
Normal fødsel; et jordmorstudent-perspektiv
Normal birth; a Midwifery Student Perspective

Masteroppgave, 2024

MJOMAS, Master i jordmorfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Antall ord: 16 852



FORORD

Det er utrolig å tenke på at vår reise som jordmorstudenter går mot slutten. Det har vært to innholdsrike år med en bratt læringskurve som har ført til både faglig og personlig vekst. Vi er takknemlige for all praksiserfaring vi har fått, og føler oss heldige som har fått erfare fødsler ved den jordmorstyrte enheten på Stavanger universitetssykehus. Dette har gitt oss god erfaring med normale fødsler. Vi er klare for å ta fatt på siste praksisperiode på studiet og skal nyte siste tiden som studenter. Det blir en spennende og utfordrende tid når vi om få uker skal tre inn i rollen som jordmødre.

Vi vil rette en stor takk til veilederne våre, spesielt hovedveileder som har viet mye tid til å lese gjennom oppgaven vår underveis og komme med gode og konstruktive tilbakemeldinger. Videre vil vi takke alle de ni jordmorstudentene som har deltatt med sine tanker og erfaringer, og bidratt til å berike vårt materiale. Uten deres deltakelse hadde ikke studien kunnet gjennomføres.

Det har vært en veldig fin masterperiode, til tross for at det har vært en tidskrevende og utfordrende prosess. Vi har lært mye gjennom hele prosessen fra start til slutt og ser tilbake på prosjektet med stolthet. Det gode samarbeidet oss imellom har gjort at vi har kommet oss gjennom og kan se tilbake på denne perioden som en god opplevelse.

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|---|----|
| 1.0 INNLEDNING | 7 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 8 |
| 1.2 Tidligere forskning på området | 9 |
| 1.2.1 Økt forekomst av intervensjoner | 9 |
| 1.2.2 Normal fødsel fra et jordmorstudent-perspektiv | 9 |
| 1.2.3 Problematisk å ivareta normal fødsel også for jordmødre | 10 |
| 1.3 Begrepsavklaring | 10 |
| 1.4 Studiens hensikt | 11 |
| 1.5 Problemstilling | 11 |
| 2.0 TEORETISK PERSPEKTIV | 12 |
| 2.1 Salutogenese i et jordmorfaglig perspektiv | 13 |
| 3.0 METODE | 14 |
| 3.1 Forskningsdesign | 14 |
| 3.2 Utvalg og rekruttering | 14 |
| 3.3 Datainnsamling | 16 |
| 3.4 Transkribering | 18 |
| 3.5 Analyse | 19 |
| 3.6 Forskningsetiske vurderinger | 22 |
| 4.0 RESULTATER | 24 |
| 4.1 Kodegruppe: Normal fødsel | 24 |
| 4.1.1 Definisjon av normal fødsel | 24 |
| 4.1.2 Faktorer som fremmer normal fødsel | 25 |
| 4.1.3 Faktorer som hemmer den normale fødselsprosessen | 25 |
| 4.2 Kodegruppe: Avdelingskultur og holdninger | 27 |
| 4.2.1 “Ryggen fri” | 27 |
| 4.2.2 Praksisstedets kultur | 27 |

| | |
|---|----|
| 4.3 Kodegruppe - Sårbar student | 28 |
| 4.3.1 Veileders påvirkning | 28 |
| 4.3.2 Forventninger versus virkelighet | 29 |
| 5.0 DISKUSJON | 31 |
| 5.1 Metodediskusjon | 31 |
| 5.1.1 Validitet | 31 |
| 5.1.2 Intern validitet | 31 |
| 5.1.3 Ekstern validitet | 33 |
| 5.1.4 Refleksivitet | 34 |
| 5.1.5 Relevans | 35 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 37 |
| 5.2.1 Studentenes forståelse av normal fødsel | 37 |
| 5.2.2 Utfordringer med å ivareta normal fødsel | 39 |
| 5.2.3 Faktorer som kan påvirke normal fødsel i negativ retning | 42 |
| 5.2.4 Utfordringer jordmorstudenter møter ved ivaretagelse av normal fødsel | 47 |
| 6.0 KONKLUSJON | 52 |
| 7.0 REFERANSER | 54 |
| VEDLEGG 1. Intervjuguide | 60 |
| VEDLEGG 2. Informasjon om forskningsprosjekt og samtykkeskjema | 63 |

SAMMENDRAG

Tittel: Normal fødsel; et jordmorstudent-perspektiv

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utforske jordmorstudenters syn og erfaringer med normal fødsel, hvordan de definerer dette og hvordan de opplever at normal fødsel blir ivaretatt i praksis.

Problemstilling: Hva er jordmorstudenters forståelse av og erfaring med normal fødsel, og hvordan opplever de normal fødsel blir ivaretatt i praksis?

Metode: Denne studien baserer seg på en kvalitativ forskningsmetode med intervju som datainnsamling. Det ble gjennomført intervjuer med ni jordmorstudenter fra fem av seks utdanningsinstitusjoner i Norge som tilbyr en master i jordmorfag.

Resultat: Resultatene i vår studie presenteres i tre kodegrupper: 1. Normal fødsel, 2. Avdelingskultur og holdninger og 3. Sårbar student. Vi fant at normal fødsel var utfordrende å definere og at hva studentene anså som normalt både var varierende og endret seg underveis i utdanningen. Noe som påvirket ivaretagelsen av normal fødsel handlet mye om tid, bemanning og kultur på arbeidsplassen. Overgangen fra teori til praksis var overveldende for studentene, da virkeligheten ikke samsvarte med forventningene. Betydningen av relasjonen til veileder, veileders evne til å veilede og inkludering i miljøet var avgjørende for studentenes læringsutbytte.

Konklusjon: Vi identifiserte bekymringer knyttet til mangel på klinisk erfaring med normale fødsler da jordmorstudenter hovedsakelig er i praksis på høyrisikoenheter. Det er også behov for å optimalisere læringsutbyttet og forberede studentene på å håndtere normal fødsel på en selvstendig og trygg måte i fremtiden. Studien vår understreker behovet for klarere terminologi, bedre jordmorutdanning og støtte for å sikre at fødselsomsorgen forblir i tråd med prinsippene om å fremme kvinners helse og velvære.

Nøkkelord: Normal fødsel, kvalitativ studie, jordmorstudent, medikalisering, salutogenese, praksis.

SUMMARY

Title: Normal Birth; a Midwifery Student Perspective

Aim: The aim of this study is to explore midwifery students' views and experiences of normal birth, how they define it, and how they perceive being met in practice regarding the maintenance of normality in the birthing process.

Problem Statement: What are midwifery students understanding and experience with normal birth, and how do they perceive that normal birth is maintained in practice?

Method: This study is based on a qualitative research method using interviews as data collection. Interviews were conducted with nine midwifery students from five out of six educational institutions in Norway offering a master's degree in midwifery.

Results: The results of our study are presented in three main categories: 1. Normal Birth, 2. Departmental Culture and Attitudes, and 3. Vulnerable Student. We found that defining normal birth was challenging and that students' perceptions of what constitutes normal varied and changed during their studies. Factors affecting the management of normal birth included time, staffing, and workplace culture. The transition from theory to practice was overwhelming for students as reality did not match expectations. The significance of the relationship with the supervisor, the supervisor's ability to guide, and inclusion in the environment were crucial for students' learning outcomes.

Conclusion: We uncovered challenges in defining normal birth and the need for clearer terminology. We identified concerns related to a lack of clinical experience with normal births, as midwifery students are mainly in practice on high-risk units. Our findings pointed to the importance of experience, past events, and relationships in shaping midwifery practice and perception of normal birth, as well as the importance of a safe learning environment and good guidance for students' development. This underscores the need to optimize learning outcomes and prepare students to handle normal birth independently and safely.

Keywords: Normal birth, qualitative study, midwifery student, medicalization, salutogenesis, practice.

1.0 INNLEDNING

Denne studien er en del av det internasjonale prosjektet “Normal Birth”, som inkluderer jordmødre og jordmorstudenter fra syv land i Nord-Europa: Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island, Litauen og Latvia. Det er jordmor og postdoktor Eline S. Vik ved Høgskulen på Vestlandet som leder det internasjonale prosjektet. Vi som deltar i prosjektet, er selv jordmorstudenter ved Universitetet i Stavanger.

I denne studien utforsker vi hvilke syn på og erfaringer jordmorstudenter har med normal fødsel og hvordan dette blir ivarettatt i praksis. Prosjektet kan bidra til å øke bevisstheten og refleksjon rundt betydningen av begrepet normal fødsel og normalitet i fødselsomsorgen. For hva er egentlig en normal fødsel? WHO definerer en normal fødsel som:

“En fødsel som er spontan i starten, lav risiko ved starten av fødselen og forblir slik gjennom fødselen. Spedbarnet fødes spontant i hodeleie mellom 37 og 42 fullførte svangerskapsuker. Etter fødselen er mor og baby i god tilstand” (WHO, 1997).

Definisjonen på normal fødsel fra WHO er fra mange år tilbake, og det viser at fokuset muligens er for lite prioritert. International Confederation of Midwives (ICM, 2014a) har i nyere tid kommet med en definisjon av normal fødsel, men som likevel er relativt lik den foregående fra WHO:

“Normal fødsel er hvor kvinnen starter, fortsetter og fullfører fødselen med spedbarnet som blir født spontant til termin i hodeleie, uten noen kirurgisk, medisinsk eller farmasøytisk intervensjon” (ICM, 2014a).

Ifølge ICM (2014a) er det avgjørende å fremme normalitet i fødselsprosessen, og i denne innsatsen spiller jordmødre en viktig rolle. En jordmors hovedoppgave er å ivareta kvinnens behov og sikre hennes sikkerhet og rettigheter gjennom svangerskapet, fødselen og barseltiden. En viktig del av omsorgen en jordmor gir, er å støtte og oppmuntre til naturlig fødsel og opprettholdelse av en normal prosess (ICM, 2017). Et av prinsippene for perinatal omsorg fastsatt av Verdens helseorganisasjon (WHO) er å unngå unødvendig medikalisering av normale fødsler (Aune et al., 2021, s. 385). Imidlertid har fødsler i økende grad blitt sentralisert til sykehus, og samtidig har det vært en økning i fødselsinngrep også i Norge. Disse endringene har ført til at fødselen oppfattes som en medisinsk begivenhet i stedet for en naturlig opplevelse i kvinners liv (Blaaka & Schauer Eri, 2008, s. 344).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er nettopp det at det sees en økning i medisinske intervensjoner i fødselsomsorgen, og dermed en bekymring for at normalitet i fødsel blir utfordrende å ivareta (Albrechtsen et al., 2019, s. 187). ICM-rapporten "Keeping birth normal" indikerer også en økende trend i bruken av inngrep under normale fødsler de siste tiårene. Dette til tross for dokumentasjon som viser at overdreven bruk av slike inngrep kan være skadelig for både kvinner og nyfødte på kort og lang sikt. Det er et økende globalt behov for å reflektere og diskutere over verdien og betydningen av normal, fysiologisk fødsel for samfunnshelsen og bærekraften i helsevesenet (International Confederation of Midwives, 2014a).

Vi er to jordmorstudenter som gjennom praksis har fått erfare fødsler på både jordmorstyrt enhet og fødeavdeling. Vi har begge vært på de ulike enhetene i praksis over tid, og har fått oppleve to forskjellige verdener av fødepraksis. Det er stadig diskutert hva som defineres som normal fødsel både i klassemiljøet vårt, i helsevesenet og i samfunnet. Vi er nysgjerrige på å utforske hva jordmorstudenter beskriver og erfarer som en normal fødsel, og om det de lærer om normal fødsel i teorien samsvarer med det de erfarer i praksis.

Vi finner begrenset relevant forskning om hva jordmorstudenter legger i begrepet normal fødsel og hvordan de blir møtt i praksis med tanke på å ivareta dette. I og med at jordmorstudenter er fremtidens jordmødre mener vi det er viktig å øke kunnskapen knyttet til jordmorstudenters perspektiver og erfaringer, og det er derfor denne studien er planlagt.

1.2 Tidligere forskning på området

1.2.1 Økt forekomst av intervensjoner

Betydningen av å fremme normal fødsel er grunnet de helsemessige fordelene det gir for både mødre og spedbarn (Aune et al., 2018, s. 33; Anna et al., 2020, s. 2). Den globale forekomsten av normale fødsler har falt jevnt de siste 50 årene, delvis som et resultat av teknologiske fremskritt og en økende dominans av legestyrte fødsler (Anna et al., 2020, s. 2). På 1990- og 2000-tallet økte bruken av medisinske inngrep under fødsel jevnt i flere utviklingsland. Selv om slike prosedyrer kan redde liv, medfører de også risiko for kvinnene og nyfødte, og bør derfor begrenses til tilfeller der det er medisinsk nødvendig. Som et svar på økende medisinske inngrep under fødselen, har det blitt en økende global interesse for å fremme normal fødsel uten behov for induksjon, epidural- eller spinalanestesi, episiotomi, bruk av tang eller vakuum, eller keisersnitt. Dessverre er det begrenset med bevis for den beste tilnærmingen for å oppnå økt frekvens av normal fødsel (Prosser et al., 2018, s. 1-2).

1.2.2 Normal fødsel fra et jordmorstudent-perspektiv

Når man utforsker normalitet i fødsel, er det viktig å se på hvordan ulike omsorgsmodeller påvirker jordmorstudentene sitt syn på normal fødsel. En studie av Anderson (2015) viser at jordmorstudentene hadde troen på at en ideell normal fødsel var en fysiologisk prosess uten inngrep, men i praksis observerte de en bred variasjon av intervensjoner. Studentenes kliniske erfaringer endret deres perspektiv fra det ideelle til det pragmatiske, og de oppdaget at både jordmødre og kvinner fortsatt definerte fødsel som normal, uavhengig av ulike nivåer av inngrep. Videre viser studien at det er utfordringer knyttet til å oppnå normalitet i klinisk fødselspraksis for jordmorstudenter. Dette inkluderer uenighet om definisjonen av normal fødsel, medikalisering av fødselsprosessen og påvirkningen fra jordmødre og retningslinjer som fører til defensiv praksis. For å fremme normalitet er det behov for å fokusere på miljø, utdanning og myndiggjøring av jordmødre. Det er viktig å etablere en universell definisjon av normal fødsel som kan være veiledende for å oppnå enighet blant fagfolk. Studien viser også at jordmødre ser på fødsel som en naturlig hendelse, mens obstetrisk praksis har en mer medisinsk tilnærming. Jordmorstudentenes perspektiv på normal fødsel endres gjennom kliniske erfaringer, og det er viktig å ta hensyn til kvinnens opplevelse og sikre en tilfredsstillende fødselsopplevelse uavhengig av fødselsmetode (Anderson, 2015, s. 66-70).

1.2.3 Problematisk å ivareta normal fødsel også for jordmødre

Anna et al. (2020) identifiserte i sin studie at mangelen på kunnskap og ferdigheter om ivaretagelse av normal fødsel var en betydelig hindring for å ivareta dette ifølge jordmødrene som ble intervjuet. En viktig bekymring som ble uttrykt var at jordmorstudenter i løpet av opplæringen hovedsakelig blir eksponert for spesialiserte, høyrisiko obstetriske enheter, og dermed ikke får tilstrekkelig erfaring med omsorg under en normal fødsel. De ferdigutdannede jordmødrene som ble intervjuet uttrykte at de følte seg uforberedte når de skulle ta vare på kvinner som ønsket en fysiologisk fødsel, da de ikke hadde tilstrekkelig opplæring på dette området. De bemerket spesifikt en mangel på undervisning og klinisk erfaring knyttet til omsorg under normale fødsler. Disse observasjonene understreker behovet for å forbedre jordmorutdanningen for å bedre forberede studenter på å håndtere ulike fødselsscenarioer. Forskning viser at også ferdigutdannede jordmødre opplever det som utfordrende å ivareta normal fødsel, og at det er høyest nødvendig å være bevisst på hvilken retning fødselsomsorgen beveger seg i (Anna et al., 2020, s. 4). Skogheim og Hansen (2015, s. 230) og rapporten “Keeping Birth Normal” fra International Confederation of Midwives (ICM, 2014a) presenterer de samme utfordringene.

1.3 Begrepsavklaring

Fysiologisk fødsel: En fødsel som forventes å skje uten inngrep eller komplikasjoner (Blix, 2017, s. 51).

Seleksjon og differensiering: Helsedirektoratet har utviklet spesifikke seleksjonskriterier for hvem som kan føde på fødestue, fødeavdeling eller kvinneklinikk. Disse kriteriene gjelder for hele landet, men de kan tilpasses lokale forhold. Vi vil i deler av oppgaven bruke ordene “grønn” for normalt og friskt, og “rød” for komplikasjoner og risiko (Devold et al., 2020).

1.4 Studiens hensikt

Hensikten med studien er å undersøke jordmorstudenters forståelse av og erfaring med normal fødsel, og deres opplevelse av hvordan normal fødsel blir ivaretatt i praksis. Gjennom å utforske disse temaene kan studien bidra til å belyse hvordan jordmorstudenter opplever og håndterer normale fødselssituasjoner, samt å identifisere eventuelle utfordringer eller forbedringsområder i praksisfeltet. Studien kan også bidra til refleksjoner rundt hvordan utdanning og praksis påvirker jordmorstudenters læringsprosess og utvikling, samtidig som den kan bidra til å løfte frem og belyse ulike sider av hvilken retning fødselsomsorgen er på vei i.

1.5 Problemstilling

Hva er jordmorstudenters forståelse av og erfaring med normal fødsel, og hvordan opplever de normal fødsel blir ivaretatt i praksis?

2.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Vi vil bruke et teoretisk perspektiv til å diskutere studentenes opplevelser, læring og integrering i systemet. Vi mener den salutogene modellen av Aaron Antonovsky er relevant som et teoretisk rammeverk for vår oppgave. Den salutogene tilnærmingen har fokus på å fremme helse, og oppmerksomheten blir rettet mot faktorene som bidrar til å bevege individet mot helseenden av kontinuumet (Antonovsky, 2012 s. 30). Salutogenese som teori er en motvekt til patogenese som på sin side vektlegger risikofaktorer og årsaker til sykdom (Langeland, 2017).

I nyere tid har salutogenese blitt introdusert som en relevant teori innen fødselsomsorgen. Tradisjonelt har forskning i stor grad satt søkelys på komplikasjoner og sykdom under fødsel, men forespørselen etter forskning på de potensielle helsemessige fordelene ved fødsel har økt. Salutogenese-teorien tar utgangspunkt i begrepet "opplevelse av sammenheng" (OAS), der en sterk OAS innebærer at livet oppleves meningsfullt, begripelig og håndterbart. Mens andre helsefremmende teorier legger vekt på individuell empowerment, baserer salutogenese-teorien seg på betydningen av relasjoner, erfaring og livshistorier (Skogheim og Lundgren, 2021, s. 13). Begripelighet handler om hvor godt stimuli oppleves som forståelige og strukturerte, heller enn kaotiske eller uforståelige. Det innebærer forventningen om at fremtidige stimuli vil være forutsigbare eller kunne forklares. Det er viktig å merke seg at begripelighet ikke angir om stimuli er ønskelig eller ikke. Håndterbarhet defineres som hvor godt man føler at man har tilstrekkelige ressurser til å håndtere de kravene man møter. Med en sterk følelse av håndterbarhet, føler man seg ikke hjelpeløs eller urettferdig behandlet av livet. Meningsfullhet refererer til den dype følelsen av at livet har en mening og formål. Når en person opplever meningsfullhet, føler de at det de gjør og opplever har betydning og verdi, og bidrar til en følelse av motivasjon (Antonovsky, 2012, s. 39-41). Studien til Mathias et al. (2021, s. 267) finner at høy OAS hos den fødende har påvirkning på tilfredshet, mentalt velvære, fødselsopplevelse, valg, håndteringen av foreldrerollen og mestring. Det er tydelig at støtte og forbedring av OAS kan ha langvarige positive effekter på kvinners helse.

2.1 Salutogenese i et jordmorfaglig perspektiv

Jordmødre har spesialisert seg i å fremme fysiologisk fødsel og å styrke og forberede kvinner for graviditet, fødsel og foreldrerollen uavhengig av deres helsestatus. Mittelmark et al. (2022, s. 463) konkluderer med at dette helsefremmende arbeidet står i kontrast til dagens patologifokuserte fødselsomsorg, som har vist seg å ikke tjene fødende kvinner godt. Det er behov for å åpne øynene for en ny tilnærming. Salutogenese, med sitt helsefokus, gir et lovende alternativ til dagens fødselspraksis. Selv om sammenhengen mellom salutogenese og jordmødre er kjent, har få implementert dette rammeverket i praksis (Mittelmark et al., 2022, s. 463). Salutogen teori fremhever viktige egenskaper hos helsepersonell for å fremme OAS hos fødende. Disse egenskapene inkluderer at jordmoren er tilstede for å gi emosjonell støtte, veiledning og råd, at hun opptrer rolig og trygg, gir positiv og oppmerksom omsorg, og at det er kontinuitet i omsorgen som tilbys (Mathias et al., 2021, s. 275). Funn viser at kvinner med sterk OAS hadde bedre mental helse, praktiserte sunnere atferd og søkte mer nyttig støtte. Disse kvinnene hadde også en tendens til å ha ukompliserte fødsler, foretrekke hjemmefødsler og se på normal fødsel som den beste metoden (Mittelmark et al., 2022, s. 460-461).

Jordmorfilosofien er i dag en del av det medisinske systemet, men den har hovedsakelig fokus på velvære og å fremme fødsel som en naturlig hendelse, samtidig som den skal støtte fødekvinnen i å oppleve mestring. Ved å integrere en salutogen forståelse av jordmoromsorg i det medisinske systemet, kan jordmødre utforske nye måter å forstå helsefremmende effekter av sin praksis, og tilby et teoretisk rammeverk for å utvikle og vurdere helsefremmende tiltak og resultater, i stedet for kun å fokusere på sykdomsforebygging (Mathias et al., 2021, s. 267).

Å undersøke hvordan jordmødre praktiserer i tråd med salutogene prinsipper gir oss en forståelse av hvordan deres omsorg påvirker kvinners helse og trivsel. Dette arbeidet kan bidra til økt bevissthet omkring hvordan fødselspolitikken vår påvirker de fødendes opplevelser, og hvordan institusjonene kan bevege seg mot en mer salutogen og helsefremmende tilnærming (Mathias et al., 2021, s. 276). I og med at jordmorstudenter er fremtidens jordmødre mener vi det er viktig å øke kunnskapen knyttet til jordmorstudenters perspektiver og erfaringer rundt ivaretagelse av det normale. Den salutogene teorien mener vi derfor passer til vår studie, da vi ved bruk av intervju av jordmorstudenter bidrar til å undersøke fokuset på ivaretagelse av den normale fødselen og er hovedfokuset for prosjektet "Normal Birth" som vi er en del av.

3.0 METODE

I dette kapitlet presenterer vi og begrunner våre metodiske valg, samt forklarer fremgangsmåten i vårt kvalitative forskningsarbeid for å belyse problemstillingen: “Hva er jordmorstudenters forståelse av og erfaring med normal fødsel, og hvordan opplever de normal fødsel blir ivaretatt i praksis?”.

3.1 Forskningsdesign

Kvalitativ forskningsmetode med intervju som datainnsamling er spesielt egnet når man har mål om å undersøke og oppnå forståelse for subjektive opplevelser, erfaringer, følelser og handlinger relatert til et spesifikt fenomen (Danielson, 2019, s. 177-178). Ved å benytte et kvalitativt design kan vi analysere dataene for å samle inn, forstå, undersøke og beskrive jordmorstudentenes erfaringsbaserte perspektiver. Dette gir oss muligheten til å innhente informasjon som kan bidra til dypere forståelse av fenomenet normal fødsel, basert på innsikt i deres personlige opplevelser, kunnskap, subjektive synspunkter og egne tolkninger (Thagaard, 2018, s. 12). Dette er en induktiv studie som vil si at vi som forskere vil ta utgangspunkt i informantenes erfaringer om fenomenet. Induktiv tilnærming baserer seg på det konkrete for å komme frem til generelle prinsipper eller teorier. Kvalitative forskningsmetoder bygger på dette paradigmet (Malterud, 2018, s. 27).

3.2 Utvalg og rekruttering

Utvalget skal settes sammen slik at det inneholder tilstrekkelig og rikt variert materiale om det vi ønsker å si noe om når studien er gjennomført (Malterud, 2018, s. 58). I vårt prosjekt ønsket vi å rekruttere jordmorstudenter fra fem av seks utdanningsinstitusjoner i Norge som tilbyr en master i jordmorfag (OsloMet, HVL, UiT, NTNU og USN). Eksklusjonskriteriet var jordmorstudenter ved UiS, universitet i Stavanger, da det er våre medstudenter og det er ikke god forskningspraksis å intervjuer studievenner og kollegaer. Inklusjonskriteriene som vi tok utgangspunkt i var jordmorstudenter som er inne i sitt 3. semester av jordmorutdanningen, det vil si andre året av master i jordmorfag. Grunnen til at vi ønsket jordmorstudenter i 3. semester er at de har fullført teoridelen av studiet, som innebærer undervisning og eksamen i

både det normale og det kompliserte i forhold til svangerskap, fødsel og barsel, og har praksiserfaring fra en eller flere fødeavdelinger.

I kvalitative studier er det færre informanter enn i kvantitative studier, fordi man ønsker å få en dybdeforståelse av informantenes erfaringer og synspunkter. Det er derimot viktig at de få som velges har forskjellige erfaringer, og kan bidra til grundige beskrivelser av fenomenet (Henricson & Billhult, 2019, s. 144-145). Vi ønsket å gjennomføre individuelle intervjuer med 8-10 jordmorstudenter fra de nevnte jordmorutdanningene, for å sikre et bredt og rikt datamateriale. Informantene i vår studie ble valgt for å sikre at materialet vi samlet inn, best mulig kunne belyse vår problemstilling (Malterud, 2018, s. 58). Informantene var i alderen 25 til 37 år.

For å rekruttere deltakere til vårt prosjekt, utarbeidet vi et informasjonsskriv som ble sendt ut til studieprogramlederne på USN, UiT, NTNU, OsloMet. Dette med et ønske om at de skulle legge det ut på høgskolens og universitetets læringsplattform, Canvas, slik at jordmorstudenter fra de nevnte studiestedene fikk informasjon om og mulighet til å delta i studien. Dette rekrutterte ingen deltakere, så vi fikk hjelp til å gi muntlig påminnelse til studentene på USN. Dette ga oss den første informanten til prosjektet.

Etter åtte ukers praksis uten å ha rekruttert mer enn én deltaker, valgte vi å legge ut et forkortet informasjonsskriv med en kort presentasjon av studien på Facebook-gruppen “Jordmødre i Norge”, med håp om å rekruttere flere deltakere. Denne Facebook-gruppen har ca. 3100 medlemmer. Det kan være hensiktsmessig med en slik formell henvendelse med publikasjon på denne type gruppe da vi presenterte vårt forskningsprosjekt i et miljø vi ønsket å nå ut til (Thagaard, 2018, s. 56). Flertallet av medlemmene på denne Facebook-gruppen er jordmødre, men også jordmorstudenter kan bli medlem før endt utdanning. Vi ble selv medlem for å kunne legge ut et innlegg som et ledd i rekrutteringen. Her var det liten respons med kun én deltaker til.

De neste fire deltakerne ble rekruttert ved hjelp av snøballmetoden, ved at vi brukte nettverket til de som allerede hadde deltatt i intervjuer, for å få tak i flere deltakere (Malterud, 2018, s. 59-60). Det var først uklart om vi kunne rekruttere jordmorstudenter fra HVL, da to av deres studenter er med i samme forskningsprosjekt. Da vi fikk tillatelse til å rekruttere fra HVL, fikk vi ytterligere tre deltakere som ikke var tilknyttet prosjektet. Disse ble rekruttert gjennom

informasjonsskriv på Canvas. Da fikk vi totalt ni deltakere til studien. Etter ni intervjuer vurderte vi at vi hadde fått et rikt datamateriale.

3.3 Datainnsamling

Intervju er en passende metode for datainnsamling for forskere som ønsker å få detaljerte beskrivelser av et fenomen med mål om å oppnå bedre forståelse (Danielson, 2019, s. 177-178). Vi ønsket å gjennomføre individuelle intervjuer over Zoom. Intervjuguiden tok utgangspunkt i spørsmålene som allerede var formulert av prosjektgruppen og benyttet i en studie som omhandler jordmødres erfaringer med normal fødsel. Siden vi i år retter fokuset mot jordmorstudenter, måtte vi tilpasse intervjuguiden slik at den kunne hjelpe oss med å besvare vår problemstilling.

Tabell 1 – intervjuguiden

| | |
|--|--|
| Introduksjon og åpningsspørsmål: | Oppfølgingsspørsmål ved behov: |
| Hva er din oppfatning av normal fødsel? | <ul style="list-style-type: none"> - Opplevelser du tenker går under normal fødsel? - Kan du gi et eksempel på normal fødsel? - Fødestillinger, ro på fødestuen, kommunikasjon, bruker du retningslinjer (dersom du ikke er enig med dem), delt beslutningstaking/samvalg, hvordan inkludere partner? - Er det noen medisinske intervensjoner du mener er en del av en normal fødsel? - Kan du forklare hvordan du tenker? - Induksjon av fødsel, overtidsgraviditet - Kan du snakke mer om intervensjoner som amniotomi/Oxytocin-induserte rier/epidural/vacuum ekstraksjon/tangforløsning/episiotomi kontra begrepet normal fødsel? |

| | |
|--|--|
| Hvordan opplever du å bli møtt på praksisstedet med tanke på å ivareta normalitet i fødselsprosessen? | <ul style="list-style-type: none"> - Hvilken kultur er det for å ivareta normalitet? - Er det forskjell på om du er på en normalenhet eller en fødeavdeling? - Opplever du at jordmødrene har det som fokus selv om det ikke er en normalenhet? |
| Hvordan definerer du normal fødsel? | <ul style="list-style-type: none"> - Din definisjon basert på teori og praksis |

Intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i semistrukturert intervju der spørsmålene er formulert i en viss struktur, men at de ikke trenger å stilles i den rekkefølgen. Intervjueren tilpasser seg heller etter hva som passer underveis i intervjuet. Intervjuguiden er inndelt i tre åpne hovedspørsmål med mindre oppfølgingsspørsmål som ble benyttet ved behov, og ligger vedlagt i sin helhet i vedlegg 1. Ved å bruke åpne spørsmål får vi svar på personens opplevelser, erfaringer, synspunkter, følelser og kunnskap (Danielson, 2019, s. 179).

Informantene som ønsket å delta fikk tilsendt et mer utfyllende informasjonsskriv på e-post (Vedlegg 2). Der stod det supplerende informasjon om blant annet prosjektets formål, informantenes rettigheter, hvordan datamaterialet ville bli tatt opp på lydopptaker og videre behandlet og oppbevart. I forkant av intervjuene sikret vi at Nettskjemas diktafon-app fungerte, at det gikk fint å ta opp materiale og at kvaliteten var god. Vi måtte alltid sørge for at mobilen ble satt på flymodus for å unngå at forstyrrelser skulle ødelegge for opptaket, da det var diktafon-app på mobilen som ble benyttet som båndopptaker.

Alle intervjuene ble gjennomført med videokamera gjennom Zoom. Før selve intervjuene startet hadde vi en uformell prat hvor vi snakket litt utenfor temaet og innhentet demografiske data. Vi forsøkte å skape en trygg og rolig atmosfære, slik at informantene følte seg komfortable nok til å dele sine tanker og erfaringer med oss. Samtalen skal foregå uten at intervjueren har svarene klare på forhånd (Malterud, 2018, s. 69-70). Derfor påpekte vi at det ikke var noen fasitsvar, og at det kun var deltakerens egne tanker og erfaringer vi var ute etter.

Ifølge Danielson er det viktig å sitte uforstyrret under selve intervjuet (Danielson, 2019, s. 186). Vi sendte mail til informantene på forhånd for å planlegge tidspunkt som passet best for

begge parter. På denne måten fikk informantene også mulighet til å bestemme et gunstig tidspunkt for et uforstyrret intervju. Alle informantene vi intervjuet, valgte å gjennomføre intervjuet hjemme hos seg selv over Zoom. Dette fungerte godt ved at de fikk ro under hele intervjuet. Vi både så og hørte alle informantene godt via Zoom-video.

Begge forskerne gjennomførte og deltok i alle intervjuene, og vi tok utgangspunkt i samme intervjuguide hele veien. Alle intervjuene ble gjennomført i en tidsperiode på to uker, noe som gjorde at intervjuguiden alltid var friskt i minnet. Informantene fikk samme informasjon om studiets formål i forkant, og vi innhentet opplysninger om vedkommende sin alder, antall fødsler de har hatt og praksisplass på fødeenhet. Det innledende spørsmålet til selve fenomenet var “Hva er din oppfatning av normal fødsel?”. Intervjuene artet seg mer som en åpen dialog hvor flere fortalte uavbrutt om sine tanker, erfaringer og meninger om begrepet normal fødsel, enn et intervju.

Vi tilpasset timingen for oppfølgingsspørsmål avhengig av informantenes svar og vårt ønske om ytterligere innsikt. Det var en viss variasjon i hvor mye informasjon de ulike informantene delte om egne erfaringer og refleksjoner. Noen var mer tilbakeholdne enn andre, og derfor måtte vi aktivt stille flere oppfølgingsspørsmål, mens andre delte mye av dette spontant i svarene sine. Dette resulterte i ulik grad av refleksjoner rundt forskjellige spørsmål, da noen begrenset seg til å kun svare på de spørsmålene de ble stilt. Likevel var det mange verdifulle svar som beriket datamaterialet vårt. For å runde av intervjuene på en fin måte, avsluttet vi med å spørre informantene om det var noe de ønsket å tilføye som ikke hadde blitt sagt tidligere, og som passet til temaet.

3.4 Transkribering

I transkripsjonen bør det opprinnelige materialet mest mulig lojalt ivaretas for å sikre at deltakernes meninger og erfaringer blir nøyaktig forstått og formidlet slik de ble uttrykt under datainnsamlingen (Malterud, 2018, s. 77).

Intervjuene ble transkribert fortløpende etter gjennomføring, mens de fortsatt var friskt i minne. Lydopptakene ble konvertert til skriftlig format i Nettskjema. Av og til tok det litt tid før “transkriberingsskissen” lå klar, men det hjalp oss en del at mye ble transkribert automatisk. Dette ble likevel en tidkrevende prosess. Intervjuene endte opp med en varighet

på mellom 17 og 32 minutter. Når vi fikk transkripsjonsskissen gjennomgikk vi den samtidig som vi lyttet til opptaket for å sørge for korrekt transkripsjon, da den automatiske transkripsjonen fra nettskjema inneholdt feil og mangler. Alle intervjuene ble transkribert av forfatterne og begge var tilstede under all transkripsjon da det stadig forekom setninger der det var vanskelig å høre hva som ble sagt. Vi ble godt kjent med datamaterialet og vi fikk allerede her litt kjennskap til hvilke temaer som kunne gi mening i analyseprosessen. Materialet utgjorde totalt 94 sider, med tekst i skriftstørrelse 12, med 1,5 i linjeavstand og Times New Roman som skrifttype.

I og med at vi ønsket å lage en grundig analyse av materialet, så transkriberte vi hele intervjuet så ordrett som mulig. Dette innebærer å inkludere når informanten tar tenkepause, ler, legger trykk på enkelte ord osv. (Wibeck, 2019, s. 205). Vi har derfor skrevet ned ord på dette underveis i transkriberingen ved for eksempel å skrive blant annet “ehm”, “pause” og “latter”. Det er vanligvis et krav at man anonymiserer gjenkjennelige detaljer, og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet (Fangen, 2022). Vi har derfor skrevet alle intervjuene over til bokmål, og fjernet noen elementer som bryter med anonymiteten. Det transkriberte materialet lagret vi i egne filer inne på “teams” med en begrenset tilgang kun for oss som forskere, før vi etter hvert delte det med vår hovedveileder, slik at ingen andre skulle få innblikk i materialet.

3.5 Analyse

Analysen for dette prosjektet har tatt utgangspunkt i systematisk tekstkondensering, STC, som er en tverrgående tematisk analysemetode utviklet av Malterud. Imidlertid skiller denne analysestrategien seg fra andre ved at den ikke starter med et stort antall temaer eller koder, men begynner organiseringen av data med et begrenset antall foreløpige temaer som deretter utvikles videre til kodegrupper (Malterud, 2018, s. 96). Analysen ble utført i fire trinn: helhetsforståelse, identifisering av meningsfulle enheter, abstrahering av innholdet i enhetene og sammenfatning av betydningen (Malterud, 2018, s. 96-98). Dette ga oss en strukturert tilnærming til å bearbeide og analysere datamaterialet. Analysen ble ikke påbegynt før etter at alle intervjuene var gjennomført på grunn av at intervjuene ble holdt i løpet av et intervall på to uker. Deretter startet analyseprosessen ved å følge de fire trinnene i analysemetoden som beskrevet i tabellen under.

Tabell 2 - Trinnene i analyseprosessen

| Trinn 1: Helhetsinntrykk | Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra tema til koder | Trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold | Trinn 4: Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater |
|--|---|--|--|
| Foreløpige temaer (5-8) identifiseres ved første gjennomlesing. | Identifisere meningsbærende enheter i teksten | Abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene. | Sammenfatte betydningen av dette og sette bitene sammen. |
| Lese gjennom materialet for å få et helhetsinntrykk | Sortere disse i kodegrupper | Lokalisere subgrupper (2-3). | Bruke kondensatene til å lage en analytisk tekst. |
| Midlertidig navn på temaer | Kodene justeres og defineres i kodeprosessen | Utarbeide tekstkondensater | Fremstille resultat kategorier (hovedfunn) som kodegruppen skal utvikles til. |
| Vår utførelse av trinn 1: | Vår utførelse av trinn 2: | Vår utførelse av trinn 3: | Vår utførelse av trinn 4: |
| <ul style="list-style-type: none"> - Intervjuene ble transkribert ordrett. - Leste gjennom flere ganger for å bli kjent med materialet. - Lagde 10 foreløpige temaer. | <ul style="list-style-type: none"> - Identifiserte meningsbærende enheter. - Deretter fant vi tre kodegrupper som vi justerte på underveis i prosessen. | <ul style="list-style-type: none"> - Sorterte deretter materialet under kodegruppene til ulike subgrupper. - Utviklet kunstige sitater i «jeg»- form for hver subgruppe. | <ul style="list-style-type: none"> - For hver subgruppe lagde vi en analytisk tekst med utgangspunkt i de kunstige sitatene og de utvalgte sitatene fra intervjuene. - Oppsummerte funnene i hver subgruppe, slik at de var tro mot informantenes ord. |

(Malterud, 2018, s. 97-112).

I første trinn fikk vi oversikt over materiale ved å skrive det ut og lese de transkriberte sidene flere ganger. Vi ble godt kjent med materiale og dannet oss 10 foreløpige temaer. Noen av temaene som ble identifisert var vanskelig å plassere, grunnet lite relevans for vår problemstilling, og ble derfor ikke prioritert til å bli med videre i prosessen. Eksempler på disse temaene var “dårlig nyfødt” og “grad av rifter”, og det var også lite materiale under disse temaene. I trinn to gikk vi grundigere inn i materialet og samlet inn meningsbærende enheter fra intervjuene, ved å markere de med ulike fargekoder. Deretter sorterte vi disse under hvert tema. Dette gjorde at det var lettere å komme frem til tre kodegrupper ut ifra de meningsbærende enhetene. Dette var også materiale som best representerer vår problemstilling. De foreløpige temaene ble revidert i tre kodegrupper: «normalitet i fødsel», «praksisplass» og «sårbar student».

Endringer ble gjennomført underveis for å sikre riktig gruppering av de ulike meningsbærende enhetene. Samtidig ble overskriftene til kodegruppene justert etter hvert som vi utforsket materialet grundigere og fikk en dypere forståelse av kodegruppene. Vi endte til slutt med kodegruppene “normal fødsel”, “avdelingskultur og holdninger” og “sårbar student”. I trinn tre delte vi materialet ytterligere inn i ulike subgrupper tilhørende de tre kodegruppene. Vi startet med tre subgrupper under hver kodegruppe, men underveis i analyseprosessen reduserte vi antall subgrupper under hver kodegruppe. Vi endte til slutt med syv subgrupper. Videre i trinn tre kondenserte vi materialet under hver subgruppe. Dette ble en tidkrevende prosess. De kunstige sitatene ble skrevet i jeg-form, og målet med dette var å få frem essensen i subgruppen. Det var viktig for oss å være tro mot det som ble fortalt i intervjuene. Vi fant også et “gull”-sitat fra intervjuene tilhørende hver subgruppe som best kunne representere innholdet. I trinn fire tok vi for oss hvert kondensat, skrev disse om til analytiske tekster og beholdt sitatene fra trinn tre.

Tabell 3 – kodegrupper og subgrupper

| Normal fødsel | Avdelingskultur og holdninger | Sårbar student |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Definisjon av normal fødsel | “Ryggen fri” | Veileders påvirkning |
| Faktorer som fremmer normal fødsel | Praksisstedets kultur | Forventninger VS virkelighet |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Faktorer som hemmer normal fødsel | | |
|-----------------------------------|--|--|

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Ifølge Helseforskningsloven §2 så gjelder loven for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger (Helseforskningsloven, 2008, §2). Vi anså at studien vår ikke falt under noen av helseforskningslovens virkeområder, da vi var ute etter å innhente erfaringer og tanker om den normale fødselen fra jordmorstudenter. Det var derfor ikke nødvendig å søke til “Den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk” (REK).

Det var viktig for oss å sikre etterlevelse av etiske prinsipp i prosjektet vårt. Ettersom stemmene som ble samlet inn under intervjuene ble ansett som personopplysninger, meldte vi prosjektet vårt til SIKT (Senter for informasjonssikring og personvern i forskning og høyere utdanning), for å få vurdert behandlingen av personopplysninger i samsvar med personvernregelverket (SIKT, u.å.). Vi fikk tilbakemelding om at prosjektet var vurdert og godkjent av SIKT 18 juli 2023.

Under intervjuene brukte vi lydopptak fra diktafon-app for å samle inn datamaterialet. Umiddelbart etter intervjuet ble lydopptakene overført til en forskningsserver og automatisk slettet fra båndopptakeren for å sikre konfidensialitet (Nettskjema, u.å.). Vi har lagt stor vekt på konfidensialitet i studien vår, da det er avgjørende for å sikre at datamaterialet kun er tilgjengelig for de som har rett til å få tilgang til det, som er oss og veilederne våre. Gjennom å håndtere informasjon og data på en sikker og trygg måte, ivaretar vi integriteten og beskyttelsen av deltakernes data og personvern (Mårtensson & Fridlund, 2019, s. 506-508). Dette er i samsvar med etiske retningslinjer og sikrer at deltakerne kan føle seg trygge og fortrolige med sin deltakelse i studien.

Før vi begynte datainnsamlingen, var det avgjørende for oss som forskere å sikre at vi mottok samtykke fra deltakerne. Derfor ble det utarbeidet et informasjonsskriv med en samtykkeerklæring for dette studiet, som ble sendt til informantene på e-post. Den skriftlige

Samtykkeerklæringen ble ikke brukt da studentene aksepterte deltakelse ved å klikke på lenken til det digitale intervjuet. Vi ga muntlig informasjon og forsikret oss om at informantene forstod formålet og hensikten med studien før datainnsamlingen startet (Vedlegg 3).

Alle intervjuene med jordmorstudentene ble gjennomført digitalt over Zoom via Uninett for lydopptak av intervjuene. Zoom via Uninett er godkjent og anbefalt av personvernet ved UiS. Lydopptakene i Nettskjema slettes ved prosjektets slutt. Det ble gjort lydopptak av stemmen deres under intervjuet. Navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger har blitt utelatt fra intervjuet i tekstformat (transkripsjon).

Det var frivillig å delta i prosjektet. Deltakerne ble informert om at de når som helst, uten å oppgi noen grunn, kunne trekke sitt samtykke. Det ville ikke ha noen negative konsekvenser for dem dersom de ikke ønsket å delta eller valgte å trekke seg på et senere tidspunkt. Dersom de trakk tilbake samtykket, ville det ikke blitt forsket videre på deres opplysninger. De kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om seg, og så lenge deres data er identifiserbare i prosjektet kan de kreve at opplysninger i prosjektet slettes. Dersom de har spørsmål til prosjektet, kan de kontakte prosjektleder. Opplysningene som registreres skal kun brukes som beskrevet under formålet med prosjektet og vi ønsker å oppbevare alt datamateriale til 01.05.2024, eventuelt lenger avhengig av hovedprosjektets progresjon.

Alle opplysningene ble behandlet som kodede opplysninger. Det vil si uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Anonymiserte hovedfunn fra prosjektet vil deles med alle deltakerinstitusjoner i det overordnede prosjektet "Normal Birth". En syntese av hovedfunn fra samtlige deltakende institusjoner vil etter planen publiseres i et fagfelleurdert internasjonalt tidsskrift. Eventuell publisering vil gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes i tekst eller sitater. I masteroppgaven vil alle intervjuer bli skrevet ut på bokmål. Deltakerne ble orientert om at det ville bli benyttet sitater fra intervjuene i oppgaveteksten, og at de har fått mulighet til å godkjenne disse.

4.0 RESULTATER

4.1 Kodegruppe: Normal fødsel

4.1.1 Definisjon av normal fødsel

Studentene fortalte at de lærte om konseptet normal fødsel i begynnelsen av studiet. Beskrivelsene som går igjen hos flere er en fødsel som skjer mellom uke 37 og 42 av svangerskapet, det er spontan start av fødselen, normal progresjon, og bruk av intermitterende auskultasjon med jordmorstetoskop og doppler. Studentene understrekte viktigheten av å utnytte kvinnens fysiologi gjennom tiltak som bruk av tyngdekraft, stillingsendringer, badekar og varme for å fremme avslapning og stimulere produksjonen av oksytocin. Konseptet med en normal fødsel ble for studentene assosiert med ideen om at kvinnen bør ha kontroll over fødselsforløpet, og at jordmorstyrte fødsler, uten intervensjoner og med et barn som fødes vaginalt, ble sett på som det ideelle. Videre assosierte studentene en "grønn" fødsel med en kvinne som er frisk, har et ukomplisert svangerskap, normal BMI, ett barn i hodeleie, og er motivert for å gjennomføre fødselen uten medikamentell smertelindring. Det var imidlertid utfordrende for studentene å skille mellom tilfeller hvor kvinner hadde epidural og de som ikke hadde det når det gjaldt å vurdere om fødselen var "grønn" eller "rød". I noen tilfeller forklarte de at de også begynte å akseptere innkomst-CTG som en normal praksis, noe som førte til en endring i oppfatningen av hva som definerer en normal fødsel. Noen av studentene fortalte at de har endret synet på begrepet normal fødsel underveis i utdanningen, spesielt etter å ha vært i fødepraksis, der de opplevde mange kompliserte og utfordrende fødsler. Denne erfaringen har ført til en mer nyansert tilnærming til synet på fødselsprosessen og hva som kan betraktes som normalt. En av studentene poengterte at det er normalt at fødsler går til helvete, spesielt i et globalt perspektiv. En annen student reflekterte rundt normal fødsel på denne måten:

“At alt skulle være naturlig for at det skulle være en normal fødsel. Det var liksom det jeg hadde tenkt i utgangspunktet. Normal fødsel, sånn som jeg tenker nå, det må ikke ha vært vakuumborn, ikke keisersnitt, men bli født vaginalt. Også tenker jeg sånn, ja hvis man får epidural og alt annet er normalt, så tenker jeg jo at det er normalt. Jeg føler jo at det er normalt å ha på CTG, det er normalt å lytte med doppler, det er normalt å lytte med jordmorstetoskop” (Informant 2).

4.1.2 Faktorer som fremmer normal fødsel

Tiltakene som ble vektlagt av studentene for å fremme progresjon i fødselen er kvinnens autonomi og komfort, hvor fødselsprosessen anses å være drevet av kvinnens kropp og instinkter. Rommet skal være tilrettelagt for hennes behov, med tilgjengeligheten av jordmor etter kvinnens ønske. Studentene trakk frem faktorer som ro, mat, drikke, jevnlig eliminasjon, stillingsendring og variasjon mellom aktivitet og hvile som effektive tiltak for å ivareta normalitet i fødsel. En student påpekte at et fødselsforberedende kurs kunne ha bidratt til økt bevissthet blant kvinner om disse tiltakene og deres betydning. Andre viktige tiltak som ble nevnt for å fremme utskillelse av fødselshormonet oksytocin, inkluderer trygghet, dempet belysning og inkludering av partner i fødselsarbeidet. Jordmors tilstedeværelse under aktiv fødsel og kontinuitet i omsorgen var noe studentene så hadde påvirkning på kvinnes behov for smertelindring og opplevelse av trygghet. Ikke-medikamentelle metoder som badekar, dusj, varme, TENS, steriltvannspapler og pusteteknikker er gode alternativ til smertelindring under fødselsforløpet ifølge studentene. Selv om en kvinne er i risiko, og trenger tiltak etter retningslinjer og prosedyrer, så kan man fortsatt bevare det som er normalt. En antakelse fra flere av studentene var likevel at det kan være enklere å opprettholde det normale over lengre tid når fødselen skjer på en jordmorstyrt enhet, forutsatt at jordmor har kapasitet til å være tilgjengelig for kvinnen.

“Jeg tror at hadde det vært nok jordmødre på jobb, så hadde alle fått tilstrekkelig tilstedeværelse, og da hadde man kanskje klart å bevare normalitet i alle fødsler, uansett om det er risiko ved fødselen eller ikke” (Informant 6).

4.1.3 Faktorer som hemmer den normale fødselsprosessen

I studentenes observasjoner fra praksisstedene fremkom det at jordmødrene ofte bruker flere prosedyrer og mer omfattende overvåking av kvinnene, som studentene oppfattet som en høy grad av inngripen og kontroll i fødselsprosessen. Flere opplevde at man stresser unødvendig mye. Selv om retningslinjer tilsier at bruk av cardiotokografi (CTG) kun bør være ved spesifikke indikasjoner, registreres det hyppig bruk selv når situasjonen anses som normal. Det var uenighet blant studentene om innkomst-CTG er innenfor det normale eller ikke, men alle studentene var enige om at kontinuerlig overvåking under fødsel ikke anses som normalt. I praksis merket flere av studentene ofte at CTG settes på for å forsikre seg eller for å sikre at

alt er i orden. Dette kan resultere i at den blir værende på, og etterfølgende hendelser kan føre til påføring av inngrep, selv om kvinnen opprinnelig var klassifisert “grønn”. Flere studenter så en tendens til å gripe inn med Oksytocin-drypp ved langsom progresjon i fødsel, noe som kan hindre muligheten for naturlige fødsler. En av studentene fortalte at de har mistet troen på normale fødsler uten bruk av Oksytocin-drypp. Når kvinner får epidural, fører det ofte til ekstra komplikasjoner og at de blir klassifisert som risiko i partogrammet. Selv om det fortsatt kan ende med en normal fødsel, erfarte de fleste at det ofte fører til at kvinnene blir immobilisert og bundet til sengen, som igjen kan føre til protraisert forløp. Studentene så også en økning i induksjoner, og de stilte spørsmål ved om det skyldes en økning i risikofaktorer hos dagens kvinner eller om det handler om å være i forkant. En av studentene fortalte om at omtrent 50% av fødslene på en av praksisplassene ble indusert og at nesten alle disse endte opp med instrumentell forløsning. Det ble tydelig at når inngrepene begynner og fødekvinnen blir immobilisert, øker antall tiltak og situasjonen blir mer patologisk. Videre fortalte studentene at det har vært ubehagelig å observere dårlig bemanning og tid, noe som hindret kvinner fra å få den nødvendige støtten og tilstedeværelse av jordmor. Ifølge studentene førte dette ofte til flere inngrep som å henge opp drypp på grunn av svake rier, mulig fordi kvinnen føler seg utrygg.

“Læreren har også lært oss litt til å tenke på: hva kom først?... Intervensjon vi påførte, eller problemet? Eller kom problemet fordi vi gjorde intervensjoner? Og ...Nå har jeg hatt 40 fødsler. Jeg har hatt én vannfødsel og en som har vært med doppler. Ellers har alle vært med CTG eller STAN. Så jeg mister litt sånn troen på at kvinner kan føde”
(Informant 1).

4.2 Kodegruppe: Avdelingskultur og holdninger

4.2.1 “Ryggen fri”

Studentene observerte et felles ønske om å opprettholde det normale, men samtidig så de en tendens til å ta ekstra forholdsregler av og til. Flere av studentenes veiledere hadde en tendens til å foretrekke kontinuerlig overvåkning av fosterlyden, som en slags forsikring. Det var en slags “ryggen fri”-mentalitet på avdelingen. Som jordmorstudenter har de observert hvordan dette kan påvirke ivaretagelsen av det normale. Det har blitt diskutert at CTG ofte blir brukt selv når det ikke er nødvendig, og dette kan føre til unødvendige intervensjoner, overdreven bruk av overvåkningsutstyr og endringer i seleksjonen av kvinnen. Studentene merket at tidligere opplevde komplikasjoner, for eksempel hastekeisersnitt, påvirket jordmødrenes utøvende praksis. Det var også kjent at noen jordmødre hadde opplevd traumatiske hendelser med dødelige utfall hos barnet, og dette kan føre til en intensjon om å være føre-var og overdokumentere i fødselsprosessen. Studentene opplevde at denne økte forsiktigheten skyldes en blanding av personlige erfaringer, en økning i risikofylte fødsler og induksjoner. Studentene har sett at når det går lang tid mellom tilfeller av fødsler som ikke krever kontinuerlig overvåkning, så kan også dette bidra til jordmødrenes usikkerhet.

“(...) jeg kan jo kjenne meg igjen i det at man blir litt redd for..., man vil jo det beste for mamma og det beste for babyen, og da er det kanskje enklere å sette på en overvåkning, for da er man 100% sikker” (Informant 6).

4.2.2 Praksisstedets kultur

Studentene reflekterte over hvordan innstillingene til personalet kan påvirke praksisen ved fødeavdelinger. Videre reflekterte de over om et annet miljø ville ha fremmet mer initiativ hos jordmødrene, spesielt når det gjelder å tilby alternative smertelindringsmetoder. En av studentene påpekte at alle kvinner bør ha tilgang til alternativer som tilrettelegging og tilbud av ikke-medikamentelle metoder under fødsel fordi tilbudet om epidural ofte gis raskt, noen ganger før kvinnen selv har bedt om det. En annen student fant det interessant å tenke på hvordan ulike tiltak, som for eksempel prosjekter med fokus på ivaretagelse av normal fødsel, kan påvirke praksisen på en positiv måte. Studentene reflekterte over at det virket som om fokuset på en mer naturlig tilnærming til fødsel kan ha gått tapt, spesielt når personalet er preget av en mer patologisk tankegang. Flere nevnte at det virket veldig innarbeidet hvordan

jordmødrene på avdelingen jobber. De følte seg ofte møtt med en forventning om at alt skal være normalt, selv om dette kanskje ikke alltid stemte med virkeligheten på avdelingen. Personalet ønsket tilsynelatende det beste for kvinnen, men kunne bli negativt påvirket av faktorer som bemanning og tid, til å ty til mer invasive tiltak. På en annen side har studentene erfart at det er stor variasjon og ulikt fokus blant personalet på fødeavdelingen, og at det virket som om det krevde mye kunnskap og erfaring for å unngå dette. Et gjentakende fenomen blant studentene var at CTG brukes selv på friske grønne kvinner. Det kom frem hvordan de ulike fødeavdelingene har ulike tilnærminger til behandling av de fødende. Mens noen avdelinger har lavere terskel for å ty til keisersnitt, kan andre være mer tilbakeholdne. Dette kan ifølge studentene skyldes geografiske faktorer, tilgang på nødvendig kompetanse og/eller kulturelle holdninger ved den aktuelle avdelingen.

“(...) Spesielt kanskje på de fødeavdelingene jeg har vært på hvor det er veldig små forhold, så klarer de ikke å skille så godt mellom det som er grønt og rødt. At hvis det er grønt, så ser nok mange jordmødre for seg at det blir rødt uansett. Fordi at de har sett så mye rødt. (...) Men så er det gjerne litt med hvordan tankesettet til jordmorgruppa er da. At når de er så vant til å ha så mye rødt, så blir det fort veldig rødt allikevel, fordi at det er det de ser for seg kommer til å skje. Så blir det ofte sånn, dessverre” (Informant 3).

4.3 Kodegruppe - Sårbar student

4.3.1 Veileders påvirkning

Ifølge studentene var det variasjoner blant jordmødrene når det gjaldt deres tilnærming til det normale fødselsforløpet, hvor noen synes å være mindre opptatt av dette enn andre. Flere praksisveiledere har blitt oppfattet som mindre engasjerte i å ivareta en normal fødsel enn studentene selv. Studentene fortalte at de har lagt merke til at enkelte veiledere har en tilnærming som innebærer å beholde CTG-en etter påsetting med begrunnelsen om at det er enklere å la den fortsette å registrere fosterlyden, selv om dette kan føre til situasjoner der inngrep oppstår, til tross for at kvinnen opprinnelig var klassifisert som "grønn". Det var tydelig at hendelser veileder har gått gjennom, påvirket hvordan de forholdt seg til studenter. Studentene opplevde at jordmødrene de har gått med har ulike identiteter og perspektiver når det gjelder det som oppfattes som normalt, hvordan de jobber og hvilke verdier de legger til

grunn for sin jordmorrolle. En student trakk frem at flere av jordmødrene de har gått med er veldig opptatt av å fremme det som er normalt, samt å være i opposisjon til situasjoner som kan bli legestyrt på en indikasjon som kan være falsk. En annen student ønsket ved neste praksisperiode å tørre å stille mer kritiske spørsmål og argumentere for tiltak som ivaretar det normale. Det gikk igjen hos flere av studentene at man tenker ulikt og påvirkes mye av veilederen og at kjemien mellom jordmor og jordmorstudent derfor er viktig.

“At veilederne har ganske mye makt til å forme oss. Det er egentlig veldig viktig at de er egnet til å veilede” (Informant 7).

4.3.2 Forventninger versus virkelighet

Refleksjonene rundt egen praksis ble styrket av ønsket om å opprettholde prinsippene de lærte på skolen, spesielt ideen om å holde det som er normalt, normalt. Til tross for deres egen usikkerhet som studenter, var det ulikt om de våget å stille kritiske spørsmål eller uttrykke egne meninger. De erkjente imidlertid at dette kunne være utfordrende, spesielt da de følte at de stilte spørsmål ved veileders praksis. Det gikk igjen hos studentene at dette kom an på relasjonen man fikk med veileder. Noen av studentene uttrykte også et visst ubehag knyttet til bemanningsforholdene på avdelingen. I forrige praksisperiode opplevde noen at den begrensede bemanningen gikk utover deres veiledningsopplevelse, da veileder måtte fordele sin oppmerksomhet på flere områder samtidig. Dette skapte en følelse av utrygghet hos studentene, da tilstedeværelsen av en tilgjengelig veileder er avgjørende for deres læring og trygghet i rollen som jordmorstudenter. Studentene påpekte at de ikke har valgt jordmoryrket for å kun ta imot barnet, men at de ønsker å ha muligheten til å være tilstede gjennom fødselsforløpet, og de følte at bemanning kan gå på bekostning av deres tilstedeværelse. Før starten av jordmorstudiet hadde studentene en forestilling om at normale fødsler ville utgjøre majoriteten av deres praksisopplevelse. Imidlertid har virkeligheten vist seg å være annerledes enn deres forventninger. Den første praksisperioden var en overveldende opplevelse hvor studentene følte seg sårbare i forsøket på å integrere teoretisk kunnskap fra pensum med praksis ute på avdelingen. Overgangen fra teori om det normale til å møte virkeligheten med en betydelig grad av patologiske tilstander var overveldende. Studentene hadde forventet at normale fødsler ville være preget av en viss ro og fred, med intermitterende overvåking og rom for kvinnens egen kontroll. Også overgangen fra normalenhet til høyrisiko avdeling var større enn forventet for enkelte:

“Vi er jo så sårbare i situasjoner som jordmorstudenter, der vi prøver å ta til oss alt kunnskap som vi lærer både her og der. Men det som på en måte er.. mitt inntrykk i den overgangen mellom praksisperiodene, når jeg kom fra normalenhet, skulle til høyrisiko. Det var jo at det du har lært opp der, det må du legge litt fra deg nå, fordi her er det rutiner og ting som skal gjøres, og det er en grunn for at de som kommer her, kommer her” (Informant 7).

5.0 DISKUSJON

I metodediskusjon vil vi trekke frem og reflektere rundt både styrker og svakheter knyttet til metode, og vi vil i denne diskusjonen bruke Malteruds begreper om validitet, refleksivitet og relevans (Malterud, 2018, s. 192). I resultatdiskusjonen skal vi forsøke å besvare studiens problemstilling: "Hva er jordmorstudenters forståelse av og erfaring med normal fødsel, og hvordan opplever de normal fødsel blir ivaretatt i praksis?".

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Validitet

Å validere mener Malterud innebærer å aktivt utfordre gyldigheten av kunnskapen. I all forskning er det viktig å nøye vurdere om metoden vi har valgt, fører til en logisk forståelse av problemstillingen. Som forskere er vi ansvarlige for å utvikle tolkninger og beskrivelser av fenomenene vi studerer, med et mangfold av mulige perspektiver tilgjengelig. Validering er nødvendig for å undersøke muligheter, begrensninger, konsistens og relevans av den valgte tilnærmingen. Hun deler begrepet validitet inn i intern og ekstern validitet (Malterud, 2018, s. 192).

5.1.2 Intern validitet

Intern validitet innebærer å undersøke om de valgte tiltakene eller kartleggingsmetodene er relevante for å studere det fenomenet vi ønsker å utforske (Malterud, 2018, s. 23). Intervju som datainnsamlingsmetode ble valgt for å oppnå detaljerte beskrivelser av jordmorstudenters forståelse og erfaringer med normal fødsel, i tråd med målet om å oppnå en dypere forståelse av fenomenet (Danielson, 2019, s. 177-178). Jordmorstudentenes erfaring og bakgrunn var viktig for å sikre kvalitet på de innsamlede dataene. Derfor ble denne gruppen valgt som informanter.

Vi støtte på utfordringer med å rekruttere deltakere i starten av studien. En svakhet ved rekrutteringen var at vi gjennom facebookgruppen "Jordmødre i Norge" nådde ut til flere jordmødre enn jordmorstudenter, da flertallet av medlemmene var jordmødre. Vi ble selv medlem kun for å legge ut et innlegg som et ledd i rekrutteringen og vi fikk liten respons.

Snøballmetoden ble derfor tatt i bruk for å sikre ønsket antall deltakere, og viste seg å være den mest effektive metoden. Vi ser på denne rekrutteringsmetoden som en styrke, da den innebærer at en eksisterende informant inkluderer en aktuell kandidat til å delta i studien (Malterud, 2018, s. 59). Vi hadde mest sannsynlig heller ikke fått nok informanter uten å benytte oss av snøballmetoden. En potensiell svakhet ved denne tilnærmingen er imidlertid at den kan resultere i et utvalg fra samme nettverk, noe som kan påvirke resultatene. Vi anser imidlertid ikke denne svakheten som særlig relevant for vår studie, da bare fire deltakere ble rekruttert på denne måten, og flertallet av disse hadde vært på ulike fødeavdelinger og på ulike sykehus. Det er likevel viktig for forskere å være oppmerksomme på denne utfordringen og å søke etter informanter fra ulike miljøer for å unngå ensidighet i datagrunnlaget (Thagaard, 2018, s. 56).

Tilpasningen av intervjuguiden basert på fjorårets prosjekt om jordmødres tanker rundt normal fødsel var en styrke. Den bidro til relevante spørsmål, samtidig som vi gjorde noen endringer som gjorde den mer relevant for vårt prosjekt ved å bruke vår erfaring som jordmorstudenter. En semistrukturert tilnærming tillot fleksibilitet under intervjuene, noe som gjorde det mulig å følge opp interessante temaer som dukket opp, samtidig som vi kunne tilpasse oss deltakernes perspektiver. En svakhet vi har observert i ettertid er at vi med fordel kunne gjort enda flere endringer på fjorårets intervjuguide for å få et enda rikere materiale. Vi har lite erfaring med rollen som intervjuere, og slike elementer kan være vanskelig å se for seg før man sitter med alt materialet foran seg. Etter gjennomføringen av intervjuene har vi stilt kritiske spørsmål til oss selv og reflektert over hvorvidt vår tilnærming kan ha påvirket jordmordstudentenes svar, og om vi utilsiktet har påvirket svarene gjennom vår egen forståelse og erfaring. Vi erkjenner vår rolle som forskere i å forme fremstillingen av våre funn. Vi har derfor reflektert grundig over hvilke sitater vi valgte å trekke frem som meningsbærende. Vi har presentert vår forskningsprosess og våre resultater under alle masterseminarene for veiledere og medstudenter. Etter ønske fra flere av deltakerne, vil vi sende dem det ferdigstilte masterprosjektet.

Forsøket på å sikre et uforstyrret miljø under intervjuene ved å bruke Zoom hjemme hos informantene betrakter vi som en styrke, da det tillot oss å se og høre informantene tydelig, samtidig som de kunne være i et komfortabelt og kjent miljø. Tekniske utfordringer knyttet til bruk av Zoom og potensielle forstyrrelser under intervjuene kan ha påvirket kvaliteten på dataene. Vi har reflektert om det hadde vært annerledes om intervjuene ble utført ansikt til

ansikt. Samtidig har bruken av digitale plattformer gitt oss flere fordeler og har vært praktisk med tanke på å muliggjøre intervju av jordmordstuderenter som geografisk befinner seg langt unna for å få et bredere utvalg, og at intervjuene ble utført i løpet av en kort tidsperiode på to uker (Kvale og Brinkmann, 2021, s. 178). Begge forskerne var tilstede på Zoom under intervjuene, og vi transkriberte intervjuene sammen samme dag eller dagen etter intervjuene ble holdt. Det gjorde det lettere å fange opp uklarheter og styrke validiteten når det fortsatt var friskt i minnet (Malterud, 2018, s. 79-80).

Vi har fått hjelp til å se på datamaterialet med et kritisk blikk og utfordret vår tolkning for å sikre en mer balansert tilnærming. Vi erkjenner betydningen av subjektivitet i kvalitativ analyse, samtidig som vi strebet etter å være tro mot informantenes opprinnelige budskap (Malterud, 2018, s. 77). Analyseprosessen var en tidkrevende og omfattende prosess som vi måtte sette oss grundig inn i da vi ikke hadde erfaring med dette fra tidligere. Prosessen ga likevel oss god innsikt i datamaterialet. Som forskere var det av avgjørende betydning at analysen vår reflekterte en relevant fortolkning av datamaterialet, med fokus på å besvare vår problemstilling: "Hva er jordmordstuderenters forståelse av og erfaring med normal fødsel, og hvordan opplever de normal fødsel blir ivaretatt i praksis?". Vi jobbet strukturert med å følge analysens fire trinn, som beskrevet av Malterud.

Dynamikken mellom oss som forskere har også vært verdifull, da det har bidratt til å avdekke informasjon som kanskje ble oversett av den ene, men oppdaget av den andre (Malterud, 2018, s. 100). Det er viktig å merke seg at vår mangel på tidligere forskningserfaring kunne ha påvirket vår analyse negativt. Vi manglet erfaring med dataanalyse, og dette viste seg å være en utfordrende og ressurskrevende prosess.

5.1.3 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om hvor godt resultatene fra en studie kan overføres til andre populasjoner, miljøer og omstendigheter utenfor den spesifikke konteksten der studien ble utført. Det handler om å vurdere om funnene er gyldige og relevante også i andre kulturelle eller geografiske sammenhenger (Malterud, 2018, s. 24). Vi tror at våre resultater kan ha relevans utenfor den norske konteksten, til tross for variasjoner i fødepraksisen på tvers av land internasjonalt.

Vi lyktes med å rekruttere deltakere fra et bredt geografisk område og endte med informanter fra alle utdanningsinstitusjonene i Norge, bortsett fra Stavanger og Tromsø. Dette er noe vi mener styrker datamaterialet ved at de færreste har vært i praksis på samme avdeling. Jordmorstudentene som deltok i studien var alle på sitt andre studieår, og hadde derfor erfaring fra ulike fødeenheter og vært gjennom teorien om både det normale og det patologiske på skolen. Denne bakgrunnen styrket kvaliteten på dataene vi samlet inn og har gitt oss et relativt homogent utvalg av informanter. Dette gjorde det mulig for oss å undersøke forskningsspørsmålet fra ulike perspektiver og belyse fenomenet på en grundig måte (Malterud, 2018, s. 59). Dette bidrar til at resultatene kan overføres til andre populasjoner av jordmorstudenter med lignende bakgrunn og erfaring.

Utvalget vårt kan bidra til informasjonsrikdom, gitt deltakernes inngående kjennskap til fenomenet. Data fra et strategisk utvalg med et begrenset antall informanter kan være tilstrekkelig for å oppnå et rikt datamateriale og legge et solid grunnlag for kunnskapsutvikling (Malterud, 2018, s. 63-64). I vår studie endte vi opp med å inkludere ni jordmorstudenter. Kvalitative studier har hovedsakelig færre informanter enn kvantitative studier, og antallet informanter vi inkluderte er derfor i tråd med den kvalitative forskningen (Thagaard, 2018, s. 16).

5.1.4 Refleksivitet

Refleksivitet i følge Malterud refererer til forskerens bevissthet om egen rolle og innflytelse i forskningsprosessen. Det innebærer å være åpen for å reflektere over hvordan ens egne erfaringer, verdier og forståelser kan påvirke forskningen, og å være kritisk til ens egen posisjon og perspektiv (Malterud, 2018, s. 19).

For å sikre den vitenskapelige kvaliteten i vår forskning, har vi kontinuerlig reflektert over vår egen rolle og forforståelse gjennom forskningsprosessen og videre gjennom analysen. Dette innebærer å være bevisst på og reflektere over vår egen posisjon og bakgrunn i forskningsarbeidet (Malterud, 2018, s. 19-21). Til tross for vår forforståelse forsøkte vi aktivt å unngå at dette påvirket intervjuene når jordmorstudentene delte sine erfaringer med oss. Selv om omfattende kunnskap om emnet kan føre til forutinntatthet, mener vi at det også kan være en styrke ved at vi kan stille gode, relevante og kritiske spørsmål underveis i intervjuene (Tjora, 2010, s. 176). Vi la stor vekt på å skape en trygg atmosfære under intervjuene for å

oppmuntre informantene til å åpne seg opp og dele sine tanker og erfaringer. Dette ble gjort ved å ha en uformell prat før intervjuet startet, hvor vi også innhentet demografiske data. Dette opplevde vi som hensiktsmessig, ved at det ble etablert kontakt som kanskje gjorde at de følte seg mer komfortable videre i intervjusituasjonen. Ifølge Malterud (2018, s. 69-70) er en forutsetning for å innhente rikt og relevant datamateriell, at deltakeren kjenner seg trygg og ivaretatt.

Våre erfaringer som jordmorstudenter har gitt oss innsikt i ulike fødselsprosesser gjennom deltakelse i både kompliserte og ukompliserte fødsler under praksisperiodene vi har vært gjennom. Som forskere bringer vi med oss en forforståelse som omfatter både personlige erfaringer fra praksis og faglig innsikt fra undervisning og litteratur. Vi tenker at vår forforståelse har vært en ressurs for vår studie, da den ga oss et grunnlag for å utforske fenomenet normal fødsel nærmere. Vår kjennskap til fagfeltet og erfaringer fra praksis har bidratt til å generere relevante forskningsspørsmål og å tolke resultatene på en meningsfull og presis måte. Dette bidrar til å sikre at vår forskning er troverdig og pålitelig.

I all forskning har forskeren vanligvis en interesse eller en viss grad av erfaring med det emnet som undersøkes. Som jordmorstudenter og en del av det miljøet vi forsker på, har vi vært bevisste på å ha et åpent sinn og vært villige til å utforske nye perspektiver gjennom forskningsprosessen. Vi har vært praktiserende sykepleiere, og gjennom denne erfaringen har vi utviklet gode kommunikasjonsferdigheter som vi benyttet som et verktøy under intervjuene. Dette anså vi som en styrke i vår studie, da dette kan ha bidratt til informantenes følelse av trygghet og dermed gitt oss et rikt datamateriale med detaljerte beskrivelser av studentenes egne meninger og opplevelser.

5.1.5 Relevans

Gjennom hele den kvalitative forskningsprosessen var det avgjørende å stille spørsmål om relevans for å sikre gyldigheten av studien. Vi måtte nøye vurdere om problemstillingen var presist formulert, om utvalget var passende, om metoder for datainnsamling var hensiktsmessige, om teoretiske perspektiver var relevante, om analysestrategiene var tilstrekkelige, og om presentasjonsformen av resultatene var adekvat (Malterud, 2018, s. 192).

Intervju er en av metodene som kan benyttes i kvalitativ forskning (Henricson & Billhult, 2019, s. 144). Valget av intervju som datainnsamlingsmetode kan påvirke hvordan deltakerne responderer og hva de velger å dele. Dette kan føre til at noen aspekter ved normal fødsel og praksis ikke blir utforsket grundig nok. Samtidig kan man ved bruk av intervju komme i dybden av temaet og man har mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål ved behov (Danielson, 2019, s. 179). I tillegg kan man avklare eventuelle misforståelser underveis. Bruk av Zoom for å gjennomføre intervjuene har vært hensiktsmessig og tilstrekkelig for å oppnå målene med studien, som var å utføre individuelle intervju med hver informant for å samle inn data for å besvare problemstillingen.

Som forskere ønsker vi at andre skal kunne dra nytte av våre erfaringer og lære av det vi har gjort. Dette inkluderer også hvor relevant kunnskapen vi utvikler kan være for andre. Den endelige avgjørelsen om relevans vil imidlertid først bli gjort når prosjektet er fullført og studien er publisert. På det tidspunktet vil vi kunne se om andre kan anvende vår innsikt på en nyttig eller betydningsfull måte (Malterud, 2018, s. 21). Vår kunnskap og våre erfaringer mener vi har bidratt til å styrke studiens relevans og bidrag til fagfeltet. Vi håper at leserne av denne studien vil vurdere dens overførbarhet. Det var viktig for oss å tilstrebe å gi en detaljert beskrivelse av vår forskningsprosess og resultatene vi oppnådde, med mål om å gjøre den tilgjengelig for leseren og sikre studiens pålitelighet (Tjora, 2010, s. 178).

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet drøfter og reflekterer vi studiens funn opp mot relevant forskning og det teoretiske rammeverket vi har benyttet. Funnene diskuterer vi med utgangspunkt i studiens problemstilling, hvor målet har vært å besvare denne: “Hva er jordmorstudenters forståelse av og erfaring med normal fødsel, og hvordan opplever de normal fødsel blir ivaretatt i praksis?”. Diskusjonen tar utgangspunkt i studiens resultat kategorier: “Normal fødsel”, “avdelingskultur og holdninger” og “sårbar student”.

5.2.1 Studentenes forståelse av normal fødsel

Studentene i vår studie opplevde det utfordrende å definere normal fødsel og var ikke enige med seg selv om hva de mener er normalt under en fødsel. Grunnen til at jordmorstudenter ikke klarer å definere normal fødsel kan skyldes at det ikke finnes en entydig eller oppdatert definisjon på begrepet normal fødsel per i dag. Det er tydelig at det er veldig ulikt hvordan ulike fødeavdelinger forholder seg til begrepet. Studentene hadde ulike oppfatninger omkring hva som anses som normalt, ut ifra hvor de hadde vært i praksis. Denne problematikken underbygger også Downe (2013, s. 352) i sin studie, der et problem imidlertid oppstår når vi prøver å fastslå kjernen i normal fødsel. Skogheim og Hanssen (2015, s. 230) representerer også i sin kvalitative studie at det ikke er en gjensidig enighet eller forståelse blant jordmødre når det gjelder hva normal fødsel faktisk er. Davidson et al. (2018, s. 78) trekker frem i sin studie at det faktisk at deltakerne ikke klarte å gi en nøyaktig definisjon av normal fødsel, understreker den kompleksiteten som er knyttet til begrepet.

I likhet med våre studenter, mener også Albrechtsen et al. (2019, s. 187-188) at det er vanskelig å definere en normal fødsel. I boken reflekterer forfatterne over at dersom vi mener at en normal fødsel bør skje uten ytre påvirkning av noen form, vil svært få fødsler oppfylle dette kriteriet. På en annen side, hvis vi definerer alle vaginale fødsler som normale, hvor barnet eller barna blir født levende, må vi også inkludere setefødsler og tvillingfødsler. Dette mener de kan være problematisk da vi vet at fostre i seteleie og tvillinger har økt risiko sammenlignet med et foster i hodeleie, og derfor krever nøye overvåkning. Et interessant innspill som ble sagt av en av våre studenter var at det er normalt at fødsler går “til helvete”, sett fra et globalt perspektiv.

Noen av studentene i vår studie fortalte at de har endret synet på begrepet normal fødsel underveis i utdanningen, spesielt etter å ha vært i fødepraksis, der de opplevde mange kompliserte og utfordrende fødsler. Denne erfaringen førte til en mer nyansert tilnærming til synet på fødselsprosessen og hva som kan betraktes som normalt. Det var imidlertid utfordrende for studentene å skille mellom tilfeller hvor kvinner hadde epidural og de som ikke hadde det når det gjaldt å vurdere om fødselen var "grønn" eller "rød". I noen tilfeller forklarte de at de også begynte å akseptere innkomst-CTG som en normal praksis, noe som førte til en endring i oppfatningen av hva som definerer en normal fødsel. Dette kommer også frem i studiene til Anderson (2015, s. 67) og Davidson et al. (2018, s. 78) der studentenes erfaring fra klinisk praksis hadde en tendens til å flytte deres syn fra det ideelle til det pragmatiske, og at en viss mengde intervensjoner aksepteres ved normal fødsel av jordmorstudentene. Det er forståelig at jordmorstudenter syntes det er en utfordring når Aune et al. (2021, s. 386) og Schytt og Waldenström (2013, s. 108) finner at til og med jordmødre er uenige om epidural inngår i definisjonen normal fødsel. Dette er basert på holdningen om at det er veldig tilgjengelig og vanlig å ha epidural i dag. På en annen side mener andre jordmødre at epidural er en invasiv prosedyre som ikke kan inkluderes i normal fødsel (Aune et al, 2021, s. 386).

I vår studie fant vi at det var stor forskjell på erfaring og forståelse av normal fødsel hos studentene som hadde praktisert på jordmorstyrte enheter, i motsetning til de som kun hadde vært på fødeavdelinger. Skogheim og Lundgren (2021, s. 14) hevder at troen på det normale fødselsforløpet er knyttet til erfaring av fødsler uten medisinske inngrep. En annen bekymring som kommer frem både i vår studie og studien til Davidson et al. (2018, s. 78) er mangelen på erfaring fra jordmorstyrte enheter blant studentene. Dette kan begrense deres forståelse av og erfaring med fysiologisk fødsel og potensielt påvirke deres syn på hva som anses som normalt i fødselsprosessen. Dette støttes av Anna et al. (2020, s. 4) der deltakerne i studien identifiserte mangelen på kunnskap og ferdigheter som en betydelig hindring for å fremme normal fødsel.

Et annet interessant og urovekkende funn i studien vår var at en student kun hadde opplevd to normale fødsler av totalt 40 fødsler. Dette underbygges av Anna et al. (2020, s. 2) hvor de trekker frem at den globale forekomsten av normale fødsler har falt jevnt de siste 50 årene, delvis som et resultat av teknologiske fremskritt og en økende dominans av legestyrte fødsler. Dette har ført til en medikalisering av fødselsprosessen i høyinntektsland over hele verden.

Flere av våre studenter opplevde svært få normale fødsler i praksis, og fokuset ble derfor heller å bevare det normale i det kompliserte. Betydningen av å fremme normal fødsel understreker både Anna et al. (2020, s. 2) og Aune et al. (2018, s. 133) er på grunn av de helsemessige fordelene det gir for både mødre og spedbarn. Ifølge Anna et al. (2020, s. 2) innebærer disse fordelene redusert risiko for post partum-blødning, økt tilfredshet hos mor, lavere forekomst av tidlig postnatal psykisk sykdom, bedre start og mer vellykket amming, samt en mangfoldigere tarmmikrobiota hos spedbarn i den tidlige postnatale perioden. Aune et al. (2018, s. 133) mener også at det vil forbedre kvinnens psykologiske velvære etter fødselen, samt styrke hennes selvtillit og selvfølelse i rollen som nybakt mor.

5.2.2 utfordringer med å ivareta normal fødsel

Studentene som deltok i studien vår hadde i motsetning til å definere normal fødsel, ikke vanskeligheter med å trekke frem tiltak de anså som viktige for å ivareta normal fødsel. I likhet med våre studenter understreker også Aune et al. (2018, s. 135) og Anna et al. (2020, s. 6) viktigheten av å la fødselsprosessen utvikle seg naturlig. Betydningen av ikke-medisinsk smertelindring, opprettholdelse av en balanse mellom aktivitet og hvile, og legge til rette for en beroligende atmosfære for en normal fødselsprosess vektlegges.

Studentene i våre studie trekker frem viktigheten av å utnytte kvinnens fysiologi, og la også vekt på betydningen av utformingen av føderommet. Dette inviterer til at kvinnen kan bruke kroppen og øker dermed sannsynligheten for en mer fysiologisk fødsel. Andrén et al. (2021, s. 6) påpeker at en fødeseng som dominerer rommet, signaliserer hvor kvinnen bør være og kan føre til at hun blir passiv og inaktiv. Anderson (2015, s. 69) påpeker også viktigheten av tilgjengelig støtte i tillegg til den fysiske utformingen av rommet, noe som bidrar til at kvinner opplever fødselen på en tilfredsstillende måte. I likhet med våre funn har også andre studier belyst betydningen av et fødselsmiljø som fremmer normalitet. Deres forskning setter søkelys på hvordan jordmødre kan skape slike omgivelser ved å tilrettelegge rommet og introdusere fødselshjelpemidler. Disse tiltakene gir tilstrekkelig gulvplass for bevegelse og vektlegger viktigheten av et fødselsmiljø som fremmer aktivitet, slik at de fødende opplever innflytelse og en bedre fødselsopplevelse (Anderson, 2015, s. 69; Andrén et al., 2021, s. 6; Prosser et al., 2018, s. 6-8).

Et resultat vi finner i vår studie er at studentene observerte fra praksisstedene at det ofte ble brukt flere prosedyrer og mer omfattende overvåkning av kvinnene. Dette oppfattet studentene som en høy grad av inngripen og kontroll i fødselsprosessen. Både Blaaka & Schauer Eri (2008, s. 344) og Skogheim & Hanssen (2015, s. 230) diskuterer i sine studier den økende medikaliseringen av fødselen i industrialiserte samfunn. Blaaka & Schauer Eri (2008, s. 344) påpeker hvordan fødselsomsorgen har blitt dominert av medisinske myndigheter, som har utvidet sitt ansvar til områder som tidligere ikke ble betraktet som medisinske. Dette har ført til økt bruk av medisinske intervensjoner og teknologi under fødselsprosessen, og endret oppfatningen av fødsel fra en kvinnelig livserfaring til en medisinsk hendelse på moderne fødeavdelinger. På den ene siden belyser Skogheim & Hanssen (2015, s. 230) at moderne medisin og forbedrede levekår har reddet mange liv under fødselsprosessen, mens på den andre siden har dette også ført til bekymringer knyttet til implikasjonene av medisinsk fødsel. Den norske regjeringen og helsemyndighetene har som mål å opprettholde ulike fødesteder og differensiert omsorg. Imidlertid forsvinner mindre enheter, og fødsler blir både mer sentraliserte og medisinske over tid. Dette indikerer en felles utfordring med å balansere behovet for medisinsk sikkerhet og omsorg med hensynet til en mer fysiologisk og kvinnefokusert tilnærming til fødsel.

Funnene våre fremhever at studentene ser betydningen av at alle kvinner bør ha tilgang til alternativer som tilrettelegging og tilbud av ikke-medikamentelle metoder under fødsel fordi tilbudet om epidural ofte gis for raskt, noen ganger før kvinnen selv har bedt om det. Selv om ikke-medikamentelle metoder ble sett på som effektive for å unngå medikamentell smertelindring, understreker studentene viktigheten av jordmødrenes nærvær i de smertefulle stadiene av fødselen for å motivere kvinnen til å håndtere smertene. Dette støttes også av Aune et al. (2018, s. 134), der flere informanter i studien fremhever at kontinuerlig tilstedeværelse fra jordmor kan redusere behovet for medisinsk smertelindring. Aune et al. (2021, s. 388) peker på viktigheten av at en jordmor derfor ikke bør være redd for å samarbeide med kvinner i smerte, og en epidural ikke bør brukes fordi jordmoren synes det er en utfordrende situasjon.

Funnene i vår studie viser at studentene observerer en sammenheng mellom bruken av epidural og forlenget fødselsforløp, og at det ofte “baller på seg” når kvinnen får epidural. Dette støttes av funnene i studien til Aune et al. (2021, s. 388) der det uttrykkes en bekymring for at bruk av epidural ofte fører til forlenget fødsel og økt risiko for inngrep. Til tross for

dette opplevde noen av jordmødrene i studien til Aune et al. (2018, s. 135-136) at det noen ganger kunne være vanskelig å ikke gripe inn i det normale fødselsforløpet. Faktorer som kunne påvirke valgene jordmødrene tok var knyttet til usikkerhet, manglende trening, utålmodighet og ønske om å gjennomføre fødselen sammen med parene. Videre viser funnene at jordmødre har en tendens til å rettferdiggjøre bruken av teknologi og medisinske inngrep for å unngå mer invasive prosedyrer som instrumentelle forløsninger og keisersnitt.

På en side så er det positive sider ved bruk av epidural under fødsel, da det har vist seg å være effektivt for å redusere smerte. Kvinner som mottar epidural smertelindring, opplever mindre smerte sammenlignet med de som ikke får smertestillende eller parenterale opioider (Aune et al., 2021, s. 385). På en annen side har studentene i vår studie erfart at når inngrepene begynner og fødekvinnen blir immobilisert, øker antall tiltak og situasjonen blir mer patologisk. Forskning viser at kvinner som velger epidural som smertelindring under fødsel står overfor økt risiko for vakuumbruk, økt bruk av syntetisk Oksytocin, lenger fødselsforløp, hypotensjon, urinretensjon, feber, motorisk blokkade og mindre positive fødselsopplevelser (Aune et al., 2021, s. 385).

Studentene i vår studie reflekterer også over hvordan holdningene til personalet ved fødeavdelinger kan påvirke praksisen der. De funderer om et annet miljø kunne ha fremmet mer initiativ, spesielt når det gjelder å tilby alternative smertelindringsmetoder, og dette var et gjennomgående tema blant alle studentene. Aune et al. (2021, s. 389) argumenterer for at arbeidskulturen på fødeavdelingene har en betydelig innvirkning på jordmødrenes holdninger og praksis. I travle perioder ble epidural ofte sett på som en erstatning for kontinuerlig støtte. Jordmødrene bør være bevisste på den innflytelsen de har og hvordan arbeidskulturen kan påvirke deres holdninger. De oppfordres til å samarbeide med kvinnene for å fremme en normal fødselsprosess, selv når epidural er involvert. Studien indikerer at de fleste jordmødrene fant det enklere å forlate fødestuen for å utføre andre oppgaver når kvinnene hadde fått en epidural.

Studentene trekker i vår studie frem betydningen av å inkludere partner i fødselsarbeidet for å fremme utskillelse av fødselshormonet oksytocin, og som bidrar til følelse av trygghet. Det salutogene perspektivet kan i dette tilfellet påvirke tilretteleggingen for partners rolle og betydning, samt andre tiltak som kvinner trenger i tråd med prinsipper om brukermedvirkning (Skogheim og Lundgren, 2021, s. 13). Studentene i vår studie vektlegger videre at kvinnens

autotomi og komfort er avgjørende for å fremme progresjon i fødselen og at fødselen drives av kvinnens kropp og instinkter. En slik forståelse innebærer ifølge Skogheim og Lundgren (2021, s. 13-14) at ikke alle fødsler kan følges av standardiserte rutiner, da hver fødsel er unik. I stedet for å betrakte fødsel som en lineær prosess, vektlegger disse perspektivene fødselsprosessen som en kompleksitet bestående av fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjoner. Dette fremhever også Dahlberg et al. (2016, s. 2) i sin studie, samt at med en slik salutogen tilnærming kan jordmoren øke muligheten til å fremme en normal fødsel og en positiv fødselsopplevelse, selv i tilfeller der dette ikke forventes.

Et av hovedfunnene i studien til Aune et al. (2018, s. 136) var at individuell omsorg sammen med pasientspesifikk informasjon og høy grad av deltakelse var avgjørende elementer for å fremme en normal fødsel, noe som støtter våre funn. Ifølge ICM (2014b, s. 2) har jordmoren ansvaret for å informere og inkludere kvinner i beslutningsprosessen. Å gi relevant informasjon på et forståelig språk ble sett på som grunnleggende for å fremme en normal fødsel (Aune et al., 2018, s. 134). En av studentene i vår studie har troen på at fødselsforberedende kurs kan bidra til økt bevissthet blant kvinner om nettopp ulike tiltak og deres betydning, da flere opplevde at dette var fraværende. Miller et al. (2015, s. 818) underbygger dette ved at de i sin studie fant at kvinner som fødte hadde signifikant høyere sjanser for å få en vaginal fødsel hvis de deltok på svangerskapsundervisning. Jordmødrene i studien til Aune et al. (2021, s. 388) påpeker utfordringer de møter med å gi informasjon til kvinner i smerte under fødsel. De bemerket at det ofte var for sent å gi informasjon når kvinnene ankom fødeavdelingen. Kvinner under fødsel kan være i så stor smerte at de ikke er i en emosjonell tilstand til å forstå fordeler og ulemper med ulike smertelindrende metoder. Med dette i tankene, er det viktig å ha et økt fokus på dette i svangerskapet.

5.2.3 Faktorer som kan påvirke normal fødsel i negativ retning

I vår studie ser studentene en tendens til å gripe inn med Oksytocin-drypp ved langsom progresjon i fødsel, noe som kan hindre muligheten for naturlige fødsler. En av studentene forteller at de har mistet troen på normale fødsler uten bruk av Oksytocin-drypp. Aune et al. (2018, s. 136) hevder at for å bistå en normal fødsel må jordmødre vite og respektere, at hver fødsel utvikler seg annerledes og har sin egen tidsramme. Å akselerere fødselsprosessen er en av de største truslene mot en normal fødsel. Nyere forskning fra Maaløe et al. (2023, s. 5) har pekt på at langvarig fødsel kan være en kompleks utfordring som krever grundig innsats for å

forbedre omsorgen for kvinner under fødsel. Hyppig bruk av syntetisk Oksytocin har blitt knyttet til risikoer, og det er nødvendig å revurdere tilnærmingen til fødsel for å sikre både trygghet og respekt for kvinnens valg og behov.

Videre forteller studentene at det har vært ubehagelig å observere dårlig bemanning og tid, noe som hindrer kvinner fra å få nødvendig støtte og tilstedeværelse av jordmor. Studentene mener dette ofte fører til flere inngrep som å henge opp Oksytocin-drypp på grunn av svake rier, mulig fordi kvinnen føler seg utrygg. Maaløe et al. (2023, s. 4) fremhever at fokuset på å forkorte fødselsprosessen kan overskygge kvinnenes opplevelser av fødselsforløpet. Kvinner har rapportert at beslutninger om Oksytocinstimulering ofte tas uten deres samtykke. Funnene understreker viktigheten av å inkludere kvinnenes perspektiver i beslutningsprosessen. På en annen side finner Maaløe et al. (2023, s. 1 & 5) at syntetisk Oksytocin har vist seg å være et effektivt verktøy for å stimulere sammentrekninger under fødsel, spesielt i tilfeller av risvekkelse og langvarig fødsel. Dette bidrar til å øke styrken på sammentrekningene og samtidig redusere behovet for keisersnitt. Det er også verdt å merke seg at støtte og bevegelse under fødselen, samt forståelsen av at fysiologisk fødsel tar tid, har en lignende effekt når det gjelder å forebygge keisersnitt, som stimulering med Oksytocin.

Studentene i studien vår trekker frem at de opplever et overraskende høyt antall av induserte fødsler i praksis, og de stiller spørsmål ved om det skyldes en økning i risikofaktorer hos dagens kvinner eller om det handler om å være i forkant. En av studentene forteller om at omtrent 50% av fødslene på praksisplassen ble indusert og at nesten alle disse endte opp med instrumentell forløsning. Dette samsvarer med tall fra medisinsk fødselsregister som viser at andelen igangsatte fødsler i Norge har økt betydelig fra 9,7 % i 1999 til 25,9 % i 2019. Til tross for økte igangsettelse av fødsler, har det hatt begrenset positiv innvirkning på utfallet for både mor og barn. Risikoen for dødfødsel er svært liten i Norge, og det er uklart om den forebyggende effekten veier opp for de potensielle ulempene og kostnadene forbundet med igangsetting av fødsler (Folkehelseinstituttet, 2023).

Studentene i vår studie var klare på at ønske om å ivareta det normale ikke bare lå på jordmors motivasjon. Et element som våre funn viser at kan stå i veien for ivaretagelse av normal fødsel, er kulturen som er innarbeidet på avdelingen. Da Anna et al. (2020, s. 4) utforsket hovedfaktorene som hindrer normal fødsel, identifiserte flertallet av jordmødrene medisinsk praksis som en betydelig hindring. I likhet med våre funn beskrev jordmødrene i

den aktuelle studien at de opererer innenfor en risikokultur der proaktiv håndtering av fødsel er vanlig, med stadig press om å følge en aktiv arbeidsprotokoll. Resultatene i vår studie indikerer at observasjonene fra praksisstedene avslører at jordmødrene ofte tyr til flere prosedyrer og en mer omfattende overvåkning av kvinnene, noe som tyder på en betydelig grad av inngripen og kontroll under fødselsprosessen. Dette støttes av Aune et al. (2021, s. 388) hvor jordmødrene representerer en arbeidskultur som er preget av forventninger om fremgang i fødselen og hyppig bruk av inngrep, selv ved normale fødsler. Det ble reist spørsmål ved om en slik kultur førte til unødvendige inngrep og begrenset deres evne til å støtte en normal fødsel.

Dårlig bemanning og tid fant vi at hindret kvinner fra å få den nødvendige støtten og tilstedeværelse av jordmor. Våre funn, i likhet med Dahlberg et al. (2016, s. 2), Aune et al. (2018, s. 134) og Skogheim og Lundgren (2021, s. 14) beskriver alle tilstedeværelse som en viktig faktor for kvinnen som blir i bedre stand til å håndtere fødselen og smertene, og det blir dermed bedre tilrettelagt for å bevare det normale, samt å oppnå en positiv fødselsopplevelse. Antonovsky (2012, s. 38-41) legger i likhet med de foregående studiene vekt på tilstedeværelse og den positive påvirkningen dette har ved eksempelvis håndtering av fødselssmerter. I denne sammenhengen tolker vi Antonovsky's teori dithen at fødekvinnen mulig blir bedre rustet til å oppleve situasjonen som håndterbar ved å kjenne på tilstrekkeligheten av ressurser for å kunne håndtere det fødselen har å by på. Gjennom motivasjon, støtte og en positiv fødselsopplevelse vil fødekvinnen kunne oppleve fødselen som meningsfull og føle på opplevelse av sammenheng.

Videre fant vi også at den begrensede bemanningen påvirket studentenes veiledningsopplevelse, da veilederne måtte fordele sin oppmerksomhet på flere områder samtidig. Dette skapte en følelse av utrygghet hos studentene, da tilstedeværelsen av en tilgjengelig veileder ble uttrykt som avgjørende for deres læring og trygghet i rollen som jordmorstudenter. Aune et al. (2021, s. 388) hevder at jordmødrene blir påvirket av miljøet der de arbeider, og at arbeidet i et sykehusmiljø ofte involverer medisinske prosedyrer og vektlegging av effektivitet. Videre understreker studentene at de ikke har valgt jordmoryrket kun for å ta imot barnet, men at de ønsker å ha muligheten til å være tilstede gjennom fødselsforløpet. De erfarte at mangelen på bemanning gikk på bekostning av deres læringsutbytte, samt å være tilstede og støtte kvinner under fødselen. Dette støttes av Anna et al. (2020, s. 3 & 6) ved at jordmødrene uttrykte at de opererer innenfor en sterkt medikalisert

fødselskultur, der aktiv ledelse av fødselen prioriteres fremfor evidensbasert praksis og kvinnesentrert omsorg. De vektlegger utilstrekkelig institusjonsstøtte som en av hovedfaktorene som hindrer normal fødsel. Dette var i stor grad forbundet med utilstrekkelig jordmorbemannning og tidvis mangel på velutstyrte fasiliteter. Jordmødre rapporterte at de ikke var i stand til å gi støttende én-til-én omsorg på grunn av det mangelfulle antallet jordmødre og et stort antall fødende kvinner. Dette underbygges av Antonovsky's (2012, s. 41) teori som fremhever en global holdning som indikerer tillit til organiseringen av stimuli fra indre og ytre omgivelser, tilgangen på tilstrekkelige ressurser og oppfatningen av utfordringer som verdifulle oppgaver.

Flere av studentene i vår studie ga uttrykk for at de opplevde en avdelingskultur flere plasser som gjorde det vanskelig å gå imot strømmen. Innkomst-CTG ble brukt som et eksempel. Likevel erfarte studentene at det var stor variasjon og ulikt fokus blant personalet på de ulike fødeavdelingene. Anna et al. (2020, s. 3) underbygger våre funn ved at flertallet av kvinner med lavrisikosvangerskap ble utsatt for høyrisikoprotokoller og satt på kontinuerlig fosterovervåking eller rådet til å ha epidural når arbeidsbelastningen var høy, selv når disse intervensjonene ikke var nødvendige. Aune et al. (2021, s. 389) sin studie beskriver tilsvarende resultater. Videre fremhever deltakerne i studien til Anna et al. (2020, s. 4) en negativ holdning til normal fødsel hos noen av deres kolleger, som potensielt påvirker kvinnene. Jordmødrene var klar over at mange av de obstetriske intervensjonene som ble utført i løpet av normal fødsel, ikke var bevisbasert. Imidlertid følte de seg tvunget av den obstetriske kulturen til enheten. En antakelse fra flere av studentene i vår studie var at det kan være enklere å opprettholde det normale over lengre tid når fødselen skjer på en jordmorstyrt enhet. Dette understøttes av funnene til Prosser et al. (2018, s. 2), som viser at frekvensen av normale fødsler varierer avhengig av fødested. Studien fant at normale fødsler var mer sannsynlige på jordmorstyrte avdelinger sammenlignet med obstetriske enheter.

Mange av studentene i vår studie brukte begrepet "ryggen fri" som en slags ekstra forsikring de så hos flere av jordmødrene. Dette innebar ifølge studentene en økt tendens til å blant annet foretrekke kontinuerlig overvåking av fosterlyden. Som jordmorstudenter observerte de hvordan dette kan påvirke ivaretakelsen av det normale. CTG ble ofte brukt selv når det ikke var nødvendig etter retningslinjene. Dette mener de potensielt kan føre til unødvendige intervensjoner, overdreven bruk av overvåkningsutstyr og endringer i seleksjonen av kvinnen.

Dette støttes av Aune et al. (2018, s. 136) som fremhever at usikre jordmødre har en tendens til å stole mer på teknologi enn på sine egne vurderinger. Videre står det i veilederen fra norsk gynekologisk forening (2023) at det kun anbefales kontinuerlig CTG-overvåkning som standard der det er identifisert risikofaktorer i svangerskapet, da unødvendig bruk fører til økt risiko for keisersnitt og operative vaginale forløsninger (Kessler et al., 2023). Til tross for dette fant Aune et al. (2021, s. 389) at flestparten av jordmødrene mente CTG var et viktig verktøy, uavhengig av seleksjon. Som våre studenter også har opplevd, påpeker Aune et al. (2018, s. 136) at jordmødrene føler et behov for å ha ekstra forsikring om at alt er som det skal være ved innleggelsen, og ønsker å ha alle muligheter åpne for å kunne håndtere eventuelle komplikasjoner. I Andersons (2015, s. 68) studie beskriver studentene frykten for rettssaker som en betydelig faktor som hindrer jordmødre i å fremme normal fødsel. Denne frykten blir forsterket av det store antallet retningslinjer og protokoller som styrer jordmorpraksis.

Gjentakende funn fra vår studie viser at tidligere opplevde komplikasjoner ser ut til å påvirke mange av jordmødrenes utøvende praksis og forståelsen av normal fødsel. Det er også kjent at noen jordmødre har opplevd traumatiske hendelser som kan føre til en intensjon om å være føre-var i fødselsprosessen. Studentene opplever at denne økte forsiktigheten skyldes en blanding av personlige erfaringer, en økning av risikofylte fødsler og induksjoner. Jordmødrenes usikkerhet på enkelte fødeavdelinger gikk på at det kunne gå lang tid mellom tilfeller av fødsler som ikke krevde kontinuerlig overvåkning. Jordmødrene i studien til Aune et al. (2018 s. 135-136) opplevde at de var påvirket av fødselslegens biomedisinske synspunkter, noe som ofte gjorde at de arbeidet etter et føre-var-prinsipp med unødvendige inngrep i den normale fødselsprosessen, slik våre funn også viser. Et føre-var-prinsipp innebærer å utvikle problemløsningsstrategier i forkant av den potensielle faren. På en annen side var det én informant i studien som ikke brukte innkomst-CTG. Hennes erfaring var at innkomst-CTG hadde en tendens til å forårsake unødvendige bekymringer som ofte førte til ekstra overvåking og flere intervensjoner. For jordmødre kan det være utfordrende å jobbe på et sted hvor ulike ideologier råder blant de ansatte og hvor det kreves godt samarbeid mellom jordmødre og fødselsleger.

5.2.4 Utfordringer jordmorstudenter møter ved ivaretagelse av normal

fødsel

En faktor som blir trukket frem som viktig for studentene vi intervjuet er at veilederen er egnet til å veilede. Som Hatlevik (2014, s. 20) poengterer er det viktig at kvaliteten på praksisopplæringen er god, men dette er imidlertid ingen selvfølge. Våre funn viser at det er variasjoner blant jordmødrene når det gjelder deres tilnærming til det normale fødselsforløpet, hvor noen synes å være mer opptatt av dette enn andre. Studentene i studien til Anderson (2015, s. 68) snakker også varmt om den positive innflytelsen enkelte jordmødre har og hvordan dette påvirker studentene positivt. Noe som fremheves som essensielt i avhandlingen til Hatlevik (2014, s. 20) var muligheten studentene har til å observere både gode rollemodeller og mulighet til å se hvordan god profesjonsutøvelse kan arte seg. På en annen side viser våre funn at flere praksisveiledere blir oppfattet som mindre engasjerte i å ivareta en normal fødsel enn studentene selv. Anderson (2015, s. 68) poengterer dette ved at jordmorens påvirkning også kan være negativ. Studentene delte erfaringer om jordmødre med negative holdninger, som var mer opptatt av å følge en medisinsk omsorgsmodell. Diskusjonen avslørte tydelig studentenes bevissthet rundt hvilke jordmødre de foretrakk å praktisere med, da disse ønsket å fremme en mer normal fødselsopplevelse.

Studentene i vår studie trekker i tillegg frem eksempler på flere jordmødre de har gått med som er veldig opptatt av å fremme det som er normalt, samt å være i opposisjon til situasjoner som kan bli legestyrt på en indikasjon som kan være falsk. Anderson (2015, s. 67) viser til funn om at selvtilliten og selvsikkerheten til den enkelte jordmoren er det studentene oppfatter som en ledende faktor for hvorvidt normal fødsel fremmes og anbefales eller ikke. I likhet med våre funn som viser at veilederne har mye makt når det kommer til å forme studentene, så mener studentene i Anderson (2015, s. 67) sin studie at jordmødre som er veiledere bør være gode rollemodeller, slik at neste generasjon jordmødre kan ha tillit til å støtte normal fødsel og være selvsikre med andre jordmødre og annet helsepersonell. Målet er å oppnå et høyt utdanningsnivå, samtidig bør de oppmuntre jordmødre til å reflektere over egen praksis. Dette er viktig både med tanke på omsorgen for kvinner og for å forberede jordmorstudenter på å bli selvstendige og reflekterte yrkesutøvere. Blaaka (2006, s. 40) viser også betydningen av relasjonen mellom veileder og student. Funn fra studien viser at jordmorstudentene tilbringer mesteparten av tiden de er i avdelingen med veilederen sin. Måten veileder forholdt seg til den fødende kvinnen ga studentene en mulig rollemodell for deres egne handlinger.

Ønske om å tørre å stille mer kritiske spørsmål og argumentere for tiltak som ivaretar det normale ved neste praksisperiode, var funn vi fant i vår studie. Det gikk igjen hos flere av studentene at man tenker ulikt og påvirkes mye av veilederen, og at kjemien mellom jordmor og jordmorstudent derfor er viktig. I likhet med våre funn understreker også Hatlevik (2014, s. 20) viktigheten av relasjonen mellom student og praksisveileder, samt veilederens kompetanse og evne til å skape en trygg læringsatmosfære, som avgjørende faktorer for en positiv praksisopplevelse. For at studentene i vår studie skulle oppleve å føle på nok trygghet i relasjonen til veileder, lå de samme verdiene til grunn som Blaaka (2006, s. 35-40) trekker frem som å bygge et rom for læring. Dette innebærer å ha et sted og tid til å skape trygghet for studenten, slik at det er lettere å praktisere jordmorsomsorg med veileder. Elementer som å bli møtt med tillit av veileder og å bli oppfattet som en likeverdig person og ikke bare en student var viktig for læringsopplevelsen. Sosial inkludering kunne lette tilvenning og øke studentens selvtillit, slik at de var mer tilbøyelige til å tilegne seg den kompetansen som kreves for profesjonell aksept. Folkvord & Risa (2023, s. 1 & 9) understreker viktigheten av en positiv læringskultur for jordmorstudentene, som ser ut til å fremme trivsel og utvikling av nødvendige ferdigheter for klinisk praksis. Å føle seg anerkjent og inkludert i teamet, både sosialt og faglig, er avgjørende da det oppmuntrer til utvikling og styrker relasjoner. Studentenes følelser av glede og tilfredshet spiller en betydelig rolle i denne prosessen og bidrar til å bygge sterke bånd. En fødselsomsorg basert på salutogenese vektlegger også betydningen av relasjoner og sosial støtte som eksempler på generelle motstandsressurser, som igjen er forutsetninger for å kunne oppnå en sterk OAS (Skogheim og Lundgren, 2021, s. 13).

I studien vår opplevde studentene at jordmødrene de har gått med har ulike identiteter og perspektiver når det gjelder det som oppfattes som normalt, hvordan de jobber og hvilke verdier de legger til grunn for sin jordmorrolle. De mente det var tydelig at hendelser veileder har gått gjennom, påvirket hvordan de forholdt seg til studenter. Dette stemmer overens med funn fra Anna et al. (2020, s. 6) sin studie som viser at jordmorstudentene i Spania i hovedsak kun er i praksis på obstetriske høyrisiko enheter og at erfaringene blir deretter, og at de derfor ikke eksponeres for hele spekteret av jordmorferdigheter. Noen av jordmødrene i studien uttalte at de på grunn av dette hadde mangel på kunnskap og ferdigheter i forhold til normal fødsel. I likhet med studien til Anna et al. (2020, s. 6) fremhever Skogheim og Hanssen (2015, s. 230) at norske jordmødre hovedsakelig er opplært og praktiserer ved fødeavdelinger, og derfor har også de en manglende gjensidig forståelse og enighet når det gjelder definisjonen

av normal fødsel. Anderson (2015, s. 66) identifiserer lignende utfordringer i sin studie, hvor det fremkommer at det er manglende enighet blant studentene om hva som definerer en normal fødsel, samt en tendens til overmedikalisering av fødselsprosessen. Påvirkningen fra erfarne jordmødre, i tillegg til retningslinjer og protokoller som fører til defensiv praksis, bidrar til denne uenigheten. Ifølge rapporten “Keeping Birth Normal” fra International Confederation of Midwives fremkommer den samme problematikken med at når jordmorutdanning begrenses til sykehus og medisinsk kliniske miljøer, kan det begrense jordmødrenes evne til å praktisere det fulle omfanget av jordmorpraksis som er i tråd med ICM’s internasjonale retningslinjer. Dette kan påvirke deres evne til å støtte kvinner i å oppnå en normal fødsel (ICM, 2014a).

Resultatene våre viser at jordmorstudentene opplevde et betydelig sprik mellom hva de lærte om i teorien og hva de lærer i praksis. De hadde bare kunnskap om den normale fødselsprosessen før første praksisperiode, og de fleste opplevde mye patologi som de ikke var forberedt på. Overgangen fra teori om det normale til å møte virkeligheten med en betydelig mengde av patologiske tilstander var overveldende for flertallet. Davidson et al. (2018, s. 78) sine funn bekrefter dette ved å indikere at jordmorstudenter ofte går inn i praksis med idealiserte forestillinger om jordmoryrket og fødselsprosessen. Denne idealiseringen kan potensielt føre til en følelse av skuffelse når de møter realiteten av et sterkt medikalisert fødesystem på sykehus. Studentene i studien vår forteller at både i forkant og i første del av jordmorstudiet hadde de en forestilling om at normale fødsler ville utgjøre majoriteten av deres praksisopplevelse.

Imidlertid har virkeligheten vist seg å være annerledes enn deres forventninger, slik Davidson et al. (2018, s. 78) poengterte over. Likevel påpeker Hatlevik (2014, s. 25) at uoverensstemmelser mellom teori og praksis er uunngåelig. Dette kan skyldes ulikheter i kontekst, kompleksiteten i praksisfeltet, eller til og med endringer i teoretisk forståelse over tid. Å akseptere disse uoverensstemmelsene er viktig for å forstå at kunnskap ikke alltid kan overføres direkte fra en kontekst til en annen. I stedet for må læringsprosessen være fleksibel og tilpassingsdyktig, slik at kunnskapen kan tilpasses og integreres i den konkrete praksisen på en meningsfull måte. Antonovsky (2012, s. 39 & 172) fremhever meningsfullhet som en grunnleggende faktor for å oppleve sammenheng. Han undersøkte helsens opprinnelse og hevdet at opplevelsen av sammenheng var en generell mestringsmekanisme. Han pekte på viktigheten av å forstå hvordan orden oppstår fra kaos, noe som også er relevant i utdanningen

hvor opplevelsen av sammenheng kan være avgjørende. Hatlevik (2014) finner i sin avhandling viktigheten av å tilrettelegge for positiv kompetanseutvikling og å støtte studentenes forståelse, opplevelse av mening og sammenheng i utdanningen. Det å sikre en positiv kompetanseopplevelse inkluderer å gi studentene et solid teoretisk grunnlag, opplevelse av mestring og trygghet i praktisk utøvelse av yrket. For å fremme dette er det nødvendig å tydeliggjøre relevansen av utdanningens ulike komponenter og knytte teori til studentenes praksiserfaringer.

Studentene i vår studie uttrykte at første praksisperiode var en overveldende opplevelse hvor de følte seg sårbare i forsøket på å integrere den teoretiske kunnskapen de har lært i undervisning over i praksissammenheng. Refleksjonene rundt deres egen praksis ble styrket av ønsket om å opprettholde prinsippene de lærte på skolen, spesielt ideen om å holde det som er normalt, normalt. Ifølge Hatlevik (2014, s. 25) viser flere studier at mange profesjonsutøvere endrer sitt syn på den nye kunnskapen de har tilegnet seg når de begynner å anvende den i praksis og ser resultatene av sine handlinger. Denne innsikten understreker viktigheten av å betrakte læringsprosessen som en kontinuerlig transformasjon, hvor kunnskapen kontinuerlig utfordres, justeres og utvikles gjennom erfaring. Blaaka (2006, s. 35-36) mener den praktiske kunnskapen til erfarne klinikere er ikke direkte overførbart til klasserommet. Derfor er det avgjørende for jordmorstudenter å kunne effektivt bruke lærings situasjoner på kliniske felt. Antonovsky (2012, s. 39) har identifisert tre sentrale komponenter i opplevelsen av sammenheng: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Avhandlingen til Hatlevik (2014, s. 43) løfter frem at når dette konseptet overføres til profesjonsutdanninger, betyr opplevelsen av sammenheng for studentene at de oppfatter innholdet i utdanningen som forståelig (begripelighet), at de har tillit til sin evne til å håndtere de kravene som stilles (håndterbarhet), og at innholdet i utdanningen oppleves som meningsfullt i den forstand at det er relevant og nyttig for det yrkesfeltet utdanningen retter seg mot (meningsfullhet) (Hatlevik, 2014, s. 43).

Vi fant at overgangen fra en normalenhet til en høyrisikoavdeling viste seg å være større og mer utfordrende enn forventet for enkelte av jordmorstudentene vi intervjuet. Dette funnet støttes av Hatlevik (2014, s. 21), som diskuterer ulike former for sjokk, inkludert praksis-, realitets-, kultur- og overgangssjokk, som er rapportert av blant annet nyutdannede sykepleiere. Antonovskys teori vektlegger den menneskelige evnen til aktiv tilpasning for å øke mestring, helse og trivsel (Langeland, 2017). Mange opplever en følelse av

utilstrekkelighet og manglende mestring i forhold til de kravene som følger med profesjonsutøvelsen, og den første tiden som yrkesutøver oppleves som spesielt utfordrende (Hatlevik, 2014, s. 21). Billett og Choy (2013, s. 271-272) har identifisert noen sentrale elementer som nødvendig for å optimalt forberede studentene før praksisperioden. En av forutsetningene er at man bør forberede studentene på at de kan møte erfaringer som er ubehagelige og konfronterende, samt situasjoner hvor de vil føle at de ikke klarer å hjelpe til eller ikke mestrer oppgavene. De påpeker også at i etterkant av praksisperiodene er det viktig at studentene får hjelp til å bearbeide og dele det de har lært, og at de får hjelp til å koble det de har lært i praksis med det de lærer i pensum og undervisning. Dette underbygger Schytt & Waldenström (2013, s. 102-104) ved at de fleste studentene i deres studie var tilfredse med hvordan utdanningen forberedte dem til klinisk praksis. Imidlertid vurderte en betydelig andel av fødselslegene og erfarne jordmødre at nyutdannede jordmødre hadde utilstrekkelig eller manglende kompetanse når det gjelder håndtering av normal fødsel, samt evnen til å identifisere avvik fra normal fremgang. Det pekes derfor på behovet for eksponering for fysiologisk fødsel under utdanningen, spesielt siden de fleste kliniske praksisene foregår på store fødeinstitusjoner (Davidson et al., 2018, s. 78).

Til tross for flere av deltakernes egen usikkerhet knyttet til å være student, fant vi at det var ulikt om de våget å stille kritiske spørsmål eller uttrykke egne meninger. Flere av studentene erkjente at dette kunne være utfordrende, spesielt da de følte at de stilte spørsmål ved veileders praksis. Anna et al. (2020, s. 7) setter søkelys på viktigheten av å bygge selvtillit hos studentene. For å kunne samarbeide godt og gjøre en forskjell i fødselsomsorgen, kreves det at det skapes likeverdige forhold mellom kollegaer som står i situasjoner sammen. Dette vil gi både studenter, jordmødre og fødselsleger muligheten til å lære og diskutere sammen. For å lettere muliggjøre dette mener Anna et al. (2020, s. 7) det bør startes samarbeidsprogrammer mellom ulike helseprofesjoner tidlig i utdannelsen og fortsette med dette samarbeidet i praksis. Hatlevik (2014, s. 8) trekker frem at refleksjoner i fellesskap kan bidra til at studenter erfarer meningsfulle sammenhenger. Ifølge Aune (2014, s. 64) lærer studentene best når de befinner seg i arbeidsrelaterte situasjoner og i samhandling med andre. På denne måten ser studentene bedre helheten mellom teori og praksis.

6.0 KONKLUSJON

Til tross for at flertallet av deltakerne i studien vår mente at fødsel er en normal hendelse, var det utfordrende å gi en nøyaktig definisjon av begrepet. Denne mangelen på en universell definisjon av "normal" fødsel, sammen med den varierte tolkningen av begrepet, indikerer et behov for tydeligere terminologi i fødselsomsorgen. Ved å skifte fokus til begrepet "fysiologisk fødsel", kan vi bedre formidle den naturlige prosessen uten medisinsk inngripen. Dette vil ikke bare redusere forvirringen, men også fremme enighet blant helsepersonell og tydeliggjøre praksisen. Våre funn understreker behovet for en universell definisjon av normal fødsel for å guide praksis og utdanning, og vi ser på begrepet "fysiologisk fødsel" som et passende alternativ som kan hjelpe til med å tydeliggjøre begrepet for jordmorstudenter og annet praktiserende helsepersonell.

I denne studien har vi identifisert bekymringer knyttet til jordmorutdanning og praksis, spesielt med hensyn til mangelen på klinisk erfaring relatert til normale fødsler. Dette understreker behovet for en revurdering og forbedring av jordmorutdanningen for å sikre at studenter er tilstrekkelig forberedt på å håndtere ulike fødselssituasjoner. Det er klart at det er behov for dypere utforskning av hvordan utdanning og praksis i jordmorfeltet kan tilpasses for å gi studentene en mer omfattende forståelse av fødselsprosessen. Videre kreves det en mer reflektert diskusjon om medikaliseringens rolle i fødselsomsorgen og hvordan den påvirker vår oppfatning av hva som er en "normal" fødsel. Disse tiltakene er avgjørende for å sikre at jordmorpraksis forblir i tråd med prinsippene om å fremme kvinners helse og velvære gjennom hele fødselsprosessen. Vi håper det fortsatt blir satt fokus på det salutogene perspektivet i fødselsomsorgen, slik at den ikke fortsetter å bli dominert av en medikalisert tilnærming.

I lys av denne studien viser våre resultater at erfaring, tidligere hendelser, retningslinjer og protokoller kan bidra til å forme jordmødres praksis, noe som noen ganger kan resultere i en defensiv tilnærming. Sentrale aspekter som arbeidsmiljø, kulturelle faktorer, tilgang til ressurser og bemanning ble identifisert som viktige faktorer for å fremme en mer helhetlig og støttende tilnærming til normal fødsel. Disse funnene understreker behovet for å vurdere og forbedre disse områdene for å fremme trygge og positive fødselsopplevelser for kvinner.

Våre funn peker på en betydelig utfordring for jordmorstudenter i overgangen fra teori til praksis. Til tross for at uoverensstemmelser er uunngåelig, så er det nødvendig å forberede dem på de utfordrende situasjonene de vil møte, og å tilby støtte for bearbeiding og refleksjon i etterkant. Samtidig avdekket studien betydningen av relasjonen mellom veileder og student, hvor et trygt læringsmiljø og god veiledning er avgjørende for studentenes utvikling. Dette understreker behovet for å optimalisere læringsutbyttet og forberede studentene på å håndtere normal fødsel på en selvstendig og trygg måte i fremtiden. For å oppnå dette er det avgjørende å opprettholde jordmorstyrte fødestuer og fødeavdelinger som fremmer en mer fysiologisk tilnærming til fødsel, slik at blant annet studenter får tilstrekkelig erfaring med normale fødsler.

7.0 REFERANSER

- Albrechtsen, S., Heimstad, R., Maltau, J. M. & Bergsjø, P. (2019) Den normale fødselen. I J. M. Maltau, K. Molne, & B.-I. Nesheim (red.). *Obstetikk og gynekologi* (3.utg., s. 187-202). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Anderson, G. (2015). An evaluation of direct-entry student midwives' perceptions of normal birth. *Evidence based midwifery*, 13(2), 66-70.
- Andrén, A., Begley, C., Dahlberg, H. & Berg, M. (2021). The birthing room and its influence on the promotion of a normal physiological childbirth - a qualitative interview study with midwives in Sweden. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1939937>
- Anna, M.-A., Olga, C.-V., Rocío, C. S., Isabel, S. P., Xavier, E.-T., Pablo, R. C., Montserrat, P. A., Cristina, G.-B., Ramon, E. (2020). Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women in public hospitals in Catalonia (Spain). *Midwifery*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102752>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aune, I., Brøtmet, S., Grytskog, H. & Sperstad, E. (2021). Epidurals during normal labour and birth - Midwives' attitudes and experiences. *Woman and birth*, 34(4). 384-389. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.08.001>
- Aune, I. (2014). En modell for jordmorstudenters praktiske studier sett i lys av ulike læringsteorier - et vitenskapelig essay. *Uniped*, 37(2), 58-69. <https://doi.org/10.3402/uniped.v37.23178>
- Aune, I., Holsether, O. & Kristensen, A. M. (2018). Midwifery care based on a precautionary approach: Promoting normal birth in maternity wards: The thoughts and experiences of midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16, 132-137.

<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.03.005>

- Billett, S., & Choy, S. (2013). Learning through work: emerging perspectives and new challenges. *Journal of Workplace Learning*, 25(4), 264-276.
- Blaaka, G. (2006). Newcomers' learning of midwifery practice in a labour ward: a socio-cultural perspective. *Learning in Health and Social Care*, 5(1), 35-44.
<https://doi.org/10.1111/j.1473-6861.2006.00113.x>
- Blaaka, G. & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Blix, E. (2017). Ulike syn på svangerskap og fødsel. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. Utg., s. 51-55). Cappelen Damm Akademisk.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skågåås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H.-M. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience - The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Danielson, E. (2019). Kvalitativt forskningsinterview. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode* (2 utg., s. 177-191). MUNKSGAARD.
- Davidson, C., Geraghty, S. & Morris, S. (2018). Midwifery students' understanding and knowledge of normal birth before 'delivery' of curriculum. *Midwifery*, 58, 77-82.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.015>
- Devold Pay, A., Lund, K., Sanda, B., Steen, T., Sand, S. & Sjøborg, K. D. (2020). Svangerskapsomsorg. *Norsk gynekologisk forening, Veileder i fødselshjelp*. Hentet 5. mars 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/svangerskapsomsorg/>

- Downe, S. (2013). Engaging with the concept of unique normality in childbirth. *British Journal of Midwifery* 2006, 14(6), 352-356.
<https://doi.org/10.12968/bjom.2006.14.6.21187>
- Fangen, K. (2022, 6. september). *Kvalitativ metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Folkehelseinstituttet. (2023, 2. juni). *Antall igangsatte fødsler øker – har det noen betydning for utfallet for mor og barn?* <https://www.fhi.no/meldinger/antall-igangsatte-fodsler-oket--har-det-noen-betydning-for-utfallet-for-mor/>
- Folkvord, S. E. & Risa, C. F. (2023). Factors that enhance midwifery students' learning and development of self-efficacy in clinical placement: A systematic qualitative review. *Nurse Education in Practice*, 66, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103510>
- Hatlevik, I. K. R. (2014). *Meningsfulle sammenhenger: En studie av sammenhenger mellom læring på ulike arenaer og utvikling av ulike aspekter ved profesjonell kompetanse hos studenter i sykepleier-, lærer- og sosialarbeider- utdanningene*. [Doktorgradsavhandling]. Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/lov/2008-06-20-44>
- Henricson, M. & Billhult, A. (2019). Kvalitativt design. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode* (2 utg., s. 139-147). MUNKSGAARD.
- International Confederation Of Midwives (ICM). (2017). *Definition of Midwifery*. Hentet fra: <https://internationalmidwives.org/resources/definition-of-midwifery/>
- International Confederation Of Midwives (ICM). (2014a). *Keeping Birth Normal*. Hentet fra: <https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/Keeping-Birth-Normal.pdf>

International Confederation Of Midwives (ICM). (2014b). *Philosophy and model of Midwifery care*. Hentet fra: <https://internationalmidwives.org/resources/philosophy-and-model-of-midwifery-care/>

Kessler, J., Blix, E., Jettestad, M., Myklestad, K., Nygaard, B., Nistov, L. T., Overrein, H. & Yli, B. M. (2023). Fosterovervåkning under fødsel, avnavling og syre-baseprøver fra navlesnor. *Norsk gynekologisk forening, Veileder i fødselshjelp*. Hentet 4 mars 2024 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodsels-hjelp/fosterovervakning-under-fodsels-avnavling-og-syre-baseprover-fra-navlesnor/>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Langeland, E. (2017, 30. November). *Salutogenese - teori og praksis*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <https://napha.no/content/14219/salutogenese---teori-og-praksis>

Maaløe, N., Kujabi, M. L., Nathan, N. O., Skovdal, M., Dmello, B. S., Wray, S., Akker, T. & Housseine, N. (2023). Inconsistent definitions of labour progress and over-medicalisation cause unnecessary harm during birth. *BMJ*, 383, 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076515>

Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Universitetsforlaget.

Mathias, L. A., Davis, D. & Ferguson, S. (2021). Salutogenic qualities of midwifery care: A best-fit framework synthesis. *Woman and birth*, 34(3), 266-277. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>

Miller, Y. D., Prosser, S. J. & Thompson, R. (2015). Back to normal: A retrospective, cross-sectional study of the multi-factorial determinants of normal birth in Queensland, Australia. *Midwifery*, 31(8), 818-827. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.005>

Mittelmark, B. M., Bauer, G. F., Vaandrager, L., Pelikan, J. M., Sagy, S., Eriksson, M., Lindström, B. & Magistretti, C. M. (2022). *The Handbook of Salutogenesis* (2. Utg.). Springer Open. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2019). Videnskabelig kvalitet i eksamensprosjekter. I M. Henricson (Red.), *Videnskabelig teori og metode* (2. Utg., s. 491-509). MUNKSGAARD.

Nettskjema. (u.å). Spørreskjema, påmeldinger og bestillinger. Hentet 16 juni 2023 fra <https://nettskjema.no>

Prosser, S. J., Barnett, A. G. & Miller, Y. D. (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1871-5>

Schytt, E. & Waldenström, U. (2013). How well does midwifery education prepare for clinical practice? Exploring the views of Swedish students, midwives and obstetricians. *Midwifery*, 29(2), 102-109. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.11.012>

SIKT. (u.å.). Personverntjenester for forskning. Hentet 16 juni 2023 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning>

Skogheim, G. & Hanssen, T. A. (2015). Midwives' experiences of labour care in midwifery units. A qualitative interview study in a Norwegian setting. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(4), 230–235. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.05.001>

Skogheim, G. & Lundgren, I. (2021). Forbedringspotensial i den norske fødselsomsorgen. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 17(1), 1-25. <https://doi.org/10.7557/14.5444>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Vigmostad & Bjørke AS.

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (1. utg.). Gyldendal akademisk.

- Wibeck, V. (2019). Fokusgrupper. I M. Henricson. (Red.), *Videnskapelig teori og metode – fra idé til eksaminasjon* (2. utg, s. 193-218). København: Munksgaard.
- WHO. (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*, 24(2), 121-123.

VEDLEGG 1. Intervjuguide

Nordejodemodern Networks; Midwives of the North´s prosjekt

Normal fødsel; Det utfordrende idealet

Jordmorstudenter sine tanker om begrepet normal fødsel og hvilke erfaringer de har om hvordan de blir møtt i praksis med tanke på å ivareta normalitet i fødsel.

Intervjuobjekt

Alder (år):

Sted i utdanningen:

Praksissted: sykehus, hvilken type avdeling (høyrisiko/lavrisiko, kombinert avdeling/ikke kombinert avdeling):

Minutt (intervju):

Hoved intervju (Oppfølgingsspørsmålene blir bare brukt dersom det er behov for å stimulere til diskusjon eller forklaringer)

Introduksjons og åpningsspørsmål:

1. Hva er din oppfatning av normal fødsel?

Oppfølgingsspørsmål kan inkludere spørsmål inkludert utforskning:

- Opplevelser du tenker går under normal fødsel
- Kan du gi et eksempel på en normal fødsel?
- Fødselsstillinger, ro på fødestuen, kommunikasjon, bruker du retningslinjer (dersom du ikke er enig med dem), delt beslutningstaking/samvalg, hvordan inkludere partner?

- Er det noen medisinske intervensjoner du mener er en del av en normal fødsel?
- Kan du forklare hvordan du tenker.
- Induksjon av fødsel, overtidsgaviditet ...
- Kan du snakke mer om intervensjoner slik som amniotomi / oxytocin-induserte rier / epidural/ vacuum ekstraksjon / tangforløsning / episiotomi kontra begrepet normal fødsel.

2. Hvordan opplever du å bli møtt på praksisstedet med tanke på å ivareta normalitet i fødselsprosessen?

Oppfølgingsspørsmål kan inkludere spørsmål inkludert utforskning:

- Hvilken kultur er det for å ivareta normalitet?
- Er det forskjell på om du er på en normalenhet eller en fødeavdeling?
- Opplever du at jordmødrene har det som fokus selv om det ikke er en normalenhet?

3. Hvordan definerer du normal fødsel?

- Din forståelse av definisjonen basert på teorien???

Mulige tilleggsspørsmål hvis det er behov:

Hva er din oppfatning av forskjellige smertelindringsmetoder kontra begrepet normal fødsel?

- Forklar.

Kan grad av perinealrift påvirke synspunktet på om fødselen har vært normal eller ikke?

- Forklar.

Kan tilstanden til den nyfødte påvirke om fødselen blir klassifisert som normal eller ikke?

- Forklar.

Kan du gi et eksempel på en fødsel der du følte at du aktivt måtte jobbe for å beskytte normaliteten i fødselen?

- Hva gjorde du, og hvorfor?

Spørsmål som kan brukes når det er relevant under intervjuet:

Kan du gi et eksempel på ...?

Kan du fortelle oss mer om ...?

Hva tenker du om ...?

Hvorfor er det slik...?

Avslutningsspørsmål:

4. Er det noe du kunne tenke deg å legge til?

VEDLEGG 2. Informasjon om forskningsprosjekt og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet:

«Hvordan ivareta den normale fødsel? Et studentperspektiv»

Formål

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom jordmødre fra følgende 7 land i Nord-Europa: Norge, Sverige, Danmark, Finland, Island, Litauen og Latvia. Det er jordmor og postdoktor Eline S. Vik ved Høgskolen på Vestlandet som leder det internasjonale prosjektet (Normal birth).

Bakgrunnen for prosjektet er en observert økning i medisinske intervensjoner i fødselsomsorgen i vestlige land, og dermed en bekymring for at normalitet i fødsel blir utfordrende å ivareta.

I dag vet vi en del om hva ferdigutdannede jordmødre legger i begrepet normal fødsel og hvordan de jobber for å ivareta normalitet i fødsel i sykehus. Vi vet imidlertid mindre om hva jordmorstudenter legger i begrepet og hvordan de blir møtt i praksis med tanke på å ivareta normalitet i fødsel. I og med at jordmorstudenter er fremtidens jordmødre mener vi det er viktig å øke kunnskapen knyttet til jordmorstudenters perspektiver og erfaringer, og det er derfor denne studien er planlagt.

I vårt prosjekt ønsker vi å rekruttere jordmorstudenter fra alle utdanningsinstitusjoner i Norge som tilbyr en master i jordmorfag (OsloMet, HVL, UiT, NTNU og USN) ekskludert UiS hvor vi selv studerer. Vi ønsker å gjennomføre individuelle intervjuer med jordmorstudenter som studerer i Norge og som snakker norsk.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke jordmorstudenters tanker og erfaringer om:

- hva du anser som normal fødsel
- hvordan du definerer dette
- hvordan du opplever å bli møtt på praksissteder med tanke på å ivareta normalitet i fødselsprosessen

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi som forskere i studien er selv jordmorstudenter ved Universitetet i Stavanger og vi vil gjennomføre prosjektet under veiledning av professor [REDACTED] og førsteamanuensis [REDACTED] ved UiS.

UiS og prosjektleder [REDACTED] er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, opplever uønskede hendelser, eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, ta kontakt med:

- Prosjektansvarlige: [REDACTED] og [REDACTED]
[REDACTED]
- Prosjektansvarlige masterstudenter Ingvild Barland og Synne Caroline Schultz Aamodt
- UiS personvernombud: XXXXXXXXXXXX, personvernombod@uis.no, tlf: XXXXXXXX

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vårt fokus er å inkludere jordmorstudenter som er inne i sitt 3. semester av jordmorstudiet, som tilsvarer andre året av master i jordmorfag. Vi har valgt å rette oppmerksomheten mot studenter i dette spesifikke semesteret av flere grunner. Først og fremst har du fullført teoridelen av studiet, som gir deg en solid forståelse av både normale og kompliserte situasjoner knyttet til svangerskap, fødsel og barsel. Dette er avgjørende for å kunne dra nytte av og engasjere deg i det videre prosjektet. I tillegg har du allerede praksiserfaring fra en fødeavdeling. Det vil gi deg en unik innsikt i virkeligheten og utfordringene jordmødre møter i sitt daglige arbeid. Vi er sikre på at din bakgrunn og erfaring vil være en verdifull ressurs for vårt prosjektet. Målet er å rekruttere rundt 10 jordmorstudenter. Vi håper det er interessant for deg som jordmorstudent å delta i prosjektet, for å bidra til økt oppmerksomhet rundt ivaretagelse av normal fødsel.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir intervjuet over Zoom. Forventet tid under intervjuet er fra 20-45 min. Vi tar lydopptak og noterer fra intervjuet.

I hovedtrekk vil vi gjennomføre intervjuer med jordmorstudenter digitalt over Zoom via Uninett for lydopptak av intervjuene. Zoom via Uninett er godkjent og anbefalt av personvernet ved UiS. Det vil bli gjort lydopptak av stemmen din under intervjuet. Navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger vil bli utelatt fra intervjuet i tekstformat (transkripsjon). Innsamlet data og kontaktinformasjon vil bli lagret på en tilgangsbegrenset server med to-faktorautorisering; forskningsserveren ved Universitetet i Stavanger. Lydopptak slettes ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, disse vil da utleveres innen 30 dager. Så lenge dine data er identifiserbare i prosjektet kan du kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder når som helst (se kontaktinformasjon på siste side).

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet og planlegges brukt til 01.05. 2024, evt. lenger avhengig av hovedprosjektets progresjon. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle opplysningene vil bli behandlet som kodede opplysninger. Det vil si uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun [REDACTED], Ingvild Barland, Synne Caroline Schultz Aamodt, og [REDACTED] som har tilgang til denne listen.

Anonymiserte hovedfunn fra prosjektet vil deles med alle deltakerinstitusjoner i det overordnede prosjektet Normal Birth. En syntese av hovedfunn fra samtlige deltakende institusjoner vil etter planen publiseres i et fagfelleverdert internasjonalt tidsskrift. Eventuell publisering vil gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes.

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig ved Universitetet i Stavanger prosjektleder Christina F Risa, et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifisere i datamaterialet, har du rett i:

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

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via epost: personventjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen,



Ingvild Barland

Jordmorstudent

Synne Caroline Schultz Aamodt

Jordmorstudent

Samtykkeskjema

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan ivareta den normale fødsel, et student perspektiv*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver