse av situasjonen.

Transkriberingen var tidkrevende, opptakene hadde noe lav lyd, noe som førte til at forskeren måtte være dypt konsentrert for å fange opp det som ble sagt. Transkripsjonen ble utført etter hvert intervju og alle intervjuene var transkribert før analyseprosessen

startet. Pauser, små ord og latter ble markert. Opptakene ble lyttet på gjentatte ganger for å sikre ordrett gjengivelse av intervjumaterialet. Arbeidet opplevdes som positivt og lærerikt da det gav god kunnskap om materialet og dannet et godt grunnlag for analyseprosessen.

3.4.2 Valg av analyse

I denne masteroppgaven er det valgt en hermeneutisk tilnærming. Hermeneutikken er læren om fortolkning av tekst og videre bearbeiding av empirien (Polit og Beck, 2017).

Fokuset er knyttet til de erfaringer menneskene har og hvordan de tolker disse erfaringene. I kvalitative forskning er disse elementene sentrale og viktige for forskerprosessen. I oppgaven har analysen foregått på en måten som kan beskrives som en hermeneutisk spiral, hensikten var å fortsett til man hadde forståelse av teksten som et konsistent og sammenhengende materiale.

Det ble i denne studien valg analyse som er inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Under neste kapittel blir analyseprosessen beskrevet.

3.4.3 Analyseprosess

Tekstanalysen er inspirert av Graneheim og Lundmanns analyse (2004) og baserer seg på 4 intervju som ble gjennomført i arbeidet med masteroppgaven. Analysen viser hvordan prosessen fra intervju, transkribering, naivlesning, kondensering, meningsenheter og abstraksjon er gjennomført. Hele prosessen må ses i lys av oppgavens problemstilling, jordmors faglige ståsted og et livsverdenperspektiv. Denne prosessen gikk frem og tilbake flere ganger slik at forsker kunne forsikter seg om at det var samsvar med den første naive lesningen og det resultatet man kom frem til for å validere analyseprosessen.

For å danne seg et helhetlig inntrykk av det transkriberte materialet måtte det leses flere ganger. Parallelt med lesingen, ble refleksjoner og observasjoner notert i margin. Deretter ble meningsenhetene avklart. En meningsenhet kan beskrives som en samling av ord som gir uttrykk for samme mening (Graneheim og Lundman, 2004). Meningsenhetene ble markert med fargekode.

Graneheim og Lundman (2004) sier at innholdsanalyse består av 2 former. Det manifeste, altså den transkriberte teksten og det latente. I manifestet fremstår det synlige, åpenbare innholdet av teksten og materialet. I denne studien er det ønskelig å få frem kvinnenens egne tanker og beskrivelser av det gitte fenomenet og er derfor konsentrert om den latente delen.

Den latente delen utgjør forskerens fortolkning av den underliggende meningen av teksten (Ibid). Det vil si at forsker forsøker å løfte meningen i teksten til et høyere abstraksjonsnivå. Altså fra det konkrete til det generelle. Fra kondenserte meningsenheter til kategorier og hovedtema. Dette kan betraktes som forskerens tolkning av det opprinnelige materialet

Neste steg var å forkorte meningsenhetene uten å miste essensen og meningsinnholdet. Dette benevnes som kondensering (Graneheim og Lundman, 2004). Under kondenseringsprosessen ble teksten gjort om fra dialekt til bokmål og resultatet ble kondenserte meningsenheter.

I ordet abstraksjon finnes både beskrivelse og tolkning Graneheim og Lundman (2004). Abstraksjonen fortsetter så i den videre prosessen. Omfanget på tolkningen øker med stigende abstraksjonsnivå. Resultatet av abstraksjonen benevnes som koder. En kode blir en fellesbetegnelse for en gruppe meningsenheter. I den siste delen av dette arbeidet vurderes likheter og ulikheter. Dette gir større rom for fortolkning og eventuelt omformulering. Det abstraherer videre via subkategorier til kategorier. (ibid) viser til at etablering av kategorier er kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. Som vis i tabell 1.

Tabell 1.

Kondenserte meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
- var lei seg, usikker på egen mestring. Måtte gå inn i seg selv, finne det positive. Søkte informasjon. Stenger ut det negative.	Usikker på egen mestring. Erkjennelse av situasjonen. Selvrefleksjon.	Motivasjon	Barrierer assosiert med kvinnen selv

3.5 *Forskningsetikk*

Etiske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og dette bør det tas hensyn til helt fra starten av i prosjektet. Kvale og Brinkmann (2012) viser til etiske problemstillinger som bør overveies, vitenskapelige verdier og forbedringer av den menneskelige situasjonen som utforskes. Det ble innhentes informert samtykke fra deltakerne i studien, sikret konfidensialitet og vurdert hvilke konsekvenser studien / intervjusituasjonen kan få for informantene. Transkribering er forsøkt gjort moralsk riktig, ved ordrett gjengivelse for å sikre en lojal skriftlig tekst ut i fra informantenes uttalelser. Angående analysen bør det stilles spørsmål om hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres med tanke på hensynet til informanten (ibid). Forskeren har plikt til å rapportere kunnskap som er så sikker og verifiserbar som mulig. Studien er søkt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK (saks nr 2015/160/REK nord, vedlegg nr 3) og godkjent der. Alle kvinnene gav et informert skriftlig samtykke og ingen personidentifiserbare opplysninger fremkommer i teksten, det er heller ikke etterspurt slike opplysninger.

Resultatene vil legges frem under neste kapittel. Da i form av ordrette sitater fra kvinnene.

4.0 RESULTAT

Hensikten med masteroppgaven er å beskrive den psykiske omstillingsprosessen der barrierer brytes fra ønsket om keisersnitt til vaginal fødsel. På bakgrunn av den kvalitative analysen utarbeides 3 tema. Barrierer assosiert med kvinnen selv, barrierer assosiert med jordmor og barrierer assosiert med organisasjon. Temaene inkluderer flere undertema som vist i tabell 2.

Tabell 2.

Subkategori	Kategori
Frykt Unnvikelse Motivasjon Mangel på positiv kunnskap	Barrierer assosiert med kvinnen selv
Kommunikasjon Relasjon	Barrierer assosiert med jordmor
Mangel på autonomi Fragmenterte tjenester	Barrierer assosiert med organisasjon

4.1 Barrierer assosiert med den fødende selv

Tema refererer til faktorer som påvirker kvinnen psykiske prosess i forhold til den vaginale fødselen. Temaet inkluderer 4 undertema *frykt, unnvikelse, motivasjon og mangel på positiv kunnskap*.

Frykt representerer her tidligere erfaringer, knyttet til egen tidligere fødselsopplevelse og andre møter med helsevesenet. Men også andres historier har en vesentlig betydning for kvinnenes ønske. Kvinnene viser til frykt for smerte, tap og skade, da i form av at det kan tilkomme barnet eller kvinnen selv noe. (...) *om å føde – jeg var så redd for at smertene skulle være så vonde at jeg ikke klarte det – nei, for jeg var så redd at jeg ville ha keisersnitt – for det var jeg fast bestemt på – siden jeg visste jeg var gravid – jeg vil ikke føde (...)* Det beskrives hvordan tidligere møter med helsevesenet skaper grobunn for frykt (...) *det var det, som skremte meg ja – for jeg hadde spontan abort - og da ble jeg jo henta i ambulanse - for jeg fikk noen piller her - for det var dødt da – også hadde det – noe som hadde stoppa igjen så blodet ikke kom ut – så jeg fikk så vondt i magen – så da fikk jeg - de sa at det kunne sammenlignes med en fødsel – med mageondet (...)* Kvinnene beskriver at smerten i seg selv er en utfordring, men også frykten for hvordan man skal håndtere smerten er vanskelig å forholde seg til. Tanken på at man ikke kommer til å overleve var også tilstede blant flere av kvinnene. En av kvinnene sier dette (...) *Ja – ja . Noe annet har aldri vært noe alternativ – for det kunne jeg bare ikke utsette kroppen for en gang til. – for det der – jeg var sikker på at jeg ikke kom til å overleve – ja, man tenker mye rart da (...)*

Unnvikelse omhandler tap av kontroll og redsel for å utsette seg selv for en situasjon som oppleves som uoverkommelig. Frykt for å komme i en situasjon som man opplever som ut av kontroll, er avgjørende for senere valg av mestringsstrategi. Kvinnene beskriver at situasjonen er sammensatt av flere faktorer. Frykt for smerte, tap av kontroll og skade. Uvitenheten om utfallet knyttet til en vaginal fødsel beskrives som vanskelig. Keisersnitt oppfattes som en konkret handling (...) *at det er der angsten ligger da – nå har jeg jo snakket litt med psykolog da – i svangerskapet første gang – da har det vel kommet frem at jeg har et behov for å kontrollere – ha en kontroll over helsen min – og det er vel på en måte umulig – nesten – kanskje det i forhold til fødsel – da har en veldig lite kontroll da – keisersnitt det er noe konkret, en vet hva som skal skje – at folk har trodd at dem skulle dø under fødsel og mange traumatiske historia – det er i alle fall de man husker – det å miste kontrollen – usikkerheten på hva som kan skje – hva som dukker opp (...)* For å ivareta egenomsorgen ønsker kvinnene å unnvike situasjonen. Kvinnene gir en beskrivelse på hvordan de har opplevd fødselen, som en overveldende og katastrofepreget situasjon og ønsker derfor ikke å gå inn i en slik

situasjon på ny (...) *du er redd for at det skal være så vondt - og du er redd for at – ja i hverfall da sugekopp og sånt – for det er liksom ikke bare å nekte da – for å unngå alt dette der så tenkte jeg at - nei, den eneste redningen for meg det må være keisersnitt (...)*

Motivasjon refererer til bearbeiding og en omstillingsprosess som er krevende.

Omstilling av tankene, fra ønsket om keisersnitt til vaginal forløsning krever mobilisering og beskrives som vanskelig. Kvinnene refererer til at frykten er en komponent som vanskeliggjør *motivasjonen* og overskygger gleden i svangerskapet. (...) *det var jo en prosess å prøve og omstille seg da – til slutt gikk det jo bra – men frem til da var det veldig tungt - jeg - etter den første samtalen vi hadde knakk jeg litt sammen faktisk – leste enda mer på nett og – begynte og google litt – og prøvde å finne ut hvor jeg kunne få innvilget senabort – jeg prøvde også, etter det å søke opp hvor jeg kunne dra for å få keisersnitt – og kunne reise til utlandet, men det kostet 80 tusen – så det lå jo i bakhodet mitt at jeg hadde det alternativet da (...)* Sitatene fra informantene viser hvordan kvinnene går i seg selv for å finne styrke, lager seg egne strategier for hvordan de skal kunne mestre. Kvinnene viser også til at ambivalensen gir uttrykk for bearbeidelsen og er et tegn på at situasjonen er i bevegelse. Erkjennelse av situasjonen beskrives som et vendepunkt og kvinnene har mulighet til å reflektere over situasjonen på ny. Sitatene viser hvordan kvinnen søker i seg selv etter tilgjengelige resurser (...) *jeg gikk lenge – mange måneder – med det å kjente på at – jeg dytter det bare unna – jeg kan ikke forholde meg til det, men – jeg tror at det var når jeg tenkte at det her – det blir ikke som jeg vil – det blir ikke keisersnitt – og det må jeg bare – slik blir det bare – og da tror jeg at det skjedde noe (...)* En annen kvinne beskriver det slik: (...) *jeg hadde jo innsett at det keisersnittet det kunne jeg se langt etter, selv om det var det som var det mest komfortable selvfølgelig – det er jo keisersnitt – ja, det er jo det – og – men så tenkte jeg ok greit – det blir ikke som jeg vil – det blir ikke keisersnitt – jeg må bare (...)* I stede for ensidig la frykten kontrollere, søker og reflekterer kvinnene over situasjonen på ny. Erkjennelsen av situasjonen og selvrefleksjon ser ut til å føre til nye oppdagelser (...) *akkurat der og da var det nok ingen positive tanka nei – men de kom jo som små stikk slik innimellom allikevel da – så de lå jo i bakgrunn hele tiden – men når det var på det verste så klarte jeg jo ikke å se det (...)* Mestring krever mobilisering. Som det nevnes tidligere, ser det ut til at det å få avslag på ønsket om keisersnitt setter i

gang en prosess hos kvinnene. Kvinnene beskriver at de måtte gå i seg selv og finne *motivasjon* og en måte å redusere stresset på. Det tas aktive valg som omhandler deltagelse i eget liv. En av kvinnene sier dette (...) *altså det er jo det – det er jo ingen som kan føde for deg – så ble det til at – nei, så ble det nå slik da (...)*. Det refereres til at omstillingsprosessen er krevende og tid er en viktig faktor (...) *okey – da, jeg skal – jeg skal prøve, men – eller jeg skal gjøre dette her – jeg mannet meg opp litt (...)*. Det å erkjenne situasjonen og på en måte nullstille seg, ser ut til å gi en ny forståelse. Selv om ambivalensen er til stede hele tiden, så er den også en del av bearbeidelse og *motivasjon*. Tanken forandrer seg smått om senn, uten at kvinnene helt kan forklare hva som skjer. En kvinne sier dette (...) *Jeg klarer liksom ikke å sett fingeren på hva det var som gjorde det – for det gikk liksom med små steg hele tiden (...)* *Egenmotivasjon*, tilrettelegging og en trygg relasjon førte til mestring av fødselen. Positive opplevelser fører til vekst og tro på egne fødekrefter. Økt bemyndigelse /empowerment. Kvinnene beskriver det slik (...) *”dævven” jeg har gjort det her – det tror jeg at jeg sa etterpå – fy faen! – jeg gjorde dette her jeg (...)* (...) *ja, jeg har vært gjennom det på den ordentlige måten visst du skjønner – nå har jeg gjort det (...)*

Positiv kunnskap uttrykker kvinnenens søken etter ny innsikt angående vaginal forløsning. Hvordan kvinnene aktivt tar initiativ til positiv *kunnskap* om den normale fødselsprosessen. Hvordan de søker *kunnskap* i form av teori, men også hvordan de søker *kunnskap* om seg selv ved selvrefleksjon. Det vises til at det å øke *kunnskapsnivået* er en måte å redusere stresset på, dette i form av å lese, se på fødeprogram på tv, snakke med venner og familie. Kontakten med svangerskapsomsorgen, både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, har vært viktige i denne prosessen. Det å ta tiden til hjelp er også en viktig faktor. Kvinnene sier at det tok lang tid å forberede seg og ambivalensen var tilstede hele tiden. Ambivalensen blir et tegn på at det er bevegelse i prosessen og at ønsket om keisersnitt ikke lengre er absolutt. (...) *nei, jeg var bare – jeg vet ikke helt jeg – jeg var mest lei meg – fordi at jeg ikke visste om jeg fikk det til og slike ting da – så – da måtte jeg liksom gå litt inni meg selv da, å finn noe positivt med det – så jeg søkte både på nett og snakket med folk om det, og jeg bare utestengte det negative da, for jeg visste jo at det kom til å bli vondt (...)* En annen kvinne sier dette (...) *jeg leste mye om det å – og så faktisk mye på filmer om det – en serie som heter jordmødrene - tror jeg (...)*

Bearbeidelse og refleksjon gir kvinnene en mulighet til å se situasjonen fra en ny side og stiller seg selv spørsmålet hvorfor. Det ser ut til at det vekker et ønske om å faktisk føde vaginalt. En av kvinnene sier dette (...) *første dagene så gikk jeg bare å tenkte på alt egentlig – på hvor vondt det kom til å være og sånne ting – men så gikk jeg inn i meg selv og tenkte at alle klarer jo det – det er jo normalt liksom – kroppen er jo laget slik at det kan kom utav deg - og så begynte jeg på at – når det er så mange som har vært gjennom det - så må jo jeg å klare det liksom – så da begynte jeg å tenke på mer positive ting – med fødsel da, for at det skulle bli litt lettere frem til fødselen kom (...)*

4.2 Barrierer assosiert med jordmor

Temaet refererer til informantenes møte med jordmor i spesialisthelsetjenesten. Temaet inkluderer 2 undertema **Kommunikasjon** og **Relasjon**

Kommunikasjon refererer til hvordan kvinnene uttrykker sin angst for å føde i møte med jordmor og lege på svangerskaps poliklinikken. Synliggjøring av sosialt konstruerte normer og forventninger om hvordan gravide kvinner *kommuniserer* sin frykt og sitt ønske om keisersnitt. Det viser hvordan kvinnene har planlagt hva de skal si for å overbevise jordmor. Praksis på svangerskapspoliklinikkens er at kvinnen først møter jordmor ved psykososialt team og etter hvert er i samtale med lege om det er videre behov for vurdering av forløsningsmåte (...) *ja for når jeg satt i bilen inn hit til den første samtalen – og så tenkte jeg at – følte at du nesten skal til et intervju, på en måte – du må liksom overbevise om at du er redd nok – og det synes jeg kanskje ikke er noe slik – det er kanskje ikke det som er meningen eller, men kanskje mange føler det da – jeg følt kanskje det – at du vil jo bli tatt på alvor – altså det er jo ikke slik at du har lyst til å syte deg til et keisersnitt – det er jo for at du har en reell angst for dette her – og da når jeg tenker på – å gud – jeg blir veldig lei meg visst det ikke blir keisersnitt. Men jeg ble – jeg var ikke så lei meg når jeg gikk herifra liksom - for det hadde kanskje – de møte meg i alle fall på halvveien – det at jeg slipper å gå og vente i alle fall – så kanskje allerede da begynte det å skje en litt positiv endring da (...)* Kvinnene har et behov for å legitimere sin fødselsangst og overbevise jordmor om at angsten er ”sterk nok”. Dette kan vanskeliggjør situasjonen for både fødekvinne selv og jordmor da argumentene kan stå i veien for relasjonen og kvinnen oppfatter kanskje at de ikke blir

forstått eller hørt. (...) når jeg hadde de jordmorkontrollene så likte jeg ikke tanken på at jeg ikke fikk keisersnitt da – så jeg prøvde jo å få henne til å forstå at jeg ville ha keisersnitt da (...)

Relasjon er knyttet til hvordan informantene blir møtt med sin angst for å føde og hvordan kvinnene opplever *relasjonen* til jordmor/ lege gjennom hele prosessen fra første møte til barnet er født. En kvinne sier dette (...) *møtes litt på halvveien da – at du føler i alle fall selv, at du går ut med en god følelse – okey i alle fall – jeg har fått noen ting – og så har jeg fått vært med å avgjøre noen ting, selv om du har fått avslag på keisersnitt, noe som du vil ha – men ja - du kan gjøre mye i mellom der også (...)* *Relasjonen* åpner opp for at handlingsrommet er større en det fødekvinne hadde som utgangspunkt. Informantene uttrykker at *relasjonen* til jordmor er avgjørende for hvordan kvinnene oppfatter og handler videre (...) *men altså all den hjelpa som en har fått underveis vet du – det er helt spesielt – nå er jeg veldig glad for at jeg var såpass at jeg – jo – jeg kan gå med på halvveis her – jeg er glad for at det ble som det ble – da (...)* Usikkerhet knyttet til informasjon på nett og andre kontakter fører til at informantene har større tiltro til informasjon gitt av jordmor om *relasjonen* oppleves som trygg (...) *ja, der er det masse informasjon så du blir så forvirret – det er jo ofte slike skremmende episoder en leser om og da – det gjør det jo nye verre – slik sett så var det godt å få mulighet til samtaler i stede – for å bare samle alle spørsmål og spør – det var litt slik i ettertid også - hadde jeg behov for å stille spørsmål da (...)* *Relasjon* til jordmor under selve fødselen refererer til kvinnenes opplevelse av situasjonen (...) *Ja, det ble slik, men er glad for at det ble annerledes – det er mye som – mye som bestemmer den fødselsopplevelsen da, fordi at kjemien med jordmor og – tenker på hvor fantastisk jordmor som var på jobb den dagen. Det er jo helt utrolig, så ja det er mye som avgjør hvilken opplevelse du sitter igjen med i etter tid da (...)* *Relasjonsbegrepet* er også knyttet opp til hvordan informantenes bearbeidelse og motivasjon, styrker *relasjonen* til egen psyke helse (...) *men sånn totalt sett er det jo en vanlig fødsel som er det beste – den beste opplevelsen – det er jo noe stort – det er jo enormt, nesten en majestetisk opplevelse – visst man klarer å føde barn på en måte – det er jo helt fantastisk – så jeg er veldig stolt over at jeg klarte det med den angsten jeg hadde – det ville jeg ikke vært foruten – for det gikk så bra (...)*

4.3 Barrierer assosiert med organisasjon

Temaet refererer til organisatoriske forhold som informantene synes å ha lite makt og innflytelse over. Temaet inkluderer 2 undertema *Autonomi* og *fragmenterte tjenester*.

Autonomi omhandler hvordan kvinnene forholder seg til helsevesenets avslag på ønske om keisersnitt (...) *det er så vanskelig å forklare liksom – men de første dagene som jeg fikk nei – så lå jeg bare å tenkte at det – Herre Gud hva skal jeg gjøre – det her kommer til å gjøre så vondt at –men da visste jeg at jeg hadde fått et nei – jeg følte meg ikke akkurat så bra de første dagene – men (...) Autonomi* uttrykker hvordan informantene ønsker å bestemme over egen kropp. Kvinnene opplever det som krevende at helsevesenet skal bestemme hvordan de skal føde (...) *fordi du vil jo gjerne være med å påvirke en beslutning som gjelder deg selv – voksne vil jo gjerne det – men slik er det ikke alltid, men samtidig så er det slik visst du velger – så velger man kanskje den løsningen som er lettest der og da – men som kanskje ikke er best – kanskje jeg vet ikke men (...)* Samtidig beskriver kvinnene at de ved å kreve full *autonomi* tar et stort ansvar (...) *på en måte så er jeg glad for at – noen sier at vet du – det er best slik og slik og slik – for at her så tenker man så utrolig mye rart – og det trenger ikke å være reelt bestandig, verken frykten eller alt det du går å tenker på, det trenger ikke å være det – ha rot i virkeligheten egentlig – så på en måte så er det bra at det faktisk er - bra at det er noen som tar noen avgjørelser for deg – og sier at – vet du det er best (...)* En annen kvinne sier at (...) *det var mye lettere å forberede seg – for da hadde jeg ikke to valg liksom – da måtte jeg gjennom det – en vanlig fødsel og – det var på en måte en lettelse å få nei og liksom – for da måtte jeg føde vanlig, og da visste jeg hva jeg kom til (...)* Informantene uttrykker at frykten overskygger situasjonen og det er derfor vanskelig å ta innover seg at man får avslag på keisersnitt. En av kvinnene uttrykker det slik (...) *jeg synes det er bra – ja det synes jeg, men jeg syntes ikke det da – da syntes jeg det var helt pyton og helt "toskat" og ja – så var det at jeg følte at jeg ikke fikk bestemme selv.* Kvinnene refererer til at det er en vanskelig prosess, men ved hjelp av selvrefleksjon og ny vurdering av egne ressurser er de takknemlig for at de har fått sjansen til å føde vaginalt, kvinnene uttrykker det slik (...) *Det er jeg så glad for at jeg ikke fikk – og at*

jeg fikk sjansen til å prøve og føde vanlig (...) en annen sier dette (...) for jeg har sikkert kommet til å angre jeg om jeg ikke hadde født vaginalt – men ja (...)

Fragmenterte tjenester representerer her svangerskap og fødselsomsorgens mange aktører og hvordan informantene forholder seg til disse. Forventninger som er skapt som ikke blir innfridd. (...) *jeg hadde snakket mye med fastlegen min om det, for jeg gikk til han under graviditeten og han fortalte meg om både vanlig fødsel og om keisersnitt. Jeg var fast bestemt på at jeg ville ha keisersnitt, så han meldte fra hit (...)* En annen kvinne forteller hvor vanskelig hun opplever å ta opp dette med jordmor i kommunen (...) *nei, det var nesten slik panikkartet – når jeg snakket med jordmora på - slik hun som jeg har på helsestasjonen. Så begynte jeg bare å gråte (...)* Fragmenterte tjenester refererer også til hvordan tidligere uttalelser har skapt forventninger til hvordan neste fødsel skal bli (...) *jeg syntes det var en veldig tung prosess – for jeg var jo sikker på at jeg skulle ha keisersnitt denne her gangen, for slik som jeg forsto det fra dem som var med på den forrige fødselen så var det noen av dem som sa at jeg kom til å få det den her gangen og – så jeg var jo veldig overbevist om at jeg kom til å få det (...)* Fragmenterte holdninger innad i klinikken skaper også utfordringer, om disse blir presentert for kvinnene. Legenes ulikesyn på intervensjon skaper forvirring. Et skifte av lege fra samtale til samtale oppfattes som vanskelig (...) *men så var jeg til samtale igjen da, en lege som var her og han likte ikke tanken på at jeg skulle bli igangsatt – så sa han at hvis du går 7 dager over tida så skal du få keisersnitt – og da visst jeg jo ikke hva jeg skulle gjøre jeg – da ble det jo litt sånn kaos – for da hadde jeg på en måte kjørt meg fast på at det blir slik ferdig med det (...)* Kvinnene uttrykker at de ikke har kunnskap til å ta avgjørelser om de blir satt overfor et valg med medisinsk karakter (...) *altså du velge mellom keisersnitt og å gå 7 dager over eller å bli igangsatt og få det på termin, det er jo et helt håpløst valg og i alle fall for en person som – jeg har jo ikke så my kunnskap – så da var jeg til fastlegen – og hun rådet meg til å – ikke bli igangsatt da, siden det er hardere (...)*

Under neste kapittel blir funnene diskutert opp i mot teoretiske referanser og tidligere forskning.

5.0 DISKUSJON

Resultatet i studien refererer til barrierer som kvinnene står overfor i møte med den kommende fødselen. Hensikten med masteroppgaven er å beskrive den psykiske omstillingsprosessen der barrierer brytes fra ønsket om keisersnitt til vaginal fødsel. Funnene vil bli drøftet i samme rekkefølge som resultatdelen. På slutten av dette kapitlet presenteres metodediskusjon, tanker om forskerrollen og implikasjon for praksis og videre forskning.

Hummelvoll (2014) sier at begrepene *frykt* og angst ofte brukes synonymt, men allikevel er uttrykk for to ulike fenomen. *Frykt* er svar på en trussel, noe som oppfattes som farlig, noe som objektivt sett truer oss. Angsten er noe man er i, som overvelder personen i sentrum av sin eksistens. Som visker ut opplevelsen av tid, gjør erindringer om fortiden uklar og fremtiden blir utradert. I studien viser kvinnene til at det er den vaginale fødselen som utgjør denne trusselen og fødselen står som et hinder for å kunne glede seg over svangerskapet. Nilsson et.al (2010) finner i sin studie at kvinnene med angst for fødsel hadde en følelse av å ikke finne plassen sin i fødesituasjonen, de var ikke involvert, selv om jordmor var tilstede. Opplevelsen førte til grobunn for frykt, ensomhet og liten tro på egne fødekrefter. *Frykt* er en subjektiv opplevelse. Det som for noen kjennes helt greit, kan for andre oppfattes som truende og farlig. Sawyer og Ayers (2007) viser til at det er en vekst av PTSD etter barnefødsler og at det er behov for videre forskning.

Lazarus og Folkman, (1984) viser til den primær tolkning av situasjonen hvor man gjør opp status i forhold til den psykiske balansen mellom krav og tilgjengelige ressurser. Antonovsky (2014) viser til opplevelse av sammenheng, OAS for å forklare fenomenet. Om man ikke opplever at situasjonen er håndterbar, gir den kanskje heller ikke mening og ønsket om keisersnitt tvinger seg frem. Selv om kvinnene uttrykker at de vet at keisersnitt er forbundet med større risiko, så kan det se ut til at denne risikoen blir bagatellisert. Det kan se ut som om kvinnene distanserer seg fra den normale fysiologiske prosessen, som en vaginal fødsel er. Personlig erfaring tilsier at kvinner som har *frykt* for fødsel, kan kommunisere at de ikke har behov for å mestre, ikke har

behov for å finne motstandskraft. Claire et.al (2010) finner i sin studie at dårlig mestring er assosiert med høy andel av PTSD.

Kvinnene ser ut til å bli ledet av *frykten*, som hindrer dem i å se at det er flere mulige løsninger på utfordringen. Kvinnene i studien sier at de ikke kan tillate seg selv å gå inn i situasjonen. For å ivareta egenomsorgen velger kvinnene en mestringsstrategi som der og da oppfattes som den mest håndterbare. En av kvinnene bruker ordet mest ”komfortabel”. Brudal (2000) sier at de 3 faktorene, forståelse, mestring og mening, virker sammen og danner grunnlaget for psykisk helse og sammenhenger i livet. I vårt samfunn innehar mestringskomponenten den mest sentrale rollen. Krav om effektivisering, problemløsning, resultater, orientering, framdrift og nytenkning, virker inn på hvordan vi opplever vår egen mestring av livet. Det vises til at mestringskomponenten er den man er mest sårbar på, nettopp fordi den står så høyt i kurs. Å føde barn berører disse faktorene, og for mange kan selve fødselen gi en *frykt* for å ikke mestre situasjonen. Som igjen kan føre til angst for fødselen. Aune et al (2015) sier at en trygg og støttende omsorg kan virke positivt på kvinnens fødselsopplevelse og styrke kvinnens psykiske helse. Det vises også til hvordan kvinnens naturlige holdning til fødselen hadde positiv effekt på kvinnens fødselsopplevelse. Neiminen et al (2015) finner i sin studie at kognitiv behandlingsterapi kan hjelpe kvinnen med angst for fødsel til å oppnå en mer realistisk holdning til forestående fødsel, større selvtillit og mer adekvate mestringsstrategier. De finner også forandringer i holdningene rettet mot fødselen. Dette kommer til uttrykk i mer positive og realistiske forventninger til seg selv, sin partner og fødselshjelper.

Frykten fører til *unnvikelse* og *unnvikelsen* bringer med seg utfordringer. Antonovsky (2014) bruker begrepet rigid OAS. Det er ingen bevegelse i situasjonen og kvinnene gir klart uttrykk for at de ikke ønsker å føde. Det oppstår barrierer knyttet til kvinnens egne holdninger og oppfatning av situasjonen. Den generelle usikkerheten rundt fødselsforløpet er også et argument for at kvinnene ønsker å unngå situasjonen og refererer til dramatiske hendelser knyttet til vaginal fødsel. Frykt for tap av kontroll, smerte og liten tro på egen mestring hindrer kvinnen i å kunne reflektere over situasjonen.

Van der Gucht (2014) finner i sin studie at trygghet og tilstedeværelse av jordmor har en positiv virkning, men også hvordan kvinnens aksept av, og forståelse for, fødselssmerten virker inn på opplevelsen. Antonovsky, (2014) sier om man ikke har tro på egen mestring, kan man gi opp før man har prøvd. Lazarus og Folkman, (1984) sier at det skilles mellom problemorientert og følelsesorientert mestring. Uavhengig av hvilken strategi man velger er målet å dempe eller fjerne stress. Ut i fra dette vil strategien vise seg i de valg man tar. For å dempe stresset velger kvinnen i første rekke å *unnvike* situasjonen. Keisersnitt blir tolket som noe konkret, da er ansvaret flyttet over til noen andre, et medisinsk apparat som kvinnene velger å stole på. Antonovsky (2014) hevder at det er ikke hendelsen i seg selv som er utfordringen, men alle dens følger. Dette er et paradoks da forskning viser at mistillit til helsepersonell er en stor årsak til utvikling av fødselsangst (Halvorsen et al. 2008). Kvinnen stoler mer på helsepersonell på operasjonsstua og mindre på helsepersonell inne på fødestua? Garthus- Niegel et al (2012) finner i sin studie at den subjektive opplevelsen av fødselen ser ut til å ha større betydning for risikoen for utvikling av PTSD enn faktiske komplikasjoner som tilkommer underveis, som blødninger og rifter. Hauge og Mittelmark, (2006) definerer maktesløshet på denne måten “ en persons manglende forventninger om, eller opplevelse av at egne handlinger har avgjørende betydning for, eller kan virke forsterkende på utfallet av hendelsen”. Kanskje har dette noe med kvinnens motivasjon å gjøre?. Antonovsky (2014) viser til at stress ikke er noe negativt i seg selv, det kan derimot virke helsefremmende om man opplever hendelsen med en grad av mestring. En viktig begrunnelse for bemyndigelse er å motvirke negative fenomener, fordi dette lett kan føre til maktesløshet.

Utfordringen blir komplett da helsevesenet avviser kvinnens ønske om keisersnitt. Det oppstår en situasjon av frustrasjon, fortvilelse og kvinnene føler seg rådville. En av kvinnene sier at hun ikke visste hva hun skulle gjøre. På den andre siden skaper dette en bevegelse i fenomenet, en bevegelse som kvinnene uttrykker som krevende. Funnene i studien viser at det her skjer noe, en erkjennelse av situasjonen fører kvinnene inn i ambivalens. Ambivalensen oppfattes som positiv, selv om usikkerheten følger kvinnen helt inn i fødesituasjonen. Lazarus og Folkman, (1984) viser til at den sekundære tolkningen er rettet mot personens ressurser og muligheter til å håndtere situasjonen. Det kan også ses på som personens mulighet til å redusere stresset. Her blir det en

vurdering av ulike mestringsalternativ og valg av mestringsstrategi. Funnene i studien viser hvordan kvinnene foretar selvrefleksjon som fører til bedre selvinnsikt og motivasjon. Carter og Guittar (2014) viser til at selvrefleksjon og skifte av kognitivt fokus kan hjelpe kvinnen med å bryte barrierer som hindrer kvinnen i å mestre fødselen. Kvinnene i studien hevder at det er vanskelig å gå inn i selvrefleksjonen og at prosessen tar lang tid. Antonovsky, (2014) sier at om man er oppriktig engasjert og er klar på at man forstår problemet, vil man være svært motivert til å finne ressurser og villig til å stå på til man har funnet dem. Motivasjonskomponenten som ligger i opplevelse av mening er kanskje det mest sentrale.

En av kvinnene sier at alt sitter i hodet og at man ikke klarer å omstille seg på 1-2-3. Det kreves mobilisering for å finne *motivasjon*. Hauge og Rannestad (2016) sier, om menneskets livskvalitet skal styrkes, må personen selv på banen. WHO's definisjon av helsefremming vektlegges menneskets ansvar for seg selv, som kan styrkes ved medbestemmelse og empowerment og brukermedvirkning WHO (1986). I et jordmor/ sykepleieperspektiv er målet å hjelpe mennesker til å leve gode liv tross store utfordringer og sykdom og å styrke positiv helse og det som fungerer for den enkelte. I en helsefremmende sammenheng er jordmors/ sykepleiers rolle endret fra å "gjøre for" til å "gjøre sammen" med pasienten. Helsefremming har derfor som mål å fremme menneskers helhetlige helse, velvære og livskvalitet. Helsefremming handler om å fremme fysisk, psykisk, sosial, og åndelig helse hos den enkelte. Mennesker man møter i spesialisthelsetjenesten skal oppleve hjelp og støtte på en slik måte at de ikke bare får behandling for sin sykdom og beskyttes for risiko. De skal også få styrket sin kapasitet i forhold til motstandskraft, det vil si at man fremmer kunnskap om egen mestring og *motivasjon* til deltagelse i eget liv.

Ferguson et al (2015) viser til at høy OAS hos gravide kvinner bekrefter en lavere rate av keisersnitt, sammenlignet med kvinner med lav OAS. Det viser til at variasjon av tilfredshet har mange komponenter, men i forhold til intervensjon oppfattes dette som negativt. *Motivasjonsbegrepet* viser til bearbeidelse og økt selvinnsikt. Kvinnene bruker uttrykk som "jeg måtte gå i meg selv" og "jeg mannet meg opp". Dette viser hvordan kvinnene tar tak og prøver å gjøre noe med sin egen situasjon. De engasjerer seg på en

positiv måte. Engasjementet er ikke lengre bare rettet mot unnvikelsen. Kvinnene gjør en vurdering av mestringsalternativ. Prosessen er sirkulær og det skiftes hele tiden mellom de ulike fasene i mestringsprosessen. Etter hvert kommer de til et punkt hvor det er balanse mellom tilgjengelige ressurser og forventet krav. Men dette tar tid, og en av kvinnene sier at det ble ikke greit før hun var midt oppi fødselen. Det å jobbe med egne tanker er krevende, men ikke umulig. Erikson et.al (2005) viser til at fødselshjelpere trenger mer opplæring i hvordan man møter kvinner med fødselsangst, samt avdekke og motvirke sosiale konstruerte normer og forventninger om gravide kvinners følelser knyttet til fødsel. Generell kunnskap er viktig, men kanskje vel så viktig er kunnskap om å bistå kvinnene i å jobbe med egen *motivasjon*. Man kan jo tenke at personlig engasjement også har innvirkning på fødselsopplevelsen i ettertid. Nilsson et. al (2010) finner i sin studie at kvinner viser til negative erfaringer uten å kunne sette ord på noe konkret og at de ikke hadde plass i sin egen fødesituasjon og at de heller ikke hadde mulighet til å ta den plassen. Kan det tenkes at dette har noe med engasjement og *motivasjon* til deltagelse i egen situasjon å gjøre?

Helsevesenets lange tradisjon vedrørende en paternalistisk tankegang kan kanskje også ha betydning. Wifstad (1994) snakker om å forstå kvinnen på faglige forsvarlige premisser og at dette kan føre til at kvinnen kanskje ikke opplever å bli møtt eller forstått. En av informantene ble stilt overfor valg av medisinsk karakter, og uttrykker at dette ble en håpløs situasjon fordi hun opplever å ikke ha tilstrekkelig kunnskap til å ta dette valget. Handler dette om at andre prøver å finne løsninger på utfordringen til den enkelte? Nasholm og Barth (2007) hevder at dette å gå i løsningsfella. Faren for å oppleve nye negative hendelser er kanskje tilstede om kvinnen ikke har forståelse for situasjonen. Ramvi og Tangerud (2011) skriver at om kvinnene skal kunne bryte barrierer knyttet til fødselsangst er det viktig å lytte til kvinnen.

Wifstad (1994) viser til det “greske” og det “jødiske” tankesettet. Der det “greske” tankesettet peker i retning av det paternalistiske og handler om å forstå kvinnen på en adekvat måte, mens det “jødiske” tankesettet handler om å se det unike i hvert enkelt menneske. Wifstad (1994) sier at det da kan være vanskelig å vite når det å tenke “riktig” allikevel blir galt. Helsefremmende arbeid er definert på denne måten av WHO: en prosess som gjør folk i stand til å få økt kontroll over og styrke sin egen helse.

Helsefremmende arbeid er ikke å manipulere eller tvinge folk til å handle på en spesiell måte, men å styrke individet slik at det kan gjøre bevisste valg (revise f 65). Man kan jo tenke at det må være innen for visse rammer? Ikke manipulere eller tvinge. Dette kan oppfattes som et dilemma. En av kvinnene opplever at hun blir overtalt, men sier samtidig at det oppleves helt greit og at vedkommende har gjort en god jobb. Frykten overskygger kvinnens kapasitet og det oppfattes på mange vis som riktig å hjelpe kvinnen til å gjøre bevisste valg, selv om det utløser frustrasjon og fortvilelse. Svaret fra kvinnene i studien viser at de er takknemlig for at de fikk denne hjelpen i ettertid og at de fikk mulighet til å føde vaginalt.

Antonovsky, (2014) sier at uten *motivasjonskomponenten* vil man antagelig bare midlertidig skåre høyt på begripelighet og håndterbarhet. For en person som er engasjert og virkelig bryr seg, vil veien være åpen for større forståelse og oppfattelse av tilgjengelige ressurser. Hauge og Rannestad (2016) viser til begreper som nudging eller puffing innen helsefremmendarbeid. Begrepene er rettet mot å lede personer i en bestemt retning som for eksempel å få folk til å spise mer frukt og grønt for å oppnå helseeffekt. Det stilles spørsmål om dette er etisk uproblematisk, eller om det ligger sterkt paternalisme bak. Helsefremmende puffing forutsetter at noen vet hva som er best for deg og ditt liv og legger til rette for valgmuligheter slik at du skal treffe de rette valgene. Hauge og Rannestad (2016) hevder at det ikke bare er paternalisme, men at det også har element av manipulering. Når puffingen handler om midler eller mål som de fleste kan slutte seg opp om, er paternalismen kanskje ikke så problematisk. Det vises til at legepaternalisme i medisin er eksempelvis noe man forsøker å bekjempe. Tanken er at pasienten vet best hva som er bra og riktig for seg selv. Men kan dette gjelde barnefødsler, som er en naturlig fysiologisk prosess? Er det greit å utsette mor og barn for større fare ved å gjøre et keisersnitt? Kvinnene i studien hevder at de er glade for at de fikk hjelp til å se at utfordringen hadde flere løsninger.

Positiv kunnskap om seg selv og forståelse av at man kan påvirke situasjonen selv ser ut til å være viktig. Nerum et. al (2006) sier at kvinnene er mer fornøyd i ettertid om de bevisst jobber seg gjennom frykten. Kvinnene i studien beskriver hvordan de tilegner seg *kunnskap* gjennom å lese, snakke med familie og venner, og se på fødeprogram på

TV. Hummelvoll (2017) sier at vi er på vei til å gjøre oss avhengig av teknologiens makt, og på søk etter den objektive sannhet er vi i ferd med å miste vår indre visshet. Løgstrup (1999) skriver at fordi vi ikke forstår oss selv og vår livsbetingelser har det vokst frem et forvrengt bilde av menneskets, din og min natur. Denne misforståelsen går ut på at mennesket først og fremst, og i enhver vesentlig og etisk forstand, er selvstendige, selvstyrte og uavhengige av andre og av fellesskapet. Ved å distansere seg fra fysiske og psykiske prosesser blir det å gå inn i en situasjon som kanskje virker uavklart vanskelig. En av kvinnene sier at keisersnittet er noe konkret, operasjonen blir utført ved hjelp av kvalifisert personell. Det ser ut til at det er lettere å stole på operatøren enn å stole på egen kropp og kan dette føre til at kvinnene distanserer seg fra egen situasjon? Røkenes og Hanssen, (2013) sier at selvrefleksjon er en måte å tilegne seg mer *kunnskap* om seg selv. Selvrefleksjon kan bidra til en moden selvforståelse. Det handler om å bli kjent med sine egne ressurser, svakheter og grenser. Personer som har et reflektert forhold til seg selv, kan opptre mer nyansert og fleksibel i møtet med andre mennesker. Ulempen med selvrefleksjonen er at kvinnen kan kjenne på en overdreven selvbevissthet, der stadig selvkritikk er fokus. Bryne et al (2013) hevder at mindfulness kan være til hjelp for å bedre kontakten med sitt indre og reduserer engstelse og frykt for fødselen. Dunn et al (2012) viser også at mindfulness kan dempe stress.

Empowerment er et begrep som går igjen i forhold til helsefremmende arbeid. Det kan på norsk oversettes til bemyndigelse. Det handler om å styrke folks egenkraft, samt og forhindre følelse av avmakt (Sørensen et.al, 2002). Lazarus og Folkman, (1984) sier at mestring kan ses på som et flerdimensjonalt fenomen som både er foranderlig og stabilt. Der mestring er en prosess og ikke en egenskap personen innehar. Som vist i litteraturgjennomgangen, mestring krever mobilisering og *kunnskap* om egen tanker og følelser. Det vises til at mestringsbegrepet inkluderer alt en person gjør eller tenker for å prøve å håndtere stress, uavhengig om resultatet er positivt eller negativt. I første rekke velger kvinnene i studien det som for de oppleves som mest håndterbart, men kanskje ikke den mest adekvate løsningen da keisersnitt er forbundet med økt risiko for mor og barn (Fuglenes, et al 2011). Men ved hjelp av økt *kunnskap*, både teoretisk knyttet til den vaginale fødselen og økt forståelse av egne kognitive prosesser, refererer kvinnene i studien til vekst og bemyndigelse/empowerment.

Fødselsomsorgens patologiske forankring og fokus rettet mer og mer mot teknologi, kan kanskje føre til at både kvinnen og jordmor distanserer seg fra den fysiologiske prosessen den normale fødselen representerer. Blix (2013) viser til at unødvendig bruk av fosterovervåking med teknologi i et normalt fødselsforløp, kan føre til intervensjoner i form av instrumentell forløsning og keisersnitt, da normale variasjoner kan oppfattes som patologi. Carolan- Olah et al (2014) viser at jordmødrene opplever det vanskelig å holde den normale fødselen normal, selv for lavrisiko gravide, i en obstetrisk ledet enhet der jordmødrene opplever liten støtte fra sine kolleger. Downe (2008) sier at det er masse forskning som er rettet mot patologi og risiko for komplikasjoner. Det er vesentlig mindre forskningsmateriale om hvordan fremming av mestring og velvære kan påvirke kvaliteten på tjenestetilbudet. Når kvinnens møte med jordmor eller lege i hovedtrekk omhandler søken etter patologi, er det kanskje ikke så rart at kvinnene selv blir mest opptatt av dette også. Søken etter patologi har vel kanskje ført oss frem til en fødselsomsorg som er en av de beste i verden. Spørsmålet er om den fremmer helse?

Røkenes og Hanssen (2013) sier at som profesjonell, i møtet med den andre, er den viktigste oppgaven å forholde seg slik at man fremmer læring, utvikling, bevisstgjøring, frigjøring vekst og mestring. Melender (2002) sier at det som betyr mest i møtet med kvinnene er hvordan *kommunikasjonen* skjer. Brudal (2006) viser til at empatisk *kommunikasjon* ikke er en arena der man skal forandre, korrigere, vurdere eller rette på andre. Utgangspunktet må være at ikke alle ser verden på samme måte. Vi må ha respekt for ulikheter samtidig som vi erkjenner likheter. Det må være mulig å dele psykiske opplevelser med andre. Ordtaket sier at ”delt glede er dobbel glede og delt sorg er halve sorgen”. Denne tanken er i tråd med målsettingene i positiv psykologi. Troen på at det er mulig å bygge opp motstandskraft ved å sette ord på opplevelser i en empatisk relasjon. Derfor er lytting kanskje den viktigste delen av *kommunikasjonen*. Nilsson et al (2010) sier at den viktigste faktoren for negativ fødselsopplevelse er at jordmor ikke er lyttende til kvinnen. Halvorsen et. al (2008) viser til at kvinnene tidligere ikke var blitt hørt eller tatt på alvor. I møte med kvinner som har angst for å føde kan *kommunikasjonen* med jordmor bli krevende både for kvinnene selv og jordmor. Studien viser at kvinnene hadde planlagt nøye hva de skal si for å overbevise jordmor om at frykten er ”sterk nok”. *Kommunikasjon* kan bli preget av at kvinnen og jordmor kanskje snakker forbi hverandre, da målet for samtalen er av ulik karakter.

Hummelvoll (2014) sier at man kan merke en stivhet i tankegangen hos personer med fobier, i dette tilfelle fødselsfobi. Dette for å gjenvinne kontroll over seg selv og situasjonen. I samtale eller diskusjon holder personen godt fast ved egne meninger, uten å la seg påvirke av ny informasjon eller andres synspunkter. Personlig erfaring tilsier at dette kan oppleves i møte med kvinner som ønsker keisersnitt uten medisinsk indikasjon. Antonovsky (2014) benevner dette som rigid OAS, der situasjoner er helt låst. Røkenes og Hanssen, (2013) sier at du aldri kommer nærmere et annet menneske enn den andre personen er nær seg selv. Å bli kjent med seg selv handler blant annet om å ha kontakt med sitt indre liv. Rogers (1962) viser til begrepet kongruent. Begrepet refererer til en person som i sin *kommunikasjon* er i kontakt med seg selv, sitt indre liv, sine følelser og opplevelser.

Tillit kan ikke være annet enn et enkelt menneskets opplevelse og er ikke alltid gjensidig i et forhold. Halvorsen et al (2008) hevder at mistillit til helsepersonell er en av årsakene til fødselsangst. For at tillit skal utvikles må mennesket erfare tillit. Resultater av positiv opplevde avhengighetsforhold er tillit i form av interaksjon og gjensidig nytteopplevelser. Tillit har behov for vedlikehold og næring for å opprettholdes (Spurkeland, 2005). Respekt er en annen komponent av *relasjonen*. Å respektere kan forklares som at man er villig til å la den andre vokse og utfolde seg. I forholdet mellom fødekvinne og jordmor står en i fare for å se kvinnen som underordnet og jordmor som overordnet. Kvinnen er hjelpesøkende, mens jordmor blir den som kan hjelpe. Ved å hindre fødekvinne i å komme frem med sine synspunkter eller ikke ta nevneverdige hensyn til kvinnens synspunkter, kan jordmor forsterke kvinnens opplevelse av å ha rollen som underlegen (Kristoffersen, 2011).

De viktigste faktorene for god *relasjon* ser ut til å være jordmors evne til innlevelse og empati. Det er en prosess der vi retter oss mot den andre og forsøker å oppfatte den andres indre liv. Det vises til en form for tenkning som er spesielt innstilt på oppfattelsen av komplekse psykologiske konfigurasjoner, der vi er avhengige av å bruke emosjonell intelligens. Det vil si at vi må bruke informasjon våre egne følelser gir oss. Dette er en prosess og et sentralt tema innen positiv psykologi. Poenget er at man ved

hjelp av empati kan se en situasjon fra en annen persons synsvinkel, dens normer, vurderinger og oppfatning. Empati er et medfødt trekk i menneskets psykologi. Vi må ha som utgangspunkt at ikke alle ser verden slik vi gjør, vi må ha respekt for ulikheter mellom mennesker, samtidig som vi erkjenner likheter (Brudal, 2006). Bø og Sæther (2004) sier at det kjennes på kroppen hvordan *relasjonen* er. Dette har også stor betydning for vår selvfølelse og evnen til å mestring. I *relasjonen* til andre er vi avhengig av å forholde oss til visse spilleregler. Uten disse føringene kan vi risikere ubehagelige situasjoner. Wifstad (2002) viser til Knut E. Løgstrup som sier at selv i de mest upåfallende og rutinemessige situasjoner, holder du en ”flik av dette mennesket i din hånd”. Ting du selv ikke tenker over og legger merke til, kan ha stor betydning for hvordan den andre opplever å bli møtt. Dahlberg et al (2015) sier at jordmors holdninger og atferd er essensiell for at fødekvinne skal kunne kjenne på en trygg og god omsorg. Leap et al (2010) hevder at en trygg *relasjon* til jordmor gir kvinnen økt mestringfølelse og opplevelse av glede etter fødselen.

Autonomi står sentralt angående dette fenomenet og har vært og er grunnlag for diskusjon i og med at vi ikke har selvbestemt rett til keisersnitt i Norge. Pasientrettighetsloven §3,1 (Lovdata, 2011) gir rom for at kvinnens stemme skal høres. Kvinnene sier at det oppleves som krevende at helsevesenet skulle bestemme hvordan de skulle føde. Samtidig kan det se ut til at det å ikke få innfridd ønske om keisersnitt setter i gang en prosess av bearbeidelse og egenmotivasjon. Helsevesenets primære oppgave vedrørende fenomenet må vel være at mor og barn ikke utsettes for unødig risiko? Kingdon et. al, (2008) sier at valg av fødemåte kan være et problem i seg selv, og viser videre til at det heller ikke nødvendigvis er det kvinnene ønsker. Det er viktigere å prøve å hjelpe kvinnene slik at de selv kan finne strategier for å mestre. Kvinnene i studien bekrefter akkurat dette. En av kvinnene gav uttrykk for at det var lettere å forberede seg når hun ikke hadde et valg. Alle kvinnene var i ettertid glad for at de hadde fått muligheten til å føde vaginalt. Dilemmaet er knyttet opp i mot den primære tolkningen som kvinnen gjør av egne ressurser, kvinnens rett til *autonomi* og det helsefremmende perspektivet som er rettet mot å gi kvinnen økt medbestemmelse og bemyndigelse.

Hauge og Rannestad (2016) sier at god psykologisk funksjon innebærer evnen til tilpasning i livet er preget av personlig vekst, *autonomi*, selvaksept og opplevelse av en mening og hensikt med livet. Spørsmålet er hvordan man kan knytte dette sammen i forhold til angst for å føde? Patel og Hollins (2014) skriver at tidlig identifisering og et tverrfaglig samarbeid fra lege og psykolog kan være effektivt i forhold til psykiske utfordringer i svangerskapet. Til tross for kvinnens forutinntatthet og profesjonelle betenkeligheter. I Shorten et al., (2014) vises det til prosesser der behandler og pasient deler informasjon med hverandre og sammen gjør en beslutning. Dette benevnes som delt beslutningstaking, og er viktig for kvinnens opplevelse av å bli møtt. Kvinners verdier og holdninger påvirker ikke bare valg av forløsningsmetode, men kanskje også fødselsutfallet. Forskning som er rettet mot kvinnens valgmuligheter etter tidligere keisersnitt viser at behandlerens preferanser var en sterk indikator for valget kvinnen tok (Shorten et al., 2014).

Svangerskapsomsorgens *fragmenterte tjeneste* kommer til uttrykk som en barriere for kvinnene i studien. Det å måtte fortelle den samme historien gang på gang er krevende. Forventninger som er skapt, som ikke blir innfridd, kan oppleves som frustrerende. Det samme gjelder også et stadig skifte av jordmødre og leger. Shorten et. al, (2014) finner at kvinnene hadde opplevd å få motstridende informasjon fra ulike behandlere. Dette samsvarer med det kvinnene i denne studien sier. Legenes ulike syn på selve fenomenet og intervensjonsmåte kan sette kvinnene i en vanskelig situasjon, der de kan bli stilt overfor valg av medisins karakter som kvinnen ikke opplever seg selv kompetent til å ta. Fuglenes D et al. (2011) skriver at legene opplever kvinnens ønske om keisersnitt uten medisinsk eller obstetrisk indikasjon som faglig vanskelig. Det vises til store variasjon i legers beslutninger om keisersnitt. (ibid) Hevder at 49% av gynekologene ikke hadde betenkeligheter med å gjøre keisersnitt uten denne indikasjonen. Bekymring for klager og rettssaker kan gi større aksept for keisersnitt. Et ønske om keisersnitt er assosiert med "fødsels-spesifikke" faktorer, frykt for fødsel, tidligere keisersnitt og negative fødsels erfaringer. I fravær av slike faktorer er sannsynligheten for at en gravid kvinne ønsker keisersnitt lav (<2%).

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Kvalitativ tilnærming

Det vises til at det er enighet om at prinsippene bak reliabilitet og validitet også er viktig for kvalitativ forskning Polit & Beck, (2017). Lincoln og Guba (1985) sier at intensjonen og målsetningen i all forskning er å formidle et sikkert og sannferdig bilde av den virkeligheten forskningen omhandler. For å synliggjøre at den kvalitative metoden er til å stole på vises det til begrepet *Trustworthiness*. Lincoln og Guba viser til alternative begrep som tar hensyn til den kvalitative metodens særpreget; troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

5.1.2 Troverdighet

Troverdighet handler i denne forskningen om at valg av forskningsmetode er av en sånn art at den undersøker det som var ment å undersøke. Det er flere faktorer som sier noe om troverdighet ved en kvalitative forskningen (Polit & Beck, 2017). Forskerens beskrivelse av studiens relevans, problemstilling, beskrivelse av egen forståelse, forskerfeltets karakteristik, datainnsamlingsprosess, detaljert beskrivelse av innholdsanalysen og synliggjøring av informantens utsagn gjennom å presentere relevante sitater fra forskningsintervjuet. Intervjuene ble gjennomført i et kjent kontekst for kvinnene, noe som kan gjøre informantene trygge i settingen. Samtidig kan det også vekke minner fra tidligere møtene med jordmor som gjør at kvinnene tørr å være ærlig i sine utsagn og ikke svarer det de tror jordmor ønsker å høre. Intervjuene ble gjennomført 2-4 måneder etter fødsel, dette kan ha påvirket en overdreven positiv opplevelse av situasjonen, kanskje i form av lettelse for at fødselen er over. Tidsperspektivet er viktig faktor for bearbeidelsesprosessen (Lazarus og Folkman, 1984). Dette kan også ha påvirket det positive resultatet. I studien er intervjuene og transkribering av intervjuene gjennomført av forsker, dette gir forsker god kjennskap til informantenes opplevelse av fenomenet. Forskerens forforståelse og forventninger til hva en vil finne kan være grunnlag for å forvrengte sannhetsgehalten i data og tolkningen av den. En svakhet her er at forsker er uerfaren i forskerrollen. Troverdighet

dreier seg om en så presis tolkning og beskrivelse som mulig av intervjupersonens opplevelser og erfaringer, slik at de samme menneskene kan kjenne seg igjen. Likeså at andre kan kjenne seg igjen om de skulle få samme erfaring (Kvale og Brinkmann, 2012). Det er viktig å se på om disse funnene har en teoretisk sammenheng med andre forskeres funn, fortolkning og resultat. Masteroppgaven er rettet mot informantenes subjektive opplevelse. Subjektivitet kan vanskelig generaliseres, således kan ikke denne studien representere noe annet enn de 4 informantenes subjektive opplevelse. Ved å knytte funnene opp i mot annen forskning, kan det kanskje si noe om troverdigheten.

5.1.3 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet refererer til objektivitet, hva er sannsynligheten for at to eller flere uavhengige mennesker kan være enige om datas sannhet, relevans og mening (Polit & Beck, 2017). Forskerens oppgave var å demonstrere bekreftbarhet ved synliggjøring av data, da i form av ordrette sitater fra informantene, beskrivelse av analyseprosessen og begrunnelse for valg av tema. Dette gjort på en så nøytral måte som mulig og forsøkt unngått å være preget av forskerens egne motiv.

5.1.4 Overførbarhet

Overførbarhet og granskarhet styres når forsker redegjør for kontekst, utvalg, dataanalyse og funn beskrevet med informantens sitater, det vises da til hele forskningsprosessen (Kvale og Brinkmann, 2012) Overførbarhet omhandler i hvor stor grad studiens funn kan overføres til andre kontekster eller grupper. I kvalitativ forskning appellerer begrepet overførbarhet til leseren og avgjøre om funnene kan overføres til andre kontekster. For at dette skal være mulig må forsker gi tilstrekkelig informasjon om studiens kontekst (Polit og Beck, 2017). I masteroppgaven er det forsøkt å gi detaljert informasjon gjennom hele forskerprosessen. På den andre siden har studien et lite antall deltagere og behovet for detaljrik informasjon må ikke gå på bekostning av informantenes anonymitet.

5.1.5 Pålitelighet

Pålitelighet omhandler stabilitet av data over tid og over betingelser. Det stilles spørsmål om man kunne få de samme funnene om studien hadde blitt repetert med tilsvarende deltagere og lignende kontekst (Polit og Beck, 2017). Det vises til at flere av tiltakene beskrevet overfor for å fremme troverdighet også har innvirkning på studiens pålitelighet. Gjennom hele forskerprosessen har det vært fokus på nøyaktig behandling av materialet. I og med at forsker etterspør subjektive opplevelser knyttet til et gitt fenomen er det vanskelig å si noe om funnene vil bli repetert om studien blir gjentatt, likeså at det er et fåtall informanter. Forsker har, ved å beskrive hvordan forskerprosessen har forløpt og hvilke vurderinger og valg som er tatt underveis, lagt til rette for at leser kan vurdere påliteligheten.

5.2 Forskerollen

Bakgrunn for valg av tema er av personlig interesse, erfaring og faglig kompetanse. Som jordmor med videreutdanning i psykisk helsearbeid ble det viktig å forske på et tema som kunne relateres til både jordmorfaget og psykisk helsearbeid. Svangerskap og fødsel er i seg selv en unntakssituasjon for kvinnen og hun kan kjenne på forandringer i sin psykiske helse mer enn noen gang (Brudal, 2000). Ved å bruke en kvalitativ metode har dette prosjektet gitt meg en fin anledning til å få et innblikk i informantenes livsverden, og økt min kompetanse i forhold til temaet. Personlig erfaring har ført til subjektive synspunkt og holdninger knyttet til fenomenet. Det er vanskelig å ikke la dette farge resultatet, men i arbeidet med analyseprosessen og tolkningsprosessen har jeg bevisst forsøkt å sette egen forforståelse til side, ved å ha fokus på det kvinnene faktisk uttrykker.

Valget av teoretisk materiale som representerer det teoretiske grunnlaget for masteroppgaven er basert på personlig valg, likeså er utvalget av artikler. Tolkning av analysen har også vært av subjektiv karakter, basert på evnen til å trekke konklusjoner av de meningsbærende enhetene. Ved å gjennomføre hele forskerprosessen selv har dette arbeidet gitt meg et bredere grunnlag for å kunne trekke konklusjoner, se på likheter og ulikheter. En svakhet er kanskje at det er et lite antall informanter som utgjør

grunnlaget. Ved å presentere ordrette sitater står leser fritt til å trekke sine egne konklusjoner og skape sin egen forståelse av funnene. Det vil si at resultater av tolkningsprosessen som her blir presentert bare er ett mulig alternativ til å forstå kvinner som har angst for å føde. I kvalitativ forskning appellerer begrepet overførbarhet til leseren å avgjøre om det foreligger tilstrekkelig informasjon, slik at funnene kan overføres til andre kontekster (Polit og Beck, 2017). Resultatene bør derfor ikke ses på som absolutt, men en inspirasjon til å utforske fenomenet videre.

5.2.1 Implikasjon for praksis og videre forskning

Resultatene fra denne masteroppgaven er ikke ment å være en objektiv presentasjon av kvinner med fødselsangst, men en tolkning av kvinnes subjektive opplevelse. Kvinnes subjektive opplevelse og studiens helsefremmende perspektiv kan være et viktig innspill i diskusjonen rundt spørsmålet om kvinnens rett til selvbestemt keisersnitt.

Det helsefremmende perspektivet er knyttet til hvordan man kan motivere mennesker til deltagelse i eget liv (Antonovsky, 2014). Begrepet er også rettet mot personen selv, i den forstand at personen skal kunne definere sine egne behov og ressurser. I stede for at helsevesenet skal finne løsninger på de ulike utfordringene, må personen selv bringes på banen.

For å skaffe seg forståelse av kvinnens psykiske helse knyttet til angst for å føde er man avhengig av å spørre kvinnen selv og videre drøfte dette på et organisatorisk plan. For så å kunne styrke kvaliteten i svangerskap og fødselsomsorgen. Likeså er fenomenet knyttet til et forebyggende aspekt, der relasjon mellom den gravide og helsevesenet er av stor betydning, når det vises til at tidligere opplevelser og mistillit til helsepersonell er den største årsaken for utvikling av fødselsangst (Halvorsen et al (2008).

Kvinnene i studien viser til at det er en lang og tidkrevende prosess og motivere seg til vaginal fødsel. Kanskje er det viktig at jordmor i kommunen kartlegger kvinnens motivasjon for fødsel allerede fra første møte. For å kunne bistå kvinnen på best mulig måte.

I et jordmorperspektiv står den normale fødselen sentralt og fokus på demedikalisering av fødselsomsorgen (NICE, 2014). Dette er noe som bør løftes opp og få enda større fokus både i klinikk og jordmorutdanning, likeså kunnskap om gravide kvinners psykiske helse.

Samfunnsmessig er det også nyttig å se på både det forebyggende og helsefremmende perspektivet, da med tanke på at angst kan overføres til andre (Hummelvoll, 2014). Forebygging av komplikasjoner knyttet til økt forekomst av keisersnitt rettes mot mor og barns helse. Her finnes også et samfunnsøkonomisk aspekt. Videre forskning rundt helsefremmende arbeid og psykisk helse, knyttet til kvinner som har angst for å føde, er viktig. Med fokus rettet mot å styrke egenressurser, økte motstandskraften og motivasjonen hos fødekvinne. Antonovsky (2014) hevder at motivasjonsbegrepet er avgjørende for opplevelse av mestring.

(...) så det er mange faktorer som spiller inn – men jeg tror at du har noe i deg vet du – som du ikke tror du har – som du tar frem når du trenger det – tror jeg (...)

Sitat fra en informant

Litteraturliste:

Antonovsky, A (2014). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Aune, I., Torvik, H.M., Selbo, S.T., Skogås, A.K., Persen, J., Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience – Norwegian women's perspectives. *Midwifery* DOI: 10.1016/j.midw.2015.03.016

Aune, I., Dahlberg, U.E., & Ingebrigtsen, O. (2012) Parents' experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28, 432-438

Blix, E (2013). The admission CTG: is there any evidence for still using the test? *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92,613-619.

Buckley, S.J. (2015). Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care. Childbirth Connection, a program of the national partnership for women & families. *Washington, D.C.*

Brown, A. & Jordan, S. (2013). Impact of Birth complications on breastfeeding duration: An internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 828- 839. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.060667.x.

Brudal, L (2000). *Psykiske relasjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Brudal, L (2006). *Positiv psykologi, empati, flyt, kvinne og mann, humor*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen

Byrne, J., Hauck, Y., Fisher, C., Bayes, C., Schutze, R., (2013). Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth DOI: 10.1111/jmwh.12075

Bø, A og Sæther, W.H. (2004). *Kunsten som beveger, etisk dannelse i helse og sosialfagene*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen

Carolan-Olah, M., Kruger, G., Garvey-Graham, A. (2013). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia *Midwifery* 31 (2015) 112-121

Carter, S.K., Guittar, S.G. (2013) Emotion work among pregnant and birthing women. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.003>

Claire, A., Stramrood, I., Marieke Paarlberg, K., Husin IN, E.M.J., Veld, T., Berger, L.W.A.R., Vingerhoets, A.D.j.j.M., Willibrord, C.M. Schultz, W., Van Pampus, M.G. (2010). Posttraumatic stress following childbirth in home-like and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, (2011); 32(2): 88-97

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.K., Selbo, S.T., Torvik, H.M., Aune, I. (2015). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*.

Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J., et al (2012). Risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk childbearing women in New Zealand: Exploring the effect of place of birth and comparing third stage management of labor. *Birth Issues in Perinatal Care*, 39, 98-105.

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

Dunn, C., Hanieh, E., Roberts, R., Powrie, R. (2012). Mindful pregnancy and childbirth: effects of a mindfulness-based intervention on women's psychological distress and well-being in the perinatal period. *Arch Womens Ment Health* (2012) 15:139-143

Eriksson, C., Jansson, L., Hamberg, K. (2005). Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in Swedish qualitative study. *Midwifery* (2006) 22, 240-248.

Ferguson, S., Browne, J., Taylor, J., Davis, D. (2015) Sense of coherence and women's birthing outcomes: A longitudinal survey. *Midwifery*
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.017>

Føge, J. (2005). *Det kvalitative forsknings intervjuet. Med samtalen som utgangspunkt*. Akademika forlag. København. 2 revidert utgave. 2 opplag.

Ford, E. (2008). Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. *Journal of Anxiety Disorders* 23 (2009) 260-268.

Fuglenes, D., Kristiansen, I.S., Øyan, P., Aas, E., Botten, G., Olsen, J.A., Gyrd- Hansen, D. (2011). Why do some pregnant women prefer cesarean? The influence of parity, delivery experiences, and fear; *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2011; 205: 45. e1-9.

Gagnon, R. (2011). Midwifery in a new context: expanding our reference points and embracing new representations of pregnancy and birth. *Midwifery* 27, 360-367.

Garthus-Niegel, S (2012) The Impact of Subjective Birth Experiences on Posttraumatic Stress Symptoms: A Longitudinal Study. *Archives of Women's Mental Health*. DOI 10.1007/s00737-012-0301

Graneheim, U.H. Lundman, B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurs education Today*, 24, 105-112. DOI:10. 1016/j.nedt 2003.10.001.

Halvorsen, L., Nerum, H., Øyan, P., Sørli, T. (2008). Er det sammenheng mellom psykisk belastning og ønsket om keisersnitt?. *Tidsskrift Nor Legeforening* 2008: 128: 1388-91.

Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., Øyan, P. (2006). Maternal request for Cesarean Section due to Fear of Birth: Can It Be Changed Through Crisis – Oriented Counseling? DOI: 10. 1111/j.1523-536X.2006.00107.x

Hauge, A og Mittelmark, M.B. (2006). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid, fra monolog til dialog?* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Haugen, G og Rannestad, T. (2016). *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm

- Hummelvoll, J.K (2014). *HELT- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kingdon, C., Neilson, V., Singleton, G., Hart, A., Gsbay, M., Lavender, T. (2008). Choice and birth method: mixed- method study of caesarean delivery for maternal request. *General Obstetrics*, 10.1111/j.1471-0528.2009.02119.x
- Kringeland, T., Daltveit, A., & Møller, A. (2010). What characterizes women who want to give birth as naturally as possible without painkiller or intervention? *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 21-26. 1
- Kristoffersen, N.J., Skauge, E., Grimsbø, G.H. (2011). *Grunnleggende sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag. 1
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2utgave. 1 opplag.
- Lazarus, R.S & Folkman, S (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring Publ. Co
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., Huber, U. (2010). Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of midwifery & women's health*, 55, 234-242.
- Lincoln, Y.S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. New-bury Park, CA.:Sage.
- Løgstrup, K.E. (1999) *Etiske fordringer*. Cappelen, Oslo
- Melender, H.L. (2002). Fear and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & women's Health*. Vol. 47, No.4 (2002).
- Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergmann, N., Dowsell, T. (2012). Early skin - to -skin contact for mother and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of systematic reviews*, 5.DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- NICE. (2014). Clinical Guidelines 190 Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. *National Institute for Health and Clinical Excellence, London*.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190> Lastet ned 5.3.17.

Nicholls, K. and Ayers, S. (2007). Childbirth- related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology* (2007), 12 491-509.

Nieminen, K., Malmquist, A., Wijma, B., Ryding, E-L., Andersson, G., Wijma, K. (2015). Nulliparous pregnant women's narratives of imminent childbirth before and after internet-based cognitive behavioural therapy for severe fear of childbirth: a qualitative study. DOI: 10.1111/1471-0528.13358

Nilsson, Ch. Bondas, T., Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women with Intense Fear of Childbirth. *JOGNN*, 39, 298-309; 2010.

Nilsson, L., Thorell, T., Wahn, E.H., Ekstrøm, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*. DOI: 10.1155/2013/349124.

Nasholm, C., Barth, T. (2007). *Motiverende samtale*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen.

Lovdata (2011). Pasientrettighetsloven

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Patel, R. and Hollins, K. (2014). The joint obstetric and psychiatric management of phobic anxiety disorders in pregnancy Roshni Foundation Trust, Perinatal and Parent-Infant. *Mental Health Service, Chelsea and Westminster Hospital, London, UK*

Polit, D.F., Beck, C.T. (2017). *Nursing research Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed) Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Ramvi, E and Tangerud, M. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study *Nursing and Health Sciences* (2011), 13, 269-274

Revisef 65: Diskriminering og stigmatisering.

<http://www.revisef65.org/forebyggende.html>

Rogers, C. (1962). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Røkenes, O.H. og Hanssen, P.H. (2013). *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeidet med mennesker*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen

Sandell, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2013). Midwife- led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of systematic Reviews*, 8. DOI: 10.1002/14651858. CD004667.pub3.

Sawyer, A. and Ayers, S. (2009). Post- traumatic growth in women after childbirth. *Psychology and Health Vol. 24, No 4, April 2009, 457-471*

Shorten, A., Shorten, B., Kennedy, H. P. (2014). Complexities of choice after prior cesarean: a narrative analysis. *Birth*, 41(2), 178-184.
doi:<http://dx.doi.org/10.1111/birt.12082>

Svenaesus, F (2005). *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sørensen, M. (2002). ”Empowerment” i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift Nor legeforeningen*.

Van der Gucht, N., Lewis, K. (2014). Women`s experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research *Midwifery*,
<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.005>

WHO. The Ottawa Charter for HealthPromotion(1986).
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/1986>

Wifstad, Å (2002) Medisin basert på informasjonsteknologi –effekt på autonomi og sårbarhet. *Tidsskriftet Nor Lægeforeningen*.
http://www.tidsskriftet.no/pls/Its/PA_LT.VisSeksjon?vp_SEKS_ID_=508924

Wifstad, Å. (1994). Møte med den andre, om ekspertkunnskapens grenser. *Tidskrift Norsk lægeforening, nr 30, 1994; 114:3678-80*

Vedlegg 1

Intervjuguide:

- Si litt om bakgrunnen for ønske om elektivt keisersnitt?
- Fortell om den prosessen du har vært i?
- Hvordan har du selv påvirket prosessen?
- Beskriv ambivalensen, tørr, tørr ikke føde?
- Hva var argumentene dine for og i mot?
- Hva var det som skremte deg mest med en vaginal fødsel?
- Når i graviditeten bestemte du deg for at du skulle føde vaginalt?
- Var det lettere å forberede seg til fødselen når du hadde bestemt deg for vaginalfødsel?
- Beskriv hvorfor ? Hvorfor ikke?
- Hva tenker du i ettertid?

Vedlegg 2

Forespørsel om deltagelse i et masterprosjekt

Det er i dag en del forskning på fødselsangst, men som fødselshjelper har man fortsatt mange ubesvarte spørsmål. Det vises til at det er behov for mer forskning. Denne studien er rettet mot kvinner som har fødselsangst, som i utgangspunktet ønsket keisersnitt, men som allikevel fant mot til å føde vaginalt. Fokuset på denne masteroppgaven er å få ta del i den indre prosessen kvinner med fødselsangst går igjennom før fødselen.

Deltagelse i studien innebærer 1 times intervju. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet. Alle lydopptak vil i etterkant bli transkribert, det vil si gjort om til tekst. Lydopptakene vil bli anonymisert, man vil ikke kunne knytte lydopptak av stemmer til personopplysninger. Det vil heller ikke bli utlevert til andre, kun benyttet i denne studien. Det er kun min veileder og meg som har tilgang til dette materialet. Under publisering, vil ikke identiteten til deltagerne komme frem. Samtykkeskjema vil bli destruert ved prosjektets slutt, mens lydopptak og kodenøkkel vil bli slettet 2 år etter prosjektet er slutt.

Om du ønsker å delta i studien vil du bli oppringt etter fødsel, for å få avtalt tidspunkt for intervju. Intervjuene vil skje på svangerskaps poliklinikken ved sykehuset. Det er frivillig å delta i studien og du kan fritt uten å oppgi grunn trekke tilbake ditt samtykke til å delta. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeskjemaet og leverer det til jordmor på barsel/barselhotell ved utreise.

Om du ønsker mer informasjon kan du ring meg eller min veileder på telefon: 91539751

Med vennlig hilsen Jordmor Janne Hagen Klevan (Prosjektleder)

Prosjektansvarlig: Siv Grav PhD. Høgskolen i Nord-Trøndelag telefon: 90158350

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien, og jeg samtykker i at prosjektleder kan ringe og avtale tid for intervju noen uker etter fødsel. Mitt tlf nr er:

----- (signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha fått informasjon om studien

(signert, dato)

Vedlegg 3



Region: REK nord	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato: 20.02.2015	Vår referanse: 2015/160/REK nord
			Deres dato: 20.01.2015	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Siv Grav

2015/160 Fødselsangst

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Nord-Trøndelag
Prosjektleder: Siv Grav

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK nord) i møtet 12.02.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektleders prosjekttale

Denne kvalitative forskningen skal gi jordmor og evt andre en bedre forståelse av den prosessen kvinner med fødselsangst er i, reddselen, ambivalensen og ønske om elektivt keisersnitt. For at fenomenet skal besvares på best mulig måte skal det brukes semistrukturerte intervju. Prosjektet søker kunnskap om kvinnes beskrivelser og egne analyser av prosessen fra å ønske elektivt keisersnitt til å finne mot til å føde vaginalt.

Vurdering

Forespørsel/informasjonskriv/samtykkeerklæring

Under avsnittet rekruttering står det at «Spørsmål om deltagelse og samtykkeerklæring vil fortløpende bli delt ut på barsel/barselhotell etter at Rek. har godkjent studien. Da med spørsmål om jeg kan ringe og avtale tidspunkt for intervju.»

Et eventuelt samtykke til deltagelse må kunne leveres/sendes inn på eget initiativ til prosjektet. For å ivareta dette hensynet kan et eventuelt samtykke sendes direkte til prosjektleder. At prosjektleder så ringer og avtaler et intervju kan det opplyses om i informasjonsskrivet.

Inklusjon av deltagere

Det skal inkluderes 5-8 deltagere. Komiteen imøteser en nærmere redegjørelse for hvordan prosjektleder vil håndtere dette, dersom flere enn 8 deltagere melder sin interesse.

Vedtak

Prosjektleders tilbakemelding imøteses. Den videre behandling av prosjektsøknaden vil bli foretatt av komiteens leder/nestleder og sekretær, med mindre det reises spørsmål som må behandles av samlet komité.

Vennligst benytt skjema for tilbakemelding som sendes inn via saksportalen til REK <http://helseforskning.etikkom.no>. Tilbakemeldingen må være oss i hende innen seks måneder.

Besøksadresse:
MH-bygget UIT Norges arktiske
universitet 9037 Tromsø

Telefon: 77646140
E-post: rek-nord@asp.uit.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

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

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

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder

Kopi til: *hanne.hansen@hint.no*

Vedlegg 4

Kondenserte meningsenheter	Subkategori	Kategori
<p>Pga tidligere opplevelser finnes det en frykt for å gjenta situasjonen. Redsel for eget liv, selv om fornuften sier at det er trygt. Det er en subjektiv opplevelse. Smerten er overveldende. Situasjonen er uoverkommelig og skaper frykt og unnvikelse. Et tvingende ønske om å unngå situasjonen</p> <p>Redselen fører til at man tenker at barnet er ferdig og at det bare er å ta det ut. Erfaringer fra første gang med 9 dager over termin.. Har ført til at risiko for gjentakelse er stor.</p> <p>For å unngå frykten for at det skal skje noe, blir redningen keisersnitt.</p> <p>Det beste er å ha minst mulig vondt.</p>	<p>Frykt</p> <p>Unnvikelse</p> <p>Motivasjon</p> <p>Positiv kunnskap</p>	<p>Barrierer assosiert med kvinnen selv</p>

<p>Negative tanker forsterker det negative i forhold til fødsel. Dette var noe jeg ønsket å unngå. Men jeg ønsket flere barn. Jeg ønsket en garanti om keisersnitt, men det får man jo ikke.</p> <p>Unngår å forholde seg til det som kommer Fornekter det hele.</p> <p>Redd for at mors historie med vanskelige fødsler skal overføres.</p> <p>Mange tanker, søker om keisersnitt. Vil ikke føde. Negative tanker.</p> <p>Redd for å ikke klare det pga smerte.</p> <p>Så redd at jeg ønske keisersnitt. Fast bestemt. Vil ikke føde</p> <p>Mindre smerter med keisersnitt. Vet at det er større risiko.</p>		
---	--	--

<p>Redd for å bli gravid</p> <p>Tøff fødsel første gangen, tok lang tid. Tanker om gjentakelse. Det gikk bra med underlivet, redd for å bli ødelagt. En stor grunn for ønske om keisersnitt. Lest skrekkehistorier. Opplever første fødsel som trasig.</p> <p>Redd for at det skulle skje noe med barnet. Søster hadde et barn som ikke pusta ved fødsel.</p> <p>Tung prosess å prøve å omstille seg. Det gikk bra. Knakk sammen etter første samtale. Begynte å søke på nett hvor jeg kunne søke om sen abort. Søkte også etter plasser for å få utført keisersnitt. Det koste 80 tusen i utlandet. Et alternativ.</p> <p>Gleden over å være gravid forsvant, mistet tilknyttingen til barnet. Forsto ikke hvorfor jeg</p>		
---	--	--

<p>valgte å bli gravid.</p> <p>Tror ikke jeg kom til et vendepunkt, prøvde på keisersnitt helt til slutt. Tror at jeg hadde klart å presse det gjennom om jeg ikke hadde klart tanken på noe annet.</p> <p>Hadde ikke grudd meg til første fødsel, fikk sjokk.</p> <p>Situasjonen skaper frykt og utløser panikk.</p> <p>Den største frykten er at det skal skje noe galt. Det er lang tid å være redd.</p> <p>Redselen tar overhånd og alt blir så stort. Det blir rett og slett angst.</p> <p>Vanskelig opplevelse ved vakuumsforsøk, skapte frykt og var vanskelig å håndtere i ettertid. Negative erfaringer.</p> <p>Redsel fører til økt smerteopplevelse</p> <p>Usikker på hva som utløste</p>		
--	--	--

<p>frykten. Sammensatt av flere ting.</p> <p>Første svangerskap redd for å miste pga tidligere abort.</p> <p>Redd for å dø.</p> <p>Redd for det ukjente med smerten.</p> <p>Redd for at mors historie med vanskelige fødsler skal overføres.</p> <p>Skremt etter en spontan abort. Henta i ambulanse. Fikk noen piller. Sterke smerter i magen, noen sa at dette kunne sammenlignes med fødsel.</p> <p>Generelt angst for å dø, redd for smerte</p> <p>Angsten kom for fullt ved ankomst avd. pga fikk ikke rom.</p> <p>Tanken på keisersnitt kommer tilbake, tror ikke vaginal fødsel er rett.</p>		
---	--	--

<p>Angsten lå der, kom med smerten.</p> <p>Fikk panikkanfall da jeg var lita, redd for at hjerte skulle stoppe.</p> <p>Det dukket plutselig opp. Hadde en hund som ble syk og døde raskt. Dette skremte meg. Kort mellom liv og død.</p> <p>Redd for å bli syk.</p> <p>Har fortsatt helseangst, men har blitt mer voksen rundt det.</p> <p>Enkelte kvelder var jeg helt utslitt av tankene mine, skrek meg i søvn</p> <p>Bruker mye energi.</p> <p>Ingen positive tanker om fødsel.</p> <p>Snakket med venner om deres erfaring. Får bekreftet at det er vondt, men det går over.</p>		
---	--	--

<p>Smertene blir glemt, jeg må bare prøve.</p> <p>Leser om fødsler, ting blir glemt. Må tro på det som står. Positive tanker.</p> <p>Mange tanker.</p> <p>Tenker negative tanker. Skaffer seg positiv informasjon om fødsel. Prøver å snu tanken fra negativ til positiv</p> <p>Dette må jeg gjennom. Tenke positivt for å finne glede.</p> <p>Fikk nei, utelukker det negative, må føde.</p> <p>Må tenke positivt. Kort tid til fødsel.</p> <p>Leser og snakker med mamma. Ser på ”føden ” på TV. Skremt, men de fikk det til.</p> <p>Trodde det var verre, var skremt. Ønske om flere barn senere.</p>		
--	--	--

<p>Handler om smerte.</p> <p>Siste mnd var tung, så frem til å bli ferdig. Var lei. Tror mange er lei på slutten.</p> <p>Med god støtte begynt jeg å glede meg til å bli ferdig.</p> <p>Dette skal jeg klare.</p> <p>Det gikk gradvis over, gruet meg veldig etter keisersnittet.</p> <p>Leser og ser serie på TV</p> <p>Det var heldigvis mest av de dagene jeg tenkte at dette klarer jeg. Prøver å være realist.</p> <p>motivasjon i seg selv at alt var Normalt.</p> <p>Trengte tid.</p> <p>Fikk et nedtur da det ikke ble som jeg hadde trodd.</p> <p>Måtte ta tiden til hjelp. Fikk negative tanker om keisersnittet. Misfornøyd med arr og mage etter keisersnittet.</p> <p>Tok lang tid å komme seg,</p>		
--	--	--

<p>hadde lyst til å gjøre noe med magen. Redd for at det skulle bli verre.</p> <p>Det veid tungt hvordan magen så ut etter keisersnittet. Lyst til å gjøre noe med det. (Plastisk operasjon) var redd for at den skulle bli utsatt eller at det skulle bli noe tull med det.</p> <p>Tok lang tid å komme seg etter første keisersnitt.</p> <p>Synes det er trasig.</p> <p>Gradvis forandring.</p> <p>Vanskelig å si hva det var, små steg hele tiden.</p> <p>Det å ikke kunne oppleve fødsel flere ganger, skal ikke ha flere barn. Hadde lyst til å prøve det å.</p> <p>Ingen positive tanker om fødsel, men det kom med små stikk. Det var der hele tiden, men klarte ikke å se det når det var på det</p>		
--	--	--

<p>verste.</p> <p>Vanskelig å sette ord på tankene i en slik prosess.</p> <p>Begynner å finne argumenter slik at dette kan bli håndterbart.</p> <p>Overtaler meg selv om at dette går bra. Tror forandringen kommer her.</p> <p>Tiden hjelper deg å bearbeider situasjonen.</p> <p>Tenker annerledes, nå skal dette skje. Med forbehold om ikke å gå overtida og ikke forløses med vakuu.</p> <p>Det er det positivt i avslaget på keisersnitt.</p> <p>Du må bare pine deg igjennom, resultatet blir bra.</p> <p>Glad for at det ble som det ble, vi fikk en annen opplevelse.</p> <p>Mor og far glad for opplevelsen. Det ble noe helt annet. Å det er best for babyen å bli født vaginalt.</p>		
--	--	--

<p>Tanken snur til noe positivt. Det ble lagt frem forslag til situasjoner som kunne føre til trygghet og dette førte til positive tanker.. men så kom ambivalensen.. nei jeg kan ikke dette. Men etter hvert ble det bedre.</p> <p>Når du egentlig er så heldig å kunne bli gravid og få en frisk unge så er det synd at man skal gå å ødelegge dette. Men det er lett å si nå.</p> <p>Glad for at kroppen spilte på lag, for dette gikk egentlig ”isipisi”</p> <p>Fikk smertelindring, - epidural. Det verste var riene.</p> <p>Lettet over at det gikk bra.</p> <p>Vanskelig, tungt og lei av å gå gravid, ønsket å bli ferdig. Det gikk bra.</p> <p>Positive å ikke få</p>		
--	--	--

<p>keisersnitt. Hadde angret om jeg ikke hadde født vaginalt.</p> <p>Angrer ikke på vag fødsel.</p> <p>Glad for at jeg gjorde det.</p> <p>Redd for ikke å rekke smertelindring neste gang.</p> <p>Kanskje har jeg klart det å.</p> <p>Jeg va mest lei meg, usikker på egen mestring.</p> <p>Måtte gå inn i meg selv, finne det positive. Søkte informasjon. Stenger ut det negative.</p> <p>Siste mnd var tung, så frem til å bli ferdig. Var lei. Tror mange er lei på slutten.</p> <p>Med god støtte begynt jeg å glede meg til å bli ferdig.</p> <p>Dette skal jeg klare.</p> <p>Trodde det skulle være verre.</p> <p>Forberedt på det verste, positivt opplevelse.</p> <p>Fødselen gikk bra. Angsten er ødeleggende.</p>		
--	--	--

<p>Best for barnet med vanlig fødsel, det er stort, en majestetisk opplevelse. Fantastisk, er stolt. Ville ikke vært foruten.</p> <p>Angsten lå der, kom med smerten. Men det gikk bra.</p> <p>Hadde ikke tanka om døden under veis.</p> <p>Hadde en annen opplevelse enn jeg hadde hørt om på forhånd.</p> <p>Har mindre behov for å ha kontroll. Kanskje var det opplevelsen med komplikasjonene rundt keisersnittet. Mistet 3 liter blod. Overrasket meg selv med å være rolig. Kanskje var det medisiner. Var ikke redd.</p> <p>Overrasket meg selv.</p> <p>Det er frykten før som er verst. Taklet situasjonen bedre enn jeg trodde.</p>		
---	--	--

<p>Sånn var det med fødselen å. Takla situasjonen veldig bra.</p> <p>Glad for at jeg fikk sjansen til å føde vaginalt.</p> <p>Bortkastet energi, når jeg vet det jeg vet nå.</p> <p>Grei fødsel, det stoppa litt opp, da var jeg redd for at det skulle bli keisersnitt.</p> <p>Det gikk bedre å bedre, men det var ikke helt greit før jeg var midt oppi det.</p> <p>Dette har jeg gjort, så stolt.</p> <p>Nå er jeg kjempeglad for at det ble som det ble. At jeg ikke utsatte barnet og meg selv for fare.</p> <p>Hadde vært roligere ved et nytt svangerskap.</p> <p>Tror ikke at jeg har tenkt så my på fødsel.</p> <p>Den hadde kommet og jeg hadde tenkt at den er over på noen timer.</p>		
---	--	--

<p>Tror jeg hadde hatt et annet svangerskap.</p> <p>Jeg har gjort det på den ordentlige måten.</p> <p>Har noe i deg som du tror du ikke har, som du tar frem når du trenger det.</p> <p>Henter frem styrke når man trenger, ved spesielle anledninger.</p> <p>Tror at det er derfor jeg har gått og grudd meg i 9 mnd. Å tenkt negative tanker.</p> <p>Kroppen vet jo hva den skal gjøre. Så henter den fram styrke i kroppen eller hodet når man trenger det. Om det ikke hadde vært slik hadde det ikke blitt født barn.</p>		
<p>Prøvde å få jordmor til å forstå at jeg ønsket keisersnitt.</p> <p>Snakker med personer som kjenner situasjonen. Blir motivert til å tenke positivt. Stole på det de sier. Visste</p>	<p>Kommunikasjon</p> <p>Relasjon</p>	<p>Barrierer assosiert med jordmor</p>

<p>at jeg ikke kom unna. Fikk en opptur.</p> <p>Godt å få samtale med jordmor. Hadde mange spørsmål om fødsel. Har fått god hjelp under veis, å er så glad for at jeg gjorde dette.</p> <p>Fikk ei trygg jordmor som overtalte meg til å føde. God kommunikasjon.</p> <p>God kommunikasjon med jordmor. Fikk meg bort fra tanken på keisersnitt, det var fantastisk.</p> <p>Masse info som forvirrer på nett. Det ble verre. Godt å gå til samtale. Også i ettertid.</p> <p>Har behov for å snakke bort angsten.</p> <p>Man legger seg selv i andres hender og da er det viktig å føle seg trygg.</p> <p>Visste ikke at man fikk så god hjelp av jordmor, viktig</p>		
--	--	--

<p>å ha noen som bryr seg.</p> <p>Best for barnet med vanlig fødsel, det er stort, en majestetisk opplevelse. Fantastisk, er stolt. Ville ikke vært foruten.</p> <p>Har forandret meg etter at jeg fikk første barnet. Mindre fokus på meg selv. Dette har hjulpet meg med helseangsten. Vokser på opplevelser som er håndterbare.</p> <p>I ettertid ser jeg at jeg la fra meg mer og mer av tanken på keisersnitt. At det ikke var absolutt lengre.</p> <p>Om jeg skulle ha flere barn, har jeg ikke noe i mot å føde vaginalt.</p> <p>Er ikke lengre skremt av tanken på vaginal fødsel</p> <p>Ved første samtale, forbereder seg til intervju, må overbevise om at man er redd nok. Dette for å bli</p>		
--	--	--

<p>tatt på alvor. Ikke syte deg til et keisersnitt. Frykt for å ikke bli møtt og tatt på alvor, ikke få det som en vil. Gikk fra samtalen med en ok følelse, fører til en positiv endring.</p>		
<p>Voksne ønsker å ta del i beslutninger som angår seg. Men slik er det ikke alltid. Lett å velge den enkleste løsningen, men den er kanskje ikke best.</p> <p>Bestemte meg tidlig for at jeg måtte ha keisersnitt for å klare det. Jeg hadde bestemt meg, måtte ha keisersnitt.</p> <p>Noen andre bestemmer hva du skal gjøre, fratår deg makt over egen kropp. Avmaktsfølelse.</p> <p>Vi ønsker å bestemme selv, men nå er det annerledes.</p>	<p>Mangel på autonomi</p> <p>Fragmenterte tjenester</p>	<p>Barrierer assosiert med organisasjon</p>

<p>Alt er avhengig av egne referanser og tidligere hendelser.</p> <p>Ingen kan føde for deg. Men det var utenkelig at jeg skulle utsette kroppen min for en fødsel. Redd for å ikke overleve. Rare tanker.</p> <p>Tenker ikke rasjonelt.</p> <p>Snakket med fastlege, ønsket keisersnitt, samtale ved sv pol</p> <p>Vanskelig de første dagene etter at jeg fikk nei. Hadde frykt for smerten.</p> <p>Samtalt med psykolog. Behov for kontroll over helsa. Lite kontroll under en fødsel. Keisersnitt er noe konkret. Historier om traumatiske fødsler og folk som tror de skal dø. Miste kontrollen.</p> <p>Vanskelig de første dagene, erkjente at jeg må føde.</p> <p>Når det er sagt nei, så må</p>		
---	--	--

<p>man psyke seg opp. Stenge ut det negative. Det må bli som det bli.</p> <p>Kommet langt, måtte bare forberede meg.</p> <p>Mange tanker om hvordan dette skulle bli, gikk inn i meg selv, fant positive argumenter for vag fødsel.</p> <p>Lettere å forberede seg uten valg. En lettelse å få nei, da måtte jeg.</p> <p>Jeg va mest lei meg, usikker på egen mestring. Måtte gå inn i meg selv, finne det positive. Søkte informasjon. Stenger ut det negative.</p> <p>Hadde et alternativ, om det ble for vanskelig. Det ble lettere å omstille seg da.</p> <p>Lettere når jeg hadde et valg, vanskelig at andre skulle bestemme.</p> <p>Alt sitter i hodet, det tar tid å omstille seg.</p>		
--	--	--

<p>Tanken på å dra til utlandet gjorde meg rolig, det tok hele svangerskapet å bli trygg på at jeg skulle føde. Mannen støttet tanken på å reise til Sveits.</p> <p>Det tok tid å forsone seg med tanken på at det ikke ble som ønsket. Flere samtaler førte til at man kom til kompromiss som kunne være betryggende. Frykt for at den biologiske klokka skulle gå fra meg... angst for at det skulle gå galt.</p> <p>Innser at det ikke blir keisersnitt, må bare..</p> <p>Glad for at noen tar valget for deg. Valgene kan bli feil om frykten får bestemme, ikke all frykt er reel. Frykten trenger ikke å ha rot i virkeligheten. Bra at noen sier at det er best.</p> <p>Opplevelse av å være meddelende i egen situasjon.</p>		
--	--	--

<p>Oppleve at man blir hørt og tatt med på råd samt at man får opplevelse av at man får noe selv om man ikke fikk keisersnitt..</p> <p>Det var vanskelig å få et nei, men er glad i ettertid.</p> <p>Bra at noen bestemmer, Men synes ikke det da. Det var pyton. Vanskelig å ikke kunne bestemme selv. En lettelse at jeg hadde mulighet til å reise til utlandet.</p> <p>Ny samtale, legene sier forskjellig.. anbefaler ikke igangsetting av fødsel.</p> <p>Kan få keisersnitt.. setter i gang nye tankeprosesser.</p> <p>Skaper forvirring, kaos hadde da begynt å innstille deg på en situasjon..</p> <p>Valg mellom igangsetting og keisersnitt 7 dager over termindato. Et valg som er</p>		
---	--	--

<p>håpløst. Det er mangel på kunnskap. Søker råd hos fastlege.</p> <p>Glad for at noen tar valget for deg. Valgene kan bli feil om frykten får bestemme, ikke all frykt er reel. Frykten trenger ikke å ha rot i virkeligheten. Bra at noen sier at det er best.</p> <p>Begynner å finne argumenter for at dette kan bli håndterbart Overtaler meg selv om at dette går bra.</p>		
--	--	--