

Voldtægt i bagagen – Et bachelorprojekt om fødende, der har været udsat for voldtægt



<http://www.newyorker.com/news/news-desk/the-legitimate-children-of-rape>

Skrevet af:

Karina Skovby Villadsen (jm11s109), Stephanie Højrup Rafn (jm10s102) & Trine Ejsten Hansen (jm11s125)

Holdnummer: Jm11s

Modul: 14

Uddannelsessted: University College Syddanmark, Esbjerg

Vejleder: Else Broberg Jensen

Afleveringsdato: 18.12.14

Anslag: 93.457

Projektet må lånes ud

Resumé

Titel på projekt: "Voldtægt i bagagen - Et bachelorprojekt om fødende, der har været udsat for voldtægt"

Baggrund: Det formodes at der sker ca 2900 voldtægter om året. En voldtægt er en meget traumatiserende oplevelse og kan påvirke offeret resten af livet. Den traumatiske oplevelse kan reaktiveres i fødselssituationen og følgereaktionerne kan få alvorlige konsekvenser for kvinderne. Jordemoderstuderende bliver ikke undervist i de problematikker, som følger en gravid, fødende eller barslende kvinde, der har været udsat for voldtægt. Der er generelt manglende fokus på dette område, hvilket gør det problematisk for jordemødre at yde den nødvendige jordemoderfaglige omsorg for disse kvinder.

Problemformulering: Hvordan kan jordemoderen under fødslen støtte en kvinde, der tidligere har været udsat for voldtægt?

Metode: Projektet er skrevet på en humanistisk baggrund. Til besvarelse af problemformuleringen har vi benyttet os af hermeneutik og empowerment teorierne. Herudover har vi som empiri anvendt det kvalitative studie: "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study" af Halvorsen et al. 2013, samt rapporten: "At blive mor" af Luise M. Frandsen, 2008.

Konklusion: Ud fra vores resultater kan vi konkludere at den voldtægtsramte kvinde og jordemoderen kan opnå en fælles forståelse igennem hermeneutikken, som deres samarbejde kan bygge på. Jordemoderen kan støtte den voldtægtsramte kvinde under fødslen, igennem empowerment på individniveau. Den voldtægtsramte kvinde har brug for kontrol og forudsigelighed. Det er vigtigt deres behov bliver italesat og imødekommet og at kvinden medinddrages i beslutninger.

Tekstidentifikation: Stephanie Højrup Rafn, Karina Skovby Villadsen og Trine Ejsten Hansen. Jordemoderuddannelsen, University College Syddanmark, Esbjerg, 2014

Søgeord: Voldtægt, fødsel, jordemoder, støtte, seksuelt misbrugt, omsorg

Abstract

Title: "Raped in the past - A bachelors project about women giving birth with raped in their past"

Background: An estimated 2900 rapes takes place every year. A rape is a very traumatizing experience, which can affect the victim for the rest of her life. The traumatizing experience can be reactivated during labor and the effects of this can have serious consequences for the woman. Midwife students are not being educated in how rape can affect a woman's birth experience and how to support these women during labor. There is generally a lack of focus on this subject, which makes it hard for midwives to provide the necessary birth care for these women.

Problem statement: How can a midwife during birth support a woman, who has been raped in the past?

Method: The project is written on a hermeneutic background. We have used the theories hermeneutics and empowerment to answer our problem statement. Furthermore we have chosen the scientific study: "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study" by Halvorsen et al. 2013 and the report: "At blive mor" by Luise M. Frandsen, 2008.

Conclusion: We can conclude from our results that a woman who has been raped in her past and her midwife can achieve a joint understanding through the theory of hermeneutics which their cooperation can be built upon. By using empowerment on individual level the midwife can support the rapevictim through the birth. Women who have been raped are in need of control and predictability. It is important that their needs are articulated and met and that the women are included in the making of decisions.

Textidentification: Stephanie Højrup Rafn, Karina Skovby Villadsen og Trine Ejsten Hansen. Jordemoderuddannelsen, University College Syddanmark, Esbjerg, 2014

Keywords: Rape, birth/labor, midwife, support, sexually abused, care

Indholdsfortegnelse

1. Indledning.....	6
2. Problemformulering.....	8
3. Afgrænsning	8
4. Begrebsdefinition	8
5. Metode	8
5.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	9
5.2 Søgestrategi.....	10
5.3 Begrundelse for valg af teori	11
5.3.1 Hermeneutik.....	11
5.3.2 Empowerment.....	11
5.4 Begrundelse for valg af empiri	12
5.4.1 Primær empiri	12
5.4.2 Sekundær empiri	13
5.5 Disposition.....	13
6. Præsentation af teori	14
6.1 Hermeneutik	14
6.2 Empowerment.....	16
6.2.1 Magt	17
6.2.2 Den professionelle værdier	18
7. Præsentation af empiri.....	19
7.1 Primær empiri	19
7.1.1 Reaktivering af voldtægten	19
7.1.1.1 Kamp	19
7.1.1.2 Overgivelse	20
7.1.1.3 Flugt.....	20
7.1.2 Retraumatisering.....	21
7.1.2.1 Objektiviseret	21
7.1.2.2 Uren.....	21
7.1.2.3 Fremmed krop.....	21
7.2 Validering af primær empiri	23
7.2.1 Intern validitet	23
7.2.2 Ekstern validitet.....	25

7.3 Præsentation af sekundær empiri	26
7.3.1 Analysedel I	26
7.3.1.1 Kontroltab	26
7.3.1.2 Fødestilling	27
7.3.1.3 Flashback.....	27
7.3.1.4 Kommunikation med sundhedspersonale	28
7.3.2 Analysedel II	28
7.4 Validering af sekundær empiri	30
7.4.1 Intern validitet.....	30
7.4.2 Ekstern validitet.....	30
8. Analyse	31
8.1 Forståelsens betingelser	31
8.1.1 Reaktivering af voldtægten	31
8.1.2 Retraumatisering.....	33
8.2 Støtte igennem empowerment.....	35
8.2.1 Reaktivering af voldtægten	35
8.2.2 Retraumatisering.....	36
9. Diskussion.....	37
9.1 Diskussion af fund	38
9.1.1 Kvindens behov og jordemoderens anbefalinger	38
9.1.2 Den professionelle rolle	40
9.1.3 Kommunikation	41
9.2 Kritisk refleksion.....	43
10. Konklusion.....	44
11. Perspektivering.....	46
12. Litteraturliste.....	47
13. Bilag	48

1. Indledning

I juni 2014 blev der afholdt en nordisk kvindekongress i Malmø med over 15.000 deltagere fra hele verden. Emnet var fremtidens kønspolitik (Øresund Event Center, 2014). I en artikel fra jordemoderforeningen, der omhandler kongressen, beskrives de mest fremtrædende kvindeproblemer i Norden og Europa. Her nævnes bl.a. vold, tvungen prostitution og voldtægt (Tidsskrift for Jordemødre 2014 nr 5:36). Ifølge Danmarks Statistik blev der i 2013 anmeldt 325 voldtægter (Danmarks Statistik 2013). Dette giver dog ikke nødvendigvis det rette billede af antallet af årlige voldtægter, da der ifølge Det Kriminal Præventive Råd (DKR) regnes med, at der reelt er ca. 2900 voldtægter årligt (Det Kriminal Præventive Råd 2014). Emnet voldtægt er meget tabubelagt med følelser som skyld, skam og frygt (Balvig et al. 2013:112). Vi tænker, at et øget fokus på dette emne kan være medvirkende til, at det bliver mindre tabubelagt for både de voldtægtsramte kvinder og de sundhedsprofessionelle, der er i kontakt med disse kvinder.

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for Svangreomsorgen" fra 2013 nævnes det, at fødende, der tidligere har været udsat for voldtægt, har særlige behov, og at disse kvinder er særligt sårbare (SST 2013:73). Organisationen Rape Crisis beskriver de psykologiske konsekvenser, som en voldtægt kan have for offeret. Dette kaldes "Rape Trauma Syndrome" (RTS). Symptomerne på RTS kan være; grådlabilitet, rastløshed og angst. Mange føler sig urene, og de kan føle sig følelsesmæssigt lammet. Kvinden har ikke nødvendigvis alle disse symptomer, men det er symptomer som disse, som er dominerende hos voldtægtsofre (RapeCrisis 2014). I artiklen "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study" nævnes det, at disse følelser kan blusse op igen under fødslen og kan efterlade kvinden i samme psykiske tilstand, som hun var i efter voldtægten (Halvorsen et al. 2013:186). I publikationen: "At blive mor" fra 2008, af Servicestyrelsen belyses det ligeledes, at eftervirkningerne fra det seksuelle overgreb kan have stor indflydelse på kvinden før, under og efter fødslen. De skriver følgende: *"Fortidens traumer kan [...] reaktiveres i overgangsperioder i livet såsom overgangen fra at være barnløs til at blive forælder"* (Frandsen, 2008:6). Undersøgelsen er udarbejdet på baggrund af ofre, som har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen, men det redegøres for, at reaktiveringen af det seksuelle overgreb, kan gøre sig gældende på samme måde for kvinder, som har været udsat for seksuelle

overgreb som voksne (ibid). På den baggrund mener vi, at det er relevant, at der i omsorgen for den fødende, er opmærksomhed omkring denne reaktivering, da denne har stor betydning for den fødendes fødselsoplevelse.

Som nævnt kan voldtægtsramte kvinde have særlige behov og være særlig sårbar i fødselssituationen. Artiklen ”Birth outcomes in women who were raped as adults: a matched controlled study” af H. Nerum et al. fra 2009 indikerer ligeledes, at disse kvinder har større risiko for indgreb under fødslen. Studiet indikerer, at voldtægtsramte kvinder har en længere pressefase, hvilket fører til flere indgreb, herunder vacuumekstraktion eller sectio forløsning (Nerum et al. 2009:292). Ifølge en artikel fra Politiken er der en stor økonomisk fordel i at holde en fødsel så ukompliceret som muligt, da komplicerede fødsler er dyrere (Politikken 2013). På baggrund af dette, udleder vi at det også er et samfundsmæssigt problem, at kvinder der tidligere er blevet voldtaget, har mere komplicerede og derfor dyrere fødsler. Dette gør det ligeledes relevant, at vi som jordemødre er opmærksomme på denne problematik.

Vi er gennem vores kliniske uddannelse kun stødt på to kvinder, hvor vi havde kendskab til, at de tidligere havde været udsat for voldtægt. På baggrund af den viden vi har fået igennem DKR, formoder vi, at vi sandsynligvis har mødt flere, hvor vi ikke har kendt til tidligere overgreb. Vi mangler viden på området, da vi under vores uddannelse ikke har modtaget undervisning om kvinder, der har været udsat for voldtægt, og hvordan dette påvirker deres graviditet, fødsel og barsel. Dette anfægtes ligeledes i ”At blive mor”. Her citeres fra et bachelorprojekt fra 2005, hvor de studerende gør opmærksom på, at de ikke har modtaget undervisning om emnet, og de dermed ikke føler de kan yde den fornødne omsorg (Frandsen 2008:7) Vi deler samme mening 9 år senere.

Derfor er vores formål med dette projekt at få en dybere forståelse af problematikken omkring fødende kvinder, som har været udsat for voldtægt, samt hvordan jordemoderen kan håndtere dette.

Ovenstående leder os til følgende problemformulering

2. Problemformulering

Hvordan kan jordemoderen under fødslen støtte en kvinde, der tidligere har været udsat for voldtægt?

3. Afgrænsning

Vores projekt omhandler kvinder, der har været udsat for seksuelt overgreb i en voksen alder. Seksuelle overgreb i barndommen kan skabe andre sociale og psykologiske problemer, hvorfor vi har fravalgt dette. Ydermere har vi valgt at afgrænse os til fødslen og dermed ikke hjælpende indsatser før og efter fødslen. Vi anerkender dog, at indsatsen i hhv. graviditeten eller barselsperioden kan have effekt på kvindens oplevelse af fødslen. Vores fokus er på kvinden og hendes behov og afgrænser os fra partneren. Ovenstående afgrænsninger er valgt, da vi ønsker at koncentrere os om og gå i dybden med vores emne. Derudover er vores fokus førstegangsfødende, da disse ikke har fødsels erfaringer, som kan påvirke deres reaktion på fødslen.

Vi har i projektet valgt at afgrænse os til, at jordemoderen kender til voldtægten, når hun varetager kvindens fødselsforløb. Dette er valgt, da vi formoder, at uden den viden, ville jordemoderen ikke være opmærksom på, at hun skal yde en differentieret omsorg.

4. Begrebsdefinition

Voldtægt: Straffeloven definerer voldtægt som et tiltvunget samleje ved vold eller trusler om vold eller samleje ved anden ulovlig tvang med en person, der er i en tilstand eller situation, hvor offeret ikke er i stand til at modsætte sig (Straffeloven. LBK nr 871 af 04/07/14. Kapitel 24, § 216).

5. Metode

(Karina)

I det følgende afsnit vil vi først redegøre for vores videnskabsteoretiske overvejelser ift. projektet, søgestrategi samt begrunde vores valg af teori og empiri.

Dernæst følger en disposition over projektet.

5.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Vores projekt er humanistisk idet vi har fokus på den enkelte fødende og dennes fødselsoplevelse. Inden for humanismen vægtes mennesket som et individ, med egne tanker og følelser (Birkler 2010:93). Det er netop kvinden som individ, vi forsøger at forstå og støtte under fødslen, og derfor er projektet skrevet på et humanistisk grundlag. Hermeneutik og fænomenologi er nogle af grundbegreberne i humanisme. Vi vil nedenfor kort redegøre for de to discipliner.

Hermeneutik udsprang som disciplin i middelalderen, men blev først udvidet til at indbefatte forståelse af mennesker og handlinger i romantikken (ibid:95). Hermeneutikken udfolder sig imellem den fortrolighed og fremmedhed vi som mennesker oplever, når vi konfronteres med nye oplysninger. Fortroligheden ligger i vores egne meninger og fordomme ift. emnet og fremmedheden i de meninger og fordomme, som modparten har. Hermeneutikken har ikke til opgave at give en måde eller metode, hvorpå vi opnår forståelse, men nærmere belyse de betingelser, hvorunder forståelsen opstår (Gadamer 2004:281).

Fænomenologien lægger sig op ad hermeneutikken som en form for søster disciplin. Fænomenologien beskæftiger sig med forståelse af *det andet menneske* og det bevidsthedsindhold, som denne besidder (Birkler 2010:103). Så sat lidt på spidsen, beskæftiger hermeneutikken sig med forståelse mellem to mennesker, hvorimod fænomenologien beskæftiger sig med forståelse af *det andet menneskes* bevidsthedsindhold.

Hermeneutikken og fænomenologien vil blive uddybet i vores præsentation af teorien. Idet vi søger forståelse for den enkelte kvindes oplevelse af fødslen, anvender vi hermeneutikken og fænomenologien som en del af vores teori. Dette udgør derfor en stor del af projektet.

Vi vil nu redegøre for vores egen forforståelse ift. projektet. Hans-Georg Gadamer siger om forforståelse: "*Forudindtagethed betyder [...] blot en individuel barriere for forståelsen: Den ensidige forkærlighed for det, der ligger inden for ens egen tankesfære*" (Gadamer 2004:265). Altså kan den forforståelse vi har, være en barriere for at opnå forståelse for det vi fortolker. Det er derfor vigtigt at være sin egen forforståelse bevidst, så barrieren mindskes, og så vi ikke bevidst overser dét, der ikke stemmer overens med vores forforståelse (ibid:256). Vi går ind til dette projekt med

den forforståelse, at kvinder, der tidligere har været offer for voldtægt, har særlige behov under en fødsel. Ligeledes er det vores forforståelse, at jordemoderen kan imødekomme disse behov og støtte kvinden under fødslen. Vi er bevidste om denne forforståelse og, at det kan afspejles i vores forsøg på, at besvare problemformuleringen.

5.2 Søgestrategi

(Trine)

Vores mål med søgningerne efter litteratur var, at finde artikler, der kunne give os forståelse for voldtægtsramte kvinders oplevelser af fødslen. Vores udgangspunkt for søgningen var, at det skulle være kvalitative studier, da man i kvalitative studier har fokus på oplevelser og erfaringer (Malterud 2011:27). Vores kriterier for empirien var overførbare til Danmark. Derfor afgrænsede vi søgningen til Europa, primært Skandinavien og England. Sproget skulle være enten dansk, engelsk eller norsk, og artiklen måtte ikke være ældre end ti år.

Vi begyndte søgningen i Cinahl, som er en international sundhedsfagligdatabase, da man her, overvejende finder kvalitativ litteratur. Vi anvendte Cinahl Headings, som er en database med kontrollerede emneord (UC Syddanmark Biblioteket 2011). Vi fandt herved artiklen: "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study", som vi har valgt til at være vores primære empiri i projektet.

For at udvide vores søgning, søgte vi ligeledes på PsykINFO, som er en engelsksproget international database indenfor adfærdsvidenskab og psykisk sundhed. Vi benyttede os af Thesaurus, som er en database, der indeholder kontrollerede emneord (UC Syddanmark Biblioteket 2012). I søgningen på PsykINFO fandt vi vores allerede valgte empiri fra Cinahl.

De anvendte søgeord i Cinahl og Pubmed er præsenteret i søgeprotokollen.

I afsøgningen af vores emne, blev vi bekendt med rapporten "At blive mor", omhandlende seksuelt misbrugte kvinder. Rapporten er udgivet af Servicestyrelsen og udgør en del af pensummet til sexologi kurset, som afholdes på det 13. modul på jordemoderuddannelsen i Esbjerg. Rapporten anvendes som sekundær empiri i projektet.

5.3 Begrundelse for valg af teori

(Karina)

I de nedenstående afsnit vil vi begrunde vores valg af teori herunder hermeneutik og empowerment.

5.3.1 Hermeneutik

For at kunne belyse, hvordan jordemoderen kan støtte en voldtægtsramt kvinde under fødslen, vil vi først belyse, hvordan jordemoderen kan opnå forståelse for denne kvinde. Dette gør vi fordi vi mener, at jordemoderen må forstå kvinden, inden hun kan støtte hende. Som nævnt under "Videnskabsteoretiske overvejelser", har hermeneutikken ikke til formål at give en metode til at opnå forståelse, men at belyse de betingelser forståelsen opstår under (Gadamer 2004:281). Vi må derfor først belyse de betingelser, hvorunder kvinden og jordemoderen kan opnå en fælles forståelse. Til dette anvender vi hermeneutikken og fænomenologien, idet disse teorier netop kan belyse forståelsens betingelser.

Vi har valgt at anvende Hans-Georg Gadamers bog "Sandhed og metode" fra 2004. Gadamer er uddannet i klassisk filologi og har en doktorgrad i filosofi. Hans teori er et af de vigtigste bidrag til den filosofiske hermeneutik (ibid:1).

Derudover anvender vi Jacob Birklers bog: "Videnskabsteori" fra 2010. Jacob Birkler er Cand. Mag. i filosofi og psykologi samt formand for Etisk Råd.

5.3.2 Empowerment

(Trine)

For at finde frem til, hvordan jordemoderen kan støtte den tidligere voldtagede kvinde under fødslen, har vi valgt at benytte begrebet empowerment.

I vores arbejde med empowerment, vil vi benytte bogen "Empowerment på dansk" af Maja Lundemark Andersen, Pernille Nørlund Brok og Henrik Mathiasen fra 2012. Alle tre forfattere er socialrådgivere. Målet med denne bog er at give den sundhedsprofessionelle en teoretisk referenceramme og konkrete anvisninger på, hvordan man kan arbejde med empowerment i forhold til patienter. Bogen er bygget op omkring en række projekter udført i Danmark af blandt andre to af bogens forfattere; Maja Lundemark Andersen og Pernille Nørlund Brok (Andersen et al. 2012:9). Bogen

henvender sig primært til social- og sundhedsvæsenet, dog kan alle med en professionel relation til andre mennesker bruge teorien (ibid:15).

Ifølge Andersen et al. opnås empowerment først, når det er udøvet på tre niveauer; individ, gruppe og lokalsamfund (ibid:107). Vi har dog valgt kun at beskæftige os med empowerment under fødslen og dermed på individniveau velvidende, at det kræver en større indsats for at opnå fuld empowerment. Vores mål er derfor ikke, at kvinden opnår fuld empowerment, men at belyse, hvordan jordemoderen kan støtte hende til empowerment på individniveau under fødslen.

På baggrund af ovenstående, finder vi det relevant at anvende teorien om empowerment til at belyse vores problemformulering.

5.4 Begrundelse for valg af empiri

(Stephanie)

I det følgende vil vi først præsentere og validere vores primære empiri. Dernæst præsenteres og valideres den sekundære empiri.

5.4.1 Primær empiri

For at kunne besvare problemformuleringen, vil vi undersøge, hvordan tidligere voldtægtsramte kvinder, oplever at være i fødsel. Til at belyse dette, vælger vi at bruge artiklen "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study" fra 2013 af Lotta Halvorsen, Hilde Nerum, Pål Øian og Tore Sørli. Denne artikel er valgt på den baggrund, at den bygger på en kvalitativ undersøgelse, hvor 4 norske læger og jordemødre interviewede 10 voldtægtsramte kvinder. Omdrejningspunktet i artiklen er de problemstillinger og oplevelser kvinderne havde under deres fødsel. Artiklen er derfor relevant, da den kan hjælpe til en bedre forståelse, af de følelser og tanker kvinden kan have under fødslen og dermed kan den bidrage til besvarelsen af vores problemformulering. Eftersom vores videnskabelige fokus i projektet humanistisk, er det relevant at benytte sig af en kvalitativ artikel, da denne form for empiri belyser de tanker og holdninger, som omhandler vores genstandsfelt. Artiklen vil blive præsenteret i et senere afsnit og herefter valideres den ud fra Marianne Lindahl og Carsten Bogh Juhls "Vurdering af kvalitative artikler" fra 2002. Vi vil bruge artiklen i vores analyse og diskussionsafsnit, hvorefter resultaterne inddrages i konklusionen.

5.4.2 Sekundær empiri

(Karina)

Som sekundær empiri har vi valgt rapporten: "At blive mor" fra 2008 af Luise Moustgaard Frandsen, udgivet af servicestyrelsen.

Rapporten er skrevet på baggrund af kvalitative interviews med 11 kvinder, der er blevet misbrugt i barndommen (Frandsen 2008:5). Dog peger forfatteren på, at de følelsesmæssige reaktioner disse kvinder oplever under graviditet, fødsel og barsel, også kan forekomme hos kvinder der er blevet seksuelt krænket som voksne (ibid:6).

Formålet med rapporten er at belyse, hvilke problemer seksuelt misbrugte kvinder, oplever under processen at blive mor. Ligeledes er formålet med rapporten at klargøre, hvordan graviditet, fødsel og barsel kan vendes fra problemfyldte, til overvejende positive begivenheder.

På baggrund af dette, finder vi rapporten anvendelig som supplement til vores primære empiri og til besvarelse af vores problemformulering.

5.5 Disposition

(Stephanie)

Først præsenteres vores valgte teori. Afsnittes indledes med hermeneutikken og afsluttes med empowerment. Dernæst følger en præsentation af vores primære empiri og en validering af denne. Herefter følger en præsentation af vores sekundære empiri og en metodekritisk gennemgang af denne.

Herefter kommer analysen. Analysen er delt op i to afsnit: *Forståelsens betingelser* og *Støtte igennem empowerment*. I første afsnit analyseres vores empiri op imod hermeneutikken. De fund vi gør i første del, inddrages i anden del af analysen, hvor vi analyserer vores empiri op imod empowerment.

Dernæst følger diskussionen, hvor vi diskuterer de fund vi har gjort i analysen med inddragelse af vores sekundære empiri samt vores valg af metode, empiri og teori.

Vi vil løbende inddrage lovstof, hvor det er relevant i projektet.

Ovenstående leder til en konklusion og besvarelse af problemformulering.

Afsluttende vil vi perspektivere ift. projektets relevans for klinisk praksis.

6. Præsentation af teori

(Karina)

I dette afsnit vil vi præsentere vores valgte teori. Først præsenterer vi hermeneutikken, hvortil vi anvender Hans-Georg Gadammers bog "Sandhed og metode" fra 2004 samt Jacob Birklers bog "Videnskabsteori" fra 2010. Vi har primært fokus på hermeneutikken, omend fænomenologien inddrages kort.

Dernæst præsenterer vi empowerment, hvortil vi har brugt "Empowerment på dansk" af Maja Lundemark Andersen, Pernille Nørlund Brok og Henrik Mathiasen fra 2012.

6.1 Hermeneutik

Med et humanistisk menneskesyn, søges det at opnå forståelse for et menneskes handlinger og følelser. Hvert menneske vægtes som et individ med egne følelser og tanker (Birkler 2010:93).

Hvert menneske har sin egen bevidsthed, som det oplever verden ud fra. Dette kaldes inden for fænomenologien for "menneskets livsverden" (ibid:105). I individets livsverden kan nogle ting være selvsagte, selvom de ikke er det for andre. En sygdom kan f.eks. give et menneske et andet syn på verden udenom end det syn, raske menneskers har. Men for individet er det syn på verden selvsagt, fordi det er sådan det forholder sig i hans/hendes livsverden. Som mennesker relaterer vi os til verden udenfor, før vi forholder os til den. Dvs. at vi lever i den og relaterer os til den ubevidst, indtil vi bliver forstyrret og dermed må forholde os til den. Dette kan ske ved, at mennesket må besvare spørgsmål om dets handlinger, som han/hun så pludselig må forholde sig til (ibid:106).

For at kunne forstå et udsagn, må modtageren gøre sig sin egen forforståelse bevidst, idet dette kan påvirke forståelsen. Forforståelsen udspringer af hermeneutikken, og er det, der kommer før selve forståelsen. Vi modtager/gør alt med en forventning eller mening. Det vil sige, at to mennesker ikke nødvendigvis fortolker det samme udsagn ens (ibid:96). Når det ønskes at forstå en tekst eller et udsagn, må man være indstillet på at lade ordene komme til sin ret, og ikke hårdnakket overhøre dem, så de bedre tilpasses ens egen mening eller forforståelse. Ligeledes er det vigtigt at være sin egen forforståelse bevidst, så forskelligheden i det der fortolkes, bliver mere klar. Herved får

udsagnet/teksten mulighed for at blive udspillet mod fortolkerens egen forforståelse (Gadamer 2004:256).

Vores forforståelse opstår på baggrund af vores fordomme. Ordet "fordom" betyder "ubetinget dom" og blev brugt i oplysningstiden i retsligt øjemed, når en anklaget fik en foreløbig dom, inden den endelige blev afsagt. Derved har ordet "fordom" fået en negativ klang, men en fordom kan dog både være af negativ og positiv karakter (ibid:258).

For at nærme sig forståelsen, må forforståelsen enten be- eller afkræftes. Dette sker hver gang noget enten er, eller ikke er som vi forventer. Hver gang vores forforståelse be- eller afkræftes, skabes en delforståelse, som så slutter sig til den samlede forståelse. Altså består forståelsen da af både forforståelse og den nye delforståelse. Dette resulterer i en bredere forståelse. Jo mere noget undersøges, jo flere delforståelser opstår og jo bredere bliver den samlede forståelse. Dette kaldes også den hermeneutiske cirkel, og er et redskab til at opnå en fælles forståelse mellem informant og modtager (Birkler 2010:100). Gadamer siger med andre ord: "*Man skal forstå helheden ud fra delene og delene ud fra helheden*" (Gadamer 2004:277). Et kriterie for forståelsens rigtighed er, at enhver ny del der opstår, skal stemme overens med den nye og bredere helhed. Stemmer en ny del ikke overens med helheden, har forståelsen slået fejl (ibid). Det handler altså ikke om at arbejde imod sin forforståelse, men rettere arbejde med den (Birkler 2010:102).

Den ovenstående proces kaldes også horisontsammensmeltning. Hvert menneske har sit eget synsfelt, sin egen metaforiske horisont. Denne dannes ud fra erfaringer og meninger/forforståelse. Når to mennesker bestræber sig på at forstå hinanden, vil deres egne meninger blive belyst, hvilket vil lede til en bredere horisont. De nye oplysninger fra modparten vil også lede til en bredere horisont, og de to individuelle horisonter vil nærme sig hinanden. Forståelsen opstår da, når to individuelle horisonter endeligt møder hinanden (Gadamer 2004:291).

Vi kan dog godt, som mennesker, tilsidesætte vores egen forforståelse, hvis vi mener at informanten "ved bedre". Vi vil have en mening om det aktuelle emne, men hvis indholdet i de informationer vi får, synes at være tilfredsstillende, er det ikke

nødvendigt at betvivle informanten, og vi godtager derfor informationerne som korrekte. Gadamer bruger eksemplet med en journalist. Fordi journalisten har været til stede i en given situation, går vi ud fra at denne ved bedre og godtager derfor oplysningerne som sande. Det er således først, når det oplyste ikke betragtes som sandheden ift. vores egen opfattelse, at vi bestræber os på at forstå det oplyste som ”en andens mening” (ibid:280).

Når vi bestræber os på at forstå et andet menneske er kommunikationen et grundvilkår. Her taler vi om dialog, frem for monolog. Det er vigtigt, at både informant og modtager ikke bestræber sig på ”at få ret”. Ingen af dem har patent på sandheden. Ligeledes kan ingen af dem overtage modpartens forståelse af et givent objekt. I hermeneutisk optik vil dialogen kunne mindske parternes forståelsesmæssige modsætninger og derved opnå forståelse for hinanden. Sagt med andre ord, når vi ikke forstår et andet menneske, vil vi automatisk få det vi ikke forstår, til at give mening ud fra vores egen forforståelse. Igennem dialogen kan dette be- eller afkræftes, således at delforståelsen opstår og forståelsen bliver bredere. Og som nævnt tidligere, jo mere vi undersøger det vi ikke forstår ved det andet menneske, jo flere delforståelser vil der opstå. Denne proces kan ultimativt lede til en forståelse for hinanden eller en form for fælles forståelse, hvorfra ny viden kan skabes (Birkler 2010:102).

6.2 Empowerment

(Trine)

I det følgende afsnit præsenteres vores valgte teori om empowerment. Som nævnt i vores begrundelse for valg af teori, bruger vi bogen ”Empowerment på dansk” af Andersen et al. fra 2012.

Empowerment begrebet er et forholdsvist nyt begreb og kan være svært at oversætte direkte til dansk. Paolo Freire var en brasiliansk lærer, hvis frigørende pædagogik fra 1950’erne ligger til grund for den teoretiske forforståelse i empowerment. Han underviste ”de undertrykte” med afsæt i deres egne erfaringer, og gennem dialog opstod en bevidsthed om og indsigt i de undertrykkende forhold, og de erfaringer ”de undertrykte” havde gjort sig (Høyer & Hamre 2008:252). For at undervisningen skulle være frigørende, måtte den tage udgangspunkt i ”de undertryktes” erfaringer. Herefter kunne undervisningen blive relevant og ”[...] være en forudsætning for frigørende handlestrategier under de undertrykkende livsvilkår” (ibid:252-253).

”Empowerment kan defineres som at opnå kontrol over eget liv. Det vil sige at opnå kontrol over de kritiske og afgørende faktorer, der holder mennesker fast i undertrykkelse eller afmagt, hvis de ikke selv har kontrollen” (Andersen et al. 2012:14).

Empowerment er således en metode, hvorpå den sundhedsprofessionelle kan hjælpe individet i at opnå kontrol og ledelse over sit liv. Dette sker igennem samtale. I samtalen skal den sundhedsprofessionelle klarlægge, hvilke forandringer patienten ønsker og støtte hende i disse; stille simple spørgsmål uden at antage eller formode noget; give magten fra sig og ikke holde oplysninger tilbage; opmærksomhed på detaljer, som er vigtige for brugeren (ibid:165).

Ofte bliver begrebet forbundet med resourcesvage mennesker, der befinder sig i en form for hjælpeløshed i forhold til deres livssituation. Denne hjælpeløshed kan forstærkes i mødet med sundhedsprofessionelle, hvis denne begrænser patientens mulighed for selv at tage ansvar og kontrol over sit eget liv og livssituation (ibid:14-15). Da empowerment bygger på troen på individets ønske om kontrol og ansvar for eget liv, kræver empowerment et humanistisk menneskesyn, der forudsætter, at mennesket opfattes som et frit, men ansvarligt individ (ibid:96-97).

6.2.1 Magt

Den sundhedsprofessionelle vil, om man vil det eller ej, altid udstråle en form for magt. Den sundhedsprofessionelle har på grund af sin profession en autoritet, der bevirker en magtfuld position med myndighedsudøvelse og kontrol. Det kan derfor til tider være svært at arbejde empowermentorienteret. Når man arbejder med empowerment som sundhedsprofessionel, skal den magt, man besidder, bruges til at vejlede patienten til selv at tage magten og kontrollen (ibid:60). At afgive en reel magt er nødvendigt, før der er tale om empowerment (ibid:62). For at forstå sin rolle og funktion, må den sundhedsprofessionelle selv gennemgå en empowermentproces. Man skal gøre sig klart, om man ser sig som “velgører” eller som “formidler af viden og indehaver af magt, som man kan dele med en patient”. En sundhedsprofessionel “velgører” definerer, hvad patienten har brug for i stedet for at lytte til patientens egentlige behov (ibid:62-63).

At have en magtfuld position i form af sin autoritet f.eks. som jordemoder, kan skabe en følelse af afmagt eller magtesløshed i situationer, hvor f.eks. patienten ikke vil lukke den sundhedsprofessionelle ind eller ikke vil tage imod gode råd og vejledning. Hvis den sundhedsprofessionelle samtidig ser sig selv som ”velgører”, kan hun komme til at

bruge sin magtposition til at påføre patienten, den sundhedsprofessionelles egen følelse af magtesløshed (ibid:63).

Som nævnt i afsnittet ”Begrundelse for teori” foregår empowerment på tre niveauer; individ, gruppe og samfund. På individniveauet er det målet, at patienten opnår magten over sit eget liv, så patienten selv kan kontrollere og udføre dét, denne ønsker med sit liv. På gruppeniveauet er målet at opnå kompetence til at indgå i en grupperelation, at kunne udvikle dialektikken i en gruppe og at kunne skabe og styrke socialt støttende netværk. Målet med samfunds niveauet er, at patienten bliver i stand til at sige sin mening og tale andres sag, at forlange og forvente indflydelse og respekt, og at kæmpe mod ulighed og for større social retfærdighed. På alle niveauer handler det om at skabe styrke, kraft og magt, hvor styrke menes som den individuelle udvikling af kapacitet, kraft er de færdigheder og kompetencer, der skal til for at gennemføre handlinger og forandringer, og magt skal forstås som kontrol over eget liv og skæbne. Styrke, kraft og magt vil kunne skabes på samme tid i det empowermentorienterede arbejde (ibid:69-70).

Empowerment er både følelse og handling. Det vil sige, hvis man kun har opnået følelsen, oplevelsen eller fornemmelsen af større kontrol over eget liv, er der ikke tale om empowerment. Følelse, oplevelse og fornemmelse skal kobles sammen og udmunde i konkrete handlinger, før der er tale om empowerment. De tre elementer skal altså formes til opbygning og udvikling af kompetence, færdigheder og mod, der så benyttes til handling (ibid:71-72).

6.2.2 Den professionelle værdier

(Stephanie)

Den sundhedsprofessionelle har en stor viden om sit fag, som selvfølgelig er vigtig i arbejdet med patienten. Men bag enhver sundhedsprofessionel ligger også en personlighed med sit eget menneskesyn og holdninger. Et af de vigtigste redskaber i det professionelle arbejde med patienten er kombinationen af den faglige viden og personligheden, den professionelle besidder. Derfor er det vigtigt, at den professionelle forholder sig til sine værdier og menneskesyn og dette især i forhold til empowermentorienteret arbejde (ibid:95). Der skal være et ligeværdigt samarbejde mellem den professionelle og patienten, der bygger på gensidig tillid. Dette skal opbygges og kræver at den professionelle skaber åbne rammer. Ved at møde patienten

med ægte respekt, kan der arbejdes med åben kommunikation, hvor også tabubelagte emner kan tages op. Empowerment kan ikke ske uden en personlig dimension fra den professionelles side. Dette betyder "[...] at de i samarbejde skal bidrage med erfaringer, viden og kundskaber fra deres eget liv" (ibid:152). Den professionelle og patienten skal ikke opbygge et venskab, men et tillidsbånd.

7. Præsentation af empiri

(Stephanie)

I dette afsnit præsenteres og valideres først vores primære empiri og dernæst den sekundære empiri.

7.1 Primær empiri

Vi har valgt at bruge artiklen "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study" af Halvorsen et al. Artiklen er et resultat af en undersøgelse med det formål at undersøge og belyse, hvordan tidligere voldtægtsramte kvinder oplever at være førstegangsfødende og hvilken fødselshjælp de anbefaler til kvinder med voldtægt i bagagen. (Halvorsen et al. 2013:183)

Artiklen er lavet på baggrund af et kvalitativt studie med semistrukturerede interviews, hvor 10 tidligere voldtægtsramte kvinder blev interviewet. Undersøgelsen stammer fra Norge og er lavet af læger og jordemødre. Resultatet af interviewene gav et hovedemne, som er *Tilbage i voldtægten* som afføder to underemner; *Reaktivering af voldtægten* og *Retraumatisering efter fødslen* (ibid:184).

Hvert af disse to underemner afføder yderligere underemner og disse vil blive gennemgået i det følgende.

7.1.1 Reaktivering af voldtægten

(Karina)

Alle informanterne i undersøgelsen fortalte, at de havde en stærk følelse af at være tilbage i voldtægten, da de var i fødslen. Denne følelse gjorde sig gældende uanset fødselsmetode. Informanterne beskrev, at de under fødslen skiftede mellem at være tilbage i voldtægten og at være i fødslen (ibid).

7.1.1.1 Kamp

Nogle af informanterne beskriver denne kamp, som en indre kamp med deres egne behov mod afdelingens procedurer. Hvis jordemoderen rørte ved kvinden uden, at

kvinden forstod hensigten med berøringen, ville kvinden forsøge at beskytte sig selv ved fx at dække sig til. En kvinde beskrev det således: "[...] *felt he just broke my legs apart, and right in and just go ahead and chek me*" (ibid:185). Kvinderne følte, at de var tilbage i voldtægten, når de var tvunget til at være i stillinger, som de fandt ubehagelige. Det kunne f.eks være, når der skulle udføres vaginaleksploration. Nogle af kvinderne gav udtryk for, at de ikke altid havde forståelse for, hvorfor denne skulle udføres, men forsøgte at berolige sig selv med, at det var nødvendigt. Med tiden ville kvinden opgive kampen og overgive sig og gøre som jordemoderen sagde. Dette leder til næste underemne (ibid).

7.1.1.2 Overgivelse

Kvinderne følte, at deres psykiske og fysiske behov var blevet overset, hvilket medførte, at de med tiden gav op og lod sig dominere sig af jordemoderen. Denne overgivelse gjorde, at kvinderne følte et nederlag og ikke kunne klare fødslen og de følte at deres krop havde svigtet dem. Overgivelsen under fødslen tvang kvinderne til at flygte fra deres krop. Heraf kommer det næste underemne (ibid).

7.1.1.3 Flugt

Når kvinderne ikke ser anden udvej end at overgive sig og flygte ud fra deres egen krop, er de igen tilbage i voldtægten, hvor den eneste måde, hvorpå de kan komme igennem det, er ved at give slip. "*I left my body, like when I was raped. I did not know where I was, if I was above myself looking down.*" (ibid). Kvinderne beskriver, at deres krop var som et hylster, og at de så på sig selv fra foroven (ibid:185-186).

Kvinderne beskrev, at de blev behandlet som et passivt objekt og ikke som en deltager i fødslen. En kvinde udtaler: "*I was stuck in the bed, they could do what they wanted with me*" (ibid).

Deres intention var at samarbejde med jordemoderen, men dette viste sig med tiden at være en umulig opgave (ibid:186).

Efter fødslen var kvinderne i samme tilstand som de var i efter voldtægten, heraf kommer andet underemne.

7.1.2 Retraumatisering

(Stephanie)

Undersøgelsen viste, at kvinderne indtil nu havde forsøgt at glemme den voldtægt de havde været udsat for. I graviditeten havde kvinderne tænkt at voldtægten kunne have indflydelse på fødslen, men denne tanke blev negligeret, da kvinderne var overbeviste, om at det ikke ville have stor betydning, da fødslen var en helt anden situation. Kvinderne oplevede dog efter fødslen, at de benyttede sig af samme forsvarsmekanismer og reaktionsmønstre, som de benyttede efter voldtægten (ibid).

7.1.2.1 Objektiviseret

Under fødslen havde kvinderne forsøgt at kommunikere med jordemoderen ved hjælp af kropssprog, men dette blev overset. Kvinderne havde følt det, som de ikke var til stede på stuen, og at de blev anset som "fødselsmaskiner". En kvinde beskriver det således: "[...] *the midwife did not talk to me, did not address me-and that I was not allowed to be involved*" (ibid). Kvinderne følte sig objektiviseret og de skammede sig over at have ladet det ske, ligesom de skammede sig over at have ladet voldtægten ske (ibid).

7.1.2.2 Uren

Mange af kvinderne havde efter fødslen følt sig beskidte på grund af alle de hænder, der havde berørt dem under fødslen. Mange af kvinderne følte en stor trang til at vaske sig, så disse hænder kunne blive vasket af igen. En kvinde udtaler: "*Everything had to be washed away, sweat, blood, filth, bits of tape, and most important, hands. All the hands that had been there, had to go.*" (ibid:186). Denne urene følelse var vedvarende og varede langt ind i puerperiet. Kvinderne havde svært ved at acceptere deres egen krop, hvilket gjorde det svært for dem at udføre normale opgaver som mor (ibid).

7.1.2.3 Fremmed krop

Den fremmede krop forstås på den måde, at kvinderne følte at visse kropsdele ikke var deres. Dette skyldtes den måde, de blev håndteret på under fødslen. En af kvinderne beskrev at hun hadede sin krop. Hun gav udtryk for, at der var hende og så var der kroppen. Disse to elementer er ikke forbundet efter fødslen (ibid:186-187). Kvinden udtaler: "*I hate my body, thinking of myself as one thing, my body as something else, and we are not working together*" (ibid).

Undersøgelsen viste, at den dominerende følelse kvinderne havde efter fødslen var en stor skam. Denne skam skyldtes at de følte endnu engang at have tilladt, at deres krop var blevet misbrugt, og at de ikke havde været i stand til at forhindre det. De var flove over, at de ikke havde været i stand til at samarbejde med jordemoderen. Skammen over ikke at have levet op til, at de som kvinder skulle kunne føde et barn og derefter fungere som mor, var noget der fulgte dem i eftertiden. Denne skam fik dem til at føle sig uduelige og ubrugelige (ibid:187).

I det ovenstående er der redegjort for, hvordan fødslen påvirker de voldtægtsramte kvinder og i det næste vil vi uddybe, hvilken fødselshjælp disse kvinder anbefaler.

For at kunne give en voldtægtsramt kvinde den bedste fødselshjælp, er det ifølge kvinderne i studiet vigtigt, at de, som fødende, bliver set, involveret i beslutninger og tiltalt direkte (ibid:188-189). For at undgå at man overskrider deres grænse med hensyn til berøring, f.eks. i forbindelse med indgreb mv., er det vigtigt, at man forbereder kvinden på, hvad der skal ske, og at man giver hende den tid, hun har behov for, så hun på den måde er klar til at samarbejde (ibid:189). Derudover foreslår kvinderne så få vaginaleksplorationer som muligt. Undersøgelsen viste, at kvinderne havde behov for hjælp til at forblive tilstede i nuet og i fødslen og for ikke at give op og flygte fra deres krop. For at hjælpe kvinden med dette må fødselshjælperen blandt andet vide, hvilke dele af fødslen, der kan minde kvinden om voldtægten (ibid). Dette kompliceres dog af, at jordemoderen ofte ikke kender til kvindens historie, og at kvinden ikke havde forestillet sig, at voldtægten ville have betydning i fødselssituationen (ibid). Forskerne redegør for, at voldtægt er et emne, der er fyldt med skam for kvinderne, og derfor er det tabubelagt. Det kan derfor være svært både for kvinden og for jordemoderen at tale om emnet, f.eks. i konsultationen. Herunder kan det fra jordemoderens side også skyldes, at hun ikke føler sig rustet til at rumme kvindens historie. Jordemoderen er derfor bange for, at samtalen vil efterlade kvinden med noget uforløst (ibid). For at hjælpe kvinden med at være fysisk og mentalt tilstede i fødslen, hjælper det hende, hvis hun kommer op at stå, så hun har fast grund under fødderne (ibid:188).

Nogle andre råd, kvinderne giver er, at man som jordemoder ikke skal tale om voldtægten under fødslen (ibid).

Undersøgelsen viste, at smertelindring i form af en epiduralblokade, lattergas eller morfinpræparater kan gøre, at kvinden bliver følelsesløs eller svimmel og ikke føler, at hun er i kontrol og kan dermed minde hende om voldtægten (ibid).

Ydermere anbefaler kvinderne, at der udvises tålmodighed, og at stemningen er rolig. Det er derudover vigtigt, at der er så få nye mennesker på stuen som muligt (ibid). Efter fødslen skal jordemoderen have forståelse for, at kvinden har behov for at vaske sig (ibid). For at afrunde fødselsforløbet, anbefaler kvinderne, at der bliver afholdt en efterfødselssamtale, hvor de involverede fra forløbet deltager (ibid).

I det foregående afsnit er artiklen "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study" blevet præsenteret. De centrale dele er redegjort for og vil senere blive brugt i vores analyse. I næste afsnit vil vi validere artiklen.

7.2 Validering af primær empiri

(Karina)

I dette afsnit vil vi metodekritisk gennemgå vores valgte empiri. Til dette har vi valgt at anvende publikationen "Vurdering af kvalitative artikler" fra 2002 af Marianne Lindahl og Carsten Bøgh Juhl.

7.2.1 Intern validitet

Ifølge Lindahl og Juhl skal baggrund, formål, forskningsspørgsmål og forskernes forforståelse være velbeskrevet (Lindahl og Juhl 2002:17). Artiklens formål og forskningsspørgsmål er tydeligt beskrevet. Formålet er, at undersøge førstegangsfødendes oplevelse af fødslen, når de tidligere i deres voksne liv, har været udsat for voldtægt. Forskerne definerer det "voksne liv" som værende 16 år og op efter. Forskningsspørgsmålet er, hvilken særlig omsorg disse kvinder synes er god under fødslen. Baggrunden for artiklen er manglende litteratur på området og deres egen erfaring med kvinder, der har været udsat for seksuelt overgreb. Ovenstående højner validiteten.

Deres forforståelse står ikke direkte beskrevet, men kan udledes af teksten. De fire forfattere består af to læger samt to jordemødre. De skriver, at de i deres kliniske virke har vejledt kvinder, der er blevet voldtaget, og at disse kvinder har beskrevet den behandling, de fik under deres fødsel, som nye overgreb. Dette kan skabe den

forforståelse, at kvinder, der er blevet voldtaget, oplever diverse indgreb under fødslen, som overgreb. Med dette kan dannes den forforståelse, at disse kvinder har brug for særlig/anderledes behandling under fødslen end kvinder, der ikke har været udsat for voldtægt. Dog sænker det validiteten, at forskernes forforståelse ikke er redegjort for.

Metoden hvormed informanterne er udvalgt og data er indsamlet skal være tydeligt beskrevet (ibid:18). De opsatte kriterier for informantudvælgelse er der redegjort for. Dette inkluderer bl.a. at kvinderne var nullipara ved voldtægten, og at de sundhedsprofessionelle ikke kendte til voldtægten da de udøvede fødselshjælp for kvinderne. Det er beskrevet, hvor informanterne er fundet, hvordan disse er blevet kontaktet, og hvor mange der ultimativt deltog i undersøgelsen. Dette højner validiteten.

Antallet af informanter er underordnet for studiets validitet, så længe der opnås datamætning, altså at der på et givent tidspunkt ikke opstår flere nye temaer (ibid). Forskerne i vores valgte artikel, har ikke redegjort for opnåelse af datamætning, hvilket sænker studiets validitet.

Til indsamling af data har de valgt at anvende semi-strukturerede interviews. De angiver at have anvendt "Kvale's principles" som gør samtalen til en dialog fremfor, at informanterne udelukkende besvarer spørgsmål. Dog havde forskerne forberedt forskellige temaer, som skulle berøres under hvert interview. Interviewene er udført i perioden 2009-2010 af to af forskerne, som har erfaring med at tale med kvinder om ømfindige emner. Længde og omgivelserne for interviewene er der redegjort for. Alle interviews er blevet lydoptaget og efterfølgende transskriberet af én af forskerne samt en ekstern person, som ingen forbindelse har til undersøgelsen. At dataindsamlingen er så velbeskrevet, højner ligeledes validiteten (ibid).

Der skal redegøres fyldestgørende for metoden, der er anvendt til databearbejdning (ibid:19). Det beskrives i artiklen, at al data analyse er sket manuelt. De to forfattere, der også udførte interviewene, behandlede først materialet alene, hvorefter de to medforfattere deltog i yderligere analyse for at opnå fælles forståelse for materialet. Altså var der forskertrianglering. Da studiets fokus er fødselsoplevelser og gode råd til omsorg under fødslen, blev alt interviewmateriale, der ikke omhandlede dette, sorteret fra. Det er angivet, hvor mange ord de ubearbejdede interviews indeholdt, og hvor

mange ord det relevante materiale indeholdt. Efter gentagen gennemlæsning af materiale, blev dette kondenseret og tematiseret. Ovenstående højner validiteten, idet metoden for databearbejdning er beskrevet fyldestgørende.

Artiklens resultater er fremlagt overskueligt og struktureret i temaer. Resultaterne er formuleret, så det klart fremgår, at der kun refereres til informanterne og ikke lignende kvinder generelt. Der er anvendt relevante og præcise citater til at understøtte teksten og resultaterne. Dette højner validiteten, idet studiets resultater må være overskueligt præsenteret, gerne med relevante citater (ibid:20).

Diskussionen indledes gerne med en opsummering af resultaterne, som sættes op imod den teoretiske referenceramme (ibid). Dette gøres i studiet, hvilket højner validiteten. I diskussionen belyser forskerne desuden, artiklens styrker og svagheder. Forskerne peger selv på den svaghed, at ikke alle kvinder var førstegangsfødende, da de blev interviewet, men havde fået flere børn. Forskerne angiver, at dette kan påvirke fødselserindringen fra første fødsel.

Forskerne nævner, at mere viden om fødselshjælpernes oplevelse, vil være gavnligt for at forstå, hvordan kvinden og hjælperen interagerer. Dette viser objektivitet, hvilket højner et studies validitet (ibid).

7.2.2 Ekstern validitet

(Trine)

Artiklen er udgivet i 2013 og er derfor nutidig og aktuel. Vi finder den overførbart til Danmark, idet den er lavet i Norge. Dette mener vi, højner den eksterne validitet.

Informanterne er fundet gennem en antenatal klinik på University Hospital of Northern Norway, hvor kvinderne er blevet henvist til pga. psykosociale problemer. De har her haft konsultationer hos et ”mental health team”. De psykosociale problemer er ikke uddybet, hvorfor vi ikke ved hvilken påvirkning disse har på dem. Dette mener vi, sænker validiteten, idet disse kvinder måske ikke er sammenlignelige med andre kvinder, der har været offer for voldtægt i deres voksne alder, inden deres første fødsel.

Der er en klar overvægt af styrker, hvorfor vi finder studiet validt og anvendeligt til besvarelse af vores problemformulering.

7.3 Præsentation af sekundær empiri

(Trine)

I dette afsnit præsenteres vores sekundære empiri ” At blive mor” af Luise Moustgaard Frandsen fra 2008.

Som nævnt i vores begrundelse for valg af den sekundære empiri, omhandler rapporten ”At blive mor” de problemstillinger seksuelt misbrugte kvinder kan opleve i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel. Derudover belyser rapporten, hvilken hjælp kvinderne har brug for, for at gøre deres graviditet, fødsel og barsel til positive oplevelser (Frandsen 2008:5). Kvinderne i rapporten blev udsat for seksuelle overgreb i barndommen. Dog, som også er nævnt i vores begrundelse for valget af denne empiri, menes det, at de følelsesmæssige reaktioner kvinderne oplever, også kan forekomme hos kvinder, der har været udsat for seksuelt overgreb som voksen (ibid:6).

Undersøgelsens resultater er præsenteret i to analysedele. I analysedel I belyses de følelsesmæssige problemer, kvinderne kan opleve i forhold til graviditet, fødsel og barsel. Analysedel II belyser de hjælpetiltag, kvinderne mener, vil kunne være medvirkende til at forebygge eller reducere problemerne (ibid:8). Da vi i vores projekt har valgt at begrænse os til fødselssituationen, vil vi udelukkende anvende undersøgelsens resultater for fødslen.

7.3.1 Analysedel I

Kvinderne i undersøgelsen har oplevet fødslen meget forskelligt, da de har haft meget forskellige fødsler. Dog var der særligt fire problemstillinger, der gjorde sig gældende under kvindernes fødsel; kontroltab, fødestillingen, flashback og kommunikation med sundhedspersonalet (ibid:23).

7.3.1.1 Kontroltab

Personer, der har været udsat for seksuelt overgreb, kan have et stort behov for kontrol, orden og forudsigelighed, da kontroltab kan reaktivere følelsen af usikkerhed og magtesløshed, som den misbrugte oplevede under overgrebet (ibid:23-24). Fødslen er en proces, som kvinden har meget lidt kontrol over. Derfor kan de kvinder, der har været seksuelt misbrugt, genopleve følelsen af usikkerhed og magtesløshed i fødselssituationen (ibid:24). Udover kontroltabet af kroppen, mister kvinden også kontrollen over sin adfærd (ibid). Mange kvinder, der har været udsat for seksuelt overgreb, forsøger med al deres magt at bevare kontrollen over deres følelser. Dette

betyder, at de sjældent viser glæde, sorg, nydelse eller smerte. De føler ikke, de kan tillade sig at give lyd fra sig eller vise tegn på smerte under fødslen. Hvis der alligevel skulle undslippe et skrig af smerte, kan det for kvinden føles som et bittert nederlag og tab af kontrol over egen krop. På grund af den manglende kontrol kan kvinderne føle, at deres krop svigter dem (ibid). En kvinde beskriver: ” *Under de første presseveer gispede jeg selvfølgelig, men presseveerne havde kontrol over min krop, og det var jo forfærdeligt, syntes jeg. Det mindede mig ligesom om noget, og jeg blev meget angst.* ” (ibid). Veerne vil komme uanset om kvinden ønsker det eller ej. Dette ligger uden for hendes kontrol, og hun føler dermed, at kroppen forråder hende (ibid).

7.3.1.2 Fødestilling

Mange af de interviewede kvinder gav udtryk for, at det var yderst ubehageligt at ligge ned under fødslen. En kvinde udtaler: ” *Det at jeg lægger mig ned og får de der voldsomme veer, det er simpelthen ligesom et overgreb. Jeg skal op og stå eller op og sidde, så kan jeg klare det.* ” (ibid:25). Kvinden beskriver ubehag ved en liggende stilling formentlig på grund af, at de overgreb hun var udsat for, foregik da hun lå ned. Samtidig oplevede hun intens smerte fra veerne, som også mindede om smerterne fra overgrebene (ibid). Flere af kvinderne oplevede denne ubehag ved liggende fødestilling.

7.3.1.3 Flashback

Flashback er en genoplevelse af en oplevelse tidligere i livet, hvilket kan være meget ubehageligt. Det kan derfor virke retraumatiserende, da kroppen muligvis ikke kan rumme følelserne i den givne situation (ibid). Under fødslen oplevede nogle af de interviewede kvinder flashbacks til de seksuelle overgreb, de blev udsat for, men som de har forsøgt at fortrænge. I den forbindelse følte de magtesløshed, som fyldte hele deres bevidsthed, og følelsen af at kunne håndtere fødslen forsvandt (ibid:26). Hvis kvinden har oplevet seksuelt misbrug i form af fuldbyrdet samleje, kan hun i særlig grad få flashbacks til overgrebet under pressefasen. Dette kan medføre, at kvinden mentalt forlader sin krop for at kunne håndtere situationen (ibid). En kvinde beskriver: ” *Jeg kan næsten ikke forestille mig, at jeg kunne have født den naturlige vej og så stadigvæk have bevaret mine fortrængninger.* ” (ibid). Ofte har seksuelt misbrugte ikke en bevidst erindring om overgrebet, da en normal forsvarsmekanisme er at fortrænge oplevelsen. Dog vil erindringen være ubevidst i kroppen, og kan derfor blive bevidstgjort under fødslen. Dette kan have en negativ påvirkning på fødslen (ibid).

7.3.1.4 Kommunikation med sundhedspersonale

Nogle af de interviewede kvinder oplevede, at kommunikationen med sundhedspersonalet ikke var optimal. Dette skyldes, at kvinderne ikke har følt sig set, hørt eller forstået af sundhedspersonalet. En kvinde beskriver: *"En af de ting, jeg kan se, er, at jeg ikke beder om hjælp. Jeg siger ikke, jeg har ondt."* (ibid:28). Kvinder, der har været udsat for seksuelt misbrug, undlader ofte at bede om hjælp, når de føler smerte. Dette kan være en hindring for en god kommunikation mellem kvinden og sundhedspersonalet (ibid). At kvinden ikke selv giver udtryk for sine smerter, stiller store krav til sundhedspersonalet, da denne må læse kvindens kropssprog for at opdage, at kvinden er i store smerter. Hvis sundhedspersonalet ikke opdager dette og kvinden samtidig ikke giver udtryk for det, kan kvinden i sidste ende føle sig svigtet af sundhedspersonalet (ibid).

En kvinde i undersøgelsen gav udtryk for ikke at være blevet informeret tilstrækkeligt;

"Ikke én fortalte mig, hvad der skulle ske under fødslen. Der var endda to, der fik mig til at føle mig rigtig hysterisk, fordi jeg havde voldsomt ondt, og jeg fornemmede, der var noget galt. Men netop fordi det jo er autoriteter, der siger, hvordan, det skal være – sådan er det i mit hoved- så troede jeg selvfølgelig, at det var mig, der var noget galt med." (ibid).

Kvinder, der har været udsat for seksuelt misbrug, har ofte lavt selvværd, der kan medføre, at de undervurderer deres egen evne til at fornemme, hvad der foregår (ibid:29). I situationen ovenstående citat beskriver, var det sundhedspersonalet, der undervurderede kvindens indvendinger. Kvinden anså sundhedspersonalet som autoriteter, der ved bedst og rettede sig derfor efter dem. I arbejdet med kvinder, der har været udsat for seksuelt misbrug, er det vigtigt at sundhedspersonalet er opmærksomt på, at disse kvinder godt kan udholde smerte og ikke er vant til at bede om hjælp. Kommunikationen mellem sundhedspersonalet og den fødende kvinde er vigtigt for, at fødslen kan opleves som positivt (ibid).

7.3.2 Analysedel II

(Stephanie)

I denne analysedel beskrives hvilke hjælpetiltag de interviewede kvinder mener, kan være gavnlige i forbindelse med fødslen (ibid:52).

At sundhedspersonalet kontinuerligt informerer kvinden om, hvor hun er i fødslen og hvad, der kommer til at ske, kan være medvirkende til, at kvinden får en oplevelse af at have kontrol under fødslen. Dette beskriver flere af de interviewede kvinder. Når

sundhedspersonen roser kvinden og løbende giver opdateringer om progressionen, medvirker det til, at kvinden føler sig set og hørt (ibid:58). En af kvinderne beskriver, at der i sundhedsvæsenet ikke har været fokus på de problemer seksuelt misbrugte kvinder kan opleve under fødslen.

”Jeg har som sagt også gået i terapi og har heller ikke fået noget hjælp derfra, selvom min terapeut efterfølgende har fortalt, at hun godt vidste, at seksuelt misbrugte kan få nogle problemer under fødslen, som udspringer af de seksuelle overgreb” (ibid).

På grund af denne manglende fokus, opbyggede hun en mistillid til sundhedsvæsenet. Hun havde også oplevelsen af, at jordemoderen slet ikke forstod hende. Kvinden følte, at jordemoderen ikke var rustet til håndtere hendes fødsel, og derfor foreslår hun, at der uddannes jordemødre med speciale indenfor området (ibid:59).

Som tidligere nævnt kan fødestillinger være et problem, når en seksuelt misbrugt kvinde skal føde. En af de interviewede kvinder foreslår, at den fødende så vidt muligt skal være stående i stedet for liggende for at undgå en reaktivering af traumet (ibid). En kvinde udtaler:

”Stående fødsler kan være en hjælp til seksuelt misbrugte mod reaktiveringen af traumerne. Jeg kender en kvinde, der gerne ville føde stående. Hun mødte enormt meget modstand, og hun mødte jordemødre, der gav udtryk for, at så ville de ikke hjælpe hende.” (ibid).

Når den fødende kvinde er stående er hun i øjenhøjde med de andre på stuen og har desuden mulighed for at slippe væk, hvilket kan give kvinden en følelse af kontrol (ibid). På denne måde får kvinden ligeledes mulighed for at være aktiv på lige fod med de andre tilstedeværende på stuen. Den stående stilling kan være følelsesmæssigt befriende for kvinden (ibid:60).

For at undgå at kvinden får flashbacks til overgrebet, kan jordemoderen hele tiden informere kvinden om, hvad der er ved at ske. En kvinde beskriver, hvordan jordemoderen i pressefasen hele tiden mindede kvinden om, at hun var ved at føde sit barn. Dette medvirkede til, at kvinden ikke fik flashbacks til overgrebet, da hun kontinuerligt blev mindet om, at smerterne stammede fra fødslen af barnet og ikke overgrebet (ibid).

7.4 Validering af sekundær empiri

(Stephanie)

I dette afsnit vil vi metodekritisk gennemgå vores sekundære empiri. Til dette anvender vi samme publikation ”Vurdering af kvalitative artikler” fra 2002 af Marianne Lindahl og Carsten Juhl. Vi er dog bevidste om at “At blive mor” er en rapport, ikke en videnskabelig artikel, hvorfor vi vil vurdere troværdigheden fremfor at vurdere validiteten af rapporten.

7.4.1 Intern validitet

Baggrund, forskningsspørgsmål, formål og forskernes forforståelse skal ifølge Lindahl og Juhl være velbeskrevet (Lindahl og Juhl 2002:17). Rapportens formål og forskningsspørgsmål er klart formuleret. Baggrunden for undersøgelsen er tydeligt beskrevet og relevant for klinisk praksis. Formålet med rapporten var at undersøge, hvilke problemer seksuelt misbrugte kvinder kunne opleve i relation til graviditet, fødsel og forældreskab. Forskningsspørgsmålet var at få øget viden om de indsatser, der ifølge kvinderne ville kunne medvirke til at gøre graviditet, fødsel og forældreskab til overvejende positive begivenheder. Det ovenstående højner troværdigheden.

Forskerens forforståelse skal der redegøres for ifølge Lindahl og Juhl (ibid:18) Dette gøres ikke i rapporten, hvilket sænker troværdigheden af studiet.

Metoden skal være beskrevet fyldestgørende (ibid). I Rapporten er metoden velbeskrevet idet, der er redegjort for udvælgelseskriterier af informanterne, metoden hvorpå informanterne er fundet, samt hvor mange der deltog i undersøgelsen. Dette højner troværdigheden. Interview metoden er klart beskrevet, herunder lokation, optagelse af interview og tilstedeværelsen af personer under interviewet. Dette højner troværdigheden.

Ifølge Lindahl og Juhl skal databearbejdningprocessen beskrives klart og fyldestgørende (ibid:19). Det indsamlede materiale blev meningskondenseret, og derfra opstod temaerne i undersøgelsen. Der redegøres ikke direkte for datamætning, hvilket sænker troværdigheden.

Studiets resultater er overskueligt præsenteret idet, temaerne er inddelt i emner og der er anvendt relevante citater til disse emner. Dette højner troværdigheden.

7.4.2 Ekstern validitet

Rapporten er udgivet i 2008 og er dermed aktuel. Den er udarbejdet i Danmark, med danske kvinder, hvilket betyder at resultaterne er overførbare.

Informanterne i rapporten havde selv taget kontakt til Servicestyrelsen på baggrund af opslag i frivillige centre eller ved at have set et opslag i Søndagsavisen. Dette medfører at det sandsynligvis er kvinder, som har haft gode ressourcer og overskud, som har deltaget. Dette medfører, at de kvinder, som måske er plaget af voldsommere senskader fra den seksuelle krænkelse ikke er inkluderet i undersøgelsen, hvilket vi mener er problematisk. Dette mener vi idet, rapportens resultater derved ikke er overførbare til alle kvinder, som har været udsat for seksuel misbrug. Dette mener vi sænker troværdigheden.

På baggrund af ovenstående finder vi rapporten troværdig, da vi fandt overvejende styrker fremfor svagheder.

8. Analyse

(Trine)

Vores analyse består af to dele.

I første del vil vi analysere de to hovedemner fra resultaterne af vores primære empiri op imod hermeneutik og fænomenologi. Dette gør vi for at belyse de betingelser, der må opfyldes for, at jordemoderen og kvinden kan opnå en fælles forståelse. Disse to hovedemner er *Reaktivering af voldtægten* og *Retraumatisering*. Dette afsnit kalder vi for *Forståelsens betingelser*.

I anden del af analysen vil vi analysere de samme to hovedemner fra vores primære empiri op imod empowerment. Vi vil her inddrage de betingelser for forståelse, vi belyser i første del af analysen. Dette afsnit kalder vi for *Støtte igennem empowerment*.

8.1 Forståelsens betingelser

8.1.1 Reaktivering af voldtægten

I artiklen beskriver en af kvinderne en vaginal eksploration på følgende måde "[...] *felt he just broke my legs apart, and right in and just go ahead and check me.*" (Halvorsen et al. 2013:185). På baggrund af kvindens livsverden, har hun muligvis oplevet denne vaginaleksploration, som værende mere traumatisk end en kvinde, som ikke er blevet voldtaget. Et menneske relaterer sig til verden udenom gennem sin egen livsverden (Birkler 2010:106). Da en sygdom ifølge Birkler kan ændre et menneskes livsverden, antager vi, at en voldtægt ligeledes kan ændre denne, da begge oplevelser kan være

traumatiske. Et sygdomsramt menneske kan have en anden relation til verden udenom, end et raskt menneske har (ibid). På baggrund af dette mener vi, at en voldtægtsramt kvinde også må have en anden relation til verden udenom end en kvinde, der ikke har været udsat for voldtægt.

Vi antager, at kvinden, i hendes livsverden, vil have nogle forventninger og formodninger om, hvordan fødslen vil være og disse kan man overføre til det, Gadamer kalder fordomme.

Som mennesker møder vi alt nyt med fordomme. Fordomme kan både have negativ og positiv karakter (Gadamer 2004:258). Kvinderne i artiklen fortæller, at de inden fødslen havde intentioner om at samarbejde med jordemoderen (Halvorsen et al. 2013:186). Vi undrer os over, hvorfor de ikke regner med, at samarbejdet er en selvfølgelig og naturlig ting, som opstår helt automatisk. Dette kan muligvis skyldes kvindernes fordomme omkring samarbejdet. Der kan være mange årsager til, at kvinderne har fordomme omkring dette, herunder hvorvidt de selv forventer, de er i stand til at samarbejde. De befinder sig i et nyt miljø (hospitalet), med fremmede mennesker (de sundhedsprofessionelle) og oplever en komplet ukendt kropslig situation (smerter mm.). Alle disse ting kan være forbundet med fordomme. Som skrevet under præsentationen af hermeneutikken, er vores fordomme dét vores forforståelse bygger på (Gadamer 2004:258). Således kan fordomme omkring hospitaler, jordemødre eller fødselsmekanismer muligvis skabe den forforståelse, at dét at samarbejde med jordemoderen bliver vanskeligt

Jordemoderen vil også have fordomme overfor kvinden, hvilket vil skabe hendes forforståelse omkring samarbejdet. Fordommene kunne være baseret på kvindens udseende eller væremåde, men også på det faktum, at hun har været udsat for voldtægt. Dog behøver fordomme ikke være negative, men kan også have positiv karakter (ibid). Altså kan positive fordomme også lede til en positiv forforståelse omkring samarbejdet.

Ligeledes beskriver kvinderne, at de mentalt flygtede fra situationen under fødslen. En af kvinderne udtaler: *“I left my body, like when I was raped. I did not know where I was, if I was above myself looking down.”* (Halvorsen et al. 2013:185). Det er vores erfaring, at jordemødre har den forforståelse, at kvinder, der er stille og fraværende ofte

er “gået ind i sig selv” for at håndtere fødslen. I sammenhæng med voldtægtsramte kvinder vil denne forforståelse ofte være forkert, da kvinderne beskriver, at de flygter fra kroppen og ikke “går ind i sig selv”. I en situation som denne må jordemoderens forforståelse enten be- eller afkræftes. Et menneskes forforståelse be- eller afkræftes gennem kommunikation. Det er vigtigt, at kommunikationen sker via dialog samt, at ingen af parterne bestræber sig på at få ret (Birkler 2010:102). Kvinden og jordemoderen må derfor gennem dialog, skabe individuelle delforståelser for situationen, som vil gøre deres helhedsforståelse bredere. Dette kan lede til horisontsammensmeltning, og dermed bliver det muligt for de to parter at få en fælles forståelse.

8.1.2 Retraumatisering

(Karina)

I artiklen beskriver kvinderne, at den berøring, der sker under fødslen, kunne give associationer til voldtægten, idet de igen oplever at blive rørt af fremmede hænder (Halvorsen et al. 2013:186). Vi oplever, at berøring er en naturlig del af fødslen, og er et redskab som jordemoderen bruger til at vise nærvær overfor kvinden. Vi antager derfor, at jordemoderen anser denne berøring som en selvfølge, omend kvinden har været udsat for voldtægt eller ej. Dette må dermed være jordemoderens forforståelse. Dog medførte denne berøring, at kvinderne følte sig urene og havde derfor behov for at vaske sig umiddelbart efter fødslen. En kvinde udtaler: *“Everything had to be washed away, sweat, blood, filth, bits of tape, and most important, hands. All the hands that had been there, had to go.”* (ibid:186). Vi formoder, at jordemødre vil være forstående overfor denne trang til at vaske sig ren. Dog kan de, på baggrund af deres faglighed og forforståelse omkring de første to timer post partum, mene at det er vigtigt at vente. Dette af hensyn til vigtigheden af hud-mod-hud kontakten mellem moder og barn, oxytocin stimulation og den første amning.

Som mennesker kan vi tilsidesætte vores egen forforståelse, hvis vi mener, at modparten ved bedre (Gadamer 2004:280). Jordemoderen kan derfor acceptere kvindens behov for f.eks. at vaske sig og tilsidesætte sin egen forforståelse, idet hun godtager, at kvinden kender sine egne behov bedst.

Omvendt kan kvinden føle, at jordmoderen med sin faglighed ved bedst, og derfor følge jordmoderens anbefalinger om at vente med at vaske sig. Dermed tilsidesætter kvinden sin egen forforståelse og accepterer jordmoderens informationer, fordi hun mener at jordmoderen ved bedre. Altså godtager hun informationerne om nødvendigheden af f.eks. hud-mod-hud kontakten som værende sande. Dette behøver dog ikke være ensbetydende med, at kvinden ikke fortsat føler trang til at vaske sig.

Det er først, når individet ikke godtager modpartens informationer som værende sande ift. sin egen opfattelse, at individet kan forsøge at forstå informationerne som ”en andens mening” (ibid). Dvs. at hvis kvinden ikke godtager jordmoderens information om nødvendigheden af f.eks. hud-mod-hud som værende sand, vil kvinden bestræbe sig på at forstå nødvendigheden af dette, som værende ”jordmoderens mening”. Her er der tale om et behov for at opnå en fælles forståelse, således at kvindens behov ikke overses. Ved at begge parter opnår forståelse for hinanden og situationen, kan kvinden få en følelse af, at hendes behov bliver mødt.

For at kunne forstå et andet menneske, er kommunikation et grundvilkår (Birkler 2010:102). Mange af kvinderne har beskrevet, at de følte sig som fødselsmaskiner, at de ikke var til stede på stuen, og de manglede kommunikation med jordmoderen (Halvorsen et al. 2013:186). Som nævnt tidligere, er delforståelserne essentielle, for at opnå den bredere forståelse (Birkler 2010:100). Delforståelserne kan ikke opnås uden kommunikation (ibid:102). Den manglende kommunikation, som kvinderne beskriver i artiklen, gør det derfor umuligt at opnå forståelse for hinanden.

Ved hjælp af hermeneutikken og fænomenologien har vi nu analyseret os frem til, hvilke betingelser, der må opfyldes for, at jordmoderen og den voldtægtsramte kvinde kan få en fælles forståelse. Disse betingelser var; at kvinden ikke blindt følger jordmoderens anbefalinger; at begge parter er lydhør overfor hinanden og via dialog skaber nye delforståelser; at begge parter er deres egen forforståelse bevidst.

I det følgende vil vi analysere vores primære empiri op imod empowerment med inddragelse af de betingelser, vi har belyst i første del af analysen. Dette med formålet at finde redskaber indenfor empowerment, som jordmoderen kan anvende til at støtte den voldtægtsramte kvinde under fødslen.

8.2 Støtte igennem empowerment

(Stephanie)

I dette afsnit vil vi analysere de samme to hovedemner: *Reaktivering af voldtægten* og *Retraumatisering* fra vores primære empiri op imod empowerment. Vi vil her inddrage de betingelser for forståelse, vi belyste i første del af analysen.

8.2.1 Reaktivering af voldtægten

Ved at arbejde empowermentorienteret søger jordemoderen at give den fødende kompetencer til at tage kontrol over sit eget liv. I artiklen gav kvinderne udtryk for, at de ikke følte de havde kontrol over den situation, de var i. En af kvinderne udtrykte følgende: *“I was stuck in the bed, they could do what they wanted with me“* (Halvorsen et al. 2013:185). Ved at kvinden ytrer, at *“de kunne gøre hvad de ville med mig”*, forstår vi, at hun afgiver magten og kontrollen over sin situation. Ifølge Andersen et al. kan den sundhedsprofessionelle forstærke patientens hjælpeløshed ved at begrænse patientens mulighed for at tage kontrol (Andersen et al. 2012:14-15). Der kan drages paralleller til hermeneutikken, hvor jordemoderens forforståelse kan skabe begrænsninger for den fødendes muligheder for at tage kontrol. Det er derfor vigtigt, at jordemoderen er sin egen forforståelse bevidst, så denne skaber færrest mulige begrænsninger. Ligeledes må den sundhedsprofessionelle selv gennemgå en empowermentproces og derved gøre sig sin egen professionelle rolle bevidst, som enten *“velgører”* eller *“formidler af viden og indehaver af magt”*. Herved kan denne arbejde empowermentorienteret (ibid:63). Hvis patienten afgiver magten, vil den sundhedsprofessionelle således kunne hjælpe patienten til at tage magten og kontrollen over eget liv igen (ibid:60).

På samme måde, som jordemoderen kan give den fødende mulighed for kontrol, kan hun også afgive magtesløshed. Som nævnt i præsentation af teorien, kan en *“velgører”* føle afmagt, hvis patienten ikke er villig til at modtage råd og vejledning, og hun kan dermed projicere sin afmagt til patienten (Andersen et al. 2012:63). En af kvinderne i artiklen beskriver, at hun i lang tid gjorde protest imod de handlinger jordemoderen udførte, men til sidst gav op (Halvorsen et al. 2013:185). Dette kunne være et eksempel på, at jordemoderen (i denne situation; *“velgøreren”*) føler og afgiver afmagt, fordi kvinden protesterer og ikke tager imod vejledning. Dette, mener vi, er en ugunstig situation for både jordemoderen og kvinden. Hvis begge parter opnåede forståelse for

hinanden, kunne situationen måske have været undgået, idet kvinden da kunne føle sig mere medinddraget i et eventuelt samarbejde. Som belyst i første del af analysen, må jordemoderen og kvinden, gennem dialog, skabe individuelle delforståelser, som kan føre til en bredere helhedsforståelse, hvilket kan føre til en fælles forståelse.

Den sundhedsprofessionelle er med sin autoritet i en magtfuld position (Andersen et al. 2012:60). Derfor kan der som udgangspunkt ikke være ligevægt i relationen mellem jordemoderen og den fødende. Som nævnt i præsentationen af teorien, må den sundhedsprofessionelle afgive magt, før der er tale om empowerment (ibid:62). Dette kan dog kompliceres, da den fødende kan vælge at følge jordemoderens anbefalinger, fordi hun mener, at jordemoderen "ved bedre", som nævnt i analysens første del. Kvinderne i vores primære empiri beskriver, at de oplevede en indre konflikt mellem deres egne behov og jordemoderens anbefalinger (Halvorsen et al. 2013:185). Dette kan tolkes som en konflikt for kvinderne, idet de enten selv kan tage magten eller følge jordemoderens anbefalinger. I og med, at omdrejningspunktet i empowerment er at give patienten magt, må jordemoderen være opmærksom på, at kvinden ikke ubetinget følger hende, men at det netop er kvindens behov, der er centrum og derfor hende, der har magten.

8.2.2 Retraumatisering

Kvinderne i artiklen beskriver, at de ikke følte en kobling mellem dem selv og deres krop. En kvinde siger: *"I hate my body, thinking of myself as one thing, my body as something else, and we are not working together"* (ibid:186-187) Empowerment handler om at give kvinderne kontrol over deres eget liv, så de ikke bliver holdt fast i følelsen af afmagt (Andersen et al. 2012:14). På baggrund af dette mener vi, at det i en situation som denne, er relevant at arbejde empowermentorienteret. Ud fra citatet tolker vi, at den voldtægtsramte kvinde føler afmagt, idet det fysiske og det psykiske ikke arbejder sammen. Med empowerment kan man gennem samtale med kvinden søge at hjælpe hende til at opnå kontrol (ibid:165). Som beskrevet i præsentationen af teorien, må den professionelle i samtalen med patienten stille spørgsmål til patientens ønsker, respektere ønskerne og fungere som samarbejdspartner i at opnå de resultater patienten ønsker (ibid).

Når den sundhedsprofessionelle møder patienten med ægte respekt, kan der arbejdes med åben kommunikation, hvor også tabubelagte emner kan tages op (ibid:152). En kvinde i artiklen udtaler: “[...] *the midwife did not talk to me, did not address me—and that I was not allowed to be involved.*” (Halvorsen et al. 2013:186). I dette eksempel lyder det ikke til, at kvinden har følt sig medinddraget og mødt med respekt. Dette betyder således, at der i denne situation, ikke kan arbejdes med åben kommunikation. Det er ligeledes vigtigt i arbejdet med empowerment, at der er et gensidigt tillidsbånd mellem den sundhedsprofessionelle og patienten (Andersen et al. 2012:152). Kvinden fra artiklen udtaler, at hun ikke følte hun måtte være involveret, hvilket leder os til at tro, at der i den situation ikke var et tillidsbånd mellem jordemoderen og kvinden. For at få et tillidsbånd kræver det, at der er åben kommunikation og medinddragelse af patienten (ibid). Ligeledes mener vi, at de må opnå forståelse for hinanden, for at det bliver muligt at skabe et tillidsbånd. Ifølge hermeneutikken er kommunikation ligeledes et krav for at få en fælles forståelse (Birkler 2010:102). På den baggrund må jordemoderen og kvinden arbejde på kommunikationen for at skabe et tillidsbånd og muligheden for en fælles forståelse.

Bag enhver sundhedsprofessionel, er der en personlighed med egne holdninger og eget menneskesyn. Som sundhedsprofessionel er det vigtigt at forholde sig til dette for at kunne arbejde empowermentorienteret (Andersen et al. 2012:95). Vi ser en sammenhæng mellem dette og fænomenologiens livsverden samt hermeneutikkens forforståelse. Dette på baggrund af, at enhver sundhedsprofessionel også har sin egen forforståelse og relaterer sig til verden udenom igennem sin egen livsverden, som denne ligeledes må forholde sig til i mødet med patienten.

I de foregående afsnit har vi analyseret os frem til, hvordan jordemoderen kan støtte den voldtægtsramte kvinde under fødslen ved hjælp af empowerment. Hvis jordemoderen vil støtte kvinden igennem empowerment, må hun; gøre sig sin professionelle rolle bevidst; kommunikere åbent med kvinden; afgive sin magt.

9. Diskussion

(Trine)

Vores diskussion består, på samme måde som analysen, af to dele.

I det følgende vil vi først diskutere vores fund fra analysen, med inddragelse af vores sekundære empiri. Denne del kalder vi *Diskussion af fund*.

Dernæst vil vi diskutere vores valgte metode, teori og empiri. Denne del kalder vi *Kritisk refleksion*.

9.1 Diskussion af fund

I dette afsnit, diskuterer vi de tre fund, vi gjorde i analysen. Vi har inddelt afsnittet i følgende temaer: *Kvindens behov og jordemoderens anbefalinger*, *Den professionelle rolle* og *Kommunikation*.

9.1.1 Kvindens behov og jordemoderens anbefalinger

I analysen fandt vi frem til, at det især er vigtigt, at den voldtægtsramte kvinde ikke tilsidesætter egne behov og bare følger jordemoderens anbefalinger. Seksuelt misbrugte kvinder har dog ofte lavt selvværd, der medfører, at de undervurderer deres egen evne til at fornemme deres krops signaler (Frandsen 2008:29). Derfor er det ganske sandsynligt, at den voldtægtsramte kvinde netop følger jordemoderens anbefalinger, hvilket betyder, at jordemoderen må være særlig opmærksom på dette, når hun yder fødselshjælpen. Kvinderne i vores primære empiri udtalte, at de ønsker, at jordemoderen involverer dem i beslutningerne under fødslen, samt adresserer dem direkte og har øjenkontakt (Halvorsen et al. 2013:188-189). Kvinderne giver altså her udtryk for, at de netop gerne vil medinddrages og ikke bare ubetinget følge jordemoderens anbefalinger. For at kvinderne kan blive medinddraget, må jordemoderen afgive noget af sin magt, hvilket ligeledes var et fund vi gjorde i analysen. Vi mener, at det kan diskuteres, hvorvidt det er muligt for jordemoderen at afgive sin magt, da jordemoderen har ansvaret for fødslen. Jordemoderen er i et større eller mindre omfang forpligtet til at følge afdelingens procedurer og retningslinjer, og derfor må fødslen altid i større eller mindre grad foregå på jordemoderens og afdelingens præmisser. Derudover er jordemoderen retsligt forpligtet til at arbejde med omhu og samvittighedsfuldhed (Cirkulære om jordemodervirksomhed. CIR nr 149 af 08/08/2001 § 6). Dette betyder, at hun på den ene side må arbejde obstetrisk forsvarligt, og på den anden side varetage kvindens tarv. Vi mener derfor, at kunsten som jordemoder er, at finde balancen mellem at være tro mod sin faglighed samtidig med at give den voldtægtsramte kvinde medbestemmelse og indflydelse på fødselsforløbet.

Dette besværliggøres i en hyperakut situation, hvor der sandsynligvis vil være flere sundhedsprofessionelle involveret i forløbet, som muligvis ikke ved, at kvinden har været udsat for voldtægt og derfor ikke har mulighed for at tage hensyn til dette. Dog burde kvinden automatisk inddrages i beslutningerne i og med, at vi altid skal have patientens samtykke inden vi udfører en handling. (Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 1202 af 14/11/2014. Kapitel 5, § 15). I en hyperakut situation kan det dog være svært for jordemoderen at medinddrage kvinden grundigt i beslutningerne, da tiden er knap. Derfor er det vigtigt, at jordemoderen efterfølgende er opmærksom på, at kvinden muligvis ikke har følt sig medinddraget i det akutte arbejde, hvorfor det kan være gavnligt for kvinden at tale forløbet igennem. Dette er ligeledes noget kvinderne i vores primære empiri peger på, nemlig at det er godt at afrunde forløbet med en efterfødselssamtale. Derudover udtaler kvinderne i artiklen, at de deltagende i efterfødselssamtalen skal være de, som var involveret i forløbet (Halvorsen et al. 2013:188-189). Vi formoder, at de reaktioner og oplevelser kvinden har haft under fødslen, kan være grænseoverskridende for kvinden at tale om, da det kan handle om stærke og personlige følelser. På baggrund af dette, mener vi ligeledes, at det med fordel kan være fødselsjordemoderen, der varetager samtalen, da de har gennemgået forløbet i fællesskab. Dette kan bidrage til, at kvinden føler sig tryk ved at fortælle om hendes egen oplevelse af fødslen. Det er vigtigt, at hun kan få fortalt sin oplevelse af fødslen, da voldtægtsramte kvinder kan have et særligt syn på deres egen præstation ift. andre fødende. F.eks. udtaler kvinderne i vores sekundære empiri, at det føltes som et nederlag for dem, at de gav udtryk for smerte under fødslen (Frandsen 2008: 24). Dette er ligeledes noget kvinden og fødselsjordemoderen med fordel kunne drøfte efterfølgende, således at jordemoderen kan hjælpe kvinden til at acceptere, at det er naturligt at reagere på smerten. Vores erfaring fra fødegangen er dog, at det sjældent er fødselsjordemoderen, der varetager efterfødselssamtalen. Vi oplever, at et særligt ønske om, at fødselsjordemoderen afholder samtalen kan honoreres, hvis dette er muligt. Set i lyset af, at fødslen kan være traumatisk for en tidligere voldtægtsramt kvinde, mener vi, at det netop er i en situation som denne, at efterfødselssamtalen med fordel kan varetages af fødselsjordemoderen.

Kvinderne i den sekundære empiri foreslår, at der uddannes jordemødre med speciale i seksuelt misbrugte kvinder (ibid:59). På den ene side mener vi, at dette vil være en

fordel, da disse jordemødre vil have et stærkere grundlag for at give den rette støtte til en voldtægtsramt kvinde. På den anden side vil det kræve økonomiske ressourcer, som muligvis ikke er tilgængelige, da vi formoder at disse midler bliver vægtet højere andetsteds, da fødepopulationen af voldtægtsramte kvinder er relativ lille.

9.1.2 Den professionelle rolle

(Stephanie)

I analysen fandt vi ligeledes frem til, at det er vigtigt at både kvinden og jordemoderen er deres egen forforståelse bevidst, samt at jordemoderen er bevidst om sin egen professionelle rolle. Når der arbejdes med empowerment, må den professionelle formidle sin viden og uddele sin magt (Andersen et al. 2012:62-63). Herved kan patienten selv træffe beslutningerne på et informeret grundlag. Hvis kvinden således spørger, hvilken stilling hun skal være i, kan jordemoderen informere hende om optimale stillinger, f.eks. ift. caputs nedtrængning, og kvinden kan herefter træffe valget selv. På denne måde formidles viden og magten afgives. I vores sekundære empiri giver kvinderne udtryk for, at de ønsker at stå op under fødslen, fremfor at ligge ned. En kvinde udtaler:

”Stående fødsler kan være en hjælp til seksuelt misbrugte mod reaktiveringen af traumerne. Jeg kender en kvinde, der gerne ville føde stående. Hun mødte enormt meget modstand, og hun mødte jordemødre, der gav udtryk for, at så ville de ikke hjælpe hende.” (Frandsen 2008:59).

På den ene side mener vi ikke dette er en hensigtsmæssig arbejdsstilling for jordemoderen, hvilket kan være en af årsagerne til at jordemødrene, omtalt i citatet, modsætter sig det. Ligeledes frygter vi at denne stilling kan give større bristninger, da jordemoderen ikke kan støtte perineum sufficient. På den anden side mener vi, at jordemoderen må imødekomme den voldtægtsramte kvindes ønske. Dette fordi at voldtægtsramte kvinder har særligt behov for at have jordforbindelse og være i øjenhøjde med de resterende i lokalet (ibid: 59).

Som nævnt, må den sundhedsprofessionelle selv gennemgå en empowerment proces for netop at blive sin egen professionelle rolle bevidst. Når dette er sket, må det forventes, at jordemoderen er blevet mere bevidst om sin måde at arbejde på, hvilket dermed danner hendes forforståelse omkring hendes virke som jordemoder. Det kan diskuteres om det er muligt for jordemoderen på forhånd at gøre sig sin egen rolle bevidst, idet voldtægtsramte kvinder reagerer forskelligt under fødslen, da bl.a. voldtægtsens karakter

og kvindernes ressourcer er forskellige. Derfor er den samme rolle ikke anvendelig og optimal i alle forløb.

Vores sekundære empiri påpeger, at mange kvinder, der har været udsat for seksuelt overgreb, forsøger at bevare kontrollen over deres følelser. Derfor viser de sjældent glæde, sorg, nydelse eller smerte. De føler ikke, de kan tillade sig at give lyd fra sig eller vise tegn på smerte under fødslen (ibid:24) I en situation som denne, må jordmoderen selv tolke kvindens kropssprog og definere hendes behov, da kvinden ikke selv giver udtryk for disse. Dermed fungerer jordmoderen som en "velgører". Vi vurderer, at jordmoderen kan være nødsaget til at skifte imellem de to roller og dermed ikke altid arbejde empowermentorienteret. Derved bliver empowerment arbejdet en vekselvirkning, hvor jordmoderen må vurdere behovet i forhold til den enkelte fødende.

9.1.3 Kommunikation

(Karina)

Det tredje fund vi gjorde i analysen var, at jordmoderen og den voldtægtsramte kvinde må kommunikere åbent og være lydhøre overfor hinanden. Dette kan være vanskeligt i klinisk praksis, idet den voldtægtsramte kvinde sandsynligvis ikke har overskuddet til at være lydhør overfor jordmoderen. Derfor kan det være mere optimalt, hvis jordmoderen hovedsageligt er lydhør overfor kvinden og ikke omvendt. Dette lader sig gøre igennem empowerment, idet teorien foreskriver, at den sundhedsprofessionelle må stille åbne spørgsmål til patientens ønsker, respektere ønskerne og fungere som samarbejdspartner i at opfylde dem (Andersen et al. 2012:165). Travlhed på fødegangen, kan komplicere denne dialog, da jordmoderen må prioritere sine arbejdsopgaver. Som nævnt tidligere peger vores sekundære empiri på, at nogle seksuelt misbrugte kvinder kan udholde meget smerte, hvilket kan lede jordmoderen til at tro at hendes tilstedeværelse endnu ikke er nødvendig. Dette er problematisk, da voldtægtsramte kvinder i højere grad har behov for jordmoderens tilstedeværelse til at give tryk og omsorg (Halvorsen et al. 2013:189). En anden faktor, der kan komplicere dialogen, er de mange vagtskift en fødende kan opleve. Hver gang en ny jordmoder overtager forløbet, må der opbygges et tillidsbånd på ny. Kvinderne i vores primære empiri udtaler, at de ønsker at skulle forholde sig til så få fremmede som muligt (ibid:188). Derfor ville det på den ene side være optimalt, hvis den tidligere

voldtægtsramte kvinde kan undgå for mange vagtskifte. Omvendt er dette i realiteten dog sjældent muligt. Vi mener, at en grundig overlevering til den tiltrædende jordemoder med fordel kan gives på stuen, da det kan skabe bedre forudsætninger for det nye samarbejde. Herved er jordemoderen informeret om eventuelle aftaler mellem den foregående jordemoder og kvinden. Ved at overleveringen sker på stuen, har kvinden fra starten mulighed for at påvirke og danne grundlaget for det nye samarbejde. At kvinden er involveret i overleveringen, giver mulighed for åben kommunikation. Vi mener, at det mest optimale ville være, hvis den voldtægtsramte kvinde indgik i Kendt Jordemoder Ordning. Herved undgår kvinden de mange vagtskift, og hun kender ligeledes jordemoderen på forhånd, hvilket kan medvirke til, at der allerede er dannet et tillidsbånd.

Kvinderne i vores primære empiri udtaler, at de under fødslen behøver hjælp til at forblive tilstede i nuet, således at de ikke mentalt flygter fra situationen (ibid). En kvinde fra vores sekundære empiri fortæller, at det var til stor hjælp, da jordemoderen under pressefasen kontinuerligt mindede hende om, at hun var ved at føde sit barn. Dette gjorde, at kvinden ikke fik flashbacks til overgrebet, men blev fastholdt i nuet (Frandsen 2008:60). På den baggrund mener vi, at det er vigtigt, at jordemoderen, gennem kommunikation, holder kvinden fast i nuet ved at informere hende grundigt om fødselens progression. Dette er ligeledes vigtigt, da kvinder, der har været udsat for seksuelt overgreb, kan have et stort behov for kontrol og forudsigelighed. Et kontroltab kan reaktivere følelsen af usikkerhed og magtesløshed, som den misbrugte oplevede under overgrebet (ibid:23-24). Det kan dog imidlertid være vanskeligt at give kvinden en følelse af kontrol og forudsigelighed, da fødsler netop ofte er meget uforudsigelige. Noget den sundhedsprofessionelle kan gøre, for at gøre fødslen mere forudsigelig, er på forhånd at informere kvinden om de reaktioner en voldtægtsramt kvinde kan have under fødslen. En kvinde fra vores sekundære empiri udtaler:

”Jeg har som sagt også gået i terapi og har heller ikke fået noget hjælp derfra, selvom min terapeut efterfølgende har fortalt, at hun godt vidste, at seksuelt misbrugte kan få nogle problemer under fødslen, som udspringer af de seksuelle overgreb” (ibid:58).

Vi formoder, at nogle sundhedsprofessionelle undgår den svære samtale med den voldtægtsramte kvinde, både af frygt for at gøre ondt værre og gøre hende unødigt bekymret for fødslen. Vi mener dog, at det er vigtigt at den sundhedsprofessionelle taler

med kvinden om dette, da det giver kvinden en mulighed for at forberede sig på de reaktioner, hun kan opleve under fødslen. Denne samtale, kan ligeledes hjælpe til, at gøre fødslen mere forudsigelig for kvinden.

9.2 Kritisk refleksion

(Karina)

Vi har i projektet anvendt hermeneutikken som en del af vores teori. Hermeneutikken er fortolkning på tale og tekst. Vi oplever dog, at man som jordemoder ofte må fortolke kvindens kropssprog, fremfor hendes udsagn. Hermeneutikken kan ikke anvendes til at tolke på kropssprog, idet kommunikation netop er et grundvilkår, som nævnt tidligere. Derfor ville en anden teori omkring fortolkning af non-verbal kommunikation ligeledes have været relevant, men grundet projektets omfang var det ikke muligt at inddrage begge teorier.

(Stephanie)

Jordemødrene i vores primære empiri vidste ikke, at den fødende havde været udsat for voldtægt. Jordemoderens uvished må have påvirket kvindernes oplevelser og udsagn i større eller mindre grad. Vi har i vores projekt valgt at afgrænse os til, at jordemoderen kender til overgrebet. Vi er på den baggrund klar over, at kvinderne i studiets oplevelser ikke umiddelbart kan overføres til vores projekt. Dog finder vi stadig studiet anvendeligt, da vi formoder, at de voldtægtsramte kvinders behov er ens, uanset om jordemoderen har kendskab til voldtægten eller ej.

Voldtægt er et tabubelagt emne, hvilket sandsynligvis medfører, at vi i vores virke som jordemødre vil møde kvinder, som har været udsat for voldtægt, uden vi har kendskab til dette. På denne baggrund kan det anfægtes, at vi har valgt at afgrænse os til, at jordemoderen har kendskab til voldtægten. Denne afgrænsning har vi dog valgt, for at kunne besvare problemformuleringen. Dette fordi vi mener, at jordemoderen kun kan have særlig fokus på at støtte en *voldtægtsramt* kvinde, hvis hun har kendskab til voldtægten.

(Trine)

Som beskrevet i afsnittet ”Begrundelse for valg af teori” opnås fuld empowerment først, når det er udøvet på de tre niveauer; individ, gruppe og lokalsamfund. Da vi har valgt at

afgrænse vores projekt til at omhandle fødslen, udelukkes muligheden for, at jordemoderen kan støtte kvinden til at få fuld empowerment, da dette ville kræve mere tid og flere ressourcer. For at belyse hvordan jordemoderen kunne støtte kvinden til fuld empowerment, ville det derfor kræve at vi i projektet inddrog konsultationsarbejde og støtte i puerperiet. Dette var dog ikke muligt, grundet projektets omfang. Vi mener dog fortsat, at empowerment er relevant til besvarelse af vores problemformulering, idet jordemoderen herved støtter kvinden til empowerment på individniveau. Ydermere kan empowerment teorien give fødselsjordemoderen gode redskaber til, hvordan hun kan støtte den tidligere voldtægtsramte kvinde, selvom denne ikke vil opnå fuld empowerment. Til trods for at vi har afgrænset os til fødslen og dermed individniveauet, mener vi ikke, at de andre niveauer er mindre relevante.

(Stephanie)

Vi kunne have valgt en mere naturvidenskabelig tilgang til besvarelse af vores problemformulering. Vi kunne f.eks. have gået i dybden med voldtægtsramte kvinders forløsningsmetoder, for dernæst at finde frem til, hvordan jordemoderen kunne støtte til en mindre kompliceret fødsel, ved at forebygge instrumentel og operationel forløsning. Vi valgte dog at skrive humanistisk, idet vi ønskede at gå i dybden med voldtægtsramte kvinders følelser, reaktioner og oplevelser og på baggrund af dette, finde frem til, hvordan jordemoderen bedst kunne støtte hende under fødslen. Metoden viste sig at være brugbar, idet vi netop fik belyst ovenstående.

10.Konklusion

Vi vil i dette afsnit besvare vores problemformulering på baggrund af analysen og diskussionen. Vores problemformulering er: *Hvordan kan jordemoderen under fødslen støtte en kvinde, der tidligere har været udsat for voldtægt?*

Den voldtægtsramte kvinde og jordemoderen kan opnå en fælles forståelse, som kan danne et godt grundlag for deres samarbejde. Dette kan opnås, hvis begge parter er bevidste om deres egen forforståelse, således at modpartens udsagn bliver accepteret for dét, de er og ikke tilpasset deres egen individuelle forforståelse. Ligeledes er det vigtigt, at jordemoderen og kvinden kommunikerer, hvilket gør det muligt for begge parter at få

udfordret deres egen forforståelse, så der herved kan opstå delforståelser. Dette vil udvide deres separate helhedsforståelse, hvilket skaber mulighed for at opnå en fælles forståelse. Voldtægtsramte kvinder har brug for kontrol og forudsigelighed, hvorfor det er vigtigt at jordemoderen kontinuerligt informerer den voldtægtsramte kvinde om fødselens forløb og fastholder kvinden i, at smerterne hun oplever, er relateret til fødslen, ikke til voldtægten.

Det er vigtigt, at jordemoderen er opmærksom på, at kvinden ikke følger hendes anbefalinger, men at kvindens behov bliver italesat og imødekommet, hvis muligt. Voldtægtsramte kvinder har ofte lavt selvværd, hvilket gør, at de har tendens til at undervurdere egne behov og ubetinget følger jordemoderens anbefalinger. Hertil kan det påpeges, at især stående fødestillinger er at foretrække for den voldtægtsramte kvinde, fremfor liggende stillinger, da disse stillinger vil give hende en fornemmelse af kontrol.

Jordemoderen må selv gennemgå en empowerment proces, der vil klargøre hendes egen professionelle rolle. Dog er det nødvendigt, at jordemoderen er i stand til at skifte imellem forskellige roller i forløbet eller i mødet med forskellige kvinder alt afhængigt af, den enkelte kvindes behov. Jordemoderen kan herefter støtte den voldtægtsramte kvinde under fødslen gennem empowerment på individniveau. Dette sker ved åben og respektfuld kommunikation, hvor jordemoderen anerkender kvindens ønsker og fungerer som samarbejdspartner til at opnå disse. Kvinden må medinddrages i beslutninger, samtidig med at jordemoderen er tro mod retningslinjerne på det gældende sted. Jordemoderen må dog være opmærksom på, at voldtægtsramte kvinder ofte ikke giver udtryk for smerter og egne behov. Der kan med fordel uddannes jordemødre med speciale i seksuelt misbrugte kvinder. Derudover kan det være en fordel, for den voldtægtsramte kvinde at indgå i en Kendt Jordemoder Ordning.

For at kvinden kan opnå fuld empowerment, må der ydes en indsats både før og efter fødslen. Dette kræver, at kvinden følges kontinuerligt i graviditeten og i puerperiet. Her må der afsættes tid til dybdegående samtaler omkring ønsker og mål samt hvordan disse opnås. Dog kan en voldtægt skabe dybe traumer, som jordemødre muligvis ikke har kompetencer til at behandle, hvilket derfor medfører, at kvinden må konsulteres af andre faggrupper, f.eks. en psykolog.

For at kunne belyse nærmere, hvordan jordmoderen kan støtte den voldtægtsramte kvinde igennem fødslen, er det nødvendigt med mere viden omkring kvindernes oplevelse af fødslen, når fødselsjordmoderen kender til voldtægten. Herved kan vi få information om, hvad jordmoderen gør anderledes, og hvordan kvinderne oplever denne omsorg. Dette mener vi, vil klargøre yderligere, hvilken jordemoderfaglig omsorg der er optimal ift. disse kvinder.

11. Perspektivering

I det følgende afsnit vil vi reflektere over, hvorvidt projektet er relevant for klinisk praksis.

I indledningen nævner vi, at vi som studerende ikke har følt os rustede til at yde den fornødne omsorg for en voldtægtsramt kvinde. Ligeledes påpeges det i vores sekundære empiri, at jordemoderstuderende ikke får undervisning i, hvilken omsorg der er optimal for kvinder, der er blevet seksuelt misbrugt (Frandsen 2008:7). Denne følelse vil unægtelig følge os i vores virke som jordemødre. Vi er overbeviste om at vi ikke er de eneste nyuddannede, som vil få denne følelse i det første møde med en voldtægtsramt kvinde. Ligeledes formoder vi, at denne følelse ikke kun er gældende for nyuddannede, men også for mere erfarne jordemødre. Dette mener vi tydeliggøres i eksemplet fra den sekundære empiri, hvor en kvinde udtaler at hun følte, at jordmoderen ikke var rustet til håndtere hendes fødsel (ibid:59). Voldtægt er et tabubelagt emne og disse kvinder udgør ikke en stor procentdel af fødepopulationen, hvilket kan være medvirkende til den manglende erfaring hos jordemødre. Vi mener derfor at der mangler fokus på emnet især, hvordan voldtægten påvirker kvindens graviditet, fødsel og barsel. Vi mener vores projekt kan bidrage hertil.

Vi mener, at vores projekt er relevant for klinisk praksis, da det belyser nogle af de problemstillinger der er omkring voldtægtsramte kvinder og hvordan jordmoderen kan håndtere fødselshjælpen for disse kvinder. Dette er vigtigt i et samfundsmæssigt aspekt, da kvinder der har været udsat for seksuelt misbrug, har større risiko for at få efterfødselsreaktioner, idet fødslen kan have en retraumatiserende virkning. Det kan tænkes at den rette støtte under fødslen, kan nedsætte den retraumatiserende virkning, hvilket kan forebygge en eventuel efterfødselsreaktion.

12. Litteraturliste

- Andersen, M. L., Brok, P. N., Mathiasen, H. 2012, *Empowerment på dansk*, Frederikshavn, Dafolo Forlag
- Balvig, F., Kyvsgaard, B., Pedersen, A. B. 2013, *Udsathed for vold og andre former for kriminalitet –Offerundersøgelserne 1995-96 og 2005-12*. Tilgængelig på: <http://www.dkr.dk/sites/default/files/Offerrapport%202012.pdf> Aflæst: [111114]
- Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 1202 af 14/11/2014. Kapitel 5, §15
- Birkler, J. 2010, *Videnskabsteori*, Munksgaard Danmark, København
- Cirkulære om jordemodervirksomhed. CIR nr 149 af 08/08/2001 §6
- Danmarks Statistik u.å. *STRAF5: Ofre for straffelovsforbrydelser efter overtrædelsens art, alder og køn*. Tilgængelig på: <http://www.statistikbanken.dk/STRAF5> Aflæst: [121114]
- Det Kriminal Præventive Råd u.å.: *Voldtægt*. Tilgængeligt på: <http://www.dkr.dk/voldt%C3%A6gt-0> Aflæst: [111114]
- Frandsen, L. M. 2008, *At blive mor. Misbrugte kvinders problemer og behov for hjælp*, Servicestyrelsen, København
- Gadamer, H. 2004, *Sandhed og metode*, Systime A/S, Viborg
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., Sørli, T. 2013, "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study", *Birth* 2013 Volume 40 (3), s. 182-191
- Høyer, B., Hamre, B. 2008, *Pædagoguddannelsen på tværs*, Frydenlund og forfatterne, København
- Lindahl, M., Juhl, C. B. 2002, "Vurdering af kvalitative artikler", *Nyt om forskning* 2002, nr. 1, s. 17-21
- Løffler, M. 2014, "Nordisk Forum 2014", *Tidsskrift for jordemødre* 2014, nr. 5, s. 36
- Malterud, K. 2011, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. udgave, Universitetsforlaget, Oslo

Nerum, H., Halvorsen, L., Øian, P., Sørli, T., Straume, B., Blix, E. 2009, "Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study", *BJOG* 2009, nr. 3, s. 288-294

Oresund Event Center u. å. *Nordisk Forum Malmö 2014*. Tilgængelig på <http://oresundeventcenter.dk/node/296> Aflæst: [111114]

Politiken, 2013. *Flere fødsler er kompliceret*. Tilgængelig på <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2064857/flere-foedsler-er-komplicerede/> Aflæst: [121114]

Rape Crisis –Cape Town Trust u.å. *Rape Trauma Syndrome*. Tilgængelig på: <http://rapecrisis.org.za/information-for-survivors/rape-trauma-syndrome/> Aflæst: [151114]

Straffeloven. LBK nr 871 af 04/07/2014. Kapitel 24, §216

Sundhedsstyrelsen 2013, *Anbefalinger for svangreomsorgen*, Komiteen for Sundhedsoplysning, København

UC Syddanmark Bibliotek, 2011. *CINAHL – en vejledning*. Tilgængelig på: http://ucsyd.dev.ding.dbc.dk/sites/default/files/cinahl_vejledning.pdf Aflæst: [191114]

UC Syddanmark Bibliotek, 2012. *PsycINFO – vejledning*. Tilgængelig på: http://ucsyd.dev.ding.dbc.dk/sites/default/files/psycinfo_vejledning.pdf Aflæst: [191114]

UC Syddanmark u.å. *Pubmed*. Tilgængelig på: <https://www.bibl.ucsyd.dk/da/page/pubmed> Aflæst: [181114]

13. Bilag

På de følgende sider, finder du vores bilag i form af vores søgeprotokol og artiklen "Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study".

Søgeprotokol

Studie nr.	Navn	Hold	Dato
JM10S102	Stephanie Højrup Rafn	JM11S	18/12-14
JM11S109	Karina Skovby Villadsen	JM11S	18/12-14
JM11S125	Trine Ejsten Hansen	JM11S	18/12-14

Jordemoderfaglig problemstilling:

Undersøgelser tyder på, at voldtægt har en stor indflydelse på kvindens fødselsoplevelse og kan lede til flere indgreb.

Problemformulering:

Hvordan kan jordemoderen støtte en kvinde under fødslen, der tidligere har været udsat for voldtægt?

Søgeord/emneord:

Søgeord	Synonym (er)	Oversættelse til fremmedsprog
Fødsel		Labor (på PsycINFO (childbirth), birth, childbirth, delivery, obstetric
Voldtægt	Seksuelt overgreb, seksuelt misbrugt	Sexual abuse, rape
Jordemoder		Midwife, midwifery, midwives

Støtte	Omsorg	Labor support, obstetric care
--------	--------	-------------------------------

Informationskilde:

Valg af informationskilder samt kort begrundelse: (databaser, søgemaskine, internet-hjemmesider mv)	
Cinahl	Vi har valgt Cinahl, da det er en international sundhedsfaglig database med overvejende kvalitative studier
PsycINFO	Vi har valgt PsycINFO, da databasen indeholder kvalitative studier, hvilket er relevant til vores projekt. Det er en engelsksproget, international database over psykologisk litteratur. Idet databasen indeholder overvejende psykologisk litteratur, er det relevant for os at søge i databasen i forhold til vores problemformulering. Vi har valgt PsycINFO, der er en engelsksproget, international database over kvalitative psykologiske studier. Databasen er således relevant for vores jordemoderfaglige problemstilling, der netop omhandler psykologiske aspekter.
PubMed	Vi har valgt PubMed, da det er en international medicinsk database. Da vi fandt en mulig relevant artikel i vores primære empiris litteraturliste, søgte og fandt vi denne i PudMed, da vi kunne udlede af titlen, at det var et kvantitativt studie.

Inklusionskriterier

Overordnede kriterier for litteratursøgningen samt begrundelse for disse: Da vi ønskede et studie, der kunne sammenlignes med Danmark, begrænsede vi os til studier i

Europa, dog primært Skandinavien og England

Andre kriterier anvendt i databasen ved søgningen samt begrundelsen for disse.

Fx: årstal, studiedesign, sprog mv

Vi søgte en artikel, der var udgivet inden for de sidste 10 år. Da vores problemformulering kræver en kvalitativ tilgang, søgte vi en kvalitativ artikel. På grund af vores egne sproglige begrænsninger, søgte vi artikler på dansk, engelsk og norsk.

Søgning

Database	Fritekst / emneord AND / OR / NOT	Relevante hits
Cinahl	Labor AND rape	1 hits
	Labor AND rape AND midwives	5 hits
	Labor AND rape AND obstetric care	1 hits
	Labor AND rape AND labor support	0 hits
	Labor AND sexual abuse	4 hits
	Labor AND sexual abuse AND midwives	0 hits
	Labor AND sexual abuse AND obstetric care	1 hit
	Labor AND sexual abuse AND labor support	0 hits

	Childbirth AND rape	3hits
	Childbirth AND rape AND midwives	1 hit
	Childbirth AND rape AND obstetric care	1 hit
	Childbirth AND rape AND labor support	1 hit
	Childbirth AND sexual abuse	15 hits
	Childbirth AND sexual abuse AND midwives	4 hits
	Childbirth AND sexual abuse AND obstetric care	2 hits
	Childbirth AND sexual abuse AND labor support	1 hit
	Delivery, obstetric AND rape	2 hits
	Delivery, obstetric AND rape AND midwives	0 hits
	Delivery, obstetric AND rape AND obstetric care	2 hits
	Delivery, obstetric AND rape AND labor support	0 hits
	Delivery, obstetric AND sexual abuse	3 hits

	Delivery, obstetric AND sexual abuse AND midwives	0 hits
	Delivery, obstetric AND sexual abuse AND obstetric care	3 hits
	Delivery, obstetric AND sexual abuse AND labor support	0 hits

Database	Fritekst / emneord AND / OR / NOT	Relevante hits
PsycINFO	Labor (childbirth) AND rape	1 hit
	Labor (childbirth) AND rape AND midwifery	0 hits
	Labor (childbirth) AND rape AND obstetric care	Ordet "care" findes ikke i PsycINFO, derfor ingen hits
	Labor (childbirth) AND rape AND labor support	Vi fandt 0 relevante ord ift. vores søgning på "labor support", hvorfor ingen hits
	Labor (childbirth) AND sexual abuse	4 hits
	Labor (childbirth) AND sexual abuse AND midwifery	0 hits

	Labor (childbirth) AND sexual abuse AND obstetric care	Ordet "care" findes ikke i PsycINFO, derfor ingen hits
	Labor (childbirth) AND sexual abuse AND labor support	Vi fandt 0 relevante ord ift. vores søgning på "labor support", hvorfor ingen hits
	Birth AND rape	7 hits
	Birth AND rape AND midwifery	0 hits
	Birth AND rape AND obstetric care	Ordet "care" findes ikke i PsycINFO, derfor ingen hits
	Birth AND rape AND labor support	Vi fandt 0 relevante ord ift. vores søgning på "labor support", hvorfor ingen hits
	Birth AND sexual abuse	19 hits
	Birth AND sexual abuse AND midwifery	0 hits
	Birth AND sexual abuse AND obstetric care	Ordet "care" findes ikke i PsycINFO, derfor ingen hits
	Birth AND sexual abuse AND labor support	Vi fandt 0 relevante ord ift. vores søgning på "labor support", hvorfor ingen hits
	Delivery, obstetric AND rape	Ordet "Delivery" fandtes ikke i PsycINFO, og gav derfor ingen resultater
	Delivery, obstetric AND	Ordet "Delivery" fandtes ikke i PsycINFO, og gav derfor

	sexual abuse	for ingen resultater
--	--------------	----------------------

Database	Fritekst / emneord AND / OR / NOT	Relevante hits
PubMed	Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study	1 hit