

# Hjælp - jeg er langtidsindlagt

---

*En indsigt i den gravides oplevelse af langtidsindlæggelsen*

**Anna Fowler Lund & Caroline Haugaard**

**F 2011, 14. modul**

**Bachelorprojekt i jordemoderkundskab**

**30.05.14**

**Vejleder: Margrethe Nielsen**

**Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol, København**

**Antal anslag inklusive mellemrum i projektet: 95.531**

*"Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen,*

*Professionshøjskolen Metropol."*

## Resumé

Bachelorprojektet undersøger, hvordan gravide oplever og mestrer langtidsindlæggelsen, samt hvordan jordemoderen kan støtte den gravide i forløbet. Gennem en hermeneutisk analysestrategi anvendt på to videnskabelige artikler opstår følgende kategorier: “Fysisk og psykisk omvæltning”, “kedsomhed, ensomhed og dårlig samvittighed”, “selvhjælp under indlæggelsen” samt “den sundhedsprofessionelles betydning”. Kategorierne analyseres ud fra to teoretiske perspektiver: Eksistentiel psykologi og en mestringsrelateret teori. Som supplement inddrages en dansk internettråd i analysen. Det vurderes, at den gravide befinder sig i en krise- og stresssituation, hvori hun eksempelvis anvender en problemfokuseret eller følelsesfokuseret mestring. Jordemoderen kan støtte den gravide ved at tage udgangspunkt i den enkeltes behov.

## Indholdsfortegnelse

<b>1.0 Problemstilling</b> .....	<b>5</b>
<b>2. 0 Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
2.1 Begrebsafklaring .....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser .....	8
3.1.1 Humanvidenskab.....	8
3.1.2 Hermeneutik og forforståelse .....	8
3.1.3 Fænomenologi og livsverden .....	9
3.2 Søgestrategi .....	10
3.2.1 Videnskabelige artikler.....	10
3.2.2 Internettråden .....	11
3.2.3 Teori.....	11
3.3 Præsentation af empiri .....	12
3.3.1 "Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients" af Richter, M.S, Parkes, C. & Chaw-Kant, J. 2007 .....	12
3.3.2 "Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy" af Rubarth, L.B et al. 2012.....	12
3.3.3 "Indlagt med for kort livmoderhals" .....	12
3.4 Hermeneutisk analysestrategi.....	13
3.5 Struktur .....	14
<b>4.0 Kritisk analyse og vurdering af de videnskabelige artikler</b> .....	<b>14</b>
4.1. Formål og baggrund.....	14
4.2 Metode og design .....	16
4.3 Databearbejdning.....	18
4.4 Resultater .....	19
4.5 Intern validitet.....	20
4.6 Ekstern validitet .....	20
<b>5.0 Analyse</b> .....	<b>21</b>
5.1 Præsentation af de fundne kategorier .....	21
5.2 Analyse af kategorierne.....	22
5.2.1 Psykisk og fysisk omvæltning.....	22
5.2.2 Kedsomhed, ensomhed og dårlig samvittighed .....	24
5.2.3 Selvhjælp under indlæggelsen.....	26
5.2.4 Den sundhedsprofessionelles betydning.....	28
5.3 Internettråden .....	31
5.3.1 Psykisk og fysisk omvæltning.....	31
5.3.2 Kedsomhed, ensomhed og dårlig samvittighed .....	31
5.3.3 Selvhjælp under indlæggelsen.....	32
5.3.4 Den sundhedsprofessionelles betydning.....	32
5.3.5 Distancering.....	34
5.4 Opsamling af analysefund .....	34
<b>6.0 Diskussion</b> .....	<b>35</b>
6.1 Evidensen for indlæggelse i graviditeten .....	35

6.2 Svangreomsorgens organisering.....	37
6.3 Kritik af egen metode .....	39
<b>7.0 Konklusion .....</b>	<b>40</b>
<b>8.0 Referenceliste.....</b>	<b>42</b>
<b>9.0 Bilagsliste.....</b>	<b>44</b>

### **Individuelle afsnit**

Anna Fowler Lund: 3.1, 3.4, 5.2.1, 5.2.4, 5.3.1, 6.2

Caroline Haugaard: 4.2, 4.5, 4.6, 5.2.3, 5.3.3, 6.1

# 1.0 Problemstilling

Præterm fødsel er et af de helt store maternelle og neonatale helbredsmæssige problemer i mange udviklede lande og den største årsag til perinatal mortalitet og morbiditet (Maloni 2010). I Europa er raten for præterme fødsler årligt mellem 5-7% af alle fødsler, mens den i USA er 12,7%, dette er en stigning på 9% siden år 2000 (ibid). Sengeliggende aflastning i graviditeten har gennem de sidste 30 år været en grundpille i den forebyggende behandling af kvinder med truende for tidlig fødsel og bliver årligt ordineret som behandling til knap en million kvinder i USA (ibid). I 1986 var cirka 15% af alle danske gravide indlagte i en kortere eller længere periode i graviditeten (Vitting Andersen 1986), hvilket svarer til knap 8200 gravide (Danmarks Statistik 2014). Vi har ikke kendskab til nyere dansk statistik på området, men da Danmark og USA begge er vestlige industrialiserede lande og dermed sammenlignelige, finder vi også i dansk kontekst i 2014 emnet aktuelt.

Sundhedsvæsenet er med til at kategorisere de gravide i forhold til risiko, hvilket er basis for, at de sundhedsprofessionelle kan henvise risikogravide til en specialenhed med bedre forudsætning for behandling samt med mulighed for tværfagligt samarbejde. Dog kan denne kategorisering medføre en øget følelse af stress og angst hos de gravide kvinder, som er i denne situation (Maloni et al. 2002). Kvinder med risikograviditeter har en større følelse af frygt, passivitet og depression end kvinder med ukomplicerede graviditeter. Hertil kommer følelsen af at være utilstrækkelig over for både det ufødte barn samt den allerede eksisterende familie (ibid). Fænomenet risikograviditet indebærer flere forskellige tilstande, herunder truende for tidlig fødsel (ibid). Behandling af truende for tidlig fødsel er overvejende aflastning i graviditeten (ibid) og defineres typisk som restriktiv aflastning med tilladelse til toiletbesøg og bad dagligt, i hvad der svarer til 1-2 timer i døgnet (Maloni 2011). Definitionen af sengeliggende aflastning varierer dog meget, nemlig fra få timer dagligt i sengen og op til 22 timer i døgnet (ibid). Sengeliggende aflastning i graviditeten bliver ordineret som behandling for at opnå en større perfusion til uterus og for at udsætte tiden til fødslen, således at barnet har længere tid til at vokse og modnes (Maloni et al. 2002). Aflastningen kan både ske i kvindens eget hjem eller som indlæggelse på et hospital. Vi ser, at der i Danmark hovedsageligt ordineres hospitalsindlæggelse frem for restriktiv aflastning i hjemmet. Perioden for den sengeliggende aflastning varierer, men oftest betegnes langtidsindlæggelse som indlæggelse på 7 dage eller derover (Maloni 2011). Der er dog ikke videnskabelig

konsensus om evidensen for sengeliggende aflastning som behandling for truende for tidlig fødsel (ibid).

Kvinder, som ordineres aflastning i hjemmet eller indlægges på hospitalet, er gravide, som er kategoriseret som værende i risiko for at føde præterm, blandt andet på grund af PPRM, præterme veer, cervixinsufficiens, placenta prævia eller præeklampsi (Maloni et al. 2002). Disse risikogravide oplever flere komplikationer af både fysiologisk og socio-psykologisk art. Der ses større risiko for at udvikle muskelsvækkelse i benene, vægttab samt tromboser i underekstremiteterne (Stringer et al. 2004). For kvinder, som er indlagte på hospitalet, er konsekvensen derudover stress som følge af separation fra familien, følelse af fjendtlighed, angst, kedsomhed og depression (ibid). Ydermere er konsekvensen af restriktiv aflastning, at kroppen efter fødslen er længere tid om at restituere sig, og genoptagelse af dagligdagsaktiviteter forsinkes i forhold til kvinder med en ukompliceret graviditet (ibid). For indlagte gravide ses det største udfald af negative psykiske reaktioner i perioden lige efter indlæggelsen og er faldende i løbet af indlæggelsestiden (Maloni et al. 2002). Forklaringen på dette er, at jo længere kvinderne når i graviditeten, desto bedre bliver prognosen for barnet, og derved mindskes bekymringerne hos den gravide (ibid). De indlagte gravide føler, at de ikke har kontrol over, hvad der sker i deres krop, og de beskriver sig selv som værende fanger i et fængsel, når de er indlagte til sengeliggende aflastning (Maloni 2011). Situationen har altså en negativ indflydelse på den gravides psyke (Maloni et al. 2005). Adskillelsen fra familien og bekymringer for, hvordan de klarer sig alene, faderens ansvar for eventuelt andre børn, de økonomiske udfordringer samt bekymringer for helbredet er også kilder til stress hos kvinden (Maloni 2011).

Sundhedspersonalets behandling kan betyde, at de gravide beroliges og medvirker til, at de negative psykiske reaktioner ikke udvikler sig yderligere (Stringer et al. 2004). Hjælpen kan blandt andet bestå i at støtte den gravide og hendes partner i at udtrykke deres følelser, give specifik information samt henvise til andre faggrupper, hvis dette er nødvendigt (ibid). Netop sundhedspersonalets betydning ser vi som et særligt interessant aspekt, da det på mange danske svangreafdelinger primært er jordemødre, som er ansatte som plejepersonale. I ”Vejledning om jordemoderens virksomhedsområde mv.” står følgende:

*“Jordemoderen kan endvidere undersøge, observere, pleje og deltage i behandling af syge svangre... Jordemoderen kan foretage behovsprægede undersøgelser hos syge svangre både i hjemmet og på sygehuset, herunder også ved indlæggelse på andre afdelinger end obstetriske afdelinger”* (Sundhedsstyrelsen 2001).

Dette betyder, at jordemoderen blandt andet kan varetage omsorgen for den langtidsindlagte gravide. Graviditeten er en krævende omvæltning på mange måder, ikke mindst psykisk for enhver kvinde. Hvis det bliver nødvendigt med indlæggelse under graviditeten, kan det i sig selv være en ekstra belastning for den gravide og hendes familie, og dette skal jordemoderen forholde sig til (Sundhedsstyrelsen 2010). De fleste kvinder indordner sig under det at være indlagt på en svangreafdeling. De føler sig trygge og sikre ved at have plejepersonale omkring sig, men samtidig isolerer de sig selv med deres graviditet samt tankerne omkring denne (ibid).

I løbet af vores kliniske uddannelse har vi oplevet, at mange indlagte gravide har været mærket af den store omvæltning, det er at gå fra at være en normal gravid til pludselig at være i risiko for at føde for tidligt. Under indlæggelsen har disse gravide udtrykt bekymringer omkring barnet og dets udvikling, deres forhold til partneren og eventuelt ældre børn. Vi har observeret, at de har udstrået kedsomhed, tristhed, tomhed samt et håb om at kunne udholde forløbet. Vi vil med dette bachelorprojekt gerne blive klogere på, hvordan den langtidsindlagte gravide oplever situationen og undersøge, hvordan vi som jordemødre kan være med til at få den gravide godt igennem forløbet. Ovenstående problemfelt har ledt os frem til følgende problemformulering.

## **2.0 Problemformulering**

*Hvordan oplever og mestrer den gravide langtidsindlæggelsen? Og hvordan kan jordemoderen støtte den gravide i forløbet?*

### **2.1 Begrebsafklaring**

Mestrer: Vi tager udgangspunkt i Richard S. Lazarus' (herefter Lazarus) definition af begrebet mestring, som han behandler i bogen "Stress og følelser - en ny syntese".

Den gravide: Vi skelner ikke mellem de gravides paritet, gestationsalder (herefter GA) eller graviditetskomplikation i forhold til inddragelse og citation i projektet.

Langtidsindlæggelsen: I projektet inddrager vi empiri, som definerer langtidsindlæggelse som indlæggelse i minimum fem dage.

## **3.0 Metode**

I dette afsnit redegør vi først for de videnskabsteoretiske overvejelser, dernæst beskriver vi projektets søgestrategi, hvor vi vil redegøre for, hvilke kriterier vi har opsat for udvælgelsen af anvendt litteratur. Herefter præsenteres den valgte empiri, hvorefter der redegøres for projektets analysestrategi. Slutteligt beskriver vi, hvorledes den efterfølgende del af projektet er struktureret.

### **3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser**

#### **3.1.1 Humanvidenskab**

Projektets problemformulering implicerer en humanistisk og kvalitativ tilgang til emnet, da området for vores undersøgelse indebærer menneskers følelser, tanker og handlinger (Birkler 2005, Koch 2011). Vi er bevidste om, at den viden, vi producerer gennem humanvidenskaben, er præget af os selv som forskere og dermed indebærer en vis grad af subjektiv vurdering af feltet (Birkler 2005). Sådanne epistemologiske overvejelser er relevante i humanvidenskab og kan ses i kontrast til naturvidenskaben, hvor man stræber efter en objektiv sandhed uden indflydelse fra mennesket og forskeren bag undersøgelsen (ibid). Dette er hverken muligt eller ønskværdigt i humanistisk forskning, hvor man i stedet har det formål at forstå og sætte sig ind i andre menneskers måde at erkende og opleve på.

#### **3.1.2 Hermeneutik og forforståelse**

To centrale begreber i humanvidenskaben er hermeneutik og fænomenologi (ibid), som også er omdrejningspunkt for vores metodiske overvejelser. Hermeneutikken er blevet beskrevet af flere filosoffer, og man kan derfor anskue hermeneutik på forskellig vis (Koch 2011). Vi har valgt at tage udgangspunkt i Hans-Georg Gadamer's (herefter Gadamer) fortolkning af hermeneutikken (ibid). Ifølge Gadamer bygger hermeneutikken på, at man som menneske, i et forsøg på at undersøge og skabe en forståelse af noget, altid vil have sin egen forforståelse med, som uanfægtet vil præge resultatet og den nye forståelse (Birkler 2005, Malterud 2011). I et hermeneutisk perspektiv er det vigtigt, at man i forskningsprocessen vedkender og forholder sig til sine forforståelser. Herved undgår man så vidt muligt, at disse forforståelser påvirker analysen og resultaterne (Malterud 2011). I dette projekt er det derfor vigtigt at pointere, at vi begge er jordemoderstuderende og har haft praktikperioder på en svangreafdeling. Ud fra en hermeneutisk betragtning har dette præget vores forforståelse af projektets tema, som igen vil have indflydelse på, hvordan vi forstår og fortolker projektets



empiri og teori. Forud for projektskrivningen har vi derfor forsøgt at formulere vores forforståelse af, hvordan langtidsindlagte gravide oplever det at være indlagt samt jordemoderens rolle heri. Vores umiddelbare opfattelse er, at disse kvinder keder sig, er ensomme, bange for graviditetens udfald, savner eventuelle børn og mænd, og at jordemoderen, primært på grund af danske hospitalers organisering, kun i ringe grad kan hjælpe kvinden igennem denne tid. Vi vil så vidt muligt forsøge at undgå at lade denne forforståelse præge projektets resultater og dermed heller ikke vores nye forståelse. Det skal tilføjes, at dette projekt ikke blot er præget af vores forforståelse. Størstedelen af projektets empiri er beskrevet og bearbejdet af forskere, som også har haft en forforståelse forud for deres forskning på området, hvilket vi ud fra en hermeneutisk synsvinkel mener har haft indflydelse på resultaterne.

Et af hermeneutikkens principper er den hermeneutiske cirkel. Ved denne cirkel forstås, at ny viden tager afsæt i tidligere forforståelse af det pågældende fænomen og herved skabes ny forforståelse, som igen bliver udgangspunkt for fremtidig ny viden. Forforståelsen og den nye forståelse skal derfor ses i et cirkulært forhold og eksisterer kun i kraft af hinanden (Birkler 2005). En anden måde at forstå dette cirkulære forhold på, er ved at opdele forståelse i to: del og helhed (Koch 2011). Vi kan kun forstå den langtidsindlagte gravides oplevelse af indlæggelsesforløbet som helhed ved at undersøge og forstå, hvordan hun oplever de enkelte dele, eksempelvis hvad hun tænker om personalets behandling. Og samtidig er det kun muligt at forstå kvindens tanker omkring personalets behandling, hvis man har en forståelse af hele kvindens oplevelse af indlæggelsen. I udarbejdelsen af dette projekt, hvor vi er opmærksomme på vores forforståelse af emnet, bliver denne sat i spil. I den faglige dialog med hinanden og gennem tilegnelsen af viden fra relevant litteratur udfordres vores forforståelse. Ifølge Gadamer vil dette i bedste fald resultere i en udvidet horisont og dermed en udbygget og mere kvalificeret viden (ibid).

### **3.1.3 Fænomenologi og livsverden**

Hvor man med hermeneutikken forsøger at forstå og til en vis grad fortolke situationen eller fænomenet, bidrager fænomenologien til at kunne beskrive situationen eller fænomenet. (Birkler 2005). Det essentielle for fænomenologien er, at der ikke findes en objektiv eller korrekt beskrivelse af noget. Et resultat afhænger altid af personen, som interviewet eller undersøgelsen omhandler (Koch 2011). Det centrale er den subjektive oplevelse af fænomenerne, og dette indebærer, at forskeren i fænomenologiske undersøgelser så vidt

muligt skal forsøge at tilsidesætte sine egne følelser, meninger og holdninger (ibid). I dette projekt vil fænomenologien således bidrage til, at vi kan undersøge, hvordan de langtidsindlagte gravide oplever indlæggelsen ved hjælp af deres egne beskrivelser af forskellige fænomener, og vi har dermed mulighed for at få et indblik i de gravides livsverdener (Birkler 2005). Den fænomenologiske tilgang i dette projekt ses i vores valg af empiri, som indeholder eksempelvis interviews, der tager afsæt i de langtidsindlagte gravides egne oplevelser, tanker og følelser.

## **3.2 Søgestrategi**

### **3.2.1 Videnskabelige artikler**

Vi har valgt at anvende et systematisk litteraturstudie som metode for udvælgelse af empiri og teori til dette projekt. Fordelen ved et litteraturstudie er, at man kan søge på flere videnskabelige databaser og blive bekendt med mængden af materiale på det søgte område (Glasdam 2011, Malterud 2011). Vi har fundet, at vores emne er bredt undersøgt, hvorfor vi har lavet en systematisk gennemgang af litteraturen. Vi har vurderet, at denne er nuanceret og aktuel nok til, at vi kan anvende et udvalg af de tilgængelige data som en del af det empiriske materiale. Da vi i projektet tager udgangspunkt i en humanistisk tilgang til besvarelse af problemformuleringen, har vi primært læst og vurderet kvalitative videnskabelige artikler fra de tilgængelige databaser. Vi er bevidste om, at brugen af andre forfatteres tilgængelige empiri kræver, at vi er kritiske i vores vurdering og anvendelse af denne (Malterud 2011). Til at vurdere artiklernes kvalitet vil vi anvende Kirsti Malteruds (herefter Malterud) artikel: "*Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*" (2001).

Vi har søgt efter videnskabelige artikler på databaserne *Cinahl*, *PubMed*, *PsycInfo* samt *Web of Science*. På *PubMed* har vi benyttet os af +MeSH funktionen, som giver en bredere søgning, idet den medtager synonymer for det søgte ord. Ved søgning på ordene *Pregnancy*, *Pregnant*, *Bedrest*, *High-risk*, *Hospitalization*, *Preterm*, *Psychological effect* samt *Coping* i forskellige kombinationer på de enkelte databaser, kom vi frem til et stort antal artikler (se bilag 1). Vi har inkluderet artikler fra den vestlige verden, herunder Australien, USA, Canada, Europa og Skandinavien. Foruden nationalitetskravet har det været et krav, at artiklerne er skrevet på engelsk eller dansk og publiceret efter år 2000. Vi har desuden søgt efter artikler, som beskæftiger sig med den sundhedsprofessionelles betydning i indlæggelsesforløbet og anvendt søgeordene *Nurse* og *Midwife* til dette. Som udgangspunkt søgte vi efter artikler, der omhandler jordemoderen som omsorgsperson, men vi er efter søgningerne blevet bekendte

med, at de fleste artikler beskriver sundhedspersonen som en sygeplejerske. Vi har alligevel inkluderet disse artikler, da vi forstår, at den omtalte sygeplejerskefunktion i dansk kontekst svarer til en funktion som jordemoder. Af de fundne artikler har vi sorteret en del fra på baggrund af titlerne, som pegede på irrelevans i forhold til vores emne. Herefter har vi læst omkring 150 artiklers abstracts og sorteret de artikler fra, som alligevel ikke omhandlede vores emne. Efter denne proces kom vi frem til 26 mulige artikler at inddrage i projektet. Vi har læst disse artikler igennem og udelukket dem, der omhandlede kvinder, hvor aflastningen foregik i hjemmet, artikler som beskæftigede sig med behandlingsmuligheder såsom musikterapi under indlæggelsen, og artikler som udelukkende beskæftigede sig med flerfoldgravides oplevelser. På baggrund af dette har vi udvalgt to artikler, som vi finder relevante at inddrage i projektet. De udvalgte artikler er: "Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients" af Richter, M.S, Parkes, C. & Chaw-Kant, J. og "Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy" af Rubarth, L.B et al. Artiklerne er tilgængelige fra *PubMed*.

### **3.2.2 Internettråden**

Ved fritextsøgning på søgemaskinen *Google* blev vi bekendte med blogs og internetfora, hvor danske gravide beretter om oplevelsen af at være indlagte på en svangreafdeling. Søgeordene har været *gravid*, *indlagt* og *kort livmoderhals* i forskellige kombinationer. Vi har udelukkende søgt efter dansk materiale, da vi vil inddrage et dansk perspektiv i vores projekt. Det har været et krav, at de gravide har været indlagte på en svangreafdeling, og at materialet er skrevet indenfor de seneste tre år (se bilag 1). På baggrund af søgningen, og efter at have orienteret os i det tilgængelige materiale, har vi udvalgt internettråden (herefter tråden) "*Indlagt med for kort livmoderhals*" (herefter IMFKL) fra debatforummet på hjemmesiden [www.min-mave.dk](http://www.min-mave.dk).

### **3.2.3 Teori**

Vi har søgt efter relevant teoretisk litteratur til anvendelse i analysedelen ved fritextsøgning på søgemaskinen *bibliotek.dk*. Vi har søgt på ordene *Eksistensiel*, *Krise*, *Coping* samt *Helbred* og udelukkende søgt efter litteratur på dansk, eventuelt oversat fra originalsprog. Vi har bevidst søgt efter teoretisk litteratur, som omhandler individet og dets psykologiske reaktioner i krise og behandler, hvordan individet kan mestre denne situation (se bilag 1). Vi har udvalgt Bo Jacobsens (herefter Jacobsen) "Eksistensens Psykologi" samt Lazarus' "Stress og følelser - en ny syntese" som projektets teoretiske materiale.

### **3.3 Præsentation af empiri**

#### ***3.3.1 "Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients" af Richter, M.S, Parkes, C. & Chaw-Kant, J. 2007***

Artiklen bygger på et kvalitativt studie, som har til formål at undersøge indlagte højrisiko gravides behov under indlæggelsen og at udarbejde anbefalinger til de sundhedsprofessionelle i forhold til behandling. Vi finder derfor denne artikel relevant at inddrage, da samme tema er gældende i dette projekt. Studiet er udført på baggrund af semistrukturerede interviews af 13 kvinder, hvoraf 10 indgår i individuelle interviews, og de resterende tre kvinder udgør en fokusgruppe. Studiet er udført i Canada i 2007.

#### ***3.3.2 "Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy" af Rubarth, L.B et al. 2012***

Artiklen er publiceret i 2012, og studiet har til formål at beskrive "the lived experience" hos de indlagte gravide. Studiet er udført i USA i perioden 2008 til 2011 og har inkluderet 11 kvinder, som har skrevet dagbøger eller udtrykt sig på blogs under indlæggelsen. Studiet er relevant for dette projekt, da vi netop ønsker at udforske, hvordan kvinderne oplever indlæggelsesperioden.

Disse to artikler er materialet for den hermeneutiske analysestrategi, som er projektets analysemetode.

#### ***3.3.3 "Indlagt med for kort livmoderhals"***

For at besvare projektets problemformulering har vi, som supplement til de to ovenstående videnskabelige artikler, valgt at medtage en dansk tråd i analysen. Dette har vi valgt, da vi dermed får et dansk perspektiv på problemfeltet, og desuden får vi et ubearbejdet materiale, som ikke allerede er analyseret og fortolket af andre forskere. Herved kommer vores fortolkninger til at udspringe direkte fra et oprindeligt materiale, og vi skal kun forholde os til vores egne forforståelser. Derudover ser vi en fordel i at bruge denne type empiri i og med, at kvinderne kan tale åbent om lige præcis det, som fylder i deres verden og uden indflydelse af fagpersoners syn på sagen (Glasdam 2011). Sammenlignet med et interview er kvindernes udsagn ikke præget af, hvilke spørgsmål interviewereren ønsker at få svar på, og samtidig skal kvinderne ikke tage hensyn til, hvem de sidder og taler med (Glasdam 2011). Tråden er påbegyndt af en gravid med GA 26+6, som er indlagt med henblik på aflastning i graviditeten på grund af afkortet livmoderhals. Hun ønsker råd, vejledning og solstrålehistorier fra andre i

samme situation. Tråden er påbegyndt den 23. september 2013, og sidste indlæg er skrevet den 28. oktober 2013. I alt indeholder tråden 20 indlæg, hvori kvinder har beskrevet deres oplevelser af at være indlagte i graviditeten. Vi har valgt at anonymisere kvinderne ved at ændre navnene i tråden.

### **3.4 Hermeneutisk analysestrategi**

Til at besvare projektets problemformulering har vi valgt en hermeneutisk analysestrategi. Vi tager udgangspunkt i Lisa Dahlagers og Hanne Fredslunds beskrivelse af metoden (Koch 2011). Formålet med en hermeneutisk analysestrategi er at finde forskellige kategorier i helheden, som i en anden sammensætning vil give en ny forståelse (ibid). Vi anvender den hermeneutiske analysestrategi på de to videnskabelige artikler med det formål at opnå en ny forståelse af teksternes indhold. Dahlager og Fredslund opdeler den hermeneutiske analyse i fire trin (ibid).

#### **Trin 1 - Helhedsindtryk**

I første trin gælder det om at danne sig et helhedsindtryk af de to videnskabelige artikler. Det er vigtigt, at vi forsøger at tilsidesætte vores egen forforståelse i dette trin.

#### **Trin 2 - Meningsbærende enheder identificeres (bilag 2)**

Andet trin indebærer, at vi finder artiklernes meningsbærende enheder ved at udvælge ord og formuleringer, som efter vores vurdering beskriver, hvordan kvinderne oplever indlæggelsen. Dette bringer os frem til et stort antal meningsbærende enheder, som berører tematikken omkring følelser og den sundhedsprofessionelle med mere. Hver meningsbærende enhed får tildelt en kategori.

#### **Trin 3 – Operationalisering (se bilag 2)**

I næste trin gennemgås kategorierne fra foregående trin og sættes i system. Ofte vil nogle af kategorierne overlappe hinanden, og man vil i dette trin organisere og opdele kategorierne således, at det resulterer i et overblik over artiklernes meningsbærende enheder. Organiseringen sker ved, at vi finder ligheder i de forskellige kategorier, således at vi sluttelig når frem til fire overordnede kategorier, som vil være omdrejningspunkt for analysen.

#### **Trin 4 - Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning**

I fjerde trin bevæger vi os væk fra, hvad artiklerne siger, og i stedet er fokus på disses relation til problemformuleringen, hvorved der opnås ny forståelse. Vi har i de foregående trin gået fra helhed til del gennem kategoriseringen, og ved hjælp af analysen vil vi bevæge os fra del til helhed igen, underforstået den nye forståelse.

### **3.5 Struktur**

Den resterende del af projektet er struktureret som følger. Først en kritisk analyse af de to videnskabelige artikler, hvor vi vurderer artiklernes kvalitet. Herefter kommer projektets analyseafsnit, som er inddelt i tre. Første afsnit omhandler kategorierne fundet i de to videnskabelige artikler, og disse kategorier analyseres ud fra to teoretiske perspektiver. Første perspektiv er eksistentiel psykologi i Jacobsens udlægning med henblik på at belyse, hvordan kvinderne oplever indlæggelsestiden. Andet perspektiv inddrager Lazarus' teori om stress og følelser, som skal kortlægge, hvordan kvinderne mestrer situationen. Begge teorier skal ydermere belyse, hvordan jordemoderen kan støtte kvinden under indlæggelsen. Vi vil redegøre for teorierne undervejs. I andet afsnit af analysen vil tråden være omdrejningspunkt. Vi vil anvende kategorierne fra første afsnit til at kortlægge, dels hvordan de danske gravide oplever og mestrer indlæggelsen, og dels hvilken rolle jordemoderen spiller i forløbet. Analysen afsluttes med et opsummerende afsnit. I diskussionen inddrages udvalgte analysefund, andre perspektiver af problemfeltet samt kritik af projektets metode. Projektet afsluttes med en konklusion, hvori problemformuleringen besvares.

## **4.0 Kritisk analyse og vurdering af de videnskabelige artikler**

I følgende afsnit vil vi analysere og vurdere de to videnskabelige artikler ud fra Malteruds artikel "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines" (2001) og de kvalitetskrav, hun opstiller. Som supplerende litteratur anvendes Malteruds bog "Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en indføring" (2011). De to artikler er som tidligere nævnt: "Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients" af Richter, M.S, Parkes, C. & Chaw-Kant, J. fra 2007 og "Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy" af Lori Bass Rubarth, Anne M Schoening, Amy Cosimano og Holly Sandhurst fra 2012. Afsnittet er inddelt i seks punkter, og artiklerne analyseres og vurderes sideløbende med hinanden.

### **4.1. Formål og baggrund**

Ifølge Malterud skal forskningsområdet være relevant og formålet være fokuseret (2001). Desuden skal forskerne klargøre motivet, baggrunden og perspektiverne for studiet samt for de indledende hypoteser, forskerne har gjort sig (ibid).

“Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients” af Richter, M.S, Parkes, C. & Chaw-Kant, J. (herefter Richter) bygger på et kvalitativt studie, som er udført i Canada og publiceret i tidsskriftet *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* (herefter JOGNN) i 2007. Dette tidsskrift er peer-reviewet og beskæftiger sig hovedsageligt med sygeplejefaglige emner. Studiet ønsker at udforske behovene hos højrisiko gravide under indlæggelsen på hospitalet samt generere anbefalinger ud fra patientens perspektiv (Richter, Parkes & Chaw-Kant 2007). Baggrunden for dette studie er, at den tilgængelige viden på området er begrænset. Dog bygger studiet videre på nylig fremlagt kvalitativt arbejde, som har belyst “the lived experience” hos hospitalsindlagte højrisiko gravide (ibid). Vi mener, at formålet med dette studie er relevant i og med, at den tilgængelige viden på området er begrænset. Richter tager udgangspunkt i et problem, sygeplejerskerne på den pågældende afdeling gjorde opmærksom på. Problemet var, at de indlagte gravide havde visse behov, som ikke blev imødekommet. Richter har ud fra dette formet hypotesen, at omverdenen mangler information om, hvilke behov de indlagte gravide har under indlæggelsen (ibid). På baggrund af denne hypotese udformer forfatterne deres egentlige formål med studiet som beskrevet ovenfor. Vi finder studiets baggrund og perspektiv velbegrunderet og relevant.

“Women’s Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy” af Lori Bass Rubarth, Anne M Schoening, Amy Cosimano og Holly Sandhurst (herefter Rubarth) bygger på et kvalitativt studie og er udført i USA i årene 2008 til 2011. Artiklen er publiceret i JOGNN i 2012. Formålet med studiet er at beskrive “the lived experience” hos den hospitalsindlagte gravide (Rubarth et. al. 2012). “The lived experience” forstår vi som den samlede oplevelse, kvinderne har under indlæggelsen. Rubarth mener, at der på baggrund af udviklingen i omsorgen for gravide, den teknologiske udvikling og en ændring i indretningen på svangreafdelingerne er opstået et behov for nye undersøgelser på området (ibid). Rubarth tager udgangspunkt i den eksisterende forskning på feltet og redegør klart og tydeligt for dette indledningsvist (ibid). På baggrund af ovennævnte har Rubarth udformet det egentlige formål med studiet gennem to forskningsspørgsmål: “What is the lived experience of the hospitalized pregnant woman on bed rest?” og “What are the main concerns, feelings, and stressors experienced by the hospitalized pregnant woman on bed rest?”. Vi mener, at formålet er relevant og klart defineret. Desuden er motivet og perspektivet for studiet klarlagt, hvilket er en styrke (Malterud 2001).

## 4.2 Metode og design

Ifølge Malterud skal forskeren redegøre for strategien for dataindsamlingen og begrunde, hvorfor denne er velegnet (2001). Forskeren skal desuden redegøre for, hvilke konsekvenser den valgte strategi har for studiets udformning, og forskerne skal præsentere undersøgelsens sted og kontekst (ibid). Ifølge Malterud bør forskerne fremlægge, hvor og hvornår dataindsamlingen har fundet sted (ibid).

Richter har valgt en kvalitativ og deskriptiv forskningsmetode i dette studie og skriver, at det deskriptive design gør det muligt at komme i dybden med forskningsspørgsmålet. Ydermere bliver de data, der genereres på baggrund af metoden, fleksible og mangfoldige (Richter, Parkes & Chaw-Kant 2007). Det deskriptive design ser vi som velvalgt i forhold til den kvalitative tilgang, forskerne har. Vi anser desuden dette studie som værende fænomenologisk, da forfatterne gennem interviews vil undersøge, hvilke behov kvinderne har under indlæggelsen og ud fra patientens perspektiv generere anbefalinger til sundhedspersonalet. De ønsker herved at undersøge og beskrive kvindernes livsverden. Richter redegør grundigt for, hvordan deltagerne i interviewene er udvalgte. Kvinderne er rekrutteret fra et stort tertiært hospital i Edmonton, Alberta (ibid). Herefter beskrives det offentlige canadiske sundhedsvæsen, som vi vurderer er sammenligneligt med det danske, idet alle indbyggerne i Canada er dækket af en sundhedsforsikring og har krav på behandling hos en praktiserende læge og i sygehusvæsenet (ibid). Richter skriver, at deltagerne i studiet er specifikt udvalgte efter følgende inklusionskriterier: Indlæggelsen skal vare i over en uge, GA uge 23 eller derover, og kvinderne skal have en højrisiko graviditet, som er defineret ved at barnet eller moderens liv er på spil (ibid). Vi mener, Richter har sat nogle relevante inklusionskriterier op i forhold til forskningsspørgsmålet. Vi anser det ikke som nødvendigt, at Richter tager højde for, hvilken grund der er til indlæggelsen, idet de udelukkende vil undersøge kvindernes behov under indlæggelsen. Den samlede deltagergruppe består af 13 kvinder, hvoraf 10 interviewes individuelt, og de sidste tre deltager i en fokusgruppe. Dog undrer det os, at Richter undlader at forklare, hvorfor de har valgt at inddrage en fokusgruppe i stedet for kun at foretage individuelle interviews. Vi mener, det er en mangel, at Richter ikke kommer nærmere ind på, hvilke konsekvenser og fordele kombinationen af fokusgruppe og individuelle interviews har. Richter redegør dog for, at de individuelle interviews udføres i et lukket mødelokale eller på den enkelte kvindes private hospitalsstue, og at varigheden er op til 90 minutter. Richter fremlægger desuden, at en af kvindernes partner er med under interviewet og er behjælpelig med at svare på spørgsmålene undervejs. Igen tager Richter ikke



højde for, hvilken indflydelse dette har på dataindsamlingen, hvilket vi anser som en svaghed i studiet. Det er ikke anført i studiet, hvornår dataindsamlingen finder sted og over hvor lang tid, hvorfor der opstår tvivl om, hvor meget tid forskerne investerer i studiet. Vi anser det som en svaghed i kvaliteten, at vi ikke informeres om tidsrammen. Ydermere har Richter ikke sat spørgsmålstejn ved deres egen metode. De burde have gjort sig overvejelser om fordele og ulemper ved den valgte metode i forhold til at få svar på deres specifikke forskningsspørgsmål. Richter nævner for eksempel ikke, at de kunne have kombineret interviews med observation for at få en anderledes indsigt i kvindernes behov. Slutteligt omkring dataindsamlingen anser vi det også som en kvalitetsmæssig svaghed, at Richter hverken fremlægger, hvilke spørgsmål de stiller i interviewene eller forholder sig til forholdet mellem dem selv og deltagerne.

Rubarth anvender en fænomenologisk forskningsmetode, hvorfor de kan beskrive kvindernes oplevelse af indlæggelsen (Rubarth et. al. 2012). Som tidligere skrevet kan den fænomenologiske tilgang desuden bidrage til at få indsigt i kvindernes livsverden. Vi mener denne metode er valgt. Rubarth beskriver, at dataindsamlingen til dette studie foregår i første og anden fase af et større metodisk studie, hvor hensigten er at undersøge stressniveauet hos indlagte gravide samt oplevelsen af indlæggelsen. Efter at have fået tilladelse til udførelse af pågældende studie, udvælger forfatterne indlagte gravide fra tre lokale hospitaler, som alle opfylder inklusionskriterierne. Disse kriterier indebærer, at kvinderne skal have været indlagte i minimum fem dage, være minimum 19 år gamle og kunne skrive, læse og tale engelsk (ibid). Rubarth redegør for, hvilke kriterier de har opsat for studiet, men de forholder sig ikke til mulige konsekvenser for studiets udformning, eksempelvis at det udspringer fra et andet og større studie. Dog mener vi, at inklusionskriterierne i dette studie er valgte i forhold til forskningsspørgsmålet. Den samlede deltagergruppe består af 11 kvinder, som fører håndskrevne dagbøger eller onlineblogs under indlæggelsen. Otte kvinder fører håndskrevne dagbøger, to skriver onlineblogs og én kombinerer disse to. Dagbogsskrivningen varierer i længde og antal, fra daglig aktivitet i flere måneder til inkonsekvent aktivitet i få uger (ibid). Det er anført i studiet, at dataindsamlingen finder sted fra 2008 til 2011 på et hospital i den midtvestlige del af USA. Alle kvinderne har deres eget værelse med fjernsyn, internet og plads til en overnattende pårørende (ibid). Vi anser denne beskrivelse som en styrke i kvaliteten, da Rubarth forholder sig til både kontekst og tidsramme for studiet. Rubarth er ikke direkte involveret i dataindsamlingen, da kvinderne ikke påvirkes til at skrive om noget bestemt. Vi mener, at Rubarth mangler at gøre sig overvejelser omkring studiets metode i

forhold til at få svar på netop dette studies forskningsspørgsmål, hvilket vi anser som en svaghed for studiet.

### **4.3 Databearbejdning**

Malterud beskriver, at databearbejdningen skal præsenteres, og det skal fremgå hvorfor forskerne netop har valgt denne tilgang (2001). Derudover skal strategien for validering af resultaterne fremlægges (ibid).

I “Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients” fremgår det, at interviewene bliver transskriberet ordret, kontrolleret, rettet og kodet så hurtigt som muligt, og at alle deltagerne er anonyme (Richter, Parkes & Chaw-Kant 2007). Det er to forskere, som uafhængigt af hinanden foretager en tematisk analyse af de transskriberede interviews ved hjælp af en analysemetode udformet af Tesch (ibid). Denne analysemetode, som beskrives grundigt trin for trin i artiklen, resulterer i tre overordnede kategorier, som opsummerer kvindernes behov. Vi mener, at Richter har redegjort tilstrækkeligt for bearbejdningsprocessen, men vi mangler dog et indblik i, hvilken baggrund de to forskere, som bearbejder materialet, har. Dette kan ifølge Malterud have indflydelse på databehandlingen, hvorfor vi anser det som en svaghed (2001). Richter inddrager de indlagte gravides perspektiver på de opståede kategorier undervejs i processen, hvilket højner kvaliteten. Denne form for validering er ifølge Malterud informantsvalidering (ibid). Kvinderne be- eller afkræfter, om den fremkomne kategorisering er dækkende, og herved øges reliabiliteten. Forskeren, som udfører interviewene, er forinden udførelsen af disse inde og hilse på mulige deltagere og fortælle dem om projektet. Dette er også med til at højne studiets troværdighed. Vi vurderer på baggrund af ovenstående, at kvalitetskriterierne for databearbejdningen er opfyldte.

I “Women’s Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy” fremgår det, at dagbøger og onlineblogs bliver samlet ind, når kvinderne har født. Materialet bliver analyseret med en modificeret dataanalysemetode af Colaizzi, som er beskrevet grundigt i artiklen (Rubarth et al. 2012). Alle forfatterne bearbejder først materialet individuelt, hvorefter de samles for at diskutere deres fund. Ud fra disse diskussioner genereres kategorier, som er dækkende for alle de gravides oplevelser. Vi mener, at Rubarth har redegjort tilstrækkeligt for bearbejdningsprocessen, men vi mangler igen et indblik i, hvilken baggrund forfatterne, som bearbejder materialet, har. I og med forfatterne har gennemlæst

materialet individuelt forud for fælles diskussion, gør de brug af forskertrianglering. Ifølge Malterud højnes validiteten af databearbejdningen ved forskertrianglering, idet materialet vurderes ud fra flere perspektiver (2011). Desuden gør studiet brug af informantsvalidering, da kategorierne præsenteres for to udenforstående indlagte højrisiko gravide samt en deltagende gravid, som be- eller afkræfter de opståede kategoriers dækning af oplevelsen. Slutteligt har Rubarth inddraget endnu en udefrakommende forsker, som kan vurdere processen objektivt (Rubarth et al. 2012). Vi vurderer på baggrund af ovenstående, at kvalitetskriterierne for databearbejdningen i høj grad er opfyldt.

#### **4.4 Resultater**

Man skal vurdere, om forskerne er kommet frem til en ny indsigt i problemfeltet gennem en systematisk analyse, eller om resultaterne er en bekræftelse af forskernes egne forforståelser (Malterud 2001). Ifølge Malterud øges kvaliteten af et studie, hvis det er let læseligt, og resultaterne er klart fremlagte (ibid).

Richter kommer frem til tre overordnede kategorier gennem en systematisk analyse: "Stressors associated with restrictive bed rest", "Needs associated with restricted bed rest" og "Recommendations from participants" (Richter, Parkes & Chaw-Kant 2007). Alle kategorierne omhandler studiets formål, og vi mener, at de er repræsenteret tilstrækkeligt i studiet ved hjælp af velvalgte citater. Richter har ikke fremlagt deres egne forforståelser forud for studiet, hvilket svækker validiteten af resultaterne. Det er let at overskue, hvornår der refereres til informanterne, og hvornår det er forfatterne, som konkluderer på baggrund af disse udtalelser. En svaghed for studiet er dog, at der ikke tages højde for dets mangler i forhold til forfatterens valg og fravalg, både hvad angår metode samt in- og eksklusionskriterier.

I "Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy" udformes på baggrund af studiet følgende tre kategorier: "The war within", "Fighting each battle" og "Bringing in reinforcements" (Rubarth et al. 2012). Vi mener, at alle kategorier og dermed resultater er fornuftigt fremlagt i studiet, og disse underbygges gennem citater. Ligesom i det andet studie fremgår det tydeligt, hvem der taler hvornår. Derudover er det en svaghed i studiet, at Rubarth heller ikke fremlægger deres egne forforståelser om emnet.

#### **4.5 Intern validitet**

Ifølge Malterud er den interne validitet et udtryk for om studiet undersøger netop det, der er formålet (2001).

Richter har gennem studiet produceret information, som kan sige noget om indlagte gravides behov og anbefalinger for sundhedsprofessionelle i Canada, men påpeger selv, at disse resultater ikke er generaliserbare på baggrund af det kvalitative metodevalg. Et kritikpunkt af studiet er dataindsamlingen, idet Richter kun har redegjort overordnet for, hvordan de anvender interviews. På baggrund af ovenstående vurderer vi, at studiets interne validitet kunne have været større, hvis Richter havde taget højde for deres egen indflydelse på udformningen og havde givet os et indblik i dette. Vi vurderer dog, at studiet er validt nok til, at vi vil anvende det i dette projekt.

Vi finder baggrunden og formålet for “Women’s Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy” velbegrundet og velovervejet, men mangler at få et indblik i forskernes ståsted i forhold til deres forforståelser og personlige baggrund. Studiets metode og design er velvalgt i forhold til det undersøgte formål, og databearbejdningsmetoden er meget detaljeret og velbeskrevet. Vi anser forskertriangleringen, informantsvalideringen og den udenforstående forskers inddragelse i analysemetoden som tre primære styrkende tiltag i forhold til den interne validitet. Rubarth har gennem studiet produceret information, som kan sige noget om indlagte gravides oplevelse af indlæggelsen i USA, men på grund af den kvalitative metode ser vi heller ikke, at disse resultater er generaliserbare. Men på baggrund af en samlet vurdering af ovenstående vurderer vi, at studiets interne validitet er høj, hvorfor vi anvender det i projektet.

#### **4.6 Ekstern validitet**

Den eksterne validitet vurderes ud fra, om studiets resultater er overførbare til andre felter eller lande (Malterud 2001).

I “Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients” beskrives det canadiske sundhedsvæsen, og det geografiske område, hvor studiet er udført, bliver også præsenteret. Dermed får vi mulighed for at sammenligne med danske forhold. Canada er et højt industrialiseret land som Danmark, men er dog større arealmæssigt, og der er forskel på blandt andet indbyggertal i de to lande. Det er grundlæggende vanskeligt at overføre kvalitativ

data direkte mellem lande. Alligevel mener vi, at resultaterne i dette studie til en vis grad er overførbare til dansk kontekst, da resultaterne i dette studie ikke er enestående. På baggrund af disse overvejelser mener vi, at den eksterne validitet er høj nok til, at vi kan anvende studiet i dette projekt.

Forfatterne af “Women’s Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy” redegør ikke tilfredsstillende for omgivelserne i forbindelse med deres forskningsspørgsmål, i og med det amerikanske sundhedsvæsen bliver begrænset beskrevet. Vi tænker, at USA og Danmark er sammenlignelige på flere punkter, da begge lande er en del af den vestlige industrialiserede verden. Dog ses der også mange forskelle i for eksempel areal, indbyggertal og organisering af velfærdssystemet. Som tidligere skrevet er det grundlæggende vanskeligt at overføre kvalitativ data direkte mellem lande, men på baggrund af ovenstående overvejelser vurderer vi alligevel, at den eksterne validitet er tilstrækkelig høj til, at vi vil anvende studiet i vores projekt.

## **5.0 Analyse**

Den hermeneutiske analysestrategi har resulteret i fire kategorier, som vil være omdrejningspunkterne i analysens første afsnit. Hver kategori præsenteres og analyseres ud fra de to førnævnte teoretikere. Andet afsnit omhandler tråden, hvori vi vil sammenholde dennes temaer og pointer med kategorierne. I tredje afsnit af analysen opsummeres analysefundene, hvoraf nogle vil inddrages i diskussionen.

### **5.1 Præsentation af de fundne kategorier**

#### **Psykisk og fysisk omvæltning**

I begge artikler beskrives, hvordan kvinderne gennemgår en følelsesmæssig omvæltning ved at blive indlagt i graviditeten. Mange ting er lige pludselig helt anderledes end det, som kvinderne, deres partner og familie havde forventet. Vi benytter Jacobsens teori om eksistentiel psykologi til at analysere denne kategori. Jacobsen er, udover at være praktiserende psykolog, professor i Eksistens og Samfund ved Sociologisk Institut, Københavns Universitet (Jacobsen 1998). Han anvender begrebet krise og giver sit bud på, hvordan det påvirker et menneske at møde modgang eller gennemgå en krisesituation.

### **Kedsomhed, ensomhed og dårlig samvittighed**

Artiklerne giver et overvejende indtryk af, at kvinderne keder sig, føler sig alene og savner familie og andre sociale relationer. Udover savnet føler kvinderne dårlig samvittighed over for blandt andre partneren, hvis hverdag også ændres på grund af indlæggelsen. Vi analyserer igen ud fra Jacobsen, som beskriver, hvordan mennesker reagerer på isolation og ensomhed. Derudover forklarer han nødvendigheden af sociale relationer mellem mennesker, og dette hjælper os til at belyse samvittighedsperspektivet i denne kategori.

### **Selvhjælp under indlæggelsen**

Kvinderne beskriver i begge artikler, hvordan de bevidst eller ubevidst gør brug af forskellige metoder og strategier til at komme igennem hverdagen. Vi vil anvende Lazarus' begreb mestring i vores analyse af, hvordan disse kvinder gennem selvhjælp håndterer hverdagen. Lazarus er amerikansk psykolog, professor ved University of California, Berkeley og internationalt kendt for sin forskning om stress og mestring (2006).

### **Den sundhedsprofessionelles betydning**

Begge artikler præsenterer afslutningsvis forslag til, hvorledes sundhedsprofessionelle skal forholde sig til langtidsindlagte gravide og kommer derudover ind på, hvordan disse forslag kan implementeres i omsorgen. Vi anvender Jacobsen, som i "Eksistensens psykologi" beskæftiger sig med, hvordan man både som pårørende og sundhedsprofessionel forholder sig til en person i krise. Derudover vil vi inddrage Lazarus, da han beskriver, hvordan de ydre omstændigheder påvirker individets mestring.

## **5.2 Analyse af kategorierne**

### **5.2.1 Psykisk og fysisk omvæltning**

Begge artikler beskriver, hvordan indlæggelsen påvirker kvinderne psykisk. Kvinderne befinder sig nu i en situation, hvor deres velkendte verden er vendt på hovedet, og drømmen om en normal, ukompliceret graviditet er bristet. Artiklerne beskriver, hvordan kvinderne gennemgår et væld af følelser helt fra begyndelsen af indlæggelsen. Ifølge Jacobsen møder mennesker gennem hele livet medgang og modgang i varierende mængde, dette er et eksistentielt vilkår, men det opleves ikke nødvendigvis retfærdigt (1998). Han giver som eksempel, at nogle mennesker fødes med et fysisk handicap og andre rammes af sygdom (ibid). Flere gange henviser artiklerne til indlagte gravide, som netop føler stor frustration over, at denne situation hverken føles retfærdig eller er selvvalgt, hvilket for nogle resulterer i

selvbebrejdelse: *“Other women engaged in self blame, wondering if they were somehow responsible for their hospitalizations...”* (Rubarth et al. 2012, s. 401). På baggrund af citatet og ud fra vores tolkning af Jacobsens beskrivelser og forklaringer af oplevelser af modgang på forskellig vis, forstår vi en langtidsindlæggelse i graviditeten som værende modgang for den gravide, hendes partner og familie. Oplevelsen af modgang forstærkes af, at årsagen til indlæggelsen ofte er uforklarlig. Kvinderne er klar over begrundelsen for indlæggelsen, men baggrunden for, at det netop er dem som rammes, er oftest ukendt.

Jacobsen beskriver, hvordan modgang i livet kan udvikles til en psykisk krise, hvilket medfører at personen *“... mister orienteringen og rystes i sin grundvold.”* (Jacobsen 1998, s. 31). Vi mener, at en langtidsindlæggelse kan være et eksempel på en krise, da artiklerne netop beskriver, hvordan kvinderne er slået helt ud af kurs. *“They were frustrated, sad, hopeful, angry, impatient, anxious, and stressed, and some were grieving the loss of normal pregnancy.”* (Rubarth et al. 2012, s. 401). Dette eksemplificerer, at kvinderne, efter at være blevet indlagte, overvældes af mange forskellige følelser. Vi ser en overvejende tendens til, at indlæggelsen medfører krise for artiklens gravide. Jacobsen anskuer begrebet krise ud fra flere forskellige vinkler. For det første beskriver han, hvordan en krise kan opstå på baggrund af et direkte tab, for eksempel ved et dødsfald i familien, for det andet nævner han, at krisen kan skyldes, at relationer mellem mennesker ændres eller ødelægges. Et tredje eksempel er, at krisen bunder i, at den oplevede uretfærdighed i tilværelsen overskygger alt andet, og at man derfor ikke kan se en mening med livet længere (Jacobsen 1998). Fælles for disse betragtninger er, at konsekvensen for de berørte bliver en form for savn eller reduktion af livskvalitet (ibid). Vi mener, at langtidsindlagte gravides situation passer ind i Jacobsens betragtning af krisebegrebet på alle tre områder. Den ene artikel påpeger: *“Worry was a constant source of the stress for the women in the study”* (Rubarth et al. 2012, s. 406). Dette er et eksempel på, hvordan indlæggelsen har en altoverskyggende indflydelse på kvindernes humør og psyke i og med, at den bliver en konstant kilde til bekymring og frygt. Det direkte tab ses ved, at kvinderne føler, at de har tabt muligheden for at være normal gravid, og samtidig frygter de at gå i fødsel for tidligt, så barnet ikke overlever. Derudover sørger nogle over den tabte eller forandrede relation til partner og eventuelle børn hjemme (Rubarth et al. 2012).

Ud over den psykiske omvæltning er det også en fysisk belastning for de gravide at være langtidsindlagte: *“Side effects include muscle atrophy and weakness, possible bone loss,*

*cardiovascular or physical deconditioning...*” (Rubarth et al. 2012, s. 398). Nogle af kvinderne har en fornemmelse af, at deres krop forsvinder langsomt, og de kan kun se passivt til. Den ene artikel beskriver, hvordan denne fysiske inaktivitet påvirker kvindernes selvopfattelse af kroppen: “*..the women in this study used the journal to record their physical signs and symptoms, such as frequency of contractions and vaginal bleeding*” (Rubarth et al. 2012, s. 402). Under indlæggelsen er fokus konstant rettet mod kvindens og barnets helbred. Den sundhedsprofessionelles opgave er grundlæggende at holde øje med tegn på eller risikofaktorer i forhold til præterm fødsel eller sygdomstegn hos mor og barn. Dette smitter af på den indlagte gravide, hvorfor hun muligvis udvikler et overdrevent fokus på sin egen krop og dens signaler. Vi mener, det primært er en god ting, at en indlagt gravid, grundet truslen for præterm fødsel, er opmærksom på sin tilstand og derved kan sige til, hvis hun får regelmæssige kontraktioner. Dog er det ikke udelukkende positivt, hvis hun ikke kan tænke på andet og dermed ikke kan slappe af. Jacobsen forklarer, hvordan et menneske i krise kan hjælpe sig selv ved ganske enkelt at flytte fokus: “*... alle har indflydelse på, hvordan de vil reagere over for og leve med forudsætninger, de har fået*” (Jacobsen 1998, s. 47). Vi påpeger denne centrale pointe i eksistentiel psykologi, i og med at artiklerne pointerer, at de langtidsindlagte gravide netop er så opmærksomme og fokuseret på kroppens faresignaler. Ud fra Jacobsens teori mener vi, at det kunne gavne livskvaliteten og lette oplevelsen af indlæggelsestiden, hvis kvinderne i nogle perioder kunne motiveres til i stedet at tænke på noget helt andet.

Krisen, som kvinderne pludselig befinder sig i, indeholder flere aspekter og er dermed kompleks. En gennemgående stemning i artiklerne er, at kvinderne keder sig og er tynget af dårlig samvittighed. Komplexiteten ses i det faktum, at på trods af alle disse negative tanker, bekymringer og konsekvenser, er alle citerede kvinder enige om, at de i høj grad ønsker at gennemføre graviditeten og ikke tvivler på, at det er besværet værd.

### **5.2.2 Kedsomhed, ensomhed og dårlig samvittighed**

Det er et konsekvent tema i begge artikler, at de indlagte gravide keder sig. Denne kedsomhed bunder primært i, at de er fysisk alene og ikke længere sover, spiser eller tilbringer tid sammen med partner og eventuelle børn. Jacobsen beskæftiger sig ikke med begrebet kedsomhed, men diskuterer i stedet fænomenet ensomhed. Han beskriver, hvordan ensomhed er en følelsesmæssig tilstand, som bunder i følelsen af at være forladt eller svigtet (Jacobsen 1998). Følelsen af ensomhed kan også skyldes et ønske om at være et andet sted, eller at man



i den pågældende situation føler sig overladt til sig selv (ibid). Ud fra Jacobsens definition af ensomhed tolker vi, at kvinderne i artiklerne i denne forstand ikke bare keder sig, men også føler sig ensomme. Den gravide kan finde dagene lange og kedsommelige, men bag denne umiddelbare kedsomhed er en dybere følelse af at være overladt til sig selv og tanken om en usikker fremtid. Jacobsen skelner mellem at være ensom og at være isoleret (ibid). Ifølge ham betyder "isoleretheden", at mennesket er alene i social og fysisk forstand. "Isoleretheden" er som udgangspunkt hverken positiv eller negativ, men afhænger af om situationen er selvvalgt (ibid). Vi finder, at de indlagte gravide befinder sig i en situation, som både er præget af isolation og ensomhed. Vi ser ensomheden komme til udtryk, når kvinderne beskriver, at de hellere ville være derhjemme sammen med familien, og vi ser eksempel på isolation, hvor kvinderne er fysisk alene på stuen.

Nogle kvinder er indlagt på flersengsværelser og er således ikke isoleret i fysisk forstand. En af artiklerne berører dette aspekt: "*Roommates and their visitors were also a potential source of stress.*" (Richter, Parkes, & Chaw-Kant, 2007, s. 315). Dette citat viser, at det at være indlagt flere på samme stue ikke nødvendigvis er et positivt alternativ til isolation. Andre kvinders besøgende kan være forstyrrende og privatlivets grænser udfordres. På den anden side beskriver andre indlagte gravide, at alenetiden uden værelseskammerater også kan have en negativ konsekvens: "*Perhaps because the women in this study were hospitalized on bed rest, they often found themselves alone with their thoughts.*" (Rubarth et al. 2012, s. 400). Vi ser situationen som potentiel ambivalent, i og med kvinderne ønsker selskab og et frirum fra isolation og ensomhed, men omvendt er de frustrerede over ikke at have et privatliv. Begge artikler refererer hovedsageligt til gravide, som er indlagt på enestuer, men alligevel savner disse kvinder også privatliv og føler heller ikke, at de har en privatsfære:

*This was demonstrated by the tone of the journal entries, some of which were punctuated with exclamation marks, capital letters, and underlined text. "I just want to be left alone," wrote one woman, "left alone by Drs. nurses, housekeeping. I want privacy."* (Rubarth et al. 2012, s. 402).

Dette savn til privatliv under indlæggelsen kan også være et udtryk for, at de savner deres eget hjem og ikke mindst deres normale hverdag med familie, venner, arbejde og huslige pligter.

Endnu et gennemgående tema i artiklerne er kvindernes dårlige samvittighed i forhold til netop familie, venner og arbejde: "*...the worries about their other children and families at*

*home. They also worried about how their significant others were "keeping up with the housework."* (Rubarth et al. 2012, s. 400). Disse tanker er en ekstra byrde, som kvinderne bærer på i indlæggelsesperioden. Derudover beskrives, at kvinderne føler sig egoistiske i og med, de vælger at være indlagt og have fokus på det ufødte barn frem for at være hjemme hos den resterende del af familien. Mennesker har i nogle situationer et særligt behov for nærvær og støtte fra de tætte relationer (Jacobsen 1998). Jacobsen nævner graviditet og fødsel som eksempler på sådanne situationer (ibid). Vi ser de indlagte gravide befinde sig i en situation, hvor samværet med partner, børn og venner er styret af besøgstider, restriktioner og hospitalsstemning. Muligheden for det optimale samvær med eksempelvis kvindens partner er dermed ikke muligt, hvorfor en strøm af negative tanker begynder hos kvinden: *"...women on bed rest feel like a burden to their families, the nursing staff, and physicians."* (Rubarth et al. 2012, s. 405). Jacobsen pointerer, at et menneske kun kan føle sig alene og ensom, hvis personens normale hverdag er præget af socialt samvær og fællesskab (1998). Ud fra et eksistentielt psykologisk perspektiv mener vi, at det derfor fremstår naturligt, at den indlagte gravide føler et ansvar over for venner, familie og arbejde, som resulterer i en dårlig samvittighed. Begge artikler omhandler, hvordan kvinderne selv bearbejder disse følelser og tanker i et forsøg på at forbedre oplevelsen af indlæggelsesperioden.

### **5.2.3 Selvhjælp under indlæggelsen**

Til at forstå hvordan de gravide mestrer indlæggelsen anvender vi Lazarus, som bruger begreberne vurderingsprocessen og mestringsprocessen (Lazarus 2006). Vi forstår ud fra Lazarus, at vurderingsprocessen handler om, hvordan et menneske konstruerer sin personlige forståelse af noget, som er sket i personens omgivelser. Denne vurderingsproces kan ske bevidst eller ubevidst og er betinget af omstændighederne (ibid). Mestringsprocessen forstår vi som det forløb, hvor personen forholder sig til situationen og herefter handler (ibid). Ifølge Lazarus kan man adskille vurderingsprocessen og mestringsprocessen fra hinanden, men han siger samtidig, at disse processer også kan flyde sammen, og det kan være svært at afgøre, hvilken fase en person befinder sig i (ibid). Det er derfor et fortolknings spørgsmål, hvornår kvinderne i artiklerne er i en vurderings- eller mestringsproces.

Den gravides omgivelser ændres markant, idet hun indlægges, og vi mener, hun dermed påbegynder en vurderings- og mestringsproces: *"The women talked not only about the loss of control over the pregnancy but also of loss of control over the performance of normal duties... Participants found it very difficult to be unable to take care of their own needs."* (Richter,

M.S, Parkes, C. & Chaw-Kant, J. 2007, s. 315). Med dette citat får vi et indblik i, hvordan vurderingsprocessen opstår, idet kvinderne befinder sig i nye omgivelser på svangreafdelingen. De skal nu vurdere, hvilke redskaber de kan anvende til at håndtere denne indlæggelse. Begge artikler giver eksempler på, hvordan de gravide forsøger at højne deres livskvalitet og oplevelse af indlæggelsestiden ved at gøre brug af forskellige mestringsmetoder, som i Lazarus' teori betegnes som mestringsprocesser.

Ifølge Lazarus handler mestringsprocessen om, hvordan individet håndterer en livsbegivenhed som i sig selv er en stresssituation, og han bruger graviditeten som eksempel (Lazarus 2006). En langtidsindlagt gravid befinder sig efter vores overbevisning i en ekstra belastet situation, da hun udover at være gravid er uden for sine vante rammer. De gravide i den ene artikel beskriver denne stresssituation som en kamp, der skal kæmpes: *“The women frequently wrote about the daily physical and mental battles they faced due to their restrictions on bed rest.”* (Rubarth et al. 2012, s. 402). Kvinderne gør brug af forskellige metoder, som vi i lyset af Lazarus' teori ser som forskellige former for mestring. Disse mestringsmetoder kan ifølge Lazarus mindske stressreaktionerne (Lazarus 2006). Han deler sin teori om mestring op i to kategorier: En problemfokuseret mestring og en følelsesfokuseret mestring (ibid).

Problemfokuseret mestring handler om, hvordan man kan ændre det faktiske forhold mellem individet og det omkringværende miljø ved hjælp af bestemte handlinger. Vi ser, at mange af kvinderne i artiklerne finder det hjælpsomt under indlæggelsen at opsætte milepæle svarende til deres GA som mål for, hvor langt de er nået i graviditeten. Vi mener, at det kan være med til at hjælpe kvinderne til at mestre situationen med en problemfokuseret tilgang, idet de ændrer deres negative opfattelse af omgivelserne til et positivt mål, de skal opnå. Denne konkrete handling kunne være, at kvinderne krydser ugerne af, så de får en mere håndgribelig tilgang til indlæggelsestiden. Vi ser eksempelvis datoafkrydsningen som en positiv måde at ændre tidsopfattelsen af indlæggelsen på. For nogle kvinder kan markeringen af den opnåede GA dog samtidig have en negativ indflydelse:

*“Although these milestones represented dates at which their children might be born with the fewest complications, one woman described frustration with the fact that once she reached one milestone, the plan of care would change.* (Rubarth et al. 2012, s. 402).

Et eksempel på dette kan være en kvinde, som er GA 26 uger og i lang tid har skulle forholde sig til én plan, nemlig at eventuelle kontraktionerne skal stoppes. Den samme kvinde skal så

forholde sig til en helt anden plan, efter hun er nået milepælen ved eksempelvis GA 34 uger, hvorefter hun kan sendes hjem, da der nu ikke er nogen obstetrisk grund til at forhindre fødslen i at ske.

Følelsesfokuseret mestring handler om, hvordan individet kan ændre den følelsesmæssige betydning af stresssituationen. Dette sker eksempelvis ved, at man undgår at tænke på truslen, eller at man revurderer, hvor meget betydning denne trussel har (Lazarus 2006). Dette ser vi i følgende citat: “...*some women coped with their emotions and worries by searching for meaning in the experience.*” (Rubarth et al. 2012, s. 401). Kvinderne forholder sig til den situation, de er kommet i, og vi tænker, at de gravide kan mestre med en følelsesfokuseret tilgang, da de har et mål med indlæggelsen. Dette mål er at komme igennem indlæggelsen uanset hvad for at blive mødre. Nogle kvinder tyer også til deres tro og beder til gud, i et forsøg på at mestre stress som følge af indlæggelsen. Vi ser en vis sandsynlighed for, at nogle kvinder også vil anvende denne mestringsstrategi i Danmark. Dog tænker vi, at det er mere udbredt blandt kvinder fra Canada og specielt USA, hvor religion traditionelt set spiller en større rolle end i Danmark.

I forbindelse med de indlagte gravides mestringsstrategier ser vi i artiklerne, hvordan de sundhedsprofessionelle har dels positiv og dels negativ indvirkning på forløbet.

#### **5.2.4 Den sundhedsprofessionelles betydning**

Begge artikler omhandler den sundhedsprofessionelles betydning for den gravides oplevelse af indlæggelsen. Jacobsen forklarer, at det essentielle ved at hjælpe en person i krise eller sygdom er at være til stede både fysisk og psykisk (1998). Dette ser vi som relevant i forhold til at støtte den langtidsindlagte gravide. “*Pregnant woman appreciated nurses who were willing to take time to allow them to verbalize fears, who taught them about their diagnoses, and who appropriately used humor*” (Rubarth et al. 2012, s. 407). På baggrund af dette citat udleder vi, at en sundhedsprofessionel, der har travlt og muligvis er ukoncentreret og ufokuseret, ikke vil kunne give optimal støtte i et tilsyn til en indlagt gravid. Jacobsen forklarer yderligere omkring god omsorgsadfærd, at det er vigtigt at skelne mellem at *gøre* noget for den anden og *være* noget for den anden (1998). Vi ser i førnævnte citat, hvordan Jacobsens pointe kan forstås i praksis. De gravide har et behov for at blive hørt, og dette betyder, at den sundhedsprofessionelle ikke nødvendigvis behøver at yde en konkret handling, men blot skal være til stede og lytte.

Jacobsen lægger vægt på, at man, som pårørende eller sundhedsprofessionel i et forsøg på at hjælpe en syg eller kriseramte person, ikke skal pålægge personen sin egen opfattelse af sygdommen eller situationen. Man skal i stedet tage udgangspunkt i, hvordan den syge eller kriseramte person ser og vurderer sin egen situation (ibid). Dette betyder også, at der ikke findes én korrekt adfærd i forhold til at håndtere syge og kriseramte personer. Omsorgsadfærden vil altid afhænge af personen, som skal hjælpes eller støttes (ibid). Artiklerne giver udtryk for, at personalet har potentiale til at hjælpe kvinden gennem indlæggelsesperioden: *“They also described how actions by health care providers, particularly the nurse, helped them through their daily battles”* (Rubarth et al. 2012, s. 404). Forfatterne beskriver, hvordan tiden med sygeplejersker eller læger kan fungere som et distraherende element i kedsomheden, en tilstand, der som tidligere beskrevet præger de gravides hverdag. Den ene artikel beskriver dog også, hvordan især lægernes besøg kan være en årsag til stress. Dette tolker vi på flere måder. Muligvis er det lægerne, som fortæller de dårlige nyheder omkring graviditeten og den gravides tilstand og dermed præges stemningen i negativ retning. Derudover kan det skyldes, at lægerne har flere patienter at se til end den enkelte sygeplejerske, hvilket kan medføre, at lægernes tidspres smitter af på kvindens oplevelse af situationen. Artiklerne giver generelle anbefalinger til, hvordan den sundhedsprofessionelle kan hjælpe kvinden. Disse anbefalinger tager i sagens natur ikke udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes behov, men trods dette lægger forfatterne op til, at den sundhedsprofessionelle kan justere sin adfærd i forhold til den enkelte kvinde. Eksempelvis anbefaler begge artikler, at plejepersonalet skal optimere informationsgivningen til både kvinden og hendes familie, og denne informationsmængde kan variere fra kvinde til kvinde. I forlængelse heraf anbefaler artiklerne, at de sundhedsprofessionelle ikke skal tage kontrollen over den indlagte gravides hverdag, men i stedet så vidt muligt give hende autonomi i sin egen situation. Efter vores vurdering kunne dette for eksempel være at lade hende vælge sin egen mad og tidspunktet for Cardio-Toco-Grafi (herefter CTG). Vi mener, at dette blandt andet betyder, at det ikke skal være jordemoderens opgave at overtage og skåne kvinden for hendes bekymringer, men at jordemoderen i stedet yder den optimale støtte ved at give de bedste forudsætninger for, at kvinden kan mestre situationen.

Lazarus beskæftiger sig ikke direkte med, hvordan sundhedsprofessionelle skal hjælpe mennesker i sygdom eller krise, i stedet ser han på, hvordan håndteringen af stress knyttes sammen med den aktuelle situation (Lazarus 2006). Lazarus bruger som eksempel en person,

som har mistet sin ægtefælle og nu skal håndtere den nyopståede virkelighed på en anden måde (ibid). I sådan et tilfælde mener han, at det kan være nyttigt at få information og viden om, hvordan man håndterer sin hverdag efter et dødsfald ved at tale med en god ven eller læse en bog om emnet (ibid). Denne pointe ser vi komme til udtryk i den ene artikel, da denne genererer en anbefaling om, at kvinderne med fordel kan udveksle erfaringer med hinanden i en form for støttegruppe. Vi mener, at jordemoderen ved at sammensætte og afholde denne støttegruppe kan skabe et forum for kvinderne, hvor de netop kan få viden og information fra hinanden, der kan hjælpe den enkelte til at mestre indlæggelsen. Desuden kan det være en hjælp for kvinderne, at den sundhedsprofessionelle afholder fødsels- og forældreforberedelse under indlæggelsen. Vi mener, at jordemoderen gennem undervisning kan støtte kvinden i forberedelsen til moderskabet af et for tidligt født barn og til at blive mor i det hele taget. Desuden kan det være givende for de kommende forældre at få en rundvisning på en neonatalafdeling, som kan forsyne dem med information omkring det muligt forestående indlæggelsesforløb.

I forhold til kommunikationen mellem den sundhedsprofessionelle og de gravide ser vi det relevant at inddrage Jacobsen. Han nævner et konkret redskab, nemlig den fænomenologiske samtalemetode, som kan anvendes i situationer med personer i krise (1998). Vi forstår denne samtalemetode som et redskab til at sætte sig ind i den kriseramte persons livsverden. Hermed opnår den sundhedsprofessionelle en forståelse af, hvordan personen selv forstår sin situation. Vi tænker, at dette er en metode jordemoderen kan tage i brug i sit arbejde på en svangreafdeling. Det handler generelt om, at individuel behandling er efterstræbelsesværdig. I den ene artikel påpeger forfatterne, hvordan en umiddelbar og neutral handling fra sundhedspersonalet kan påvirke de gravides oplevelse af indlæggelsen: *“Other normally positive events, such as being on the fetal monitor or having ultrasounds, can provoke anxiety”* (Rubarth et al. 2012, s. 401). Vi mener, at citatet illustrerer, hvordan sundhedsprofessionelle kan have en opfattelse af, at scanninger (herefter UL) og CTG, udover at være professionelle værktøjer, også giver kvinden en tryghed og en ro omkring sin graviditet og situation. Vi ser citatet som et eksempel på, at den sundhedsprofessionelle kan risikere ikke at tage udgangspunkt i, hvad den enkelte gravide ønsker, men i stedet udsætte hende for en rutinepræget praksis.

### **5.3 Internettråden**

I følgende afsnit vil de fire kategorier fortsat danne rammen for analysen. Vi vil inddrage tråden “Indlagt med for kort livmoderhals” og dermed få et indblik i, om ovenstående analysefund gør sig gældende for langtidsindlagte gravide i Danmark. Desuden har vi medtaget en femte kategori, da vi fandt relevante pointer i tråden, som ikke kunne relateres til de oprindelige fire kategorier. Denne kategori er opstået i analyseprocessen og altså ikke på baggrund af en hermeneutisk analysestrategi.

#### **5.3.1 Psykisk og fysisk omvæltning**

Den psykiske og fysiske omvæltning er også et tema i tråden. Den psykiske omvæltning ser vi, når Nellie påpeger, hvorledes indlæggelsen har en dominerende effekt på hele tilværelsen i og med, at det er svært at se noget som helst positivt. Agnes beretter ligeså i et af de senere indlæg, hvordan indlæggelsen også overtager hendes sindstilstand: *“Det er super hårdt og man er konstant i beredskab for ”tænk nu hvis der sker noget”*”(IMFKL 2013, s. 3). Derudover beskriver Emma, hvordan hun var på randen af et psykisk sammenbrud i løbet af sin indlæggelsestid. Alle brugere af tråden formulerer, at de på trods af både de psykiske og fysiske omvæltninger til hver en tid er villige til at gennemgå indlæggelsen på grund af barnet: *“Men vi ville uden tvivl gå igennem det igen i dag med det der er kommet ud af det.”* (IMFKL 2013, s. 3) I forhold til den fysiske omvæltning beskriver kvinderne, hvilken belastning det er at skulle ligge i sengen hele dagen kun afbrudt af toiletbesøg og bad. Nellie beskriver situationen således: *“Men blev bragt tilbage i min seng og ”lænket” dertil”* (IMFKL 2013, s. 1). Denne metafor leder tankerne hen på et fængselsophold, som er præget af restriktioner og ringe bevægelsesfrihed. Vi mener, at denne beskrivelse vidner om den fysiske såvel som den psykiske omvæltning, kvinderne går igennem under indlæggelsen.

#### **5.3.2 Kedsomhed, ensomhed og dårlig samvittighed**

Fænomenet kedsomhed ser vi ikke direkte diskuteret i tråden. Dette forstår vi ikke som om, at de danske gravide føler sig underholdt undervejs i indlæggelsen. I stedet tolker vi tråden som et forsøg på at komme i kontakt med andre gravide og dermed få et afbræk i hverdagen. Derudover giver tråden også en mulighed for, at de gravide kan dele deres sorger og bekymringer med andre i samme situation. Selvom de indlagte gravide muligvis har partnere, venner og familie kan indlæggelsesperioden føles ensom, og efter vores mening kan forummet opfylde kvindernes “delingsbehov”, hvilket muligvis kan resultere i, at kvinderne ikke føler sig helt så alene. Flere gravide omtaler deres tanker og bekymringer omkring deres partner og børn: *“Også for manden, der står fuldstændig magtesløs på sidelinjen.”* (IMFKL

2013, s. 3) og *“Men syntes det er hårdt allerede, især fordi jeg har en lille en på 2 år derhjemme.”* (IMFKL 2013, s. 5). Disse citater, mener vi, vidner om en dårlig samvittighed og påpeger et dilemma, kvinderne befinder sig i. De har et savn og et behov for at være hjemme i trygge rammer, men omvendt kan de ikke gøre andet end at lade sig indlægge og dermed prioritere det ufødte barn. I forlængelse heraf kan tråden bruges som et sted, hvor de gravide kan udtrykke og dele den dårlige samvittighed og de triste tanker med hinanden. I og med indlæggelsen også er en omvæltning for kvindens partner, kan det muligvis virke uoverskueligt for kvinden at bebyrde ham med disse tanker, hvorfor tråden bliver et alternativ.

### **5.3.3 Selvhjælp under indlæggelsen**

Vi tolker korrespondancen, der foregår på internettet som en form for selvhjælp hos nogle af de gravide under langtidsindlæggelsen. Kvinderne deler deres succeshistorier med hinanden, og der opstår eksempelvis et håb for Agnes om, at truslen om en præterm fødsel ikke nødvendigvis bliver en realitet. Agnes får svar allerede dagen efter, hun har skrevet det første indlæg, hvilket vidner om, at andre kvinder i høj grad har samme behov for deling og sparring. Derudover ser vi, at de gravide anvender begrebet milepæle i tråden til at mestre indlæggelsen. Kvinderne bruger GA som et mål for, hvor langt de er nået i graviditeten, og det giver dem et håb om at kunne komme endnu længere. Nellie skriver: *“For hver dag der går er det bare bedre og bedre i forhold til hvor klar baby er til at klare et liv udenfor”* (IMFKL 2013, s. 4). Dette tolker vi som et forsøg på at overskueliggøre graviditeten og dens udfordringer undervejs i indlæggelsen. Agnes giver desuden udtryk for, at hun ønsker oplysninger om de psykiske reaktioner, der kan forekomme under en langtidsindlæggelse i graviditeten: *“Der findes intet om alle de bekymringer og frustrationer man gennemlever ved overflytning, lungemodner, samtaler med børnelæger osv.”* (IMFKL 2013, s. 3). Vi tolker dette som en metode, hvorpå Agnes ved hjælp af informationer forsøger at mestre situationen. Dette er dog et enkeltstående tilfælde, da ingen af de andre kvinder efterlyser tilsvarende materiale.

### **5.3.4 Den sundhedsprofessionelles betydning**

I tråden ser vi tydeligt, at både lægen og jordemoderen spiller en rolle for den gravides oplevelse af indlæggelsen. Dette ser vi blandt andet ved, at de gravide beder hinanden om at hilse forskellige læger og jordemødre. Sofie skriver i et indlæg: *“De har ikke sagt så meget, da her åbenbart er ret travlt idag.”* (IMFKL 2013, s. 5). Vi ser dette som eksempel på, hvordan den gravide kan opleve, at afdelingens ansatte har så meget at se til, at de ikke har tid



til at tale med de gravide. Vi er klar over, at dette er et øjebliksbillede, og at det ikke nødvendigvis er sigende for, hvordan afdelingen sædvanligvis fungerer. Vi tænker dog, at hvis der findes mange af disse travle dage, kan det resultere i, at eksempelvis jordemødrene ikke har tid til at vurdere, hvad den enkelte gravide har behov for. Risikoen for at hver kvinde bliver pålagt samme rutinemæssige behandling, vurderer vi som værende høj i et travlt og stresset arbejdsmiljø.

I tråden ser vi også, hvordan de kontroller, som sundhedsvæsenet tilbyder kvinderne for at kunne følge med i, hvordan eksempelvis livmoderhalsen reagerer på indlæggelsen samt kunne vurdere om barnet vokser nok, kan være et bekymringsskabende element. Om dette siger Nellie: *“Jeg har været til en del kontroller. I Onsdags var LH (red. livmoderhalsen) på ca. 4 cm, så det var jo helt perfekt - MEN vægtscanningen af bebs var ikke for god -25% for lille”*. (IMFKL 2013, s. 4). Vi tolker dette citat som, at Nellie føler, at UL bliver en dårlig begivenhed under indlæggelsen i og med, at de negative nyheder kan overskygge de positive. Vi tænker, at i dette konkrete tilfælde er nyheden om, at barnet er 25 % for lille en alt for dominerende faktor i forhold til, at livmoderhalsen er vokset til fire centimeter. En vækstretardering på 25 % er kun 3 % under normalområdet, hvorfor det i stedet burde være den gode nyhed om livmoderhalsens tilvækst, som var dominerende. UL fylder generelt meget for kvinderne i tråden, da det er den måde, hvorpå jordemødrene og lægerne kan vurdere, om en fødsel er snart forestående, eller om en udskrivelse er i sigte. Vi mener, kvinderne kan udvikle en frygt for at skulle til UL, da det kan være svært at håndtere en dårlig nyhed som for eksempel, at livmoderhalsen er afkortet yderligere. Desuden kan det være svært for kvinderne, hvis de har en følelse af, at noget er galt, og jordemødrene ikke deler denne bekymring. Emma skriver blandt andet:

*Dagen efter denne scanning følte jeg at noget var galt og jeg havde to jordmødre til at mærke med nogle dages mellemrum, som sagde at alt så fint ud og der stadig var lidt over en cm LH (red. livmoderhals) tilbage. Jeg var bange på randen af et psykisk sammenbrud. (IMFKL 2013, s. 2).*

Vi ser dette citat som et udtryk for, at Emma har en bekymring, som hun fortæller til jordemødrene. Jordemødrenes reaktion er at vaginalesplorere, hvilket ikke beroliger Emma. Vi tænker, at der er en sandsynlighed for, at jordemødrene ikke tager udgangspunkt i, hvordan Emma opfatter situationen, men i stedet handler ud fra en fastlagt procedure. Forstået på den måde, at Emma muligvis har brug for tale om sin situation og sine bekymringer, og i stedet

gør jordemødrene brug af en håndgribelig metode, som kan give Emma et konkret svar i centimetermål.

### **5.3.5 Distancering**

I tråden ser vi en tendens til, at de gravide distancerer sig fra deres graviditet og dermed får en selvopfattelse af at være en skal for graviditeten og det ufødte barn. Dette ser vi på baggrund af, at samtaleemnerne i tråden koncentrerer sig omkring CTG, UL samt lægers og jordemødres udtalelser, hvorimod kvindernes egne kropsfornemmelser falder i baggrunden. Kvinderne stiller ikke umiddelbart spørgsmålstejn ved eksempelvis resultaterne af UL og overlader de medicinske overvejelser til de sundhedsprofessionelle. Vi ser distancen komme til udtryk, når kvinderne overvejende henviser til lægers og jordemødres udtalelser frem for at beskrive, hvorvidt de mærker fosterbevægelser eller plukkeveer. I tråden ses dog enkelte eksempler på kvinder, som påpeger, at de er uenige med de sundhedsprofessionelles fund. Livmoderhalsen er naturligvis et omtalt emne i tråden, også her ser vi en distance i forhold til kvindernes egne kropsfornemmelser. Eksempelvis skriver Fie: *“Jeg ved det er normalt kun at få et tjek i uge 24-25 når man har fået et keglesnit, så tror ikke du skal være så nervøs. Under alle omstændigheder, så skal du jo tjekkes imorgen, så der kan de få styr på det”*. (IMFKL 2013, s. 5). Vi tænker, at Fie tolker UL som et endegyldigt resultat, og hun medtager ikke fravær af plukkeveer i sin vurdering af situationen. Dette ser vi gør sig gældende for flere af de gravide i tråden, og vi tænker, at dette muligvis kan medføre, at de gravide til en vis grad overlader graviditeten til de sundhedsprofessionelle og deres tekniske redskaber.

### **5.4 Opsamling af analysefund**

I første del af analysen kom vi frem til, at indlæggelsen medfører en psykisk og fysisk omvæltning for kvinderne, som efter vores vurdering resulterer i en krise- og stresssituation. Under indlæggelsen oplever kvinderne kedsomhed, hvilket vi i nogen grad tolker som ensomhed, samt en dårlig samvittighed overfor deres partner og familie. Hvad angår kvindernes håndtering af indlæggelsen vurderer vi, at de gør brug af forskellige mestringsstrategier, som jordemoderen kan hjælpe kvinderne med at iværksætte. I andet afsnit af analysen finder vi, at de danske kvinder gennemgår den samme psykiske omvæltning som kvinderne i de videnskabelige artikler, hvorimod de ikke beskriver den fysiske omvæltning i samme grad. Tråden fungerer som et mestringsredskab for de danske gravide, hvor de kan dele erfaringer og informationer. I forhold til den sundhedsprofessionelles rolle finder vi, at jordemoderen kan have dels positiv og dels negativ effekt på kvindens oplevelse og mestring

af indlæggelsen. I forlængelse heraf kan de sundhedsprofessionelles brug af tekniske redskaber medføre en risiko for, at kvinden distancerer sig fra sin egen kropsfornemmelse.

## 6.0 Diskussion

I følgende afsnit sammenholdes og diskuteres udvalgte analysefund ud fra to perspektiver: Evidensen for indlæggelse i graviditeten og svangreomsorgens organisering. Sluttelig vil vi medtage betydningen af projektets egen metode i forhold til besvarelsen af problemformuleringen.

### 6.1 Evidensen for indlæggelse i graviditeten

Den bagvedliggende evidens for indlæggelse i graviditeten som behandling for truende for tidlig fødsel inddrages i diskussionen, da der undervejs i projektet er opstået tvivl om, hvorvidt denne behandling er den mest effektive. Under søgeprocessen til dette projekt er vi stødt på flere videnskabelige artikler, som danner grundlag for vores tvivl. Ifølge Edward K. Chien foreligger der ingen evidens for, at fuldstændig aflastning i graviditeten for kvinder med GA mellem 22 og 26 uger og risiko for præterm fødsel har nogen forebyggende effekt (2013). Han skriver ydermere, at der er flere ulemper ved aflastning og aktivitetsrestriktioner i form af tab af muskelmasse hos de gravide, forøget risiko for dybe vene tromboser og negativ psykologisk indflydelse på forholdet mellem familien og den gravide (ibid). Enkin et al. skriver følgende: *“Bed-rest, in the hope of reducing the incidence of preterm birth, has been used predominantly in multiple pregnancies. The intervention has not been demonstrated to be effective for this purpose.”* (Enkin et al. 2000, s. 213). Forfatterne konkluderer dermed, at fuldstændig aflastning heller ikke reducerer risikoen for præterm fødsel ved flerfoldsgraviditeter. Judith A. Maloni skriver i en videnskabelig artikel, som giver et overblik over den samlede forskning på området, at der ikke findes evidens for, at aflastning virker forebyggende i forhold til præterm fødsel hos gravide med et eller flere fostre under hele graviditeten, og at den nuværende model for behandling derfor ikke er tilstrækkelig (2010). På baggrund af disse videnskabelige artiklers pointer tænker vi, at det er en stor intervention at iværksætte fuldstændig aflastning og indlæggelse, hvis effekten af behandlingen ikke er bevist. Dog er vi bekendte med muligheden for, at evidensen findes, men vi er i søgeprocessen ikke stødt på den. Vi mener, det kunne være hensigtsmæssigt at undersøge, hvorvidt aflastning i hjemmet kunne være en mulighed for en gruppe af disse gravide, i og med at vi i analysen har fundet, at kvinderne har et stort savn til deres familie og partner samt

tynges af en dårlig samvittighed. Efter søgning af litteratur, som beskæftiger sig med hjemmeafledning i graviditeten, er vi blevet bekendte med, at flere videnskabelige artikler undersøger, om aflastning i hjemmet kan være en bedre behandlingsform end indlæggelse på hospitalet. Eksempelvis er det blevet undersøgt, hvorvidt kvinder med PPRM skal aflaste hjemme eller på hospitalet. Forfatterne i et af disse studier konkluderer, at der ikke findes evidens for, om denne behandling skal foregå på hospitalet eller hjemme for at opnå det bedste neonatale og materielle outcome (Abou, Dowswell & Mousa 2010). Ydermere findes der ikke evidens for, hvorvidt kvinderne foretrækker denne behandlingsform, eller om det er forsvarligt og mindre omkostningsfuldt for sundhedsvæsenet at have kvinderne til at aflaste hjemme (ibid). På baggrund af dette mener vi, at der er behov for flere undersøgelser på området. Vi er på trods af gentagne forsøg ikke blevet bekendte med den danske statistik for antallet af indlæggelser gennem de seneste årtier, og vi kan desværre ikke konkludere, om der er sket en stigning eller et fald af langtidsindlæggelser i graviditeten i Danmark. Vi mener dog, at der burde være et behandlingsalternativ til de indlagte gravide, særligt da der ikke foreligger evidens for den nuværende behandlingsform.

I Danmark foregår i skrivende stund forskning på området. Aarhus Universitetshospital Skejby undersøger potentialet i telemedicinsk monitorering af gravide med let til moderat præeklamsi eller PPRM. Projektet skal vise et arbejdsbesparende potentiale ved hjemmemonitorering af disse gravide, samt at den gravide i højere grad tager aktivt ansvar for sin egen behandling (Aarhus Universitetshospital Skejby 2014). Ifølge forskerne bag projektet skal man med telemedicin opnå en effektivisering af de mange processer, som foregår under et behandlingsforløb, og dette vil være til glæde for såvel patienten, som personalet og samfundsøkonomien (ibid). Når projektet blandt andet går ud på, at kvinderne skal tage ansvar for deres egne behandlingsforløb, kan det ses som en form for patient-empowerment (ibid). Et af vores analysefund i dette projekt er, at jordemoderen spiller en rolle for den indlagte gravide. Vi tænker, at jordemoderen også kan spille en rolle for kvinden, som er med i et projekt med telemedicinsk behandling. I kraft af den gravides empowerment kan jordemoderen præge den gravide til i højere grad at tage ansvar for og hånd om sin egenomsorg i behandlingsforløbet, og samarbejdet mellem jordemoderen og den gravide styrkes. I forhold til vores analysefund tænker vi, at det ville gavne nogle kvinder at aflaste hjemme, hvorfor ensomhed og savnet til familien formentlig ikke vil være lige så udtalt som ved indlæggelse på hospitalet.

Som nævnt i analysen beskriver kvinderne, at de er villige til at gennemføre indlæggelsen for enhver pris og ikke umiddelbart har noget ønske om at aflaste hjemme. Flere internationale studier påpeger dog, at nogle kvinder muligvis hellere vil være aflastende i eget hjem eller slet ikke tage imod behandlingen, da de mener, det er en overbehandling (Crowther & Chalmers 1989). Vi tænker, at den gravide, som ikke tager imod behandlingen eller som vælger at aflaste hjemme frem for på hospitalet, befinder sig i en ambivalent situation. Hun vil helst aflaste hjemme, men samtidig kan hun være utryk ved tanken om, hvorvidt det overhovedet er forsvarligt, i og med der ikke er noget sundhedspersonale som hurtigt kan handle i en akut situation (Abou, Dowswell, & Mousa 2010). Vi kan dog på nuværende tidspunkt ikke diskutere, hvorvidt denne utryk er berettiget, da vi ikke har nogen dansk statistik på det neonatale og materielle outcome ved aflastning i hjemmet versus på hospitalet. Men vi mener, at det er et centralt område, som skal undersøges yderligere og dermed kan blive et vigtigt aspekt i forhold til at definere den fremtidige behandling af denne gruppe af gravide.

## 6.2 Svangreomsorgens organisering

I analysen af kategorien “Den sundhedsprofessionelles betydning” fandt vi frem til, at jordemoderen kan have en positiv effekt på den gravides oplevelse af indlæggelsen ved eksempelvis at afholde fødselsforberedelse. Samtidig viste analysen, hvordan det kan have en negativ effekt på oplevelsen, hvis jordemoderen i for høj grad gør brug af mekaniske og tekniske redskaber. Vedrørende jordemoderens rolle i svangreomsorgen skriver Sundhedsstyrelsen (herefter SST):

*“Sundhedsvæsnets bør vise særlig opmærksomhed over for gravide, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller foster. Samme opmærksomhed bør vises over for kvinder, hos hvem graviditeten eller fødslen kan forventes at blive kompliceret. Det er derfor vigtigt, at der tilbydes en differentieret indsats.”*  
(Sundhedsstyrelsen 2013, s. 17).

Vi ser denne anbefaling som et udtryk for, at jordemoderen skal stræbe efter at tage udgangspunkt i den enkelte gravides behov frem for at udføre en standardiseret behandling. Dette mener vi stemmer overens med vores analyse af den sundhedsprofessionelles betydning. I forlængelse heraf ser vi også vores forforståelse af problemfeltet komme til udtryk i førnævnte analysefund samt i SSTs anbefalinger. Som noget nyt ser vi dog et potentielt dilemma i, at de redskaber, jordemoderen bruger i sit professionelle virke på svangreafdelingen, ikke nødvendigvis er hensigtsmæssige i forhold til at støtte de gravide under indlæggelsen. Vi tænker ikke, jordemødre skal stræbe efter at undgå eksempelvis CTG og UL, men i stedet ser vi igen vigtigheden af den individuelle vurdering. En situation vil

kræve, at jordemoderen påsætter CTG, da kvinden har mærket mindre liv og er urolig. I en anden situation har kvinden muligvis i højere grad brug for en samtale med jordemoderen omkring sin dårlige samvittighed i forhold til ældre børn derhjemme. I empirien beskrives, hvordan jordemødre og sygeplejersker gør brug af CTG, UL, blodtryks- og temperaturmålinger samt vaginaleksplorationer. Disse metoder ser vi som håndgribelige og tekniske redskaber, som giver et objektivi resultat. I empirien ser vi en tendens til, at eksempelvis jordemødre i høj grad lægger vægt på kontroller, og at det muligvis glider i baggrunden, at der også ligger et menneske i sengen med en psyke og et socialt liv. Vi tænker ikke, at jordemødre bevidst nedprioriterer brugen af de mere bløde metoder som for eksempel kommunikation, tilstedeværelse og nærvær, men muligvis tilvælger de førnævnte tekniske redskaber, da den gravide herved får et konkret svar og et billede af sin situation, hvilket en samtale ikke i samme grad vil give.

I SSTs ”Anbefalinger for svangreomsorgen” står der følgende: *“Behandling af borgerne går i retning af øget brugerorientering og tættere dialog og hensyntagen.”* (Sundhedsstyrelsen 2013, s. 1). Vi ser dette citat som et udtryk for vigtigheden af informationsgivning igennem eksempelvis fødselsforberedelse og som et udtryk for, at en vurdering af, hvad den enkelte kvinde har brug for i situationen, er relevant og centralt i jordemødres omsorg af langtidsindlagte gravide. Dette leder hen til en diskussion af svangreomsorgens organisering i form af blandt andet de fysiske rammer i forbindelse med optimal svangreomsorg. I analysen finder vi, at fødselsforberedelse kan have en positiv effekt på den gravides oplevelse af indlæggelsen. Dette kræver, at eksempelvis en jordemoder har tid og mulighed for at afholde fødselsforberedelse. Derudover stiller det krav til de fysiske rammer i og med, at størstedelen af langtidsindlagte gravide er ordinerede til at skulle være hovedsagelig sengeliggende. Det vil sige, at fødselsforberedelsen kræver et lokale, hvor de gravide kan samles på trods af dertilhørende hospitalssenge, eller at jordemoderen skal afholde fødselsforberedelse for hver enkelt kvinde.

Vi ser i analysen en tendens til, at omsorgen på baggrund af de mange tekniske redskaber objektiviseres og medikaliseres. Denne medikaliserede behandling er et omdiskuteret emne i forhold til obstetrikken og jordemoderfaget. Helen MacKenzie Bryers beskriver, hvordan den voksende risikotænkning inden for blandt andet sundhedssektoren har medført et øget behov for at teste, måle og veje i et forsøg på at opspore alle tænkelige risikofaktorer (2010). Artiklen er ikke udelukkende kritisk over for risikosamfundets følger. Den påpeger det

positive i, at risikotænkningen betyder, at komplicerede og patologiske tilfælde opdages, hvorfor disse kan behandles (ibid). Dette aspekt ser vi aktuelt at inddrage i diskussionen, da vi også oplever en medikaliseret svangreomsorg, hvor der er fokus på risikotænkning og opsporing af eksempelvis gravide med afkortet cervix. Den generelle screening i dette tilfælde ser vi blandt andet i, at jordemoderen spørger ind til, om kvinden mærker plukkeveer, samt hvor hyppige disse er. Desuden kan jordemoderen vaginaleksplorere for at bedømme cervix' længde og konsistens. Hvis jordemoderen mener det er nødvendigt, kan hun henvise den gravide til en cervixscanning, som kan give mere vished. Brugen af UL til bestemmelse af cervix' længde er et screeningsredskab som er bevist pålidelig og anvendelig til opsporing af afkortet cervix samt funneling (Hoesli, Tercanli og Holzgreve 2003). Ifølge Hoesli, Tercanli og Holzgreve opstår der dog et dilemma i, at vi screener og opsporer de gravide, som er i risiko for at føde prætemt, hvis vi ikke kan tilbyde en effektiv og evidensbaseret behandling til at forhindre fødslen i at ske.

### **6.3 Kritik af egen metode**

Som vi skriver i projektets metodeafsnit betyder den hermeneutiske tilgang, at forskerens forforståelse har indflydelse på projektets udformning og resultater. I dette projekt har vi forsøgt at fremlægge vores forforståelser, således at læseren kan forholde sig til, hvilken indflydelse disse har for projektet. I dette projekt ser vi en sandsynlighed for, at vores forforståelse spiller en betydelig rolle for eksempelvis valg af empiri og teori.

I udvælgelsen af empirien, er der risiko for, at vi har udvalgt netop den empiri, som understøtter vores egen forforståelse, samt at den valgte empiri er for ensartet (Malterud 2011). Dette har vi forsøgt at undgå ved at opstille selektionskriterier, dog kan vi ikke fuldkommen fralægge forforståelsens betydning. Vi benytter udelukkende kvalitativ data, hvilket kan være en svaghed for projektet, i og med denne type data ofte hverken er generaliserbar og overførbare. Som tidligere skrevet har vi valgt at inddrage tråden for at få et dansk og ubearbejdet materiale. I og med vi har udvalgt en bestemt tråd, har vi fravalgt nogle andre som beskæftiger sig med den samme problematik, hvorfor der igen opstår en risiko for, at vi har udvalgt en tråd, som bekræfter vores forforståelse. Desuden ser vi en risiko for, at kun nogle typer langtidsindlagte gravide benytter sig af et internetforum, hvorfor ikke alle danske gravide er repræsenteret i dette projekt. Endnu en svaghed i forhold til valg af tråd er, at vi blandt andet ikke har mulighed for at stille uddybende spørgsmål til kvindernes udsagn, og dermed vil der være en risiko for at, vi misforstår og fejlfortolker dem (Glasdam 2011).

Derudover er kvindernes sygdoms- og graviditetsforløb helt eller delvist ukendt, og risikoen for at relevante informationer ikke oplyses, som kunne have betydning for analysens udformning, eksisterer.

I forhold til analyse af tråden ser vi en risiko for, at vi på baggrund af vores egen forforståelse har fået kvindernes udsagn til at passe ind i kategorierne fra analysens første afsnit. Dette har vi forsøgt undgået, ved at medtage citater og pointer, som enten kan relateres til kategorierne, eller som vi mener falder uden for kategori. Desuden er måden, hvorpå den femte kategori er opstået i analyseprocessen et kritikpunkt, da vi ikke anvender en decideret metode. Som tidligere skrevet er denne kategori opstået i analyseprocessen og udspringer udelukkende af vores forståelse og fortolkninger af kvindernes udsagn i tråden.

Vi har bevidst udvalgt teori, som omhandler krise og mestring. Denne udvælgelse er sket dels med udgangspunkt i vores forforståelse af problemfeltet og dels på baggrund af en kædesøgning på bibliotek.dk. Vi er bevidste om, at vores udvælgelse af netop Jacobsens teori om krise samt Lazarus' teori om mestring gør, at vores analyse præges i en bestemt retning. Vi har undervejs i projektet forsøgt ikke at overfortolke de to teorier i forhold til at kunne analysere empirien.

På trods af ovenstående overvejelser mener vi, at vi med vores valg af metode, empiri og teori har skabt en nogenlunde forudsætning for at kunne konkludere på projektets problemformulering.

## **7.0 Konklusion**

De langtidsindlagte gravide oplever en fysisk omvæltning i form af restriktiv aflastning, som kan resultere i et tungtvejende fokus på kroppen og dens signaler. Derudover medfører langtidsindlæggelsen en psykisk omvæltning, hvilket vi tolker som en krise- og stresssituation. Den psykiske omvæltning indebærer mange følelser. De mest dominerende er ensomhed, som opstår ud fra kedsomhed samt en dårlig samvittighed i forhold til familie og venner. De gravide i de videnskabelige artikler forsøger gennem selvhjælp at mestre indlæggelsen. Overordnet gør de brug af to tilgange til mestring - en problemfokuseret og en følelsesfokuseret mestring. Eksempelvis anvender de den problemfokuserede mestring til at ændre omgivelserne gennem en konkret handling. De opsætter milepæle for hvor langt de er



nået i indlæggelsestiden. Den følelsesfokuserede mestring anvender de gravide, når de forsøger at finde en personlig mening med indlæggelsen, og nogle gravide anvender deres tro i et forsøg på at mestre situationen. I tråden ser vi selvhjælpen i en anden form. De gravide forsøger at mestre situationen, idet de gør brug af hinandens udtalelser og oplevelser. De forsøger at opmuntre og opløfte hinanden ved at dele deres erfaringer på internettet.

Jordmoderen skal tage udgangspunkt i den enkelte gravide og undgå en standardiseret støtte- og behandlingsform. For at få et indblik i den enkelte gravides behov og situation kan jordmoderen eksempelvis benytte sig af den fænomenologiske samtalemetode. Derudover kan jordmoderen være medvirkende til at rammerne for kvindernes mestring optimeres i form af eksempelvis afholdelse af fødselsforberedelse eller skabe rum for, at kvinderne kan udveksle erfaringer med hinanden. Nutidens svangreomsorg er domineret af tekniske og mekaniske redskaber, og vi ser en tendens til at disse benyttes som en generel behandlingsform uden, at der tages afsæt i den enkelte gravide. Disse tekniske og mekaniske redskaber kan være en velegnet metode for jordmoderen at støtte nogle gravide på, mens den for andre kan skabe bekymring - igen afhænger det af den enkelte gravide.

## 8.0 Referenceliste

- Aarhus Universitetshospital Skejby . Available: <http://www.auh.dk/fagfolk/teleskejby> [2014, 05.22].
- Abou El Senoun, G., Dowswell, T. & Mousa, H.A. 2010, "Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation", *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. (4):CD008053. doi, no. 4, pp. CD008053.
- Birkler, J. 2005, *Videnskabsteori : en grundbog*, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Chien, E.K. 2013, "Prevention of periviable birth: bed rest, tocolysis, progesterone, and cerclage", *Seminars in perinatology*, vol. 37, no. 6, pp. 404-409.
- Crowther, C. & Chalmers, I. 1989, "Effective care in pregnancy and childbirth. 1. Pregnancy, kap. 39" in , eds. I. Chalmers, M. Enkin & M.J.N.C. Keirse, Reprinted edn, Oxford University Press, Oxford, pp. 631.
- Danmarks statistik 2014, [Homepage of Danmarks statistik], [Online]. Available: <http://www.statistikbanken.dk> [2014, 04.05].
- Enkin, M. 2000, *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, 3rd edn, Oxford University Press, Oxford; New York.
- Glasdam, S. 2011, *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område : indblik i videnskabelige metoder*, Dansk Sygplejeråd; Nyt Nordisk Forlag, Kbh.
- Hoesli, I., Tercanli, S. & Holzgreve, W. 2003, "Cervical length assessment by ultrasound as a predictor of preterm labour--is there a role for routine screening?", *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, vol. 110 Suppl 20, pp. 61-65.
- Jacobsen, B.,f.1940 1998, *Eksistensens psykologi : en introduktion*, Hans Reitzel, Kbh.
- Koch, L. & Vallgård, S. 2011, *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, 4th edn, Munksgaard Danmark, Kbh.
- Lazarus, R.S. 2006, *Stress og følelser - en ny syntese*, Akademisk Forlag, Kbh.
- MacKenzie Bryers, H. & van Teijlingen, E. 2010, "Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care", *Midwifery*, vol. 26, no. 5, pp. 488-496.
- Maloni, J.A. 2011, "Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest", *Expert review of obstetrics & gynecology*, vol. 6, no. 4, pp. 385-393.
- Maloni, J.A. 2010, "Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth", *Biological research for nursing*, vol. 12, no. 2, pp. 106-124.

- Maloni, J.A., Kane, J.H., Suen, L.J. & Wang, K.K. 2002, "Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study", *Nursing research*, vol. 51, no. 2, pp. 92-99.
- Maloni, J.A., Park, S., Anthony, M.K. & Musil, C.M. 2005, "Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy", *Research in nursing & health*, vol. 28, no. 1, pp. 16-26.
- Malterud, K. 2001, "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines", *Lancet*, vol. 358, no. 9280, pp. 483-488.
- Malterud, K. 2011, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*, 3. utgave edn, Universitetsforlaget, Oslo.
- Richter, M.S., Parkes, C. & Chaw-Kant, J. 2007, "Listening to the voices of hospitalized high-risk antepartum patient", *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, vol. 36, no. 4, pp. 313-318.
- Rubarth, L.B., Schoening, A.M., Cosimano, A. & Sandhurst, H. 2012, "Women's experience of hospitalized bed rest during high-risk pregnancy", *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, vol. 41, no. 3, pp. 398-407.
- Stringer, M., Miesnik, S.R., Brown, L., Martz, A.H. & Macones, G. 2004, "Nursing care of the patient with preterm premature rupture of membranes", *MCN. The American journal of maternal child nursing*, vol. 29, no. 3, pp. 144-150.
- Sundhedsstyrelsen 2013, *Anbefalinger for svangreomsorgen*, Sundhedsstyrelsen, Kbh.
- Sundhedsstyrelsen 2010, "Når noget går anderledes end forventet" in *Barn i vente : graviditet, fødsel, barseltid : til kommende forældre*, eds. E. Guldager, V. Weirum, Komiteen for Sundhedsoplysning & Sundhedsstyrelsen, 6. i.e. ny udgave edn, Sundhedsstyrelsen; i samarbejde med Komiteen for Sundhedsoplysning, Kbh., pp. 119.
- Sundhedsstyrelsen 2001, 08.08.01-last update, *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* Available: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21704> [2014, 04.09].
- Sundhedsstyrelsen 1998, , *Bekendtgørelse om information om samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.* Available: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21075> [2014, 05.22].
- Vitting Andersen, K. 1986, *Gravid og langtidsindlagt : en undersøgelse af indlæggelsens indvirkning på psykiske og sociale forhold*, Komiteen for Sundhedsoplysning; i samarbejde med Socialstyrelsen; Socialpolitisk Forening, Kbh.

Anvendt referencesystem: Harvard.

## **9.0 Bilagsliste**

### **Bilag 1**

Projektets søgestrategi.

### **Bilag 2**

Trin 2 og trin 3 i den hermeneutiske analysestrategi.

### **Bilag 3**

Den videnskabelige artikel "Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients" af Richter, M.S, Parkes, C. & Chaw-Kant, J.

### **Bilag 4**

Den videnskabelige artikel "Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy" af Rubarth, L.B et al.

### **Bilag 5**

Internettråden "Indlagt med for kort livmoderhals".