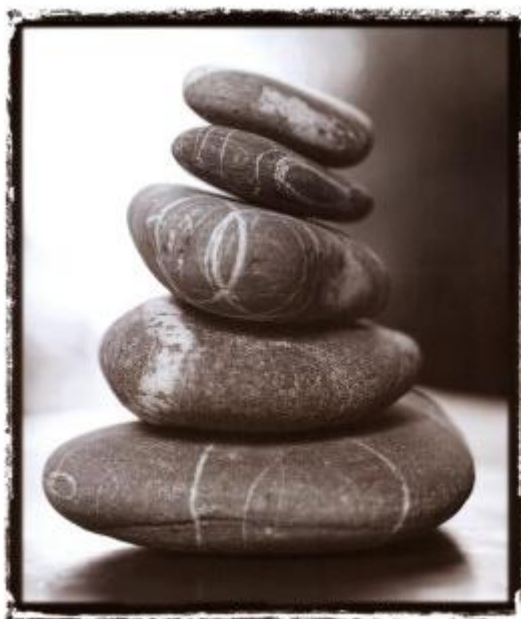


Emotionel dystoci - en overset diagnose i praksis?



Af Rikke Sundall, J04115
Stine Petersen, J04126

Jordemoderuddannelsen
University College Syddanmark
Hold J4, 7 semester

Bachelorprojekt
28 maj 2010

Vejledere:
Anne-Lisbeth Nyvang
Jacob Birkler

Projektet udgør 20 ECTS

Projektet må udlånes

RESUMÉ

Titel: Emotionel dystoci – en overset diagnose i praksis?

Baggrund: Knap halvdelen af de danske førstegangsfødende som går spontant i fødsel, vil få stillet diagnosen dystoci. Derfor finder vi det interessant at undersøge, hvilke faktorer der har indflydelse på udviklingen af dystoci samt hvorledes jordemoderen kan forebygge disse. I vores søgen blev vi opmærksom på begrebet "emotionel dystoci", beskrevet som en negativ stressrespons under fødslen, udløst hvis den fødende føler utryghed eller direkte frygt i fødselsprocessen. Ved denne stressrespons stimuleres kroppens stresshormoner, hvilket hæmmer den fødendes naturlige oxytocinproduktion, hvorved der opstår vesvækkelse. Nyere forskning omkring den hormonelle fødselsproces har vist, at oxytocinproduktionen blandt andet er knyttet til relationen mellem mennesker. Derfor finder vi det interessant at undersøge, hvorledes der skabes en tryk relation mellem jordemoder og den fødende. I den forbindelse har vi i projektet valgt at fokusere på magtforholdet i relationen mellem jordemoderen og den fødende i rollerne som professionel og patient, da vi formoder, at magtfordelingen på fødestuen har indflydelse på den fødendes oplevelse af tryk i fødslen.

Problemformulering: Hvorledes kan jordemoderen under fødslen hindre udviklingen af emotionel dystoci med særlig fokus på magtforholdet mellem den fødende og jordemoderen?

Metode: Den kvalitative undersøgelse "*Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives*" (2005) analyseres op imod teorien *Jurisdiction* (2006), som teoretiserer forskellige magtformer, der udspiller sig mellem den fødende og jordemoderen i praksis. Herefter sammenholdes analysens resultater med viden omkring den hormonelle fødselsproces.

Konklusion: Det konkluderes i projektet at magtforholdet mellem jordemoderen og den fødende, har stor betydning for, om den fødende kan føle sig tryk og evner at mestre fødslen. Vi finder, at jordemoderen skal anvende en magtform, som integrerer den fødendes magt i fødslen. Dette gøres konkret ved, at jordemoderen støtter den fødende gennem parrets samarbejde, giver en løbende og let forståelige information samt skaber den rette balance mellem at drage omsorg for parret og overvåge fødslen. Vi konkluderer endvidere, at dette projekt lægger op til, at emotionel dystoci undersøges nærmere i praksis.

Emneord: Emotionel dystoci, vesvækkelse, magtforhold, oxytocin, stressresponsmekanismer.

ABSTRACT

Titel: Emotional dystocia – a diagnosis neglected in practice?

Background: Almost half of the Danish nulliparous women with a spontaneous onset of labor will be diagnosed with dystocia. With a view to achieving an understanding of how the midwife can prevent dystocia in labor, we discovered a relatively new area: emotional dystocia. Emotional dystocia is described as a negative biobehavioral stressresponse during labor, released if the laboring woman feels unsafe or anxiety. The biobehavioral stressresponse stimulates the bodies' stresshormones, which inhibit the natural release of oxytocin and can lead to inertia. Based on the knowledge that the release of oxytocin is connected to the interactions between humans, we will try to achieve an understanding of how the midwife can prevent emotional dystocia with focus on the relationship of power between the midwife and the woman in labor.

Objective: How can the midwife prevent emotional dystocia with focus on the relationship of power between the midwife and the woman in labor?

Method: We conducted an analysis of the qualitative study "*Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenges for midwives*" (2005). This was then reflected and analyzed upon through the use of the theory of "*Jurisdiction*" (2006) as well as knowledge of the hormonal birth process.

Conclusion: This project finds that the relationship of power between the midwife and the woman in labor has a strong significance to the woman's sense of comfort and coping abilities. We find that the midwife should use a form of power, which integrates the birthing woman's own power. This should be done by the midwife through the means of supporting the woman in the couple's cooperation, by giving regular and easily accessible information, and by finding the right balance between taking care of the couple and supervising the progression and safety of the birth. It is concluded that this project envisages further research into the causes and prevention of emotional dystocia.

Keywords: Emotional dystocia, inertia, power, oxytocin, biobehavioral stressresponses.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1.0.	Indledning	4
2.0.	Problemformulering	5
3.0.	Begrebsdefinition	6
4.0.	Problemafgrænsning	6
5.0.	Fremgangsmåde	8
6.0.	Søgestrategi	9
7.0.	Præsentationsafsnit	12
7.1.	Emotionel dystoci.....	12
7.1.1.	Introduktion.....	12
7.1.2.	Oxytocin.....	12
7.1.3.	Stressresponsmekanismer under fødslen.....	15
7.2.	Sundhedsfremme.....	15
7.3.	Magtforhold.....	17
7.3.1.	Løgstrups relationsforståelse.....	17
7.3.2.	Jurisdiction.....	18
7.4.	Sammenfatning.....	20
7.5.	Delkonklusion.....	21
8.0.	Analyse	22
8.1.	Analyse af den kvalitative undersøgelse.....	22
8.1.1.	Introduktion.....	22
8.1.2.	Formål og baggrund.....	22
8.1.3.	Intern validitet.....	23
8.1.4.	Forforståelse.....	24
8.1.5.	Udvalg af deltagere.....	24
8.1.6.	Dataindsamling.....	25
8.1.7.	Dataanalyse.....	27
8.1.8.	Ekstern validitet.....	28
8.1.9.	Resultaternes validitet.....	29
8.2.	Analyse af de 4 fødselsberetninger op imod teorien Jurisdiction.....	30
8.2.1.	Samarbejde.....	30
8.2.2.	Information.....	32
8.2.3.	Omsorg.....	33
8.2.4.	Sammenfatning.....	35
8.2.5.	Delkonklusion.....	36
9.0.	Diskussion	37
9.1.	Resultaernes overførbarhed til projektets målpopulation.....	37
9.2.	Jordemoderens kendthed og kontinuerlige tilstedeværelse.....	37
9.3.	Teorien Jurisdictions anvendelighed i jordemoderens praksis.....	38
9.4.	De tre temaers anvendelighed i jordemoderens praksis.....	39
10.0.	Kildekritik	42
11.0.	Konklusion	44
12.0.	Perspektivering	46
13.0.	Litteratur- og kildefortegnelse	47
14.0.	Bilagsfortegnelse	49

1.0. INDLEDNING

Dystoci er en hyppigt stillet diagnose blandt danske førstegangsfødende og er ligeledes den hyppigste indikation for indgreb under fødslen (Kjærgaard, 2007: 74). Sundhedsstyrelsen anslår at ca. 45% af de danske førstegangsfødende, som går spontant i fødsel, vil få stillet diagnosen dystoci og efterfølgende blive behandlet med medicinsk vestimulation. (Sundhedsstyrelsen, 2009: 153). Denne procentandel har også jordemødre et ansvar for, da bemyndigelsen til at stille diagnosen dystoci samt påbegynde vestimulation er givet til jordemødre på stort set alle fødesteder i Danmark (Kjeldset; TFJ 2008: 11).

Ved anvendelse af medicinsk vestimulation under fødslen øges risikoen for en række komplikationer. Af de alvorligste skal nævnes en øget risiko for intrauterin asfyksi, idet medicinsk vestimulation kan medføre hyperstimulation (Enkin et al, 2000: 388). Intrauterin asfyksi kan endvidere medføre indgreb som instrumentiel forløsning og sectio grundet behov for hurtig forløsning af barnet (Henderson & McDonald, 2004: 972, 979). I sjældne tilfælde kan hyperstimulation føre til uterusruptur, som kan have fatale konsekvenser for både mor og barn, dette ses dog hovedsageligt i relation til sectio antea (Enkin et al, 2000: 388). Ligeledes er der en øget risiko for postpartum blødning, da syntocinon nedsætter oxytocinreceptorernes følsomhed i uterus, hvorved der kan opstå atoni (Henderson & McDonald, 2004: 988).

Med fokus på at knap halvdelen af de førstegangsfødende, som forventes at føde ukompliceret, vil blive behandlet med medicinsk vestimulation grundet diagnosen dystoci samt at denne behandling har en række komplikationer, finder vi det relevant at undersøge, hvorledes jordemoderen kan hindre udviklingen af dystoci.

I vores søgen efter redskaber til at hindre udviklingen af dystoci, afsøgte vi både obstetrisk og jordemoderfaglig litteratur. I de obstetriske lærebøger beskrives dystoci som en afvigelse fra den normale fødselsmekanisme defineret som en kombination af de tre P'er: Power (veerne), Passage (bækkenforhold) og Passenger (barnet) (Cunningham et al., 2005: 496). I den jordemoderfaglige litteratur blev vi opmærksomme på et relativt nyt begreb "emotionel dystoci", som beskriver et fjerde P i rækken af årsagssammenhænge til dystoci – nemlig Psyche (psyke) (Simkin & Ancheta, 2005: 2). Årsagen bag emotionel dystoci beskrives som en negativ stressrespons under fødslen, udløst hvis den fødende føler utryghed eller direkte frygt i fødselsprocessen typisk som følge af, at den fødende ikke føler sig i stand til at mestre fødslen (ibid: 134). I denne situation vil produktionen af stresshormoner øges hos den fødende, hvilket hæmmer den naturlige

oxytocinproduktion og medfører vesvækkelse (ibid.). Vi er ikke tidligere blevet præsenteret for viden om emotionel dystoci og ifølge *Etikkode for jordemødre*, der beskriver værdigrundlaget for jordemødres praksis, skal jordemødre holde deres faglige viden ajour og anvende den ajourførte viden til aktivt at udvikle og forbedre praksis: *"Jordemødre er juridisk og etisk forpligtet til at holde deres faglige viden ajour med henblik på at kunne yde en optimal omsorg, der imødekommer kvinders behov for tryghed, sikkerhed og medbestemmelse [...]"* (Jordemoderforeningen, 1998: stk. 5). Derfor anser vi det for vigtigt, at vi som snart færdiguddannede jordemødre undersøger, hvilke redskaber der kan være anvendelige for jordemødre i forsøget på at hindre udviklingen af emotionel dystoci i fødselsprocessen.

Med henvisning til professor i fysiologi Kerstin Unväs Mobergs (f.1944) forskning i hormonet oxytocin, vil vi i projektet se nærmere på spillet mellem jordemoderen og den fødende, da oxytocinproduktionen ifølge Moberg blandt andet er knyttet til relationen mellem mennesker (Moberg, 2006: 125). Mobergs forskning peger på, at hvis mennesker oplever en tryghed i relationen, vil dette stimulere oxytocinproduktion (ibid.). Vi formoder på den baggrund, at spillet mellem jordemoderen og den fødende har indflydelse på den fødendes oxytocinproduktion og dermed også på udviklingen af vesvækkelse og emotionel dystoci. Det er derfor interessant, hvorledes der kan skabes en tryk relation mellem jordemoder og den fødende. I den forbindelse finder vi det relevant at undersøge magtforholdet i relationen mellem jordemoderen og den fødende i rollerne som professionel og patient, da vi formoder at magtfordelingen på fødestuen har indflydelse på den fødendes tryghed i fødslen. Dette leder os frem til problemformuleringen:

2.0. PROMBLEMFORMULERING

Sundhedsstyrelsen anslår at knap halvdelen af de danske førstegangsfødende, som går spontant i fødsel vil få stillet diagnosen dystoci, trods det faktum, at man hos langt størsteparten kunne forvente, at fødslen forløb uden komplikationer. Med udgangspunkt i ny viden om emotionel dystoci bliver det derfor relevant at undersøge og give mulige svar på:

Hvorledes kan jordemoderen under fødslen hindre udviklingen af emotionel dystoci med særlig fokus på magtforholdet mellem jordemoderen og den fødende?

3.0. BEGREBSDEFINITION

Den forventede ukomplicerede fødsel:

Vi har i projektet valgt at have fokus på den forventede ukomplicerede fødsel, som defineres i henhold til jordemoderens virksomhedsområde, der omfatter fødselshjælp til den fødende og barnet ved ukomplicerede fødsler, hvor der ikke er behov for lægelig bistand (CIR nr. 149 af 08/08/2001, §1). Ved et ukompliceret forløb forstås at fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindesprængning eller instrumentel forløsning (VEJ.nr. 151 af 08/08/2001; stk. 2.2).

Dystoci:

Når vi i projektet henviser til diagnosen dystoci, defineres denne i henhold til Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetris kliniske guidelines. I fødselns aktive fase defineres dystoci, som en dilatation af orificium mindre end en halv cm per time set over mindst tre til fire timer (DSOG, 1999). I uddrivningsperioden defineres dystoci endvidere som en tidsgrænse for caput nedtrængning, hvor dystoci diagnosticeres, hvis ledende fosterdel ikke er på bækkenbunden efter én time trods gode veer eller hvis kvinden har presset i ca. en time, uden at fødslen er umiddelbart forestående (DSOG, 2000).

4.0. PROMBLEMAFGRÆNSNING

Kendt jordemoder:

Da vi i projektet ønsker, at projektets problemformulering er praksisorienteret, vil vi ikke søge svaret på projektets problemformulering i en kontekst, som ikke er repræsentativ for virkeligheden på en gennemsnitlig dansk fødeafdeling. Derfor har vi afgrænset os fra konceptet *kendt jordemoder* trods evidens for, at dette nedsætter risikoen for indgreb under fødslen og dermed indirekte må formodes at forebygge dystoci (Kjeldset, TFJ 2010: 1).

Kontinuerlig tilstedeværelse:

Vi er bevidste om, at en kontinuerlig støtteperson under fødslen øger chancen for, at fødslen forløber spontant, hvorfor Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordmoderen bør være kontinuerligt tilstede på fødestuen under fødselns aktive fase (Sundhedsstyrelsen, 2009: 151f). Vi formoder på den baggrund, at jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse indirekte forebygger dystoci. Vi ønsker dog ikke i dette projekt at undersøge, hvorvidt jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse kan hindre udviklingen af emotionel dystoci, da vi har valgt at fokusere på måden, hvorpå

jordemoderen er tilstede under fødslen og ikke på hvor meget hun målt i timer og minutter har opholdt sig på fødestuen.

Det fysiske fødemiljø:

Vi er endvidere bevidste om, at den fødendes oxytocinproduktion kan påvirkes af det fysiske fødemiljø i både positiv og negativ retning, afhængig af rummets udformning og hvorledes den fødende oplever dette (Fahy & Parratt, 2006:46f). Dette forhold ønsker vi dog ikke at undersøge i projektet, da vi retter fokus mod, hvorledes jordemoderen kan hindre udviklingen af emotionel dystoci og ikke føderummets fysiske rammer.

Flergangsfødende:

Endvidere har vi valgt at afgrænse projektet fra flergangsfødende, da tidligere fødselsoplevelser både kan have positiv såvel som negativ indflydelse på den aktuelle fødsel. Vi formoder, at flergangsfødende potentielt har en mindre risiko for at udvikle emotionel dystoci, idet en tidligere god fødselsoplevelse giver den fødende troen på egne evner til at føde (Henderson & McDonald, 2004: 878). På den baggrund formoder vi, at denne gruppe af fødende vil være bedre i stand til at mestre fødslen. Omvendt er det vores antagelse, at en tidligere negativ fødselsoplevelse kan have en negativ indflydelse på den fødendes mestring af den aktuelle fødsel og således disponerer til emotionel dystoci. En tidligere negativ fødselsoplevelse bør bearbejdes inden næste fødsel ved hjælp af blandt andet efterfødselssamtaler (Sundhedsstyrelsen, 2009: 184). Derfor hører dette ikke med til projektet, da fokus her er rettet imod, hvorledes jordemoderen i fødslen kan hindre udviklingen af emotionel dystoci.

Fødselsangst:

Afslutningsvis har vi valgt at afgrænse projektet fra førstegangsfødende med fødselsangst, trods en formodning om, at denne gruppe er i højrisiko for at udvikle emotionel dystoci, da fødselsangst bør behandles med terapi i graviditeten (ibid: 183f). Derfor ekskluderes denne gruppe fra projektet, da projektets fokus er rettet imod at hindre udviklingen af emotionel dystoci under fødslen.

I det følgende vil vi redegøre for vores søgestrategi, som danner baggrund for vores valg af empiri samt teori.

Vi mener, at projektets problemformulering lægger op til, at vi inddrager en kvantitativ undersøgelse, som har målt på en årsags- og virkningssammenhæng i forbindelse med forebyggelse af emotionel dystoci. Vi udførte derfor en systematisk artikelsøgning med henblik på at udvælge en kvantitativ undersøgelse. Den systematiske artikelsøgning blev som udgangspunkt udført i de to store databaser Pubmed og The Cochrane Library, da disse er databaser med et stort indhold af naturvidenskabelige artikler, hvor vi forventede at finde en kvantitativ forskningsundersøgelse til besvarelse af projektets problemformulering. Vi lavede en systematisk søgestrategi, hvor vi både foretog emnesøgning, fritekstsøgning samt en kombination af disse. Vi begrænsede søgningerne ved hjælp af limits. Vi stillede krav om, at artiklerne skulle indeholde abstracts, da dette gør artikelgennemgangen overskuelig, herudover skulle artiklerne være publicerede på enten engelsk, dansk, norsk eller svensk, da disse er sprog vi behersker. Dette resulterede i 9 søgninger. Nærmere specifikation af søgestrategien findes i Bilag 1. Vi gennemlæste abstracts, hvorefter det stod klart, at forskning omkring emotionel dystoci og magtforholdet mellem jordmoderen og den fødende ikke umiddelbart er belyst, da ingen af de fremkommende artikler omhandler emnet. Derfor udvidede vi vores søgning til kun at omhandle emotionel dystoci. Vi begrænsede søgningerne på samme limits, som tidligere nævnt. Dette resulterede i 16 søgninger. Nærmere specifikation af søgestrategien findes i Bilag 2. Vi gennemlæste abstracts, hvorefter vi kunne konstatere, at forskning omkring emotionel dystoci ikke er belyst i nogen af de fremkommende artikler. Det var derfor ikke muligt at udvælge en kvantitativ undersøgelse til besvarelse af projektets problemformulering. Vi valgte i stedet at tage udgangspunkt i faglitteratur omhandlende emotionel dystoci og koncentrerede os i stedet om at søge en kvalitativ undersøgelse, som kunne belyse magtforholdet mellem jordmoderen og den fødende.

I den forbindelse foretog vi en tredje systematisk artikelsøgning i de fire store databaser: Pubmed, Cinahl, Academic Search Elite og PsycInfo, da disse er databaser med stort indhold af både naturvidenskabelige og psykologiske artikler, hvor vi forventede, at finde en kvalitativ forskningsundersøgelse til at belyse magtforholdet mellem jordmoderen og den fødende. I den tredje systematiske artikelsøgning foretog vi både emnesøgning, fritekstsøgning samt en kombination af disse. Vi begrænsede søgningerne på samme limits, som tidligere nævnt. Dette resulterede i 23 søgninger. Nærmere specifikation af søgestrategien findes i Bilag 3. Vi gennemlæste abstracts, hvorefter vi inkluderede eller ekskluderede fremkommende artikler ud fra

kriteriet om, at artiklerne skulle undersøge magtforholdet mellem jordmoderen og den fødende. Vi kunne konstatere, at kun én artikel direkte omhandlede dette magtforhold og vi vurderede, at denne artikels teori kunne anvendes som analytisk redskab til at analysere, hvilket magtforhold der udspiller sig i relationen mellem jordmoderen og den fødende. Derfor inkluderede vi også en kvalitativ undersøgelse fra samme søgestrategi, som netop har observeret relationen mellem jordmoderen og den fødende i praksis. Den tredje systematiske artikelsøgning resulterede således i inklusion af følgende to artikler:

"Birth territory: A theory for midwifery practice" (2006) af Kathleen M. Fahy & Jenny Anne Parratt. I artiklen fremstilles teorien *Jurisdiction*, som teoretiserer forskellige magtforhold, der udspiller sig mellem den fødende og jordmoderen i praksis. Artiklen er vedlagt i Bilag 4. Udvælgelse af artiklen fremkom efter en emnesøgning i Pubmed ved en kombination af de kontrollerede emneord: [Labor, obstetric] AND [Power], som gav 10 hits.

"Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives" (2005) af Hallgren et al. Undersøgelses resultater bygger på fire fødselsberetninger med særlig fokus på relationsmønstre mellem jordmoderen og parret samt hvorledes parret oplever relationen. Artiklen er vedlagt i Bilag 5. Udvælgelse af artiklen fremkom efter en emnesøgning i henholdsvis PsycInfo samt Academic Search Elite ved en kombination af de kontrollerede emneord: [Birth] AND [Midwifery] samt [Childbirth] AND [Midwifery], som gav henholdsvis 123 og 107 hits.

6.0. FREMGANGSMÅDE

Stine

Med følgende afsnit er det hensigten at skabe overblik over projektets opbygning og samtidig begrunde udvalgte af teori og empiri.

I afsnit 7.0. Præsentationsafsnit vil vi redegøre for viden om emotionel dystoci og den hormonelle fødselsproces, da denne viden er central for en forståelse af årsagerne bag emotionel dystoci. Denne forståelse danner endvidere rammerne for den videre analyse. Vi er velvidende om, at det hormonelle samspil under fødslen er komplekst samt at forskning på området er i stadig udvikling, hvorfor vi i projektet har valgt at tage udgangspunkt i nyere litteratur på området. Til redegørelse af det hormonelle samspil under fødslen inkluderes bogen *"Afspænding, ro og berøring - om oxytocins helbredende virkning i kroppen"* (2006) af professor i fysiologi Kerstin Uvnäs Moberg. Bogens resultater bygger primært på en række videnskabelige undersøgelser baseret på dyreforsøg, hvoraf nogle er foretaget af Moberg selv. Mobergs egne resultaterne fra forsøg med rotter er

efterfølgende sammenlignet med menneskers fysiologi ved observation af ammende kvinder, som i forbindelse med amning frigør store mængder oxytocin. Ydermere anvendes artiklen "*Creating birth space to enable undisturbed birth*" (2008) af jordemoder og Ph.D. Maralyn Foureur. Foureur anerkender Mobergs forskning og har på baggrund af denne samt andre videnskabelige undersøgelser forsøgt at teoretisere to stressresponsmekanismer under fødslen samt hvilken indflydelse disse kan have på fødselsprocessen og på den fødendes oxytocinproduktion.

Projektets forståelse af emotionel dystoci bygger således på ovenstående litteratur og det har ikke været muligt at inddrage undersøgelser, hvor emotionel dystoci som diagnose er videnskabeligt testet hos fødende kvinder. Derfor har vi valgt at tage kritisk stilling til, hvilke begrænsninger den anvendte litteratur har for besvarelse af projektets problemformulering i afsnit 10.0. Kildekritik.

Vi har i projektet valgt at undersøge, hvorledes jordemoderen under fødslen kan hindre udviklingen af emotionel dystoci. Vi har på den baggrund valgt at rette fokus på sundhedsfremme i afsnit 7.0. Præsentationsafsnit, da emotionel dystoci kan knyttes til den fødendes mestringsevne under fødslen. Sundhedsfremme kan ses i lyset af mange perspektiver, men vi har i projektet valgt at i tage udgangspunkt i professor i medicinsk sociologi Aaron Antonovskys (1923-1994) teori omkring sundhedsfremme. Til præsentation af sundhedsfremme anvendes bogen "*Sundhedsfremme i teori og praksis*" (2006) af Torben K. Jensen og Tommy J. Johansen, da bogen beskriver sundhedsfremme i en praksisorienteret kontekst på baggrund af Antonovskys salutogenetiske idé omkring helbred og mestring.

Da magtforholdet mellem jordemoderen og den fødende er centralt i problemformuleringen, vil teori omkring magtforhold blive præsenteret i afsnit 7.0. Præsentationsafsnit. Vi har i projektet valgt at tage udgangspunkt i den danske teolog og professor i etik og filosofi K.E. Løgstrup (1905-1981), da han var en teoretiker, der arbejdede med de menneskelige relationer. I præsentationsafsnittet vil vi argumentere for, at Løgstrups relationsforståelse kan sættes i perspektiv til sundhedsvæsenet. Denne relationsforståelse anvendes i projektet som baggrund for en forståelse af magt som et vilkår i relationen mellem mennesker. Til præsentation af Løgstrups relationsforståelse anvendes bøgerne "*Løgstrup*" (1995) af Svend Andersen samt "*Etik i sundhedsvæsenet*" (2006) af Jacob Birkler.

For at sætte magtforholdet i relation til jordemoderens praksis inddrages endvidere artiklen "*Birth territory: A theory for midwifery practice*" (2006) af jordemoder og Ph.D. Kathleen M. Fahy og Jenny Anne Parratt. I artiklen fremstilles teorien *Jurisdiction* (2006), som teoretiserer forskellige magtforhold, der udspiller sig mellem den fødende og jordemoderen i praksis. Magtbegreberne,

der er knyttet til teorien *Jurisdiction*, præsenteres i afsnit 7.0. Præsentationsafsnit. Disse magtbegreber vil senere i projektet blive anvendt som et analytisk redskab til besvarelse af projektets problemformulering. Da artiklen er skrevet på engelsk, mener vi, at det er meningsforstyrrende, hvis begreberne forsøges oversat til dansk. Derfor bibeholdes de engelske begreber i projektet. Fahy & Parratts teori er endnu ikke testet, men de anvendte teoretiske begreber er defineret således, at de ifølge Fahy & Parratt kan indgå i en videnskabelig undersøgelse. Da teorien anvendes som et centralt analytisk redskab i projektet, har vi i afsnit 10.0. Kildekritik taget kritisk stilling til teoriens anvendelighed.

I afsnit 8.0. Analyseafsnit inddrages den kvalitative undersøgelse *"Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives"* af Hallgren et al. (2005). Undersøgelsens resultater er centrale for besvarelse af projektets problemformulering, da disse bygger på fire observationer af fødsler med særlig fokus på relationsmønstre mellem jordemoderen og parret samt hvorledes parret oplever relationen. Vi har i projektet valgt en kvalitativ forskningsmetodologisk vinkel, da vi ønsker at opnå en forståelse af, hvorledes den fødende i kraft af magtforholdet på fødestuen mestrer fødslen. Denne forståelse er essentiel, når vi efterfølgende vil sammenholde denne med vores viden omkring emotionel dystoci.

Analyseafsnittet opdeles således, at vi i første del af analysen kritisk analyserer den kvalitative undersøgelse med henblik på at vurdere validiteten af undersøgelsens metode. Til kritisk analyse af artiklen anvendes bogen *"Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab"* (2008) redigeret af Lene Koch & Signild Vallgård samt artiklerne *"Vurdering af kvalitative artikler"* (2002) af Bente Hovmand & Jeanette Præstegaard og *"Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion"* (2002) af Marianne Lindahl & Carsten Juhl. I anden del af analyseafsnittet analyseres de fire fødselsberetninger med Fahy & Parratts teori *Jurisdiction* (2006) som analytisk redskab, da vi ønsker at forstå, hvilke magtforhold der udøves på fødestuen.

Endvidere vil vi i det efterfølgende afsnit 9.0. Diskussion reflekterer over og tage kritisk stilling til analysens resultater og hvorledes disse er overførbare til projektets målpopulation: førstegangsfødende med forventede ukomplicerede fødselsforløb. Ydermere diskuteres resultaternes begrænsninger samt deres anvendelighed i jordemoderens praksis.

Afslutningsvis finder vi det af afgørende betydning, at diagnosen emotionel dystoci videnskabeligt testes hos fødende kvinder, hvorfor vi i projektets afsnit 12.0. Perspektivering tager stilling til, hvordan man kvantitativt kan undersøge, om emotionel dystoci er en oversat diagnose i praksis.

7.0. PRÆSENTATIONSAFSNIT

I dette afsnit vil vi redegøre for viden omkring emotionel dystoci, sundhedsfremme samt magtforhold da disse er centrale begreber, som anvendes i den videre analyse. Afslutningsvis vil denne viden sammenholdes i en delkonklusion med henblik på at vurdere, hvordan jordemoderen teoretisk kan hindre udviklingen af emotionel dystoci.

7.1. Emotionel dystoci

Den hormonelle fødselsproces er et kompleks system og vi vil med følgende afsnit redegøre for oxytocins virkning samt hvorledes oxytocinproduktionen stimuleres og blokeres. Herefter forklares de to stressresponsmekanismer calm-and-connection samt fight-or-flight. Denne indsigt er central for en forståelse af årsagerne bag emotionel dystoci og skal danne en forståelsesramme for den videre analyse.

7.1.1. Introduktion

Rikke

Emotionel dystoci er et relativt nyt begreb som ifølge vores kilder, første gang optræder i den jordemoderfaglige litteratur omkring år 2000 (Simkin & Ancheta, 2005). Trods en nu tiårig periode oplever vi, at viden omkring emotionel dystoci hos fødende kvinder er begrænset til teoretiske antagelser baseret på dyreforsøg. Heri ligger måske forklaringen på, at det ikke har været muligt at søge viden omkring emotionel dystoci i anerkendte obstetriske lærebøger. De obstetriske lærebøger beskriver fortsat ætiologien bag dystoci, som en afvigelse fra den normale fødselsmekanisme, defineret som en kombination af de tre P'er: Power (veerne), Passage (bækkenforhold) og Passenger (barnet) (Cunningham et al., 2005: 496), men en forståelse af emotionel dystoci fordrer dog anerkendelsen af det fjerde P: Psyche (psyke), da emotionel dystoci er tæt forbundet med den fødendes følelser i fødselssituationen, som giver sig til udtryk i, hvorledes den fødende mestrer fødslen (Simkin & Ancheta, 2005: 134f). En forståelse af emotionel dystoci kræver først og fremmest en viden om, hvad der influerer på oxytocinproduktionen, da hormonet oxytocin er tæt forbundet med den fødendes psyke (ibid: 16f).

7.1.2. Oxytocin

Stine

Det er anerkendt viden, at hormonet oxytocin dannes i hypothalamus og transporteres til hypofysen, hvor det udskilles til blodbanen via hypofysebaglappen. Det blodbårne oxytocin transporteres under fødslen til uterus, hvor hormonet binder sig til oxytocinreceptorerne, hvorved myometriet trækker sig sammen og stimulerer veaktiviteten. Efter fødslen stimuleres

oxytocinproduktionen i forbindelse med amning, hvorved nedløbsrefleksen udløses (Moberg, 2006: 63f; Coad & Dunstall: 2005; 67ff).

Nyere forskning har dog vist, at oxytocinproduktionen ikke kun stimuleres i forbindelse med fødsel og amning, men at også berøring, varme og omsorg har indflydelse på oxytocinproduktionen (Foureur, 2008: 70).

Samtidig med at oxytocin fungerer som et uteruskontraherende hormon under fødslen, fungerer oxytocin også som signalstof i centralnervesystemet, hvorfor det formodes også at påvirke den fødendes psyke (Moberg, 2006: 64). Når oxytocinniveauet stiger under fødslen, vil den fødende opleve en angstdæmpende, beroligende og i større mængder sløvende effekt grundet et øget oxytocinkoncentration i centralnervesystemet. I den forbindelse øges kvindens smertetolerance, idet afspænding mindsker følsomheden overfor smertestimuli, hvilket gør den fødende bedre i stand til at håndtere vesmerten (ibid: 81, 84f). Oxytocinproduktionen stimuleres blandt andet positivt ved behagelige stimuli. Behagelige stimuli kan for eksempel være massage eller en anden form for berøring, der fremmer velvære (ibid: 112ff, 123). Ifølge Moberg kan relationer også give oplevelsen af berøring på et psykologisk plan, uden egentlig kropskontakt. Opleves for eksempel mødet med jordemoderen som varmt og støttende, giver det følelsen af tryghed hos den fødende, som modsvarer en venlig berøring, hvorved den fødendes oxytocinproduktion øges og veaktiviteten stimuleres (ibid: 125).

Tabel 5.2. fra artiklen "*Creating birth space to enable undisturbed birth*" (2008) giver en oversigt over den nyeste viden omkring oxytocins virkning samt hvilke faktorer der har indflydelse på oxytocinproduktion i forbindelse med fødslen (Foureur, 2008:71):

Tabel 5.2. Summary of Oxytocin (by itself or in interaktion with other neuro-hormones) with particular relevance to birth and parenting

Oxytocin effects on physiology and behavior	<ul style="list-style-type: none"> Initiates and maintains bonding, attachment and love Increases trust Improves social cohesion through decreasing aggression Conserves energy Induces sleep Stimulates growth and development and aids digestion Improves memory and aids learning Increases pain threshold Integrates endorphin/ opiate system and a number of other neuro-chemical biological systems Improving healing Increases activity of immune system Lowers blood pressure Lowers heart rate Lowers level of stress hormones Stimulates contraction of myometrium (uterin muscle) Stimulates contractions of lactiferous ducts and alveoli of the breast
Oxytocin can be stimulated by:	<ul style="list-style-type: none"> Love (sense of being loved and loving towards others) Smell (aromatherapy) Touch - of particular pressure and rhythm and rate (40' beats per minut) Touch of naked skin on skin Touch in particular places (back, shoulders, arms in humans - front of body in animals) Touching others (hugs, hand on shoulder, massaging others, shaking hands) Touching the breasts and breastfeeding Eye-to-eye contact Massage Acupuncture, acupressure Eating Suckling (even non-nutritive suckling) Warmth Immersion in warm water Being in the company of known (and trusted) and pleasant companions Hearing pleasant sounds Seeing scenes of nature, in particular water Stretching of the vagina (as in Ferguson reflex) Sexual activity Assuming particular facial and postural characteristics (smiles) Relaxing activities (meditation, hypnosis, playing, singing) Imagining pleasant/ loving situations
Oxytocin can be blocked by	<ul style="list-style-type: none"> Nor-adrenalin Artificial oxytocin (induced or argumented labor) Anaesthetics (epidural, pudendal block) Analgesics Caesarean birth Failure to stimulate the Ferguson reflex Adrenaline/ fear Artificial feeding Atosiban (Oxytocin antagonist) Distracting the neocortex from its primary birth focus (e.g. engaging the mother in chatting about external, irrelevant events during labour) Feeling uncared for, disrespected Unsupportive companions Separation of mother and baby at birth Stressful experiences and expectations Hostile enviroment

7.1.3. Stressresponsmekanismer under fødslen

Rikke

I forbindelse med fødslen har den fødendes hormonelle respons på fødsels stress stor indflydelse på oxytocinproduktionen. Fødselsprocessen er fra naturens side en stressende oplevelse for kroppen og den fødende vil naturligt reagere på denne stress. Hvis den fødende føler sig tryk og i stand til at mestre fødsels stress, vil hun normalt reagere med stressresponsen *calm-and-connection*; en stressrespons, der stimulerer den fødendes oxytocinproduktion, hvorved også veaktiviteten stimuleres (Foureur, 2008: 58, 62). Grundet den øgede oxytocinkoncentration i centralnervesystemet, vil den fødende derfor også opleve, at hun bliver mere rolig og hendes smertetolerance øges. Stressresponsen *calm-and-connection* er derfor en hensigtsmæssig respons på fødsels stress. Hvis den fødende omvendt oplever utryghed eller angst i fødselsprocessen og ikke føler sig i kontrol, vil nervesystemet automatisk reagere med stressresponsen *fight-or-flight*, som blandt andet stimulerer til produktion af den fødendes stresshormoner (Foureur, 2008: 59f, 62). Denne stressrespons er fra naturens side designet med det formål, at gøre mennesket i stand til at kæmpe med eller flygte fra en fjende. *Fight-or-flight* er derfor en overlevelsesrespons, som ikke er hensigtsmæssig under fødslen, hvor den øgede mængde stresshormoner i blodet hæmmer den fødendes oxytocinproduktion, hvilket disponerer til vesvækkelse; vemønsteret vil enten blive uregelmæssigt, intervallerne længere eller veaktiviteten vil helt ophøre for en periode (ibid.). Samtidig reduceres oxytocins beroligende effekt og den fødendes smerteoplevelse øges, hvilket kan resultere i en ond cirkel af øget smerte og angst. Stressresponsen *fight-or-flight* disponerer således til emotionel dystoci (Simkin & Ancheta, 2005: 17).

7.2. Sundhedsfremme

Stine

I følgende afsnit vil teorien bag sundhedsfremme blive præsenteret, idet vi finder, at sundhedsfremme er et centralt redskab for jordemoderen i forsøget på at hindre udviklingen af emotionel dystoci, da emotionel dystoci er tæt forbundet med den fødendes mestringsevne.

Professor i medicinsk sociologi Aaron Antonovsky (1923-1994) udformede den salutogenetiske idé, som søger at besvare spørgsmålet om, hvorfor mennesker forbliver sunde, modsat den patogenetiske idé, hvor der fokuseres på, hvorfor mennesker bliver syge (Jensen & Johansen, 2006: 85). Med udgangspunkt i Antonovskys teori om helbred og mestring, bliver der i sundhedsfremme fokus på menneskers ressourcer og på hvorledes disse mobiliseres, således at mennesker selv kan håndtere deres situation og forblive raske (ibid: 104). Antonovskys teori tager udgangspunkt i den videnskabssteoretiske tradition hermeneutik og fænomenologi, idet den salutogenetiske idé tager

afsæt i en forståelse af menneskets *livsverden*. Ifølge hermeneutikken fortolker mennesket verden ud fra en samlet *horisont*; det synsfelt som er skabt på baggrund af menneskets *forforståelse*, altså den forståelse, der går forud for selve forståelsen (Birkler, 2005: 97). *Forforståelsen* er skabt på baggrund af menneskets fordomme, som er dets umiddelbare forventninger og formeninger (ibid: 96). Mennesket vil altså i enhver sammenhæng fortolke den verden, som det er en del af, hvilket aldrig gøres forudsætningsløst. I forlængelse heraf beskriver fænomenologien forståelsens genstand (ibid: 103). I forsøget på at forstå den anden hermeneutisk, er der tale om en forståelse af den andens *livsverden*; den erfaringsverden, der danner grundlag for menneskers særegne erkendelse og opfattelse af, hvad der er virkelighed (ibid: 103ff).

Ifølge Antonovsky skal den sundhedsprofessionelle i sit sundhedsfremmende arbejde søge at forstå patientens *livsverden* og derigennem forsøge at skabe rammerne for, at patientens ressourcer og handlekompetencer mobiliseres. Dette er essentielt for, at patienten kan håndtere de stressorer, som det udsættes for (Jensen & Johnsen, 2006: 86f, 96f). Stressorer er stimuli, som kræver en håndtering, men som mennesket ikke automatisk har tilpasningsstrategier mod. Stressorer kan for eksempel være sygdom, død, kriser, konflikter med videre (ibid: 87). Ifølge Antonovsky afhænger menneskets mestring af disse stressorer af menneskets *følelse af sammenhæng* og påvirker derfor mennesker meget forskelligt (ibid: 88). At mennesket bliver udsat for stressorer, er ikke nødvendigvis negativt. Antonovsky henviser for eksempel til fødslen som en situation med voldsomme stressorer, men som i kombination med solid støtte, kan blive en udviklende og styrkende proces for den fødende, hvis den fødende oplever en stærk *følelse af sammenhæng* (ibid: 86). Ifølge Antonovskys teori sammensættes *følelsen af sammenhæng* af 3 faktorer (ibid: 88):

Begribelighed: Handler om, i hvor høj grad stimuli opleves som fornuftmæssigt begribelige.

Håndterbarhed: Handler om, i hvor høj grad mennesket har ressourcer til rådighed i mødet med omverdenens stimuli. Sådanne ressourcer kan også opbygges med støtte fra et andet menneske.

Meningsfuldhed: Handler om, i hvor høj grad omverdens stimuli opfattes som meningsfulde og derfor er værd at investere energi.

Sættes Antonovskys teori omkring sundhedsfremme i perspektiv til jordemoderens arbejde på fødestuen, skal jordemoderen derfor fokusere på at styrke den fødendes *følelsen af sammenhæng* og herved skabe rammerne for, at den fødende kan mobilisere egne handlekompetencer og derved mestre fødsels stimuli. Har den fødende således en stærk *følelse af sammenhæng*, vil hendes mestring af fødslen styrkes.

7.3. Magtforhold

Da magtforhold er et centralt begreb i problemformuleringen vil teori omkring magtforholdet i relationen mellem mennesker blive præsenteret. Til dette formål anvendes K.E. Løgstrups relationsforståelse, som danner baggrund for en forståelse af magt som et vilkår i relationen mellem mennesker. For at sætte denne forståelse i relation til jordemoderens praksis inddrages endvidere Fary & Parratts teori Jurisdiction (2006) omhandlende forskellige magtformer, der udspiller sig imellem den fødende og jordemoderen i praksis. Disse magtformer vil senere i projektet blive anvendt som analytisk redskab.

7.3.1. Løgstrups relationsforståelse

Rikke

Den danske teolog og professor i etik og filosofi K.E. Løgstrup (1905-1981) repræsenterer en hermeneutisk og fænomenologisk tankegang, idet Løgstrups relationsforståelse tager afsæt i tanker om menneskets *livsverden* (Birkler, 2006: 64). Ifølge Løgstrup lever mennesket et fælles liv med andre, hvor det konstant udleverer sig selv (ibid: 65). Når mennesket udleverer sig selv i mødet med et andet menneske, er det i større eller mindre grad blottet og sårbart, hvorved det andet menneske får magt over det (Andersen, 1995: 62).

"Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre uden at han holder noget af dets liv i sin hånd" K.E. Løgstrup, 1956 (Løgstrup, 1991: 25)

Vores liv er altså ikke kun en væren med andre, men også et vekslende forhold af selvudlevering og magt (Andersen, 1995: 62). Ifølge Løgstrup er magtforholdet således et vilkår i relationen mellem mennesker – blot det, at vi er tilstede i en relation med et andet menneske, skaber et magtforhold. Ifølge Løgstrup stiller denne magt mennesket over for et medansvar om at tage vare på det andet menneskes liv, som det er os udleveret i relationen (Andersen, 1995: 62). Løgstrup giver dog ingen konkrete anvisninger for, hvorledes dette medansvar skal udmøntes; den enkelte skal selv med sin livsforståelse og bedste skøn finde ud af, hvad der er den rette handling i den givne situation (Birkler, 2006: 67).

At tage et medansvar for et andet menneske, fordrer ifølge Løgstrup, at mennesket behandler den anden som et selvstændigt og ansvarligt individ og ikke overtager det andet menneskes eget ansvar. Et medansvar kræver altså både omsorg for den anden og respekt for den andens selvstændighed (Andersen, 1995: 65).

Sættes Løgstrups relationsforståelse i perspektiv til sundhedsvæsenet bliver magten i den menneskelige relation endnu mere aktuel, da forholdet mellem den sundhedsprofessionelle og patienten altid vil være asymmetrisk grundet den sundhedsprofessionelles viden. Løgstrups relationsforståelse kan derfor lære den sundhedsprofessionelle ikke at møde patienten som en

person, der skal styres eller kontrolleres, men i stedet som et menneske der appellerer om omsorg (Birkler, 2006: 67).

7.3.2. Jurisdiction

Stine

Jordemoder og Ph.D. Kathleen M. Fahy og Jenny Anne Parratt teoretiserer i artiklen "*Birth territory: A theory for midwifery practice*" (2006) udøvelsen af magt i føderummet. Teorien er udviklet på baggrund af induktiv empirisk data fremstillet af forfatterne i deres arbejde som jordemødre og forskere. Teorien bygger på den franske filosof Michel Foucaults (1926-1984) begreb *Jurisdiction*. Begrebet anvendes i den betydning: at have magten til at handle som den enkelte ønsker indenfor fødemiljøets rammer. Magten kan udmøntes på forskellige måder og kan både besiddes af den fødende, jordemoderen eller andre i fødemiljøet (Fahy & Parratt, 2006: 47). Måden hvorpå magten udøves har betydning for, om den fødende kan hengive sig til fødselsprocessen, i artiklen kaldet "instinctive birthing", hvilket øger chancen for at fødslen forløber spontant¹ (ibid.). *Jurisdiction* består af fire underbegreber, som parvis er forbundet: *Integrative power* og *Midwifery Guardianship* samt *Disintegrative power* og *Midwifery Domination* (ibid.). Disse fire begreber er forklaret indgående nedenfor.

Integrative power integrerer alle magtformer i fødemiljøet i et fælles højere mål; at understøtte den fødendes krop og psyke som en integreret enhed, således at hun kan føle sig fri til spontant at følge kroppens arbejde under fødslen (ibid.). Når der træffes beslutninger under fødslen, vil brugen af *Integrative power* støtte op omkring den fødendes evne til i sidste ende at træffe beslutninger omkring det videre forløb. Denne form for magt styrker den fødendes selvfølelse, også selvom fødslen ikke forløber, som hun havde forventet (ibid.).

Et eksempel på *Integrative power* anvendt i praksis er, når den fødende føler sig støttet i at bevæge sig frit og indtage de stillinger under fødslen, som hun finder behagelige. Hermed integreres magten hos alle i føderummet mod en anerkendelse af, at den fødende er ekspert i fødsel (ibid: 48).

¹ Hvordan Fahy & Parratt definerer "*Labouring and giving birth spontaneously*" fremgår ikke klart af artiklen. Vi tolker den spontane fødsel som, at fødslen indsættes, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning eller instrumentel forløsning (VEJ.nr. 151 af 08/08/2001; stk. 2.2).

Midwifery Guardianship er en del af *Integrative power*. Jordmoderen guider og drager omsorg for den fødende, således at den fødende føler sig tryk. Denne omsorg tager udgangspunkt i en respekt for kvindens holdninger, værdier og overbevisninger (ibid: 47). *Midwifery Guardianship* fordrer, at jordmoderen hindrer, at ingen i fødemiljøet udøver *Disintegrative power*. Herved gør jordmoderen det muligt for den fødende at føde uforstyrret, hvilket er essentielt for, at kvinden kan føle sig tryk, således at hun kan hengive sig til fødselsprocessen (ibid.).

Et eksempel på *Midwifery Guardianship* anvendt i praksis er, når jordmoderen løbende informerer om fødsels progression samt vejleder i, hvad næste skridt kunne være, gerne med flere valgmuligheder som lægger op til, at den fødende frit kan vælge imellem disse. Hermed integreres jordmoderens magt i form af hendes faglige viden med den fødendes egen magt til at træffe den endelige beslutning i fødselsforløbet (ibid: 49).

Disintegrative power er en egocentreret magt, der hindrer *Integrative power* i fødemiljøet, da det udelukkende er den udøendes egne interesser, der varetages (ibid: 47). Når den fødende anvender *Disintegrative power*, kan det eksempelvis være i situationer, hvor kvinden har specifikke krav til fødslen, som skal opfyldes (ibid.). Når andre i føderummet udøver *Disintegrative power* undermineres den fødendes evne til at træffe selvstændige valg (ibid.). Uanset hvem der udøver denne magtform, er konsekvensen den samme; en svækkelse af kvindens evne til spontant at følge kroppens signaler under fødslen, hvilket hindrer hende i at hengive sig til fødselsprocessen (ibid.). Denne form for magt svækker den fødendes selvfølelse, også selvom fødslen forløber, som hun havde forventet (ibid.).

Et eksempel på *Disintegrative power* anvendt af den fødende i praksis er, når kvinden er fast besluttet på et bestemt ønske i forhold til fødslen, trods en anbefaling eller advarsel fra fagpersoner om, at dette er uhensigtsmæssigt. Herved centrerer den fødende sin egen magt omkring et bestemt mål i fødslen uden hensynstagen til at de andre i føderummet (ibid: 48).

Midwifery Domination er en del af *Disintegrative power*. Det er en manipulerende magtform, som jordmoderen ofte ikke er bevidst omkring, før den fødende siger fra (ibid: 47). Magtformen forstyrrer fødselsprocessen, da den påtvinger kvinden at indordne sig jordmoderens anvisninger. Dermed tvinges den fødende til at afgive sin magt og hindres herved i at hengive sig til fødselsprocessen (ibid.).

Et eksempel på *Midwifery Domination* anvendt i praksis er, når jordmoderen træffer beslutninger omkring det videre fødselsforløb uden at informere den fødende og uden at give mulighed for, at

den fødende får indflydelse på disse beslutninger. Herved centrerer jordemoderens magt i form af hendes faglige viden til en enerådige magt, som råder på fødestuen, hvorved den fødendes egen magt i føderummet undermineres (ibid: 48).

7.4. Sammenfatning

Emotionel dystoci beskrives som en negativ psykisk påvirkning hos den fødende, hvor den fødendes utryghed eller angst udløser stressresponsen *fight-or-flight*, hvilket disponerer til vesvækkelse, da oxytocinproduktionen hæmmes. Denne forståelse tager udgangspunkt i den fødendes krop og psyke som en integreret enhed, hvor den fødendes følelser i fødselssituationen, har betydning for kroppens hormonelle og fysiologiske respons. Ifølge teorien omkring stressresponsmekanismerne under fødslen vil den hensigtsmæssige respons på fødsels stress være stressresponsen *calm-and-connection*, som udløses, hvis den fødende føler sig tryk og i stand til at mestre fødslen. Da stressresponsen *calm-and-connection* stimulerer den fødendes oxytocinproduktion, vil udviklingen af emotionel dystoci hindres. I den forbindelse bliver det relevant, hvorledes den fødende mestrer fødslen, hvilket ifølge Antonovskys salutogenetiske idé afhænger af, om den fødende oplever en stærk *følelse af sammenhæng*. Oplever den fødende fødselssituationen *begribelig, håndterbar og meningsfuld* vil hendes mestringssevne således styrkes.

Løgstrups relationsforståelse tydeliggør, at der i enhver relation mellem mennesker er givet et magtforhold, hvilket stiller mennesket overfor et medansvar om at tage vare på det andet menneskets liv, som det er udleveret i relationen. Dette magtforhold stiller også jordemoderen overfor et ansvar, der fordrer, at hun behandler den fødende som et selvstændigt og ansvarligt individ med respekt for den fødendes integritet. At denne magt kan forvaltes på forskellig vis tydeliggøres med Fahy & Parratts teori *Jurisdiction*, som teoretiserer magtforholdet mellem jordemoderen og den fødende i praksis. Dette magtforhold beskrives ud fra to diametrale magtformer *Midwifery Guardianship* samt *Midwifery Domination*.

7.5. Delkonklusion

I dette afsnit sammenholdes den præsenterede viden med henblik på at vurdere, hvorledes jordmoderen teoretisk kan hindre udviklingen af emotionel dystoci under fødslen. Denne viden vil efterfølgende blive anvendt i den videre analyse.

På baggrund af den præsenterede viden kan vi foreløbig konkludere, at jordmoderen i forsøget på at hindre udviklingen af emotionel dystoci under fødslen, skal arbejde sundhedsfremmende med fokus på at styrke den fødendes *følelse af sammenhæng*, da den fødende herved bliver i stand til at mestre fødslen. Føler den fødende sig i stand til at mestre fødslen vil dette medføre stressresponsen *calm-and-connection*, hvilket stimulerer oxytocinproduktionen, hvorved udviklingen af emotionel dystoci hindres.

Vi ser en mulig teoretisk sammenhæng mellem udøvelsen af *Midwifery Domination* under fødslen og en øget risiko for emotionel dystoci, da udøvelse af *Disintegrative power*, ifølge teorien, påtvinger den fødende at indordne sig jordmoderens magt, hvorved den fødendes magt i føderummet undermineres. Herved tolker vi, at den fødendes evne til at håndtere fødslen svækkes og vi formoder, at dette skaber utryghed hos den fødende. Denne utryghed og manglende kontrol øger risikoen for stressresponsen *fight-or-flight*, som i forbindelse med fødslen disponerer til vesvækkelse.

Vi formoder omvendt, at udøvelsen af *Midwifery Guardianship* skaber mulighed for, at den fødendes mestringsevne styrkes, da teorien foreskriver, at jordmoderen ved udøvelse af denne magtform integrerer den fødendes magt i føderummet. Herved skabes en tryghed hos den fødende, hvilket styrker hendes handlekompetencer og giver hende mulighed for at hengive sig til fødselsprocessen. Dette tolker vi som et udtryk for en styrket mestringsevne hos den fødende. En styrket mestringsevne vil ifølge Antonovskys salutogenetiske idé være resultatet af en stærk *følelse af sammenhæng* hos den fødende, idet hun evner at mestre fødsels stressorer. Altså ser vi en mulig sammenhæng mellem udøvelse af *Midwifery Guardianship* og sundhedsfremme.

For at svare på projektets problemformulering skal denne viden sættes ind i en praktisk kontekst på fødestuen, hvorved der kan opnås en forståelse af, hvordan magtformerne *Midwifery Guardianship* og *Midwifery Domination* udøves i praksis samt hvorledes disse influerer på den fødendes tryghed og mestringsevne under fødslen. Dette leder os videre til analysen.

8.0. ANALYSE

Analysen opdeles således, at vi først analyserer den kvalitative undersøgelse ”Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives” (2005) af Hallgren et al. Herefter analyseres undersøgelsens resultater op imod Fahy & Parratts teori Jurisdiction (2006), da vi ønsker at opnå en forståelse af de magtforhold der udspiller sig på fødestuen og hvorledes dette influerer på den fødendes tryghed og mestringsevne under fødslen. Formålet med analysen er ikke empirisk at teste teorien Jurisdiction, men at nærme os en mulig forståelse af de teoretiske magtformer når disse sættes i en praktisk kontekst.

8.1. Analyse af den kvalitative undersøgelse

I det følgende analyseres undersøgelsens metode med henblik på at vurdere validiteten af denne. Vi vælger bevidst ikke at inddrage undersøgelsens resultater i denne del af analysen, da resultaterne analyseres op imod Fahy & Parratts teori Jurisdiction i anden del af analysen.

8.1.1. Introduktion

Rikke

Den kvalitative undersøgelse ”Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives” bygger på observation af fire fødsler på et offentligt hospital i Sverige, hvor der er særlig fokus på relationsmønstre mellem jordemoderen og parret samt hvorledes parret oplever relationen. Undersøgelsen er publiceret i 2005 i det internationale tidsskrift Nursing Ethics, som er et anerkendt engelsk forskningstidsskrift, der anvender publikationsproceduren peer-review. Undersøgelsen blev foretaget med godkendelse fra den etiske forskningskomité ved Uppsala Universitet (Hallgren et al., 2005: 609). Hovedforfatteren Anita Hallgren samt medforfatter Mona Kihlgren er begge uddannet obstetrisk læge og Ph.D. ved henholdsvis Uppsala Universitet samt Örebro Universitetshospital i Sverige (Hallgren et al., 2005: 619; Linkin, 2005a; Linkin, 2005b). Medforfatter Pia Olsson er uddannet jordemoder og Ph.D. tilknyttet Uppsala Universitet i Sverige (Hallgren et al., 2005: 619; Linkin, 2005c).

8.1.2. Formål og baggrund

Stine

Det er et krav til god kvalitativ forskning, at undersøgelsens baggrund fremgår tydeligt for læseren. Det skal fremgå, hvad forskerne på forhånd ved om genstandsfeltet og læseren skal præsenteres for eventuelle andre empiriske undersøgelser, som har beskæftiget sig med samme problemstilling. Baggrundsafsnittet i en artikel skal munde ud i undersøgelses formål (Lindahl & Juhl, 2002: 17).

I den valgte artikel af Hallgren et al. præsenteres læseren for forskernes overordnede teoretiske viden og antagelser, som ligger til grund for undersøgelsen, hvorfor vi finder, at undersøgelsens baggrund er klart formuleret. Med henvisning til andre videnskabelige undersøgelser tilkendegiver forskerne, at en omsorgsfuld relation under fødslen: altså en fysisk, emotionel, informativ og positiv kommunikation, har stor betydning for den fødendes evne til at håndtere fødslen (Hallgren et al., 2005: 606f). Herudover er der også videnskabeligt belæg for, at hvis jordemoderen evner at drage omsorg for den fødendes partner, styrkes tilliden mellem parret og jordemoderen, hvilket styrker parrets evne til at håndtere fødslen sammen (ibid: 607). Endvidere præsenteres K.E. Løgstrups relationsetik, som tydeliggør, at relationen mellem mennesker fordrer et etisk medansvar (ibid.). På den baggrund ønsker forskerne at undersøge hvorledes jordemoderen relaterer til den fødende og hendes partner under fødslen. Forskerne mener, at denne viden kan bidrage sundhedsprofessionelle til refleksion og læring og herved bidrage til en bedre fødselsoplevelse for de kommende forældre (ibid: 607f).

Vi finder, at formålet med undersøgelsen er klart formuleret. Formålet er opdelt i et primært og et sekundært formål. Det primære formål med undersøgelsen er ved hjælp af videooptagelse og ikke-deltagende observation at beskrive relationsmønstre² under fødslen mellem jordemoderen og de kommende forældre i en svensk kontekst. Det sekundære formål er at reflektere over disse beskrivelser i sammenligning med forældrenes fødselsoplevelser samt Løgstrups relationsetik.

8.1.3. Intern validitet

Rikke

Inden analysen af undersøgelsens metode finder vi det relevant at begrebsafklare *intern validitet*, da denne løbende vil blive vurderet gennem analysen.

Ved *intern validitet* forstås en vurdering af en undersøgelses gyldighed set i relation til en kritisk gennemgang af undersøgelsens metode (Hovmand & Præstegaard, 2002: 54). Ved denne vurdering er det vigtigt, at undersøgelsen er formidlet med en høj grad af *intersubjektivitet*, *reliabilitet* samt *refleksivitet*. Ved *intersubjektivitet* forstås det forhold, at forskeren gør læseren til en vidende og informeret ledsager, som får indsigt i de betingelser, under hvilke resultaterne er udviklet (ibid: 56). *Reliabilitet* henviser til, om forskerens resultater er pålidelige, altså i hvor høj grad forskeren har undgået tilfældige fejl. Tilfældige fejl henviser primært til de tekniske forhold samt hvorledes transskriptionen af data er foretaget (ibid.). *Refleksivitet* er defineret som en genspejling af

² I artiklen anvendes ordlyden "ways of relating". Dette oversætter vi konsekvent med det danske ord "relationsmønstre" i betydningen; måden hvorpå mennesker relaterer til hinanden.

forskerens *forforståelse* i processen og resultatet heraf. For at styrke undersøgelsens *refleksivitet* bør forskeren definere sin *forforståelse* og etablere strategier i forskningsprocessen, som distancerer forskerens *forforståelse* fra projektet (Koch & Vallgård red., 2008: 80).

8.1.4. Forforståelse

Stine

Undersøgelsens *interne validitet* afhænger af, i hvilket omfang læseren kan vurdere den påvirkning, som forskerens *forforståelse* har haft på resultaterne og tolkning af disse (Hovmand & Præstegaard, 2002: 43). Forskerens *forforståelse* kan i kvalitativ forskning beskrives som forskerens egne erfaringer, faglige perspektiver, eventuelle antagelser samt teoretiske grundlag (ibid.). Det er derfor væsentligt, at forskerens *forforståelse* bliver kommunikeret ud til læseren og reflekteret over af forskeren (ibid.).

Hallgren et al. har ifølge deres eget udsagn været bevidste om deres *forforståelse* og diskuteret samt reflekteret over denne igennem hele forskningsprocessen (Hallgren et al., 2005: 609). Dette styrker undersøgelsens *interne validitet*. Forskerne gør undersøgelsens teoretiske baggrund samt egne antagelser meget tydelige i introduktionen til artiklen (ibid: 606f). Denne tydeliggørelse af forskernes *forforståelse* styrker undersøgelsens *intersubjektivitet* og dermed undersøgelsens *interne validitet*.

Forskerne redegør dog ikke for deres egne erfaringer og faglige baggrund i relation til det udforskede genstandsfelt, hvilket man kan stille sig undrende overfor, da forskernes teoretiske og praktiske erfaringer kan have indflydelse på forskningsprocessen (Hovmand & Præstegaard, 2002: 43). Forskernes teoretiske og praktiske erfaringer vil kunne afspejles i både udvalg af deltagere, dataindsamling samt analyse og konklusion af denne (ibid.). Idet forskerne ikke tilkendegiver deres faglige profession, gøres læseren ikke til en vidende og informeret ledsager gennem processen, hvormed undersøgelsens *intersubjektivitet* og dermed den *interne validitet* svækkes. Vi fandt, at kendskab til forskernes professioner var af væsentlig betydning for at kunne validere undersøgelsen, hvorfor vi valgte at søge oplysninger omkring dette. I vores søgen blev vi bekræftet i vores antagelse om, at Hallgren et al. forinden havde en faglig viden til genstandsfeltet, da forskerne henholdsvis er uddannede obstetriske læger og jordemoder (Linkin, 2005a; Linkin, 2005b; Linkin 2005c).

8.1.5. Udvalg af deltagere

Rikke

I kvalitative undersøgelser skal forskeren med udgangspunkt i undersøgelsens problemstilling udvælge de deltagere, der kan give en forståelse af genstandsfeltet i såvel dybde som bredde

(Hovmand & Præstegaard, 2002: 46). Hvilken metode forskeren har benyttet i udvælgelsen, skal fremgå klart og velbegrunderet og have en tydelig sammenhæng med forskningsspørgsmålet (Lindahl & Juhl, 2002: 18).

I den valgte artikel er udvælgelsen af deltagerne velbeskrevet. Forskerne har fået jordemødrene i jordemoderkonsultationerne til at udvælge deltagerne ud fra kriterierne om, at kvinderne skulle være ukomplicerede førstegangsfødende og kvinden samt hendes partner skulle være svensk-talende. I alt blev elleve par inviteret til undersøgelsen, hvoraf syv gav deres informerede samtykke til deltagelse, men af praktiske årsager indgik kun fire af de syv par i undersøgelsen (Hallgren et al., 2005: 608). At tre par udgår af undersøgelsen forklarer forskerne med praktiske årsager, men begrundet ikke yderligere, hvad disse årsager specifikt skyldes (ibid.). Dette nedsætter undersøgelsens *intersubjektivitet*, da læseren ikke umiddelbart kan forholde sig til eksklusionen, hvilket igen svækker undersøgelsens *interne validitet*.

Udover de fire par indgik også ni jordemødre i undersøgelsen. Jordemødrene blev ikke selektiv udvalgt, men bestod af de jordemødre, som var på arbejde, da kvinderne gik i fødsel (ibid.). Jordemødrene gav dog forinden observationens start deres informerede samtykke til deltagelse i undersøgelsen (ibid.). Det var således ikke Hallgren et al., der direkte udvalgte deltagerne, men kun kriterierne herfor. Dette øger undersøgelsens *refleksivitet*, idet forskernes *forforståelse* ikke har haft indflydelse på udvælgelsen af deltagerne.

Antallet af deltager er ikke afgørende for en kvalitativ undersøgelsens kvalitet, men der skal være et tilstrækkeligt antal deltagere til, at der opnås datamætning. Ved datamætning menes, at det er de samme temaer og mønstre, der viser sig i datagenereringen, således at der ikke fremkommer nye aspekter i materialet, selvom man inkluderer flere deltagere (Lindahl & Juhl, 2002: 18). Generelt er det bedre at inddrage relativt få deltagere og gennemarbejde datamaterialet herfra, så denne bliver grundig og teoretisk nuanceret end at inddrage mange deltagere med risiko for, at man drukner i mængden af data og ikke får lavet en sammenhængende analyse og fortolkning heraf (ibid.). Forskeren skal dog være selvkritisk og redegøre for om der opnås datamætning i undersøgelsen (Hovmand & Præstegaard, 2002: 47). Det svækker undersøgelsens *intersubjektivitet* og dermed *interne validitet*, at Hallgren et al. ikke oplyser, om der er opnået datamætning.

8.1.6. Dataindsamling

Stine

Det er et krav til god kvalitativ forskning, at dataindsamlingen er velbeskrevet, således at læseren gøres til en vidende og informeret ledsager og har mulighed for at vurdere på dataindsamlings metode (Lindahl & Juhl, 2002: 18f).

Den kvalitative undersøgelse er del af et større projekt, som blev udført på et offentligt hospital i Sverige i henholdsvis jordemoderkonsultationer samt på fødegangen (Hallgren et al., 2005: 608). I det større projektet indgik interviews med de kommende forældre både før og efter fødslen. Resultatet af disse blev publiceret i andre artikler³ af samme hovedforfatter og indgår i denne undersøgelse, som baggrund for en forståelse af parrenes oplevelse af fødslen (ibid.).

Af artiklen fremgår det, at dataindsamling bestod af kontinuerlig observation af relationsmønstre mellem den fødende, partneren og jordemoderen. Det var således *en systematisk observation*, hvilket betyder, at forskerne inden observationen havde valgt de situationer, som skulle observeres samt hvilke handlinger, der havde interesse (Hovmand & Præstegaard, 2002: 49). Observationen startede, idet parret blev indlagt på fødegangen og varede indtil én time efter fødslen. Observationerne blev foretaget af hovedforfatteren Anita Hallgren, som parret allerede kendte fra interviews foretaget inden fødslen (Hallgren et al., 2005: 609). Observationen bestod til dels af *feltnoter*, det vil sige beskrivelser af handlinger og interaktioner, hvor forskeren både beskriver feltet så objektivt som muligt og samtidig noterer indtryk og refleksioner ned undervejs i observationerne (Hovmand & Præstegaard, 2002: 48f). Endvidere blev interaktioner mellem den fødende, partneren og jordemoderen videooptaget i det omfang Anita Hallgren vurderede, at interaktionen var relevant i forhold til undersøgelsens formål (Hallgren et al., 2005: 609). Det blev til i alt 27 timers *åben observation*, hvoraf de 14,5 time er optaget på video (tidslængde mellem 6-180 min.) (ibid: 608f). Ved den *åbne observation* er den observerede person bevidst om iagttagelsen, hvilket kan være problematisk, da personens interaktion eller handlingsstrategier kan fremtræde anderledes end normalt, også kaldet *forskningseffekten* (Hovmand & Præstegaard, 2002: 48f). Derfor bliver det af endnu større betydning, at Anita Hallgren i undersøgelsen har mødt parrene inden fødslen i forbindelse med det informerede samtykke samt de indledende interviews. Kendtheden har den fordel, at de observerede kun lader sig minimalt påvirke, hvorfor observationerne gøres så autentiske, som det nu er muligt i denne forskningssammenhæng (ibid: 49). Dette styrker undersøgelsens *interne validitet*.

Hallgren et al. begrundet deres valg af løbende videooptagelse med, at denne metode dokumenterer og indkapsler samspilsmønstrene så præcist som muligt. Samtidig gør forskerne dog læseren opmærksom på, at videooptagelse kan virke forstyrrende for både parret samt jordemoderen. Vi mener, at det styrker undersøgelsens *interne validitet*, at forskerne har været sig

³ Hallgren et al. (1999): Swedish father's involvement in and experiences of childbirth preparation and childbirth. *Midwifery* (15).
Hallgren et al. (1995): Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery* (11).

bevidst omkring denne problematik og i den forbindelse har forsøgt at minimere denne forstyrrelse ved at anvende et håndholdt kamera, som kun fokuserer på ansigt og øvre del af kroppen (Hallgren et al., 2005: 609).

Hallgren et al. har kombineret observationens resultater med de oplevelser, som forældrene giver udtryk for i det efterfølgende interview efter fødslen. Vi mener, at dette faktum bekræfter, at forskerne anerkender, at den beskrivende virkelighed som kommer til udtryk ved observationerne, er ligeså vigtige som den virkelighed, der opleves af deltagerne. Hallgren et al. har valgt det kvalitative forskningsinterview, hvilket giver mulighed for en forståelse af verden fra interviewpersonens synspunkt, før forskerne giver videnskabelige forklaringer herpå (Hovmand & Præstegaard, 2002: 47). At der i undersøgelsen både er anvendt observation, videooptagelse samt interview til dataindsamling styrker undersøgelsens *interne validitet* grundet brug af *metodetriangulering*, som medfører en bredere viden, idet problemstillingen udforskes fra flere perspektiver (ibid: 55).

I artiklen fremgår det dog ikke klart for læseren, hvilket interviewdesign Hallgren et al. har anvendt til at undersøge forældrenes oplevelse af fødslen. Dette er en stor svaghed for undersøgelsens *intersubjektivitet* og dermed den *interne validitet*, da Hallgren et al. ikke har beskrevet fremgangsmåden bag interviewet samt hvilke overvejelser der ligger bag, hvorved læseren ikke gøres til en vidende og informeret ledsager (ibid: 48).

8.1.7. Dataanalyse

Rikke

For at højne den *interne validitet* i en kvalitativ undersøgelse skal data analyseres systematisk (Lindahl & Juhl, 2002: 19). Det skal fremgå tydeligt af artiklen, hvilken fremgangsmåde der er valgt, samt hvem der har været involveret i kodningen (ibid.). Første trin i dataanalysen er transskription af data. Hensigten med transskriptionen er at gøre data tilgængelig og håndterbar (Koch & Vallgård red., 2008: 73). Da der ved enhver omformning af information, sker en ændring af den oprindelige information, anbefales det, at forskeren selv foretager transskriptionen (Hovmand & Præstegaard, 2002: 49).

I den valgte kvalitative undersøgelse transskriberede observatøren Anita Hallgren det observerede og videooptagede. Forinden transskriptionen havde hun skrevet sin *forforståelse* ned omkring parrets forventninger og oplevelser af fødslen (Hallgren et al., 2005: 609). Dette styrker undersøgelsens *refleksivitet*, da Anita Hallgren herved har forsøgt at distancere sin *forforståelse* fra projektet. Læseren oplyses om, at der i transskriptionen af observationerne og det videooptagede indgår både den verbale og nonverbale kommunikation (ibid: 609f). Forskerne lader på den måde data tale for sig

selv uden på forhånd at udvælge eller tillægge specielle sider af den observerede virkelighed særlig betydning (Hovmand & Præstegaard, 2002: 46). Dette styrker undersøgelsens *interne validitet*.

For at styrke undersøgelsens *interne validitet* yderligere har alle forskerne efterfølgende sammenholdt transskriptionen med videooptagelserne for at sikre, at der var overensstemmelse med det observerede og det videofilmede. Der er i undersøgelsen hermed anvendt *observatortriangulering*, det vil sige, at forskerne har diskuteret sig frem til den endelige klassificering af data og analyse heraf, hvilket styrker undersøgelsens *reliabilitet* (Hovmand & Præstegaard, 2002: 55). Samtidig styrkes undersøgelsens *refleksivitet*, da observatøren og interviewereren Anita Hallgren har distanceret sin *forforståelse* fra projektet, ved at drøfte transskriptionerne med de andre forskere (Koch & Vallgård red., 2008: 80).

Efter transskriptionen identificerede forskerne de analysesekvenser, som specifikt omhandlede relationsmønstrene under fødslen (Hallgren et al., 2005: 610). Undersøgelsens *intersubjektivitet* styrkes, da der i artiklens *Tabel 1* fremgår, hvorledes forskerne har analyseret og tolket enkelte sekvenser bestående af både verbal og nonverbal kommunikation imellem jordemødrene og parrene (ibid: 611, Tabel 1). De analyserede og tolkede sekvenser er herefter sammenlignet med Løgstrups relationsetik samt parrenes oplevelse af fødslen, som det fremgik af interviewene efter fødslen (ibid: 610).

Det vurderes, at dataanalysen af det observerede og videooptagede i undersøgelsen er udførligt beskrevet. Hvert trin i analysen fremstår klart og tydeligt for læseren, hvorved undersøgelsens *intersubjektivitet* og *interne validitet* styrkes. Det er dog vigtigt at pointere, at det i artiklen ikke er dokumenteret, hvorledes forskerne har transskriberet og analyseret interviewene, hvilket svækker undersøgelsens *intersubjektivitet* og den *interne validitet*.

8.1.8. Ekstern validitet

Stine

Det er en forudsætning i den kvalitative forskning, at viden og indsigt er afhængig af tid og kontekst. Den nye viden gælder således først og fremmest for det felt, man har udforsket i den bestemte kontekst (Hovmand & Præstegaard, 2002: 42). Derfor kan man kun med forsigtighed overføre en kvalitativ undersøgelses resultater til en anden kontekst (ibid.). Ved overførbarhed forstås en vurdering af hvorvidt undersøgelsens resultater er gældende i en anden kontekst – også defineret som den *eksterne validitet* (ibid: 55).

I artiklen vurderer Hallgren et al. overførbarheden af undersøgelsens resultater. Forskerne tager i den forbindelse kritisk stilling til det faktum, at undersøgelsen foregik i en svensk kontekst og at en

overførelse til en anden kontekst kun kan gøres med forsigtighed, da et andet arbejdsmiljø kan have indflydelse på jordemødrenes mulighed for at yde omsorg (Hallgren et al., 2005: 619). Vi mener dog, at kunne overføre undersøgelsens resultater til en dansk kontekst, da de forhold der oplyses omkring den svenske fødeafdeling, er direkte overførbare til en dansk fødeafdeling: svenske jordemødre varetager selvstændigt den ukomplicerede fødsel, de arbejder i skiftende vagter og oplever at skulle drage omsorg for mere end én fødende på samme tid, herudover er den fødendes partner normalt tilstede under fødslen (ibid: 608).

8.1.9. Resultaternes validitet

Rikke

Vi vurderer, efter en systematisk gennemgang af undersøgelsens metode, at undersøgelsens resultater er valide. Dette på baggrund af, at undersøgelsen formidles med en høj grad af *intersubjektivitet*, idet læseren får god indsigt i de betingelser, som resultaterne er udviklet under. Anita Hallgren har været meget bevidst om sin egen *forforståelse* igennem hele processen, hvilket styrker undersøgelsens *interne validitet*. Der er endvidere god sammenhæng mellem undersøgelsens formål og de fremkomne resultater.

Vi er bevidste om, at der i de fleste tidsskrifter er en begrænsning på en publiceret artikels længde, hvilket kan medføre, at dele af en undersøgelse er utilstrækkelig beskrevet (Lindahl & Juhl, 2002: 21). Vi finder, at det svækker undersøgelsens validitet, at den valgte undersøgelses interviewmetode samt transskription og analyse af interviewene ikke er beskrevet i artiklen. Dog formoder vi, at årsagen hertil kan skyldes artiklens begrænsede længde og at interviewmetoden muligvis er beskrevet i det samlede studie af Anita Hallgren. Vi mener ikke, at de påpegede mangler i undersøgelsen får afgørende betydning for undersøgelsens validitet.

Da vi vurderer, at undersøgelsens metode er valid, vælger vi, at anvende undersøgelsens resultater i den videre analyse med henblik på at besvare problemformuleringen.

8.2. Analyse af de fire fødselsberetninger op imod teorien Jurisdiction

I denne del af analysen inddrages resultaterne fra den kvalitative undersøgelse, da disse bygger på fire fødselsberetninger med særlig fokus på de relationsmønstre, der udspiller sig på fødestuen mellem jordemoderen og parret samt parrets oplevelse heraf (se endvidere Bilag 6 for et kort resumé af fødselsberetningerne). Fødselsberetningerne analyseres op imod Fahy & Parratts teori Jurisdiction (2006) med særlig fokus på de to magtformer Midwifery Guardianship og Midwifery Domination, da vi har til hensigt at analysere, hvilken magtform jordemødrene udøver i de fire fødselsberetninger. Ydermere vil vi i analysen have fokus på, hvilken indflydelse jordemødrenes magtudøvelse har på kvindens oplevelse af fødslen samt mestringssevne, da vi på baggrund af viden om emotional dystoci finder en teoretisk relevant sammenhæng mellem, hvordan kvinden mestrer fødslen og hvorledes dette influerer på oxytocinproduktionen. For at svare på projektets problemformulering vil denne forståelse efterfølgende blive sammenholdt med den tidligere præsenterede viden omkring emotional dystoci.

8.2.1. Samarbejde

Stine

Det fremgår af fødselsberetningerne, at måden hvorpå jordemoderen er tilstede på fødestuen, har indflydelse på parrets samarbejde og mestrings af fødslen.

Det beskrives i Mr. & Ms. Anderssons fødselsberetning, at jordemoderen observerer parrets samarbejde fra sidelinjen og kun griber ind, hvis hun fornemmer, at parret har behov for hendes støtte og vejledning. Dette resulterer i en tillidsfuld relation, hvor kvindes selvfølelse øges:

"The way of relating between the couple [Mr. & Ms. Andersson] and the midwife was characterized by trust, expressed by the midwife remaining silently observing in the background, by the women who managed on her own, and by the couple who co-operated successfully" (Hallgren et al., 2005: 612).

Sættes ovenstående situation op imod teorien Jurisdiction, ses en relevant sammenhæng til Midwifery Guardianship, idet jordemoderen evner at integrere parrets magt i føderummet. Dette viser, at jordemoderen respekterer parrets individuelle samarbejde og støtter op om dette, hvilket i denne fødselsberetning giver kvinden troen på egne evner til at føde:

"She [Ms Andersson] had received the support she wanted from her husband and from the midwife. During the whole event the women trusted both the midwife and herself" (ibid.).

I de fire fødselsberetninger er udgangspunktet for parrenes samarbejde dog meget forskelligt og nogle par har sværere ved at samarbejde under fødslen end andre. Derfor er det vigtigt, at jordemoderen især støtter op omkring et samarbejde mellem de par, som i udgangspunktet har svært ved dette. Dette kan eksemplificeres med Mr. & Ms. Bergmans fødselsberetning:

"The couple [Mr. & Ms. Bergman] were physically apart [...] when the contractions intensified, the women could not find the right breathing rhythm and whimpered during the contractions. The midwife became more active and supportive, helped the couple to follow the rhythm by suggesting various ways of aiding the process [...] The man came physically closer to the women, took off his jacket and rolled up his sleeves of his shirt and the couple co-operated more during the contractions [...]" (ibid: 612f).

I eksemplet tager jordemoderens samarbejde med parret udgangspunkt i råd og vejledning, der sigter mod at give parret konkrete redskaber til sammen at kunne håndtere fødslen, hvorefter jordemoderen kan trække sig i baggrunden og observere fødselsprocessen på afstand. Jordemoderens ønske om at indtage den observerende rolle på fødestuen, forstås som en grundlæggende respekt for parrets samarbejde under fødslen. Vi tolker, at jordemoderen i denne situation udøver *Midwifery Guardianship*, idet hun formår at integrere sin egen faglige viden med parrets kendskab til hinandens personlige ønsker og behov, således at omsorgen for kvinden individualiseres. Når jordemoderen forsøger at indtage den observerende rolle under fødslen, giver hun samtidig mulighed for, at parrets samarbejde kan intensiveres, hvorved parrets mestringsevne styrkes.

I Mr. & Ms. Carlssons fødselsberetning beskrives en jordemoder, der omvendt ikke respekterer parrets samarbejde. Jordemoderen vælger at gribe unødvendigt ind i parrets samarbejde, hvilket forstyrrer kvinden i fødselsprocessen og manden skubbes i baggrunden:

"The midwife visited the delivery room irregularly and for only short periods, acting immediately upon entering the room. When the couple [Mr. & Ms. Carlsson] worked together during a contraction, the midwife wanted the women to participate in an activity that was not related to their work, and asked the man to move away from the woman's side [...]" (ibid: 614).

I fødselsberetningen giver jordemoderen ikke parret redskaber til, hvorledes parret kan håndtere fødslen sammen. Derimod afbrydes samarbejdet mellem parret i de korte perioder, jordemoderen befinder sig på fødestuen, idet jordemoderen påtvinger den fødende at følge hendes råd og vejledning. Jordemoderen tager ikke udgangspunkt i det samarbejde, der allerede fungerer mellem parret, hvorfor hendes råd og vejledning beskrives som irrelevant i situationen. Vi tolker, at den omtalte jordemoder i denne situation udøver *Midwifery Domination*, da hun påtvinger parret at indordne sig sine anvisninger uden hensyn til parrets ønsker og behov. Jordemoderen forstyrrer herved parrets samarbejde og evner ikke at tilbyde den fødende alternative redskaber, som også er anvendelige i de perioder jordemoderen ikke befinder sig på fødestuen.

I Mr. & Ms. Bergmans fødselsberetning ser vi et eksempel på en jordemoder, som vi tolker også udøver *Midwifery domination*. Her er jordemoderen dog i langt højere grad fysisk tilstede på fødestuen, men ligesom jordemoderen i Mr. & Ms. Carlssons fødselsberetning, har denne jordemoder kun fokus på samarbejdet mellem hende selv og den fødende, og ikke på parrets samarbejde:

”The second midwife interrupted the couple’s [Mr. & Ms. Bergman] co-operation. From the onset of her contact with the couple, she took command. She was often present in the delivery room, sat physically close to the women and had almost constant eye contact. She told the women how she ought to sit or lie down, how the man should act, and prescribed how the situation should be experienced. [...] Sometimes, the midwife asked the man to move away from the women and sometimes she almost pushed him towards her” (ibid: 613).

Vi finder det interessant, at trods det faktum, at jordemoderen i Mr. & Ms. Bergmans fødselsberetning er aktiv på fødestuen – hun er fysisk nærværende og forsøger tydeligt at støtte den fødende i forsøget på at drage omsorg for den fødende, bliver relationen med jordemoderen alligevel en dårlig oplevelse for Ms. Bergman, da hun følte sig ude af stand til at håndtere fødslen og tvunget til at indordne sig jordemoderens anvisninger:

“Ms Bergman had felt abandoned [...] and felt forced to do things without any possibility of co-operation. When she felt forced, she became angry and obstinate, and when she cried and screamed, she lost energy, felt weak and powerless” (ibid.).

8.2.2. Information

Rikke

Det er et gennemgående træk i alle fire fødselsberetninger, at måden hvorpå jordemoderen informerer parret under fødslen, har betydning for parrets følelse af tryghed i fødslen og deres evne til at håndtere fødslen.

I Mr. & Ms. Anderssons fødselsberetning beskrives en jordemoder, som evner at informere parret løbende og i et let forståeligt sprog, hvilket resulterer i, at parret føler sig velinformeret. Jordemoderen gør således parret i stand til selv at træffe beslutninger omkring det videre forløb og dermed integreres parret som aktive beslutningstagere under fødslen:

“She [jordemoderen] informed the couple [Mr. & Ms. Andersson] before she started the examinations. Afterwards, she told them about her findings and how to interpret them. Her talking had a touch of humor, she moved calmly, talked in a serene and engaged voice, and used colloquial words. Now and then the midwife gave instructions, for example, about breathing [...] She suggested alternative ways of handling the situation and appeared to give the women freedom to discuss and to choose” (ibid: 610).

Vi tolker, at jordemoderen i denne situation udøver *Midwifery Guardianship*, da hun integrerer sin magt, i form af sin faglige viden, med parrets magt, i form af deres ønsker og behov i situationen. Dette gøres konkret ved, at jordemoderen informerer parret løbende og giver mulighed for, at parret har flere handlemuligheder i situationen. Herved medinddrages parret aktivt i beslutningsprocessen under fødslen, hvorved parrets mestringsevne styrkes.

Hvis jordemoderen omvendt ikke har fokus på at inddrage parret i sin viden om fødslen og handlemuligheder i det videre forløb, bliver parret ikke en aktiv del af beslutningsprocessen. Dette eksemplificeres i Mr. & Ms. Bergmans fødselsberetning, hvor jordemoderens information beskrives som fraværende, også selvom den efterspørges af parret:

“The midwife conducted examinations without informing the couple, either before or after. When the women [Ms. Bergman] asked for advice, the midwife replied in a way that could be interpreted as disapproving or she avoided answering the question [...] (ibid: 613).

Vi tolker, at jordemoderen i denne situation udøver *Midwifery Domination*, da hun ikke vælger at informere parret, hvorfor parrets magt ikke integreres i føderummet. At jordemoderen i situationen direkte vælger ikke at svare Ms. Bergman, når hun stiller konkrete spørgsmål, medfører en svækkelse af den fødendes følelse af kontrol i fødselsprocessen. Dette kommer til udtryk i interviewet efter fødslen:

“Ms Bergman had felt [...] uncertain about pain, timing and progress [...] Mr Bergman had expected the birth to be teamwork, but it was not. He missed information and he interpreted what was going on and based his support on his interpretation” (ibid.).

8.2.3. Omsorg

Stine

I fødselsberetningerne tydeliggøres vigtigheden af, at jordemoderen evner at balancere mellem at drage omsorg for parret og samtidig overvåge fødslen, da dette er essentielt for, at kvinden kan føle sig tryk ved at hengive sig til fødselsprocessen.

Det beskrives i Mr. & Ms. Anderssons fødselsberetning, at jordemoderen får skabt et uforstyrret og trygt føderum, hvor jordemoderen evner at give parret den omsorg, de har behov for, samtidig med, at hun overvåger fødselens progression samt barnets velbefindende:

“The midwife also found a balance regarding the rhythm of the birth process and the necessity for its supervision, thus meeting the two components of good care: good specialist knowledge within a caring relationship” (ibid: 612).

Vi tolker, at jordemoderen i denne fødselsberetning udøver *Midwifery Guardianship*, da jordemoderen guider og drager omsorg for den fødende, således at den fødende føler sig tryk. Ms.

Andersson stoler på, at jordemoderen har det faglige overblik og påtager sig det faglige ansvar for fødslen. Således kan Ms. Anderson føle sig tryk ved at følge kroppens arbejde, hvilket styrker hendes mestringsevne:

"The midwife's way of relating was like an attentive companion. The women [Ms. Andersson] could keep her leading role as an active, competent birthgiving women. The way of relating between the couple and the midwife was characterized by trust [...]" (ibid.).

I Mr. & Ms. Davidssons fødselsberetning beskrives en fødsel, hvor der er behov for kontinuerlig CTG-overvågning grundet mistanke om asfyksi hos barnet. Fødslen varetages af et større antal jordemødre, som især har fokus på den elektroniske overvågning og negligerer vigtigheden af samtidig at drage omsorg for parret:

"The four midwives related as a task-orientated administrators and the couple seemed imprisoned by the technical midwifery activities [...] Apart from a brief glances at the women, the midwives tended to look mainly at the electronic fetal monitor. The women's questions were answered evasively and her experiences were disregarded or their validity was questioned; the man's present was ignored" (ibid: 615f).

Vi tolker, at jordemødrene i situationen udøver *Midwifery Domination*, da deres tavshed og manglende fokus på parrets tilstedeværelse underminerer parrets magt i føderummet, hvilket svækker den fødendes selvfølelse og mulighed for, at hun kan hengive sig til fødselsprocessen. Efter fødslen giver parret udtryk for, at de følte sig svigtet og havde svært ved at håndtere situaionen:

"[...] Ms Davidsson had felt abandoned and uncertain about what was happening. Mr Davidsson related that it was more demanding than he had expected, with feelings of meaninglessness and helplessness. He had felt insulted and wanted to escape. The postpartum interviews with the couple were dominated by the parents' feelings of having been cheated" (ibid: 616).

I fødselsberetningen får vi ikke indtryk af, at én blandt de mange jordemødre på fødestuen påtager sig det primære ansvar for fødselsforløbet. Dette faktum i kombination med parrets uvidenhed omkring behovet for kontinuerlig overvågning af barnet, skaber forvirring og utryghed hos parret. Når denne fødselsberetning analyseres, ses en mulig sammenhæng mellem *Midwifery Domination* og parrets utryghed og forvirring, da ingen af de fire jordemødre påtager sig ansvaret for, at Ms. Davidsson kan føle sig tryk i fødselsprocessen.

8.2.4. Sammenfatning

Ud fra en analyse af de fire fødselsberetninger op imod teorien Jurisdiction, har vi identificeret tre temaer: samarbejde, information og omsorg, som er gennemgående for de fire fødselsberetninger, hvor jordemoderens udøvelse af henholdsvis *Midwifery Guardianship* og *Midwifery Domination* har central betydning for, hvorledes parrene oplever og håndterer fødslen.

Samarbejde: I fødselsberetningerne udøves *Midwifery Guardianship* i de situationer, hvor jordemoderen evner at støtte op omkring parrets samarbejde med det mål, at parret sammen kan håndtere fødslen, hvilket styrker parrets mestringsevne. *Midwifery Domination* gør sig gældende i de situationer, hvor jordemoderen ikke giver parret redskaber til at håndtere fødslen sammen. I stedet afbryder jordemoderen parrets samarbejde og tvinger parret til at indordne sig jordemoderens anvisninger.

Information: *Midwifery Guardianship* kommer til udtryk i de situationer, hvor parret løbende informeres i et let forståeligt sprog og gives flere handlemuligheder, således at parret bliver i stand til at træffe selvstændige beslutninger omkring det videre forløb. *Midwifery Domination* udøves i de situationer, hvor informationen er mangelfuld eller direkte fraværende, hvilket fratager parret deres selvstændighed og handlekompetence i fødselsprocessen.

Omsorg: *Midwifery Guardianship* kommer til udtryk i de situationer, hvor jordemoderen finder den rette balance mellem både at give parret den omsorg, de har behov for og samtidig overvåge fødselens progression samt barnets velbefindende. Herved skabes en tillidsfuldt relation, hvor parret har tiltro til, at jordemoderen påtager sig det faglige ansvar for fødslen, således at den fødende kan føle sig tryk ved at hengive sig til fødselsprocessen. *Midwifery Domination* udøves omvendt i de situationer, hvor jordemoderen skaber en ubalance mellem omsorg og overvågning. Jordemoderen har i disse situationer hovedsageligt fokus på overvågning af fødslen, hvilket bliver på bekostning af omsorgen for parret. Det manglende fokus på parret og deres ønsker og behov underminerer parrets magt i føderummet, hvilket svækker den fødendes selvfølelse og muligheden for at håndtere fødslen.

8.2.5. Delkonklusion

I dette afsnit sammenholdes analysens resultater med den tidligere præsenterede viden omkring emotionel dystoci med henblik på at vurdere, hvorledes jordmoderen kan hindre udviklingen af emotionel dystoci under fødslen. I diskussionen vil denne fortolkning blive kritisk vurderet i forhold til projektets målpopulation.

I analysen af de fire fødselsberetninger har vi identificeret tre centrale temaer: *samarbejde*, *information* og *omsorg*, som har stor betydning for den fødendes mestringssevne. Vi fandt, at det er udøvelsen af *Midwifery Guardianship*, som styrker denne mestringssevne i kraft af, at jordmoderen integrerer den fødendes magt i føderummet. Konkret skal jordmoderen derfor støtte op om parrets samarbejde, give en løbende og let forståelig information samt skabe den rette balance imellem omsorg og overvågning under fødslen. Vi kan derfor foreløbigt konkludere, at jordmoderen bør udøve *Midwifery Guardianship* i hendes forsøg på at hindre udviklingen af emotionel dystoci, da vi tidligere har præsenteret en relevant sammenhæng mellem den fødendes mestringssevne og stressresponsen *calm-and-connection*, der netop udløses, når den fødende føler sig i stand til at håndtere fødsels stress. Denne stressrespons stimulerer den fødendes oxytocinproduktion, hvilket har en positiv indvirkning på den fødendes veaktivitet.

9.0. DISKUSSION

I dette afsnit vil vi diskutere om de resultater, som er identificeret i de fire fødselsberetninger, er overførbare til projektets målpopulation, da dette er en forudsætning for, at vi kan svare på projektets problemformulering. Endvidere har vi fundet det væsentligt at diskutere muligheden for, om der i projektets afgrænsning angående jordemoderens kendthed og kontinuerlige tilstedeværelse ligger et bedre redskab til at hindre udviklingen af emotionel dystoci. Afslutningsvis vil vi reflektere over og tage kritisk stilling til teorien Jurisdiction samt de tre identificerede temaers anvendelighed i jordemoderens praksis.

9.1. Resultaternes overførbare til projektets målpopulation

Rikke

Det kan diskuteres hvorvidt, vi kan overføre resultaterne fra den kvalitative undersøgelse til projektets målpopulation: førstegangsfødende med forventede ukomplicerede fødselsforløb, da det er en forudsætning i kvalitativ forskning, at viden og indsigt er afhængig af tid og kontekst. Viden gælder således først og fremmest for det felt, man har udforsket i den bestemte kontekst undersøgelsen er udført i (Hovmand & Præstegaard, 2002: 42). Vi er således bevidste om at de tre temaer, som er identificeret i analysen: *samarbejde*, *information* og *omsorg* er afhængige af den virkelighed fødselsberetningerne repræsenterer. Det vil sige, at de tre temaer først og fremmest er repræsentative for den kontekst undersøgelsen er foretaget i og gældende for undersøgelsens deltagere. Dog kan viden fra kvalitative undersøgelser med forsigtighed overføres til andre lignende situationer, hvis forståelsen udmøntes i abstrakte begreber (Hovmand & Præstegaard, 2002: 42). Vi vil med forsigtighed definere analysens tre temaer som abstrakte begreber, der er almengældende i forbindelse med fødslen, hvorfor vi mener, at vi med rimelighed kan slutte til en begrebsmæssig overførbare til projektets målpopulation. Vi mener endvidere, at det styrker resultaternes overførbare, at deltagerne i den kvalitative undersøgelse er en veldefineret og velbeskrevet gruppe, der opfylder samme kriterier, som projektets målpopulation. Vi konkluderer på denne baggrund, at jordemoderen skal udøve *Midwifery Guardianship* med fokus på de tre temaer i forsøget på at hindre udviklingen af emotionel dystoci hos førstegangsfødende med forventede ukomplicerede fødselsforløb. Dog kan vi ikke udelukke, at der findes andre almengældende temaer, som ikke kommer til udtryk i den valgte kvalitative undersøgelse.

9.2. Jordemoderens kendthed og kontinuerlige tilstedeværelse

Stine

Vi har afgrænset projektet fra at undersøge, hvorledes jordemoderens kendthed eller kontinuerlige tilstedeværelse under fødslen kan hindre udviklingen af emotionel dystoci, da vi vurderer, at konceptet *kendt jordemoder* samt jordemoderens mulighed for at være kontinuerlig tilstede på

fødestuen ikke er repræsentative for virkeligheden på de fleste danske fødeafdelinger. Kendt jordemoderordning er i øjeblikket kun et tilbud til fødende på få af landets sygehuse og især på de store fødeafdelinger gør travlhed det vanskeligt for jordemødrene at være kontinuerligt tilstede på fødestuen, da de ofte har flere arbejdsopgaver i løbet af én vagt.

Det kan dog diskuteres, om der i projektets fravalg ligger et bedre redskab til at hindre udviklingen af emotionel dystoci, da vi antager, at der i både jordemoderens kendthed og kontinuerlig tilstedeværelse ligger en reel mulighed for at skabe tryghed hos den fødende, hvilket er afgørende for stimulation af oxytocinproduktionen. På baggrund af projektets resultater er vi dog blevet bevidste om, at magtforholdet altid er tilstede i relationen mellem jordemoderen og parret, hvorfor det er essentielt, hvilken magtform jordemoderen udøver, når hun er tilstede på fødestuen. Vi sætter derfor spørgsmålstegn ved kendthed og kontinuerlig tilstedeværelse alene som redskaber til at hindre udviklingen af emotionel dystoci, hvis ikke jordemoderen samtidig er sig bevidst om, at magtforholdet på fødestuen har betydning for den fødendes tryghed og dermed oxytocinproduktionen. Vi formoder på baggrund af projektets resultater, at måden hvorpå jordemoderen er tilstede på fødestuen, er af større betydning for, om den fødende kan føle sig tryk, end om jordemoderen er kendt af parret eller om jordemoderen er kontinuerlig tilstede på fødestuen. Dog vil vi ikke afskrive os fra den mulighed, at en kombination af *Midwifery Guardianship*, kendthed samt jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse på fødestuen, vil skabe de mest optimale rammer for at hindre udviklingen af emotionel dystoci. Vi er dog kritiske overfor, om denne kombination er en realistisk mulighed på de danske sygehuse grundet økonomi og normering, hvorfor vi mener, at projektets resultater har større realistisk anvendelighed indenfor svangreomsorgens gældende rammer.

9.3. Teorien Jurisdictions anvendelighed i jordemoderens praksis

Rikke

Teorien *Jurisdiction* opstiller de to magtformer *Midwifery Guardianship* og *Midwifery Domination* som to diametrale modsætninger, hvor *Midwifery Domination* beskrives, som en negativ magtform, der underminerer den fødendes evne til at træffe selvstændige valg under fødslen. Det kan dog diskuteres, om der er situationer i praksis, hvor det er hensigtsmæssigt, at jordemoderen udøver *Midwifery Domination*. Her tænker vi på situationer under fødslen, hvor der akut opstår behov for intervention. I sådanne akutte situationer er det nødvendigt, at jordemoderen handler hurtigt og vi formoder i den forbindelse, at det er hensigtsmæssigt, at jordemoderen anvender den dominerende magtform *Midwifery Domination*. Det er vores antagelse, at den fødende i sådanne situationer ikke vil

opleve denne magtudøvelse som underminerede, som teorien ellers foreskriver, hvis jordmoderen forinden har formået at opbygge et tillidsfuldt forhold til parret ved udøvelse af *Midwifery Guardianship*. Vi formoder, at hvis den fødende har tillid til jordemoderens faglige kompetencer, vil hun typisk vælge at samarbejde med jordmoderen uden at den fødendes mestringssevne svækkes.

I analysen fandt vi, at magtformen *Midwifery Guardianship* søger at inddrage parret i fødselsprocessen og derved styrke parrets mestringssevne. Det kan dog anfægtes, at beskrivelsen af *Midwifery Guardianship* er meget teoretisk og ikke umiddelbart lader sig udøve i praksis. Trods jordemoderens bedste intentioner om at ville integrere den fødendes magt i føderummet, vil jordemoderens forsøg herpå altid afspejle hendes tolkning af situationen, hvorfor vi finder det sandsynligt, at hun i nogle situationer vil tolke situationen forkert. Der vil således opstå situationer, hvor den fødendes magt ikke integreres i føderummet trods jordemoderens intention om dette. Derfor kan det kritiseres, at teorien foreskriver, at det umiddelbart altid vil lykkes jordmoderen at inddrage parret i fødselsprocessen og derved styrke parrets mestringssevne.

Vi mener, at udøvelsen af *Midwifery Guardianship* i praksis stiller store krav til jordmoderen, da hun skal tage udgangspunkt i den individuelle fødendes ønsker og behov, hvorfor der ikke kan gives en generel handleforskrift for, hvorledes *Midwifery Guardianship* bør udøves i praksis, da dette afhænger af den individuelle fødende. Vi finder derfor, at viden om magtforholdet på fødestuen, opfordrer jordmoderen i praksis til at reflektere over og handle ud fra en forståelse af, at magtforholdet mellem jordmoderen og parret har indflydelse på den fødendes mestringssevne af fødslen og dermed oxytocinproduktionen.

9.4. De tre temaers anvendelighed i jordemoderens praksis

Stine

Vi har i analysen identificeret, at *samarbejde* er et centralt tema, når jordmoderen ønsker at hindre udviklingen af emotionel dystoci. Vi fandt det essentielt, at jordmoderen støtter op omkring parrets samarbejde og bevidst vælger at indtage den observerende rolle på fødestuen og kun interfererer, når parret har behov for dette. I praksis bliver det derfor væsentligt, at jordmoderen er bevidst om, at udgangspunktet for parrets samarbejde under fødslen allerede grundlægges i graviditeten og i fødselens latente fase, altså inden parret ankommer til fødegangen. Temaet *samarbejde* bygger på den grundlæggende antagelse, at der allerede findes en tryghed i, at parret kender hinandens ønsker og behov. Dog kan det anfægtes, at fødslen er en uvant situation for parret og især ved første fødsel kan det være svært for parret at kende til hinandens ønsker og behov i forhold til den helt specielle situation, som en fødsel er. Det kan diskuteres, om temaet

samarbejde skaber en urealistisk forventning om, at manden med støtte fra jordemoderen altid vil evne at indgå i parrets samarbejde på en sådan måde, at den fødende kan føle sig tryk. Det kan kritiseres, at temaet *samarbejde* sætter nogle meget stramme rammer op for, hvorledes jordemoderen skal støtte op omkring parrets samarbejde. Vi finder det relevant at jordemoderen i mødet med parret, som temaet foreskriver, vurderer parrets samarbejde og i første omgang søger at støtte op om dette. Det kan dog kritiseres, at temaet *samarbejde* ikke tager hensyn til de situationer, hvor manden ikke magter rollen og hvor jordemoderen i kraft af sin faglighed og erfaring måske bedre vil kunne forstå den fødendes ønsker og behov. I disse situationer mener vi, at det vil være mere hensigtsmæssigt, hvis jordemoderen giver manden mulighed for, at han kan udfylde en mindre rolle på fødestuen, som han føler sig tryk ved.

Vi har endvidere i analysen identificeret, at *information* er et centralt tema, når jordemoderen ønsker at hindre udviklingen af emotionel dystoci. Vi fandt, at en løbende og let forståelig information giver parret tryk og handlekompetencer til aktivt at deltage i beslutningerne under fødslen. Information er allerede en del af det lovgrundlag som de danske jordemødre er underlagt ved udøvelsen af deres virksomhed jf. Sundhedsloven (2008) omhandlende det informerede samtykke (LBK nr. 95 af 07/02/2008, kapitel 5). Det kan dog diskuteres, hvorvidt parrets aktive deltagelse i beslutningerne under fødslen altid vil skabe tryk hos parret, som temaet foreskriver. Vi formoder, at der kan være situationer under fødslen, hvor parrets medinddragelse i beslutningerne omvendt skaber utryk. Vi formoder, at denne utryk typisk vil opstå i akutte situationer, hvor der kræves en hurtig beslutning omkring den videre behandling. I sådanne situationer kan det tænkes, at nogle par bevidst fravælger medinddragelse i beslutningsprocessen, da de føler sig mere tryk ved, at jordemoderen eller lægen beslutter, hvad der er den bedste løsning i situationen, en såkaldt ønsket paternalisme (Birkler, 2006: 36f). Ved denne form for paternalisme træffes valget dog fortsat på parrets præmisser og med parrets samtykke (ibid.).

Omsorg er ligeledes et centralt tema identificeret i analysen. Vi kunne konstatere, at det skaber tryk hos parret, når jordemoderen evner at balancere mellem at drage omsorg for parret og samtidig overvåge fødslen. Herved skabes en tillidsfuld relation, hvor parret har tiltro til, at jordemoderen påtager sig det faglige ansvar for fødslen, således at den fødende kan føle sig tryk ved at hengive sig til fødselsprocessen. Det kan dog diskuteres, om denne balance kun er afhængig af jordemoderens evne til at balancere mellem sit faglige overblik og omsorgen for parret, da vi formoder, at denne balance i ligeså høj grad må være afhængig af, om fødslen forløber ukompliceret eller om der tilstøder komplikationer undervejs i fødslen. Det kan tænkes, at

jordemoderen i et ukompliceret forløb, har større overskud til at skabe den rette balance mellem at drage omsorg for parret, samtidig med at hun løbende overvåger, at fødslen forløber normalt og at barnet er velbefindende. Omvendt kan det tænkes, at et patologisk fødselsforløb gør det vanskeligere for jordemoderen at opretholde denne balance, da hun typisk vil have travlt med både at udføre undersøgelser eller indgreb, konferere med lægen samt dokumentere en mere omfattende journalføring. På den baggrund er vi kritiske overfor om det i alle fødselsforløb er realistisk at skabe den rette balance mellem overvågning og omsorg, da jordemoderen i nogle situationer vil være tvunget til at prioritere overvågning højest grundet hensyn til mor og barnets sikkerhed. Alligevel finder vi det fortsat relevant, at jordemoderen i praksis er bevidst om, hvorledes den rette balance mellem overvågning og omsorg styrker den fødendes mestringsevne. Selv i de komplicerede fødselsforløb mener vi, at det er væsentligt, at jordemoderen forsøger at opretholde denne balance i det omfang, hun finder det muligt i den givne situation.

10.0. KILDEKRITIK

I følgende afsnit vil vi tage kritisk stilling til den anvendte litteratur, som danner baggrund for en forståelse af emotionel dystoci. Emotionel dystoci er endnu ikke en anerkendt diagnose i praksis, da denne ikke er videnskabeligt testet, men bygger på teoretiske antagelser på baggrund af nuværende viden om den hormonelle fødselsproces. Afsnittet er derfor væsentligt, da vi i projektet arbejder ud fra en forståelse af emotionel dystoci som en diagnose, der kan forebygges i praksis. Endvidere er Fahy & Parratts teori *Jurisdiction et centralt analytisk redskab* i projektet, men da teorien endnu ikke er testet, er det også væsentlig, at vi tager kritisk stilling hertil.

”Afspænding ro og berøring – om oxytocins helbredende virkning i kroppen” af

Kerstin Uvnäs Moberg (2006): Bogens resultater bygger primært på videnskabelige dyreforsøg både foretaget af Moberg selv samt en række andre forskere. Mobergs egne resultater omkring oxytocins virkning blev i samarbejde med jordemødre ved Karolinska instituttet i Stockholm, overført til mennesker ved observation af ammende kvinder, som frigør store mængder oxytocin i forbindelse med amning. Moberg har dog aldrig foretaget videnskabelige forsøg, hvor der indgik fødende kvinder. I bogen tager Moberg selv kritisk stilling til bogens resultater og skriver blandt andet: *”At knytte oxytocin med ro og afspænding svarer til at samle indicier. Det er som at lægge et puslespil hvor alle brikker endnu ikke er tilgængelige”* (Moberg, 2006: 24). Vi er derfor bevidste om, at bogens anvendelse i projektet til at redegøre for den hormonelle fødselsproces ikke skal forstås som den endegyldige sandhed, men som en mulig og sandsynlig forklaring af det hormonelle samspil under fødslen.

”Creating birth space to enable undisturbed birth” af Maralyn Foureur (2008):

I artiklen anvender Foureur resultater fra dyreforsøg og kobler disse til mennesker, da hun argumenterer for, at pattedyr som en samlet gruppe, har fundamentale fysiologiske ligheder under graviditet, fødsel og barsel (Foureur, 2008: 58). Foureur tager dog selv forbehold for en direkte overførsel af de anvendte undersøgelses resultater til mennesker, idet mennesket også påvirkes af det samfund, det lever i (ibid.). Endvidere redegør Foureur for, at oxytocins påvirkning af mennesket forsat er relativt udforsket og at der er behov for yderligere undersøgelser for at validere anvendte teorier (ibid.). Vi har anvendt artiklens forklaring af stressresponsmekanismerne *calm-and-connection* og *fight-or-flight* i projektet, da disse er anerkendte fysiologiske responsmekanismer, som er videnskabeligt testet hos mennesker. Dog har vi anvendt artiklens

påstand om, at disse stressresponsmekanismer udløses hos fødende kvinder med det forbehold, at det endnu ikke er videnskabeligt testet, hvorledes stressresponsmekanismer udløses under fødslen.

”Birth territory: A theory for midwifery practice” af Kathleen M. Fahy & Jenny Anne Parratt (2006): Teorien *Jurisdiction* som præsenteres i artiklen, er udviklet på baggrund af induktiv empirisk data fremstillet af forfatterne i deres arbejde som jordemødre og forskere. Teorien er endnu ikke testet, men de anvendte teoretiske begreber er defineret således, at de ifølge Fahy & Parratt kan indgå i en videnskabelig undersøgelse. Det er en svaghed, at teorien endnu ikke er testet samt at den er udviklet induktivt. Induktionsproblemet opstår, idet resultaterne bygger på erfaring, hvorfor den nye viden kun er sandsynlig viden; ligegyldigt hvor mange observationer der foretages, vil man aldrig kunne udelukke, at den næste observation strider mod teorien (Birkler, 2005: 77). Vi er derfor bevidste om, at artiklens anvendelse i projektet til at belyse magtforholdet mellem jordemoderen og den fødende kun skal forstås som en teoretisk mulig forklaringsmodel.

11.0. KONKLUSION

Vi har analyseret og diskuteret os frem til, at konklusionen på projektets problemformulering er, at magtformen *Midwifery Guardianship* og de tre temaer: *samarbejde*, *information* og *omsorg* er centrale i jordmoderens arbejde, når hun sigter mod at hindre udviklingen af emotionel dystoci hos førstegangsfødende med forventede ukomplicerede fødselsforløb. Jordmoderen bør i den forbindelse arbejde sundhedsfremmende for at styrke den fødendes mestringssevne, da udviklingen af emotionel dystoci er tæt forbundet med den fødendes mestringssevne af fødslen. Vi fandt, at jordmoderen arbejder sundhedsfremmende, når hun integrerer den fødendes magt i føderummet ved udøvelse af *Midwifery Guardianship*. Dette gøres konkret ved, at jordmoderen støtter den fødende gennem parrets samarbejde, giver en løbende og let forståelig information samt skaber den rette balance mellem at drage omsorg for parret og samtidig overvåge fødslen, hvorved den fødendes mestringssevne styrkes. Føler den fødende sig i stand til at mestre fødslen, vil hun reagere på fødselsstress med den hensigtsmæssige stressrespons *calm-and-connection* frem for *fight-or-flight*, hvorved oxytocinproduktionen stimuleres, hvilket hindrer udviklingen af emotionel dystoci.

Vi finder, at jordmoderen i praksis skal tage udgangspunkt i den individuelle fødendes ønsker og behov, hvorfor der ikke kan gives en generel handleforskrift for, hvorledes jordmoderen kan hindre udviklingen af emotionel dystoci i praksis, da dette afhænger af den individuelle fødende. Jordmoderen bør derfor i praksis reflektere over og handler ud fra en forståelse af, at magtforholdet mellem jordmoderen og parret samt de tre temaer: *samarbejde*, *information* og *omsorg* har indflydelse på den fødendes mestringssevne af fødslen og dermed oxytocinproduktionen. Vi formoder, at hvis jordemødre i praksis reflekterer og handler ud fra denne viden, vil dette kunne nedsætte den høje dystocirate blandt danske førstegangsfødende og herved være medvirkende årsag til at nedsætte brugen af medicinsk stimulation.

Vi har argumenteret for denne påstands gyldighed gennem flere led i analysen. Vi har foretaget en kritisk analyse af den kvalitative undersøgelse "*Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives*" (2005) og fundet undersøgelsens resultater valide. Herefter har vi analyseret undersøgelsens resultater bestående af fire fødselsberetninger, som bygger på observationer af relationsmønstre mellem jordmoderen og parret på fødestuen samt parrets oplevelse heraf. Fødselsberetningerne er analyseret op imod teorien *Jurisdiction* (2006), som teoretiserer to diametrale magtformer på fødestuen: *Midwifery Guardianship* og *Midwifery Domination*. Gyldighed af analysens resultater er derfor forudsat af, at teorien *Jurisdiction* testes og findes valid.

Det har dog ikke været formålet i dette projekt, hvor vi i stedet har ønsket at nærme os en mulig forståelse af de teoretiske magtformer, når disse sættes i en praktisk kontekst på fødestuen samt hvorledes disse har indflydelse på udviklingen af emotionel dystoci. Resultaterne blev efterfølgende fundet begrebsmæssigt overførbare til projektets målpopulation.

Vi har i projektet arbejdet ud fra en forståelse af emotionel dystoci som en diagnose i praksis. Vi er dog bevidste om, at viden omkring emotionel dystoci primært tager udgangspunkt i teoretiske antagelser, som er baseret på dyreforsøg og endnu ikke er videnskabeligt undersøgt hos fødende kvinder. Dette er en svaghed for projektets konklusion, da denne er afhængig af, at emotionel dystoci videnskabeligt kan påvises som en diagnose hos fødende kvinder. Vi finder derfor, at dette projekt lægger op til, at diagnosen emotionel dystoci undersøges nærmere i praksis.

12.0. PERSPEKTIVERING

Som det fremgår af projektet er viden omkring emotionel dystoci begrænset til teoretiske antagelser baseret på dyreforsøg. Vi finder det dog af afgørende betydning, at diagnosen emotionel dystoci videnskabeligt testes hos fødende kvinder, da vi antager, at hvis diagnosen kan bekræftes, vil dette resultere i en ændring af de nuværende retningslinjer for dystoci til også at inkludere en forebyggelse og behandling af emotionel dystoci. Vi formoder, at en sådan ændring vil være medvirkende til at nedbringe den høje dystocirate og dermed indirekte nedsætte brugen af medicinsk vestimulation hos danske førstegangsfødende. Vi antager i den forbindelse, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis en sådan ændring af retningslinjerne tager udgangspunkt i DSOG's afventende behandling af dystoci, som foreskriver, at der ikke skal gribes aktivt ind i fødslen med amniotomi eller medicinsk vestimulation, men i stedet afventes bedre veer, såfremt både mor og barn er velbefindende (DSOG, 1999). Dog er det centralt at jordemoderen ikke kun afventer bedre veer ved behandling af emotionel dystoci, men at hun også anerkender den psykologiske årsag bag, hvorfor jordemoderen skal forsøge aktivt at drage omsorg for den fødende, således at den fødende bliver tryk og i stand til at mestre fødslen. Evner jordemoderen at få den fødende til at føle sig tryk, vil den fødendes oxytocinproduktion igen stimuleres, hvilket er hensigtsmæssigt frem for behandling med medicinsk vestimulation, som øger risikoen for komplikationer.

På baggrund af den viden vi har opnået gennem projektet om sammenhængen mellem stressresponsmekanismen *fight-or-flight* samt udviklingen af emotionel dystoci, finder vi det nærliggende, når diagnosen emotionel dystoci videnskabeligt skal testes hos fødende, at fremtidig forskning kvantitativt undersøger forholdet mellem stresshormonniveauet i blodet og plasmaoxytocinkoncentrationen hos fødende kvinder. Vi forventer, at en sådan undersøgelse vil vise en sammenhæng mellem et øget niveau af stresshormoner og en reduceret plasmaoxytocinkoncentration, samt at man hos denne gruppe vil påvise en signifikant større dystocirate. En sådan undersøgelse forudsætter dog, at der fastlægges en normalværdi for stresshormonniveauet og plasmaoxytocinkoncentrationen under fødslen, som ændres løbende i takt med fødsels progression.

Rikke Sundall

Stine Petersen

13.0. LITTERATUR- OG KILDEFORTEGNELSE

- Andersen, Svend (1995):** *Løgstrup*. Frederiksberg. Forlaget Anis.
- Birkler, Jacob (2005):** *Videnskabsteori – en grundbog*. København. Munksgaard Danmark.
- Birkler, Jacob (2006):** *Etik i sundhedsvæsenet*. København. Munksgaard Danmark.
- CIR nr. 149 af 08/08/2001:** *Cirkulære om jordemodervirksomhed*
- Coad, Jane & Dunstall, Melvyn (2005, 2. udgave):** *Anatomy and physiology for midwives*. Edinburg. Elsevier Limited. Kapitel 3 [Endocrinology].
- Cunningham, F. Gary et al. (2005, 22. udgave):** *Williams obstetric*. New York. McGrawhill. Kapitel 20 [Dystocia: Abnormal labor]
- DSOG (1999):** *Dystoci i udvidelsesfasen*. [Lokaliseret d. 09.04.2010] på <http://www.dsog.dk/files/dystoci-aktiv-fase.htm>
- DSOG (2000):** *Dystoci i uddrivningsperioden*. [Lokaliseret d. 09.04.2010] på <http://www.dsog.dk/files/dystoci-secondstage.htm>
- Enkin et al. (2000a, 3 udgave):** *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford. Oxford Universitypress. Kapitel 40: [Methods of inducing labor]
- Fahy, Kathleen M. & Parratt, Jenny Anne (2006):** *Birth territory: A theory for midwifery practice*. *Women and Birth* (19).
- Foureur, Maralyn (2008):** *Creating birth space to enable undisturbed birth i Birth territory and midwifery guardianship – theory for practice, education and research; red. Fahy, Kathleen M. et al*. Edinburg. Elsevier Limited.
- Hallgren et al (2005):** *Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility an challange for midwives*. *Nursing Ethics*. (12). Edward Arnold Publishers Ltd.
- Henderson, Chris & Macdonald, Sue (2004, 13. udgave):** *Mayer's Midwifery. A textbook for midwives*. Edinburg. Elsevier Limited.
- Hovmand, Bente & Præstegaard, Jeanette (2002):** *Kvalitative forskningsmetoder i fysioterapi – en introduktion*. *Nyt om forskning* 2002 (2).
- Jensen, Torben K. & Johnsen, Tommy J. (2006, 2. udgave):** *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus. Forlaget Philosophia.
- Jordemoderforeningen (1998):** *Etikkode for jordemodre*. [Lokaliseret 30.03.2010] på <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?area=98>
- Kjeldset, Anne-Marie (2008):** *Skal vi ikke snart gøre noget andet? Tidsskrift for jordemodre* (11).

- Kjeldset, Anne-Marie (2010):** Kendt jordemoder-ordning til behandling i regionen. *Tidsskrift for jordemødre* (1)
- Kjærgaard, Hanne (2007):** *Dystocia in nulliparous women. Incidence, outcomes, risk indicators, and women's experiences.* Sverige. Lund Universitet.
- Kock, Lene & Vallgård, Signild (red.) (2008, 1 e-bogsudgave):** *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab.* København. Munksgaard Danmark.
- Lindahl, Marianne & Juhl, Carsten Bogh (2002):** *Vurdering af kvalitative artikler.* Nyt om forskning 2002 (1).
- Linkin (2005a):** *Antia Hallgren* [Lokaliseret d. 22.04.2010] på <http://se.linkedin.com/pub/anita-h%C3%A4llgren/8/3b31/7ba>
- Linkin (2005b):** *Mona Kihlgren* [Lokaliseret d. 22.04.2010] på <http://se.linkedin.com/pub/mona-kihlgren/420/597/461>
- Linkin (2005c):** *Pia Olsson* [Lokaliseret d. 22.04.2010] på <http://se.linkedin.com/pub/pia-olsson/1b-2/b92/133>
- LBK nr. 95 af 07/02/2008:** *Sundhedsloven.* Kapitel 5 [Informeret samtykke]
- Løgstrup, K.E. (1991, 2. udgave):** *Den etiske fordring.* København. Gyldendal.
- Moberg, Kerstin Uvnäs (2006):** *Afspænding, ro og berøring- om oxytocins helbredende virkning i kroppen.* København. Akademisk forlag.
- Simkin, Penny & Ancheta, Ruth (2005, 2. udgave):** *The labor progress handbook.* Oxford. Blackwell Publishing ltd. Kapitel 2 [Dysfunctional labor: General considerations], Kapitel 5 [Prolonged Active Phase of Labor]
- Sundhedsstyrelsen (2009):** *Anbefalinger for svangreomsorgen.* København. Sundhedsstyrelsen.
- VEJ nr. 151 af 08/08/2001:** *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføring, indberetningspligt mv.*

14.0. BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1: Søgestrategi – #1 Systematiske artikelsøgning

Bilag 2: Søgestrategi – #2 Systematiske artikelsøgning

Bilag 3: Søgestrategi – #3 Systematiske artikelsøgning

Bilag 4: Artiklen: "*Birth territory: A theory for midwifery practice*" (2006) af Kathleen M. Fahy & Paratt, Jenny Anne. *Women and Birth* (19)

Bilag 5: Artiklen: "*Ways of relating during childbirth: An ethical responsibility and challenge for midwives*" (2005) af Hallgren et al. *Nursing Ethics*. (12)

Bilag 6: Resumé af de fire fødselsberetninger