

Resumé

Tekstidentifikation: *Titel:* PTSD – en overset efterfødselsreaktion. Jordemoderens forebyggende rolle. *Forfattere:* Stine Marie Hansen, Katrine Refsgaard og Annika Frøkjær Pedersen. *Udgivelsesinstitution:* Jordemoderuddannelsen - University College Syddanmark, Esbjerg. *Årstal:* 2011.

Baggrund: De færreste forbinder PTSD med en efterfødselsreaktion. Undersøgelser fra Sverige og England har påvist at 1,5-6pct. af kvinder som har født vil udvikle symptomer på PTSD. Med udgangspunkt i ”Anbefalinger for Svangreomsorgen” (2009) og egen erfaring fra klinik ophold finder vi, at der er begrænset fokus på hvordan jordemoderen kan forebygge udviklingen af PTSD hos kvinder i forbindelse med fødslen.

Problemformulering: Hvordan kan jordemoderen ved hjælp af sundhedsfremme og jordemoderfaglig omsorg forebygge en udvikling af PTSD hos kvinder i forbindelse med fødslen?

Metode: Problemstillingen anskues ud fra en kvalitativ vinkel. De udvalgte artikler ”A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth” (Allan 1998) og ”Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study” (Ayers 2007) analyseres metodisk. Resultaterne herfra analyseres op imod problemformuleringen med inddragelse af udvalgt teori. Teorien indbefatter empowerment og Aaron Antonovsky teori om følelsen af sammenhæng. Desuden inddrages ”Anbefalinger for svangreomsorgen” og DSM-IVs diagnostiske kriterier.”Den gode fødsel” og relevante juridiske uddrag fra lovgivningen bidrager desuden til den kritiske diskussion.

Konklusion: Jordemoderen bør være nærværende under fødslen og sikre at kvinderne føler tryghed, tillid og får den information de har brug for før, under og efter fødslen, for at skabe følelsen af sammenhæng og kontrol. Jordemoderen skal fungere som ekstra ydre ressource for kvinderne efter de har født, hvilket med fordel kunne ske i form af barselsbesøg og efterfødselssamtaler. Jordemoderen kan her implementere sundhedsfremme og jordemoderfaglig omsorg i hendes arbejde, ved at tage udgangspunkt i den enkelte kvindes behov for bearbejdning af fødselsoplevelsen og derigennem forebygge udviklingen af PTSD.

Emneord: PTSD, Jordemoder, Sundhedsfremme, Forebyggelse, Efterfødselsreaktioner, Fødsel.

Summary

Text Identification: Title: PTSD - an unnoticed after birth reaction. The midwife's preventive role. Authors: Stine Marie Hansen, Katrine Refsgaard and Annika Frøkjær Pedersen. Publishing institution: School of Midwifery, University College of Southern Denmark, Esbjerg. Year: 2011.

Background: Few people associate PTSD with an after birth reaction. Studies from Sweden and England have shown that 1.5 to 6pct. of women who have given birth will develop symptoms of PTSD. Based on "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2009) and our own internship, we find that there is limited focus on how the midwife can prevent the development of PTSD in women as a result of childbirth.

Thesis statement: How can the midwife, through health promotion and professional midwifery care prevent the development of PTSD in women during childbirth?

Method: The thesis statement is viewed from a qualitative angle. The selected articles "A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth" (Allan 1998) and "Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study" (Ayers 2007) are analyzed methodically. The results are analyzed with selected theory up against the thesis statement. The theory includes empowerment and Aaron Antonovsky's theory "Sense of coherence". We will also include "Anbefalinger for svangreomsorgen" and DSM-IVs diagnostic criteria. "Den gode fødsel" and relevant legal excerpts from the legislation also contribute to the critical discussion.

Conclusion: The midwife should be present during labor and ensure that the women feel comfort and trust, and that they get the information they need before, during and after birth, to create a sense of consistency and control. The midwife is to function, as an additional outer resource for the women once they have given birth, which could take form as maternity visits and postnatal conversations where the midwife can implement Health Promotion and midwifery professional care in her work. This can be done by focusing on each woman's need to process the birth experience and thereby prevent the development of PTSD.

Keywords: PTSD, Midwives, Health Promotion, Prevention, After birth reactions, Birth. Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
2. Problemformulering.....	6
2.1 Problemafgrænsning.....	7
2.2 Begrebsafklaring	7
2.2.1 Sundhedsfremme og forebyggelse	7
2.2.2 Jordemoderfagligomsorg.....	8
2.2.3 Den gode fødselsoplevelse.....	8
2.2.4 Posttraumatisk Stress Disorder.....	8
3. Metode	8
3.1 Søgestrategi	10
4. Præsentation	12
4.1. PTSD.....	12
4.2. Anbefalinger for svangreomsorgen.....	12
5. Teori.....	13
5.1. Følelsen af sammenhæng	13
5.2. Empowerment	14
6. Forskningsmetode.....	15
6.1. Den kvantitative forskningsmetode.....	15
6.2. Den kvalitative forskningsmetode.....	16
6.3. Videnskabsteori - hermeneutik og fænomenologi.....	16
6.4. Kvalitetskriterier for kvalitative artikler.....	17
7. Kritisk vurdering – analyse	18
7.1. Kritisk vurdering af ”A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth”	18
7.1.1. Intern validitet og reliabilitet.....	18
7.1.2. Konklusion på intern validitet og reliabilitet.....	22
7.1.3. Ekstern validitet.....	22

7.2. Kritisk vurdering af ”Thoughts and emotions during traumatic birth: A qualitative study”	23
7.2.1. Intern validitet og reliabilitet.....	23
7.2.2. Konklusion på intern validitet og reliabilitet.....	26
7.2.3. Ekstern validitet.....	26
8. Analyse.....	27
8.1. Tanker og følelser hos den fødende og dennes betydning for udvikling af PTSD.....	28
8.2. Sundhedspersonalets støtte under fødslen og dennes betydning for udvikling af PTSD .	30
8.3. Kvindens tanker, følelser og støtte efter fødslen og dets betydning for udvikling af PTSD	32
9. Diskussion.....	34
9.1. At hindrer tab af kontrol.....	35
9.1.1. Tryghed	35
9.1.2. Tillid.....	37
9.1.3. Information.....	38
9.2. Generhvervelse af kontrol	40
9.2.1. Anbefalinger for svangreomsorgen (2009)	41
9.2.2. Jordmoderen som en ydre ressource.....	42
9.3. Kritisk refleksion over egen opgave.....	44
10. Konklusion	45
11. Perspektivering	46
12. Litteraturliste	48

1. Indledning

Antallet af behandlinger for psykiske lidelser er steget fra cirka 80.000 til 120.000 siden år 2000. Der er her tale om de såkaldt "ikke-psykotiske" lidelser som f.eks. stress, depression og angst (Berlingske 2011). Det anslås at omkring 20% af danskerne, oplever symptomer svarende til de kriterier der er opstillet, for en eller flere psykiske sygdomme (Statens Institut for Folkesundhed, 2011). Posttraumatisk Stress Disorder (PTSD) er en psykisk lidelse, som oftest forbindes med en af de psykiske reaktioner som krigsveteraner, flygtninge og torturofre kan lide under, efter traumatiserende oplevelser såsom terror, vold og voldtægt (Jordemoderforeningen 2005). PTSD og dets udløsende faktorer er i "MTV rapporten om behandling og rehabilitering af PTSD" fra 2008 beskrevet således:

" Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD, dækker over et karakteristisk mønster af symptomer, som personer risikerer at udvikle som respons på eksponering for en eller flere ekstreme traumatiske hændelser, der involverer dødsfald eller trussel om død, lemlæstelse eller trussel mod personens eller andre personers fysiske integritet"(Region Syddanmark 2008:39).

Som det fremgår i citatet, er det således ikke kun krig og terror der kan udløse denne voldsomme psykiske reaktion. Det kan også være de situationer, hvor eksempelvis politibetjenten bliver involveret i en skudepisode, bankassistenten udsættes for trusler i forbindelse med et bankrøveri eller jordemoderen involveres i et svært patologisk forløb. Alle mennesker er altså i risiko for, at komme ud for situationer i løbet af deres liv, hvor de enten selv eller en i deres omgangskreds kan udvikle PTSD. Det anslås at risikoen for at udvikle PTSD i den almene befolkning er på omkring 1-2% (Ibid:68). Set i et samfundsøkonomisk perspektiv har personer med angstlidelser et merforbrug af sundhedsydelse, eksempelvis indenfor primærsektoren, psykiatrisk behandling og medicinudgifter. Derudover har de et større sygefravær, nedsat produktivitet på arbejdsmarkedet og man har samtidig fundet, at PTSD tegner sig som den dyreste blandt angstlidelserne (Ibid:205). I de senere år er der blandt læger, psykologer og terapeuter kommet mere fokus på PTSD, men det er dog stadig de færreste der forbinder PTSD med en efterfødselsreaktion (Jordemoderforeningen 2005). Graviditet og fødsel er for mange kvinder og deres partnere en skelsættende begivenhed og ofte en

grænseoverskridende livsepisode. Mange kvinder oplever, at selve fødselsprocessen skaber følelsen af stolthed og personlig vækst (Bertelsen & Gohr 2006:59-60). Der er i midlertidig også kvinder, hvor fødslen opleves som angstprovokerende og dybt traumatiserende. Tidligere undersøgelser fra Sverige og England har påvist, at 1,5-6pct. af kvinder som har født vil udvikle symptomer på PTSD (Jordemoderforeningen 2005). I ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009) præsenteres PTSD, men der beskrives ikke hvordan denne reaktion eksplicit skal forebygges hos den gravide og fødende. Dette er mere i fokus ved andre efterfødselsreaktioner, som for eksempel efterfødselsdepression (SST 2009:183-7). Studier har påvist, at PTSD kan medføre ændringer i opførsel, humør og socialinteraktion hos den nybagte mor (Ayers, Eagle & Waring 2006:396). Dette kan have store konsekvenser i forhold til den tidlige mor-barn tilknytning og barnets udvikling (Region Syddanmark 2008:45-6). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der skal være en jordemoder kontinuerligt tilstede under den aktive del af fødslen (SST 2009:151-2). Desuden bør alle tilbydes en efterfødselssamtale med en jordemoder, således at de får mulighed for at få bearbejdet forløbet, på den måde de føler behov for (Ibid:178). Det er dog vores erfaring fra klinikken, at disse anbefalinger ikke er i overensstemmelse med praksis. Ifølge TV2 Østjylland formår fødeafdelingerne i Randers og Horsens ikke altid at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, da kun tre ud af fire fødende i Horsens har en kontinuerligt tilstedeværende jordemoder gennem fødselens aktive fase (TV2 Østjylland 2011). I en rapport fra Region Hovedstaden, som inkluderer samtlige hospitaler i området konstaterer man, at 53 pct. af de adspurgte fødende, har haft en efterfødselssamtale. Ud af de 53 pct. vurderer 93 pct., at udbyttet af samtalen er godt eller virkelig godt og at de efterfølgende er mere tilfredse med deres fødselsforløb (Berlingske 2010). Vi har oplevet, at der mangler fokus på og ikke mindst viden om PTSD som efterfødselsreaktion. Vi stiller os på baggrund, af de i afsnittet opstillede problematikker undrende overfor, at der ikke er mere fokus på forebyggelsen af PTSD i ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009) og har på baggrund heraf udarbejdet følgende problemformulering:

2. Problemformulering

Hvordan kan jordemoderen ved hjælp af sundhedsfremme og jordemoderfaglig omsorg forebygge en udvikling af PTSD hos kvinder i forbindelse med fødslen?

2.1 Problemafgrænsning

I projektet har vi valgt udelukkende, at fokusere på forebyggelse af PTSD hos kvinder, velvidende at mænd også kan udvikle PTSD efter en fødsel. Dette har vi gjort for at begrænse vores problemstilling, da rammerne for projektet ikke tillader en uddybning af begge problematikker. Vi inddrager både første- og flergangsfødende og ønsker ikke at skelne mellem etnicitet. Dette begrundes vi med, at jordemødre skal kunne varetage fødsler, hvor de ikke har opbygget en relation til kvinden og ikke nødvendigvis har en viden om hendes forhistorie. Jordemoderen skal således kunne håndtere et bredt spektrum af kvinder, hvorfor vi ligeledes ønsker en bred viden om, hvordan jordemoderen kan forebygge PTSD i forbindelse med fødslen. Vi har valgt at inddrage studier der udelukkende inkluderer hospitalsfødsler. Dette begrundes vi med, at 98-99 pct. af alle fødsler foregår på landets obstetriske afdelinger og vi derfor finder det relevant for praksisudviklingen i Danmark, at se på lige netop disse fødsler (SST 2009:20).

Vi vil fokusere på jordemoderens rolle i forebyggelsen af PTSD i forbindelse med fødslen og afgrænser os derfor, fra det forebyggende arbejde, der kunne foregå i forbindelse med graviditeten, jordemoderkonsultationen, fødselsforberedelse, samt den almene barselspleje. På trods af at "coping" og "coping-strategier" nævnes i den udvalgte empiri, vælger vi ikke at gå dybere ind i disse begreber. Vi er opmærksomme på, at der måske er en relation mellem samfundets udvikling og forekomsten af PTSD. Vi begrænser os dog fra at medtage dette perspektiv, da samfundets udvikling og dennes indvirkning på forekomsten af psykiske lidelser er et komplekst emne, som kræver en bredere ramme for projektet.

2.2 Begrebsafklaring

2.2.1 Sundhedsfremme og forebyggelse

Vi vil i dette projekt tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition af begreberne forebyggelse og sundhedsfremme. Forebyggelse defineres som en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker. Sundhedsfremme defineres ligeledes som en sundhedsrelateret aktivitet, men til forskel fra forebyggelse er formålet at fremme den enkeltes sundhed, ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere menneskets ressourcer og handlekompetencer. Forebyggelse og sundhedsfremme anvendes som ligestillede og delvist overlappende

begreber, for at synliggøre forskellige strategier til at opnå sundhed. Forebyggelse og sundhedsfremme indeholder gensidige elementer af hinanden og det giver derfor ikke mening, at skelne skarpt mellem de to begreber (SST 2005:15:28:49).

2.2.2 Jordemoderfaglig omsorg

Med begrebet forstås, at jordemoderen tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes specifikke ønsker og behov, i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

Jordemoderen skal, som central fagperson gennem sundhedsydelser og svangreomsorg, være medvirkende til at udvise respekt for kvindens ligeværd og integritet og sikre, at hun får medbestemmelse og indflydelse på de tilbud og eventuelle behandlinger som er nødvendige (Jordemoderforeningen 2010).

2.2.3 Den gode fødselsoplevelse

Som modstykke til den traumatiske fødselsoplevelse, har vi valgt at begrebsafklare den gode fødselsoplevelse. Ifølge Bertelsen & Gohr defineres fødselsoplevelsen som god, hvis de forventninger og ønsker kvinderne har til fødslen bliver anerkendt og om muligt imødekommes under fødslen. Det er dog ikke et succeskriterium at fødslen bliver som kvinden havde forestillet sig, men at de får følelsen af meningsfuldhed og sammenhæng under forløbet (Bertelsen & Gohr 2006:180-1).

2.2.4 Posttraumatisk Stress Disorder

PTSD beskrives i litteraturen under flere forskellige navne, der dækker over samme diagnose for eksempel posttraumatisk belastningsreaktion, posttraumatisk stressforstyrrelse og posttraumatisk stresslidelse. For at højne læsevenligheden, har vi valgt fremover kun at benytte forkortelsen PTSD. Der findes flere forskellige diagnosticeringskriterier for PTSD. Når PTSD omtales i projektet, vil vi tage udgangspunkt i det amerikanske diagnosticeringssystem DSM-IV klassifikationen (Diagnostics and Statistics Manual of Mental Disorders). Vi vælger dette, da forskningen indenfor området tager udgangspunkt i DSM-IV systemet og at denne derfor hyppigere bliver opdateret (PTSD forum 2010).

3. Metode (Annika)

For at skabe et større overblik vil vi i det følgende afsnit redegøre for strukturen og opbygningen i vores projekt. I den forbindelse vil den udvalgte teori og empiri samt de

metodiske overvejelser blive præsenteret og valget af disse begrundet. For at belyse vores problemformulering har vi fundet det relevant at søge litteratur, der kan give os en dybdegående viden om PTSD og dennes udvikling i relation til en traumatisk fødselsoplevelse. Vi vil i den forbindelse redegøre for litteratursøgningen af to kvalitative studier. For at skabe et større overblik og forståelse af problemformuleringen og projektet i sin helhed, mener vi det er væsentligt at læseren har kendskab til diagnosen PTSD. Derfor vil diagnosen PTSD blive præsenteret i et selvstændigt afsnit, med udgangspunkt i DSM IVs diagnostiske kriterier. I jordemoderens daglige virke på et offentligt hospital bør hun arbejde ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvorfor vi vil inddrage relevante brudstykker af ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (SST 2009). Disse sammenfattes i et præsentationsafsnit. Vi vælger netop denne publikation, da den henvender sig specifikt til sundhedspersonale som beskæftiger sig med graviditet, fødsel og barsel. Da vi ønsker at undersøge, hvordan jordemoderen kan forebygge udviklingen af PTSD gennem blandt andet sundhedsfremme, er det relevant at have kendskab til, hvad der holdet et menneske sundt. Vi vil benytte bogen ”Sundhedsfremme i teori og praksis” (Jensen & Johnsen 2006), da den, med udgangspunkt i Aaron Antonovskys salutogenetiske ide og hans teori om følelsen af sammenhæng, sigter efter at præcisere begrebet sundhed. Vi vil ydermere inddrage empowerment som kommunikationsteori i vores projekt, da empowerment søger at styrke kvinden til at opnå kontrol over eget liv, hvilket ligger sig tæt op af den sundhedsfremmende tankegang. Til dette har vi brugt bogen ”Empowerment på dansk” (Andersen, Brok & Mathiasen 2000). De to teorier vil blive præsenteret i hvert deres teoriafsnit. For at kunne belyse vores problemformulering er det væsentlig, at skaffe relevant forskningsbaseret viden omhandlende udviklingen af PTSD i forbindelse med fødslen. På baggrund af dette har vi valgt de kvalitative studier: “A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth” (Allan 1998) og ”Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study” (Ayers 2007). Studiet “A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth” er skrevet af Sarah Allen og blev publiceret i “Journal of Reproductive and Infant Psychology” i 1998. Studiets formål var at belyse, om kvinder oplevede signifikante symptomer på PTSD efter deres fødsler, samt at belyse hvordan udviklingen af PTSD kan forebygges. Forskeren søgte desuden at finde data som kunne integreres i en guide

til psykologisk intervention hos kvinder, der har haft en traumatisk fødselsoplevelse. Vi er opmærksomme på, at dette er et ældre studie og at vi derfor skal være bevidste om, at samtiden kan have indvirkning på studiets resultater. Det er dog et af de mere gennemarbejdede studier på området og der refereres ofte til dette, i de nyere studier omhandlende PTSD. Af denne grund vælger vi at inddrage det i vores projekt. "Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study" er skrevet af forskeren Susan Ayers og blev publiceret i tidsskriftet "BIRTH" i september 2007. Formålet med studiet var, at undersøge kvinders tanker og følelser under fødslen, efterfølgende erindringer omhandlende fødselsoplevelsen og disses påvirkning af udviklingen af symptomer på PTSD post partum. Vi valgte at inddrage dette studie, da vi på baggrund af vores problemformulering er interesserede i, at opnå en dybere forståelse af kvinders tanker og følelser i forbindelse med fødslen og hvordan disse kan være medvirkende til udviklingen af PTSD. Ved at sammenligne de to studiers resultater, håber vi at kunne finde ligheder, som vil sandsynliggøre at Sarah Allens resultater stadig kan relateres til praksis i dag. For at kunne vurdere validiteten og reliabiliteten og dermed berettige brugen af de to studiers resultater, vil vi foretage en kritisk vurdering af begge studier, ved hjælp af artiklen "Vurdering af kvalitative artikler" (Lindahl & Juhl 2002). Herefter vil resultaterne i de to udvalgte studier sammenlignes og analyseres op imod vores problemformulering. Vi vil herunder inddrage teorierne omkring følelsen af sammenhæng, empowerment. Derudover vil vi inddrage "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2009) og DSM-IVs kriterier for PTSD. Efterfølgende vil vi diskutere de resultater, der er fremkommet under analysen samt diskutere resultaternes anvendelighed i jordemoderfaglig praksis, her vil vi desuden inddrage Bertelsen og Gohrs antropologiske undersøgelse "Den gode fødsel" (2006). Da jordemoderen i kraft af sit virksomhedsområde er juridisk underlagt lovgivningen, vil vi i diskussionen inddrage "Autorisationsloven" og "Vejledningen om Jordemødres virksomhedsområde" samt de "Ethiske retningslinjer for jordemødre". På baggrund af diskussionen vil vi efterfølgende konkludere på problemformuleringen og på den valgte metode. Til slut udformes en perspektivering.

3.1 Søgestrategi (Stine)

For at kunne besvare vores problemformulering er det en forudsætning at fremskaffe relevant litteratur, som formår at belyse den på en teoretisk og videnskabelig måde.

Med udgangspunkt i projektets problemformulering, finder vi det relevant at inddrage studier med baggrund i det kvalitative forskningsinterview. Vi udførte en systematisk artikelsøgning i henholdsvis databaserne Cinahl og PsycINFO. Cinahl er en engelsksproget bibliografisk database, som har et bredt udvalg af kvalitative studier primært relateret til emnerne "biomedicin" og "syge- og sundhedsplejer" (hermed også jordemoder-relaterede emner). PsycINFO er ligeledes en engelsksproget bibliografisk database, som indeholder systematisk dækning af psykologisk litteratur. Da PTSD er en psykologisk lidelse, har vi vurderet, at PsycINFO er en relevant database at benytte. Under vores søgning i begge databaser brugte vi emneordene: "Traumatic", "PTSD", "Childbirth" og "Labor Complications". Vi konkluderede, at der var stor sammenlignelighed mellem de fundne artikler i Cinahl og PsycINFO. Derfor har vi valgt kun at uddybe vores søgning i databasen Cinahl. I Cinahl brugte vi funktionen "Cinahl Headings", hvor vi kombinerede emneordene "PTSD" AND "Childbirth". Denne søgning gav 120 resultater. Derefter tilføjede vi emneordet "Labor Complications" ved hjælp af funktionen AND. Vi afgrænsede søgningen yderligere ved brug af funktionen "limits", hvor vi valgte: Udgivelsesår i intervallet 2003 og 2010 og at artiklens sprog skulle være enten dansk, engelsk, svensk eller norsk, da dette er sprog vi behersker. Funktionen "limits" tillod ikke, at vi søgte artikler med udgivelsesår i 2011. Søgningen gav nu fem resultater. De fremkomne artikler forholdte vi os til, ved at gennemlæse deres abstracts. Flere af artiklerne var vedhæftet i pdf-fil, hvilket betød at vi havde mulighed for at gennemlæse hele artiklen. Ud fra denne gennemlæsning lokaliserede vi det engelske studie fra 2007 "Thoughts and emotions during childbirth: a qualitative study" af Susan Ayers. Vi fandt studiet særdeles relevant, men ikke endegyldigt dækkende for vores problemformulering. Ved gennemlæsning af det fundne studies referencer, fandt vi studiet "A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth" fra 1998 af Sarah Allen. Dette studie var en hyppig brugt reference i en række af de fravalgte studier. Efter en grundig gennemlæsning af Sarah Allens studiet valgte vi, at medtage det i vores projekt.

4. Præsentation

4.1. PTSD (Annika)

Med udgangspunkt i DSM IVs diagnosticeringssystem har vi sammenfattet denne oversigt over kriterierne for diagnosen PTSD. Kriterium A beskriver, at PTSD er en psykisk lidelse der kan fremkomme hos en person, der har været udsat for en traumatisk oplevelse. Den pågældende person skal have været vidne til eller blevet konfronteret med en begivenhed, som indebærer død, trusler om død, alvorlig kvæstelse eller trusler mod egen eller andres fysiske integritet. Personens reaktion involverer intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel. De efterfølgende kriterier beskriver, hvordan den traumatiske begivenhed til stadighed kan opleves enten som invaderende erindringer om det skete, belastende drømme om begivenheden, hallucinationer og flashbacks. Derudover kan personen opleve intens psykisk stress og få fysiologiske reaktioner ved begivenheder, som minder om den traumatiske hændelse. PTSD kendetegnes desuden ved, at den traumatiserede person forsøger at undgå stimuli, der er forbundet med traumatet eller ved en følelsesmæssig tilbagetrækning. Den traumatiserede person vil opleve vedvarende symptomer på stress, som ikke var tilstede før traumatet. Dette kan for eksempel komme til udtryk ved søvnproblemer, koncentrationsbesvær, irritabilitet og overvagsomhed. For at kunne stille diagnosen PTSD, skal symptomerne have stået på i mindst en måned. Personer med PTSD vil være præget af betydelige belastninger af sociale og arbejdsmæssige funktionsområder (PTSD forum 2010).

4.2. Anbefalinger for svangreomsorgen (Annika)

”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009) er udarbejdet for at sikre medinddragelse af den gravide og kvalitet i Sundhedsvæsenets indsats, hvilken inkluderer risikosporing, forebyggelse og sundhedsfremme. Derudover skal den medvirke til, at differentiere ydelsen i forhold til den enkelte, højne respekten for kvindens integritet og sikre kvindens muligheder for at træffe reelle og begrundede valg. Jordemoderen er den primære fagperson under fødslen og er af samme grund vigtig i forsøget på at skabe en god fødselsoplevelse for kvinderne (SST 2009:17;19). Som det nævnes i indledningen, beskrives forebyggelsen af PTSD ikke i ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009). Der forefindes derimod en beskrivelse af tre belastningsreaktioner, som kan udløses

hvis kvinden oplever fødslen som traumatisk, heriblandt nævnes posttraumatisk belastningsreaktion (ibid:184-5). I et fællesafsnit for de tre belastningsreaktioner angives de overordnede interventionsmuligheder (ibid:185). Da fællesafsnittet er det tætteste vi kan komme på interventionsmuligheder for PTSD i ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009) forventer vi således at afsnittet er sundhedsstyrelsens udlægning af hvad fagpersoner der beskæftiger sig med gravide, fødende og barslende bør vide om netop dette emne. Der lægges således vægt på, at kvinder der udvikler PTSD som følge af en traumatisk fødsel, oftest har behov for følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp. Denne støtte gives bedst gennem de nære relationer i kvindens omgangskreds. Det er først ved længerevarende psykiske reaktioner, at der er indikation for behandling med samtaleterapi og eventuel medicinsk behandling (ibid).

I ”Anbefalingerne for svangreomsorgen” (2009) står der skrevet, at alle bør tilbydes en efterfødselssamtale med en jordemoder, med henblik på at skabe en god afslutning og give mulighed for at bearbejde graviditets- og fødselsforløb. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at samtalen som udgangspunkt afvikles indenfor en måned post partum. Samtalens indhold skal tage udgangspunkt i kvindens oplevelser og har til formål at afklare bekymringer, problemstillinger og eventuelle konsekvenser, som kvinden ønsker belyst. Der påpeges endvidere, at kvinder med særlige patologiske eller traumatiske forløb, kan have brug for mere tid til efterfødselssamtalen eller have behov for yderligere samtaler (Ibid:178-9).

5. Teori

5.1. Følelsen af sammenhæng (Katrine)

Aaron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, har gennem forskning udarbejdet teorien ”Følelsen af sammenhæng”. Denne teori har afsæt i den salutogenetiske idé. I denne fokuserer Antonovsky på, hvorfor folk forbliver sunde i modsætning til den patogenetiske synsvinkel, hvor fokus er på, hvorfor folk bliver syge (ibid:84-5). Den grundlæggende antagelse bag Antonovskys salutogenetiske idé er, at ethvert menneske bliver udsat for stressorer gennem livet. Stressorer defineres som indre eller ydre krav eller stimuli, som mennesket ikke umiddelbart har nogen tilpasningsstrategi overfor. Stressorer findes på alle niveauer og knytter sig for eksempel til dagligdagsproblemer, sygdom, kriser og konflikter. Det pres som stressorer udsætter mennesket for, er ifølge

Antonovsky ikke nødvendigvis negativt. Det kan derimod under de rette vilkår være udviklende og styrkende. Det der er afgørende er, at mennesket formår at hindre den spænding, der opstår som følge af en stressorer, således at det ikke udvikler sig til stress, som derefter kan true både livskvalitet og helbred (ibid:86-7). Det der karakteriserer sunde mennesker er ifølge Antonovsky, at de har en stærk følelse af sammenhæng. Disse mennesker er i højere grad i stand til at håndtere stressorer, fordi de er i stand til at vælge den mestringsstrategi, der er bedst egnet til og afpasset efter netop den stressorer de udsættes for (ibid:87-91). Hovedelementerne i følelsen af sammenhæng er begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Begribelighed; handler ifølge Antonovsky om, hvorvidt man oplever ydre og indre stimuli som fornuftmæssigt begribelige og derigennem forudsigelige. Forudsigelighed er altså et kriterium for at føle begribelighed og dette opnås f.eks. ved information, viden og en følelse af struktur i uvante situationer (ibid).

Håndterbarhed; vedrører i hvilken udstrækning man oplever, at ens ressourcer er tilstrækkelige til at imødekomme de stimuli, man møder gennem livet. Det er nødvendigt at opleve, at de mødte stimuli ikke hele tiden overstiger ens belastningsbalance. Dette kan forhindres enten ved at trække på egne indre ressourcer, men kan også ved hjælp fra ydre ressourcer, i form af støtte fra andre mennesker. En person med en stærk følelse af håndterbarhed vil ikke opleve, at livet behandler det uretfærdigt (ibid).

Meningsfuldhed; handler om i hvilken udstrækning den enkelte finder, at de problemer og krav man stilles overfor gennem livet, er værd at investere energi i. Det handler i høj grad om hvorvidt man føler sig delagtiggjort og hørt i forbindelse med bestemmelser. Hvis man føler at man bliver overhørt eller ignoreret i samtlige bestemmelser, bliver man efterladt med en følelse af ligegyldighed og derigennem mangel på meningsfuldhed (ibid).

5.2. Empowerment (Stine)

Empowerment er en proces, der arbejder på forandring og har til mål at give mennesket en række redskaber og derigennem handlemuligheder til, at opnå kontrol og ledelse af eget liv. Det er en måde at arbejde på, som sundhedspersoner kan benytte i mødet med brugere af offentlige sundhedsydelser. Processen foregår, når man hjælper brugerne, således at de bliver i stand til at opnå hjælp til selvhjælp gennem egne ressourcer

(Andersen, Brok & Mathiasen 2000:17-9). Både ressourcestærke og ressourcetsvage mennesker kan komme i kontakt med sundhedspersoner og uanset hvad problemstillingen er, opstår der en relation mellem den ”hjælpsøgende” og den ”professionelle” (Ibid:19). Empowerment betyder magt, kraft og styrke og netop det er essentielt i denne relation. Som professionel har man en ekspertrolle og dermed en viden, som giver en form for magt (Ibid:17). En magt til at kunne fortælle, ytre og anbefale, hvordan den hjælpsøgende skal agere i henhold til sit ”problem”. Meningen med empowerment er, at den professionelle skal fralægge sig sin ekspertrolle og gennem individuel støtte og vejledning hjælpe brugeren, til at kunne handle på egne vegne. Ved hjælp af medinvolvering og selvbestemmelse skabes altså de nødvendige eller ønskelige forandringer. Herved opstår der større lighed mellem bruger og professionel og dette giver grobund for et samarbejde og partnerskab, hvor den professionelle i alle processer arbejder sammen *med* brugeren og ikke *for* brugeren (Ibid:22). På den måde har man overgivet sin magt som ekspert til brugeren, som nu uafhængigt af den professionelle både er og føler sig som værende ekspert i eget liv (Ibid:19). Empowerment er dermed et velegnet redskab, når man taler om sundhedsfremme, fordi sundhedsfremme som begreb dækker over en proces, der skal sætte mennesket i stand til i højere grad at blive herre over og forbedre sin sundhedstilstand (ibid:27-28).

6. Forskningsmetode

6.1. Den kvantitative forskningsmetode (Annika)

Den kvantitative forskningsmetode bruges, i modsætning til den kvalitative forskningsmetode, når målet er at forklare en hypotese, som derefter kan gøres op i tal og bruges statistisk (Lindahl & Juhl 2002:17). Derfor er det vigtigt, at sikre sig kvantitativ repræsentativitet af deltagerne, hvilket vil sige at disse udvælges sådan, at de matcher den gruppe af mennesker de blev udtrukket fra. Deltagerne skal desuden være sammenlignelige. Dette har betydning for, hvorvidt man kan sige noget om det undersøgte fænomens udbredelse og variation. Når den kvantitative forskningsmetode benyttes, skal forskeren sikre sig imod egen og tilfældighedens påvirkning af studiet. Dette gøres ved at beskrive de udførte procedurer omhyggeligt (ibid:18). Forskeren skal således distancere studiet fra sin for-forståelse. I de anvendte studier, er den kvantitative

forskningsmetode implementeret ved strukturerede interviews, baseret på screeningsmetoder, som blev sendt ud til kvinder der havde født. Baggrunden for disse screeningsmetoder var, at identificere kvinder med symptomer på PTSD efter en fødsel.

6.2. Den kvalitative forskningsmetode (Katrine)

Den kvalitative forskningsmetode er velegnet, hvis forskningsspørgsmålet søger at belyse menneskers oplevelser og den betydning disse oplevelser har for det enkelte menneske - med andre ord menneskers livsverden (Christensen, Schmidt & Dyhr 2007:61). Metoden anvendes ofte, når forskeren søger at belyse et fænomen eller emne så nuanceret som muligt (ibid:67). I denne forskningsmetode vil der ofte være tale om et lille deltagerantal. Der skal dog være deltagere nok til, at der kan opnås datamætning i studiet, hvilket vil sige, at samme temaer og mønstre træder frem og gentages i materialet (Lindahl & Juhl 2002:18). I den kvalitative forskningsmetode, belyses forskningsspørgsmålet ved hjælp af forskningsinterviews, observations- og feltstudier eller gennem analyser af allerede eksisterende tekster (ibid). Der findes forskellige interviewmetoder når forskeren søger, at interviewe deltagere til et studie, heriblandt det semistrukturerede interview. Ved brug af denne metode, har forskeren på forhånd fastlagt nogle emner, som vedkommende ønsker at få belyst. Deltagerne kan ud fra disse emner tale frit med egne ord og forskeren stille uddybende spørgsmål herudfra (ibid:62). Når der arbejdes med den kvalitative forskningsmetode, er det vigtigt at forskeren er bevidst om sin egen for-forståelse samt de fordomme, der kan få betydning under interviewet (ibid). Da den kvalitative forskningsmetode søger at belyse menneskers livsverden, samt har fokus på forskerens for-forståelse, er det nærliggende at bringe den videnskabsteoretiske tankegang på banen.

6.3. Videnskabsteori - hermeneutik og fænomenologi (Katrine)

Videnskabsteori beskæftiger sig med undersøgelser af og teorier om videnskabens natur og egenart (Birkler 2005:9). Genstandsfeltet indenfor den kvalitative forskningsmetode er ofte karakteriseret ved "noget" følelsesmæssigt, man gerne vil forstå og indbefatter dermed en undersøgelse af menneskers livsverden. Den kvalitative forskningsmetode ligger sig således videnskabsteoretisk op ad hermeneutikken og fænomenologien. Hermeneutik betyder læren om forståelse eller fortolkningskunst og ligger til grund for den kvalitative forskningsmetode. Et af hermeneutikkens grundbegreber er for-

forståelse. For-forståelsen dækker over den forståelse der ligger forud for selve forståelsen. Den indebærer de hypoteser, fordomme, forventninger og meninger som vi bevidst eller ubevidst har. For-forståelsen er med til at skabe vores horisont – det synsfelt hvorigennem vi ser verden. (Birkler 2005:95-8;101-2). For at kunne skabe en ny forståelse og udvide vores horisont, er den hermeneutiske cirkel et centralt begreb. Begrebet dækker over, at forståelsen er cirkulær, hvilket vil sige, at der kun kan skabes en ny forståelse, gennem det man allerede forstår (ibid:98). Ser man for eksempel på kommunikation mellem to personer, vil begge på forhånd have en helhedsforståelse af den andens situation. Gennem samtale og dialog er det muligt at be- eller afkræfte denne helhedsforståelse og dermed danne en ny delforståelse. Delforståelsen vil derefter virke tilbage på helhedsforståelsen og på den måde skabe en ny helhedsforståelse (ibid). Sættes teorien omkring hermeneutik i relation til den kvalitative forskningsmetode vil forskeren således altid have en for-forståelse af studiets genstandsfelt. For at kunne fremskaffe ny viden og forståelse om et studies genstandsfelt, er det nødvendigt, at forskeren er bevidst om sin egen for-forståelse og formår at sætte denne i spil (ibid:102). På denne måde kan der gennem en kvalitativ forskningsmetode skabes ny viden, omkring det genstandsfelt forskeren søger at belyse. Begrebet livsverden stammer fra fænomenologien og dækker over det enkelte menneskes oplevede verden. Det er den verden, som opleves i et førstehåndspersonligt perspektiv og som indeholder fænomener, der ikke umiddelbart kan deles med andre (ibid:105). Gennem den kvalitative forskningsmetode søges at belyse det enkelte menneskes livsverden, herunder erfaringer og oplevelser (Birkler 2006:108). Den fænomenologiske tankegang implementeres i den kvalitative forskningsmetode ved, at forskeren, søger at belyse de faktorer, som har haft betydning for genstandsfeltet (ibid).

6.4. Kvalitetskriterier for kvalitative artikler (Stine)

Et veludført forskningsprojekt kendetegnes ved, at forskningsprocessen er stringent og sammenhængende. Det vil sige at forskningsprocessen er overskuelig, logisk opbygget og veldokumenteret, lige fra det teoretiske udgangspunkt, til udvælgelsen af undersøgelsesdeltagere, dataindsamling, analyse, konklusioner og formidling (Christensen, Schmidt & Dyhr 2007:79). Til vurdering af kvalitative studier anvendes begreberne validitet og reliabilitet. Validitet henviser til studiets gyldighed. Her undersøges om forskningsmetoden er velegnet til, at belyse studiets problemstilling

(ibid). Det vil sige, om de fremkomne data er relevante, troværdige samt om de belyser det der oprindeligt var formålet med studiet. Validiteten opdeles i intern og ekstern validitet. En kritisk vurdering af den interne validitet har til formål at undersøge, om de fremkomne resultater er troværdige i relation til studiets opbygning (Lindahl & Juhl 2002:21). Vi vil i dette projekt vurdere den interne validitet, ud fra en kritisk gennemgang af studierne ”baggrund og formål”, ”for-forståelse”, ”udvælgelse af deltagere”, ”metode”, ”resultater” og ”diskussion”. Den eksterne validitet har til formål, at beskrive det kvalitative studies almengørelse, hvilket vil sige om resultaterne er valide og kan bruges i andre sammenhænge eller kontekster (ibid). Reliabilitet henviser til, hvorvidt det er muligt for andre at erkende og forstå fremgangsmåden og resultaterne i studie. For eksempel om forskeren har lavet usystematiske fejl undervejs i forskningsprocessen, hvilket kan påvirke studiets resultater og dermed hele studiets pålidelighed. Høj reliabilitet indebærer, at forskeren på systematisk vis redegør for de valg som er taget, hvordan valgene påvirker metoden og hvilke konsekvenser dette kan medføre (Christensen, Schmidt & Dyhr 2007:80).

7. Kritisk vurdering – analyse (Annika)

I dette afsnit vil vi foretage en kritisk vurdering af studierne ”A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth” (1998) og ”Thoughts and emotions during childbirth: a qualitative study” (2007) for at afgøre hvorvidt de lever op til kvalitetskriterierne for det kvalitative studie og dermed deres egnethed til besvarelse af problemformuleringen. Denne vurdering vil foretages på baggrund af artiklen: ”Vurdering af kvalitative artikler” (Lindahl & Juhl 2006). Vi vil for hver af studierne vurdere den interne validitet og reliabilitet samt den eksterne validitet.

7.1. Kritisk vurdering af ”A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth”

7.1.1. Intern validitet og reliabilitet

Baggrund og formål (Annika)

Læseren præsenteres i introduktionsafsnittet for eksisterende empiri omkring PTSD. Der redegøres for forskerens teoretiske referenceramme hvor DSM-IVs diagnostiske

kriterium A indgår. Det fremgår, at der ikke tidligere er lavet studier baseret på kvinders fødselsoplevelse og hvilken betydning oplevelsen kan have for deres psykiske velbefindende post partum. På baggrund af den manglende viden på området søger forskeren at belyse, om kvinder kan opleve signifikante PTSD symptomer i forbindelse med fødslen. Desuden søger forskningsspørgsmålet at skaffe viden omkring forebyggelsen af symptomer på PTSD samt hvilke psykologiske interventionsmuligheder, der kan bruges til kvinder, som har gennemgået en traumatisk fødselsoplevelse (Allen 1998:107-10). Vi finder baggrunden for studiets forskningsspørgsmål velbegrunder og med en velbeskrevet teoretisk og empirisk referenceramme, hvilket er med til at højne den interne validitet. Der redegøres i afsnittet for brugen af den kvalitative forskningsmetode, hvilket vi finder velbegrunder.

Forskerens for-forståelse (Annika)

I studiet fremgår det at forskeren er ansat på Institut for Psykologi på University of Southampton i England og herigennem afklares noget af forskerens faglige perspektiv. Derudover beskrives det teoretiske grundlag i studiets introduktion. Der redegøres ikke yderligere for forskerens for-forståelse, hvilket anses for en svækkelse af den interne validitet og reliabilitet. Forskeren burde redegøre mere dybdegående for personlige og faglige erfaringer og eventuelle antagelser omkring studiets genstandsfelt.

Udvælgelse af deltagere (Katrine)

I studiet redegør forskeren dybdegående for udvælgelsen af deltagerne. De blev rekrutteret ved et besøg hos sundhedsplejersken otte måneder efter fødslen. Denne rekruttering af deltagere foregik over en periode på otte uger. Studiet bestod af to stadier: I det første stadie deltog 145 kvinder, de blev screenet for symptomer på PTSD gennem kvantitative screeningsmetoder, herigennem blev 26 kvinder med svære traumatiske fødselsoplevelser identificeret. I alt endte 20 kvinder med at deltage i studiets andet stadie (Allen 1998:111). Vi finder således, at udvælgelsesmetoden er velbegrunder og der findes en god sammenhæng mellem forskningsspørgsmålet og den måde, hvorpå deltagerne er udvalgt. I studiet fremstår deltagerne forskellige kvalitative karakteristika velbeskrevet i teksten og vi anser derfor det kausale felt som velovervejet, hvilket er med til at øge den interne validitet. Det fremgår af studiet, at der ikke er taget højde for etnicitet og tidligere dødsfødsler i udvælgelsen af deltagere (Allen

1998:111+115). Vi ser dette som en svækkelse af validiteten, da man må formode, at deltagere med anden etnisk baggrund end engelsk i højere grad kan have været udsat for traumatiske oplevelser tidligere, som kan have betydning for udvikling af PTSD i forbindelse med fødslen. Derudover må en tidligere dødsfødsel også tænkes at kunne påvirke deltagernes oplevelse af deres efterfølgende fødsler. Ydermere er de kvalitative karakteristika ikke fremstillet i en tabel, hvilket er med til at sløre gennemsigtigheden og hindre læseren i at gennemskue, hvilke citater der kommer fra hvilke kvinder.

Metode (Katrine)

Studiet fik de lokale sundhedsmyndigheders etiske godkendelse, hvilket højner den interne validitet. På baggrund af et tidligere udført pilotprojekt og den eksisterende teori og empiri på området, blev der udarbejdet spørgsmål til interviewet. Dette mundede ud i et semistruktureret interview, som blev foretaget otte til ti måneder efter at deltagerne havde født. Der redegøres i et tillæg til studiet for forskerens spørgeteknik, hvilket højner den interne validitet. Alle interviewene blev optaget. Forskeren har ikke redegjort for de fysiske - og tidsmæssige rammer for interviewene. Derudover beskrives forskerens relation til deltagerne ikke og det står ikke skrevet i studiet, om det var forskeren selv der foretog alle interviews (Allen 1998:110-2). Dette ses som en svækkelse af den interne validitet. Forskeren gør i studiet opmærksom på, at hun ville bede om tilladelse fra deltagerne om at underrette deres praktiserende læge, hvis hun gennem sin kliniske vurdering under interviewene, fandt at de havde brug for psykologisk intervention (ibid:111). Dette viser, at forskeren udover at skulle interviewe deltagerne, også vurderede deltagernes psykiske velbefindende, hvilket kan påvirke relationen til deltageren og det overordnede interview. På den anden side bevidner dette også om en etisk refleksion over de eventuelle problemstillinger, som kan forekomme i løbet af forskningsprocessen. Der redegøres fyldestgørende for transskribering, analyse og tolkning af det fremkomne datamateriale hvilket højner reliabiliteten. Dataanalysens forankring i den kvalitative forskningsmetode, "Grounded Theory" og den eksisterende litteratur om studiets genstandsfelt er beskrevet systematisk, hvilket højner den interne validitet. Der er ikke foretaget forskertrianglering eller teoritrianglering, hvilket svækker reliabiliteten (ibid:112-3).

Resultater (Katrine)

Afsnittet i studiet indledes kort med resultaterne af deltagernes respektive score fra "The Revised Impact of Event Scale (IES)" og dernæst en grundig beskrivelse af, hvordan bearbejdningen af resultaterne er foregået. Ved brug af dataanalysemetoden "Grounded Theory" og Strauss and Corbin's (1990) paradigmemodel er der fundet frem til kernekategorien "Tab af kontrol", som alle deltagere angav for værende essentielt i deres fødselsoplevelse. Herefter har man fremsat de årsagsgivende faktorer til udviklingen af følelsen af manglende kontrol (Allen 1998:113-4). Der er løbende opsat paradigmemodeller i teksten for at illustrere de fremkomne resultater, hvilket gør det overskueligt og gennemskueligt for læseren. Der er afsnittet igennem brugt citater til at understøtte de opstillede faktorer og disse fremkommer relevante for teksten. Citaterne er desuden identificerbare, da de er nummererede, men det er dog ikke synligt for læseren, hvordan koblingen mellem citater og deltagere er foregået. Dette slører gennemsigtigheden i henhold til, om hele datamaterialet anvendes, eller om forskeren har udvalgt citater specifikt efter at få bekræftet sin for-forståelse. Afslutningsvis præsenteres de vigtigste fremkomne resultater klart og overskueligt. Vi finder, at den interne validitet er god, da datamængden må betegnes som tilstrækkelig og er medvirkende til at give en bred og dybdegående beskrivelse af forskningsspørgsmålet.

Diskussion (Stine)

I studiets diskussionsafsnit redegør forskeren for de fremkomne resultater og disse sættes løbende i forhold til den valgte teoretiske og empiriske referenceramme, hvilket er med til at give læseren et overblik over afsnittet. Der redegøres for analysemetoden "Grounded Theory" som blev benyttet i studiet og hvordan denne metode har været velegnet til at belyse forskningsspørgsmålet (Allen 1998:122). Forskeren har i diskussionen forholdt sig kritisk til det faktum, at der i studiet ikke blev taget højde for eventuelle tidligere traumatiske oplevelser, hvilket kunne have betydning for udviklingen af PTSD i forbindelse med fødslen (ibid:124). Dette anses som en styrkelse af studiets validitet, da forskeren selv er bevidst om studiets faldgrupper. Ud fra en kritisk gennemgang af de fremkomne resultater foretages en dybdegående diskussion af studiets andet stadie, med henblik på brugen af de fremkomne resultater i den kliniske praksis (ibid:128). Vi mener på denne baggrund, at diskussionen overordnet set højner studiets interne validitet.

7.1.2. Konklusion på intern validitet og reliabilitet (Stine)

Vi har vurderet den interne validitet som god, hvorimod reliabiliteten er nedsat. Forskeren har som baggrund for studiet redegjort for den teoretiske og empiriske referenceramme og har her gjort opmærksom på den manglende viden omkring PTSD i forbindelse med fødslen. Dette har dannet grundlag for studiets forskningsspørgsmål. Udvælgelsesmetoden af deltagerne, deres repræsentativitet og beskrivelsen af deres kvalitative karakteristika anses som godt beskrevet. For at skabe overblik for læseren kunne forskeren med fordel have udarbejdet en tabel med deltagernes kvalitative karakteristika. Der redegøres klart og fyldestgørende for indsamling og analyse af data. I studiet har forskeren redegjort fyldestgørende for interviewerens spørgeteknik, hvilket højner studiets validitet. Der er få men velvalgte citater, som støtter op om studiets resultater. Diskussionen og konklusionen er velbegrundede og præcise. Der er dog enkelte punkter i studiet, som vi anser for kritisable. Der redegøres ikke fyldestgørende for forskerens for-forståelse og der er en manglende refleksivitet over dennes indvirkning på forskningsprocessen. Dette svækker den interne validitet og reliabiliteten. Vi anser derudover beskrivelsen af interviewets rammer og tidsperspektiv som værende mangelfuld, hvilket svækker den interne validitet. Der er ikke redegjort for en eventuel forsker- eller teoritriangulering, hvilket svækker reliabiliteten. Derudover er der ikke taget højde for, om deltagerne har haft tidligere traumatiserende oplevelser, hvilket forskeren dog selv gør opmærksom på i diskussionen. Det højner studiets overordnede validitet, at det er blevet publiceret i tidsskriftet *Journal of Reproductive and Infant Psychology*.

7.1.3. Ekstern validitet (Annika)

På baggrund af ovenstående afsnit finder vi den interne validitet i studiet god, hvorfor det er relevant at vurdere den eksterne validitet. I diskussionsafsnittet fastslår forskeren, at yderligere forskning på området er nødvendigt, for at der kan drages endegyldige konklusioner, omkring udviklingen af PTSD i forbindelse med fødslen. Det påpeges dog, at der er belæg for at kunne bruge studiets resultater som baggrund for implementering i den kliniske praksis (Allen 1998:128). Studiet er som tidligere beskrevet foretaget i England. Vi mener, at de samfundsmæssige og obstetriske forhold i Danmark er sammenlignelige med de engelske, hvorfor resultaterne kan overføres til den danske praksis. På baggrund af dette vurderer vi studiets eksterne validitet som god.

Vi mener at studiets resultater kan benyttes til at belyse hvordan jordemoderen kan forebygge PTSD i forbindelse med fødslen gennem sundhedsfremme.

7.2. Kritisk vurdering af ”Thoughts and emotions during traumatic birth: A qualitative study”

7.2.1. Intern validitet og reliabilitet

Baggrund og formål (Stine)

Læseren præsenteres for forskerens overordnede teoretiske og praktiske viden omkring PTSD. Der henvises til tidligere udførte studier omkring PTSD, i forbindelse med en traumatisk fødselsoplevelse (Ayers 2007:253-4). På grund af manglende forskning på området, søgte forskeren at belyse de tanker og følelser studiets deltagere havde under fødslen samt de efterfølgende erindringer og hvilken indflydelse det kunne have på udviklingen af symptomer på PTSD post partum (ibid). Forskeren redegjorde således fyldestgørende for sin teoretiske baggrundsviden, hvilket bidrager til at sikre den interne validitet. Forskningsspørgsmålet vurderer vi relevant og klart formuleret. Derudover redegjorde forskeren for sit valg af den kvalitative forskningsmetode, hvilket begrundes med at fokus i forskningsspørgsmålet var, at få forståelse for kvinders tanker og følelser (ibid:254). Forskningsspørgsmålet er således forankret i den empiriske og teoretiske referenceramme, hvilket er med til at højne den interne validitet.

Forskerens for-forståelse (Stine)

Der angives i studiet, at den kvindelige forsker Susan Ayers har en PhD og var seniorlektor i sundhedspsykologi ved Sussex universitet i Brighton, England (Ayers 2007:253). Der er dog ikke beskrevet, hvilken PhD der er tale om. Derudover redegøres der ikke for forskerens personlige og faglige erfaringer og egne antagelser om genstandsfeltet. Dette svækker den interne validitet og reliabilitet, da forskerens forforståelse er essentiel for læserens forståelse af studiet. Der redegøres dog for forskerens profession og herigennem afsløres noget af forskerens faglige perspektiv. Ydermere redegøres der for den valgte teoretiske referenceramme, hvilket vi mener, styrker den interne validitet.

Udvælgelse af deltagere (Annika)

Deltagerne i studiet blev udvalgt ved hjælp af et særskilt dybdegående spørgeskema, der brugte forskellige internationale screeningsmetoder til at undersøge, hvilke kvinder der havde symptomer på PTSD. Over en tremåneders periode blev 289 kvinder rekrutteret fra antenatale klinikker på et universitetshospital i England. Inklusions- og eksklusionskriterierne er velbeskrevet i studiet, hvilket understøtter at udvælgelsen af deltagere har teoretisk og faglig relevans for studiet. Dette finder vi, er medvirkende til at øge studiets interne validitet. Der blev gjort tre forsøg på at få kontakt til kvinder med svære symptomer på PTSD. Dette skete både per telefon og brev (Ayers 2007:254-5). Dette anser vi som en styrkelse af studiets validitet, da man må formode at kvinder med PTSD befinder sig i en sådan krise, at etableringen af kontakt kan være problematisk. Ved at kontakte kvinderne tre gange, øges muligheden for at repræsentationen af deltager i studiet bliver stor nok, til at kunne øge datamætning. Antallet af deltager i studiet endte på 25, og forskeren har redegjort for hvilke årsager der var til at nogle kvinder blev ekskluderet. I studiet inddrog man en kontrolgruppe, som bestod af 25 kvinder der matchede PTSD-gruppen på en række obstetriske parametre. I kontrolgruppen havde deltagerne kun få eller ingen symptomer på PTSD. Formålet med kontrolgruppen var at nuancere genstandsfeltet, for derved at få et bredere og mere alsidigt billede af kvinders tanker og følelser i forbindelse med fødslen. (ibid:254-5). Vi anser udvælgelsesbeskrivelsen, af såvel PTSD-gruppen og kontrolgruppen som værende velbegrundet og med god sammenhæng til forskningsspørgsmålet, hvilket højner den interne validitet. Vi anser dermed det kausale felt for velovervejet, idet repræsentativiteten af deltagere er velbeskrevet i teksten og deltagernes forskellige karakteristika er anskueliggjort i en tabel. Tabellen opdeles i kvinder med og kvinder uden symptomer på PTSD. Når tabellen nærlæses fremgår det, at der er stor forskel mellem de to grupper, hvad angår andelen af kvinder som tidligere har haft et traume eller psykologiske problemer (Ayers 2007:256). Vi finder det relevant at overveje, om det kan svække den interne validitet i studiet, da man må formode, at et traume eller psykologiske problemer kan have indflydelse på udviklingen af PTSD post partum.

Metode (Stine)

Deltagerne blev interviewet tre måneder post partum. Interviewmetoden blev udviklet på baggrund af et pilotprojekt (Ayers 2007:255). Dette højner studiets reliabilitet, da

man hermed sikrer sig, at de fremkomne temaer er relevante for forskningsspørgsmålet. I studiet redegøres der for, hvilke overordnede emner der blev spurgt ind til i interviewene, hvorfor der må være tale om semistrukturerede interviews. Dette fremgår dog ikke direkte i studiet (ibid:255). Der fremgår endvidere ikke hvem der interviewer deltagerne, hvor interviewet er foregået, om interviewene har haft en tidsramme eller hvorvidt deltagerne har kendskab til interviewerens profession. Dette er en væsentlig svækkelse af studiets validitet. Interviewene blev optaget og transskriberet. Herefter udførtes en tematisk analyse af transskriptionerne ved gentagne gange at identificere alle udsagn omhandlende deltagernes følelser og tanker under fødslen og post partum. Transskriptionen blev kodet ved hjælp af computerprogrammet WinMAX. Der blev benyttet forskertrianglering i forhold til databearbejdningen, hvilket højner studiets reliabilitet

Resultater (Katrine)

Resultatafsnittet indeholder en gennemgang af de fire temaer, som forskeren ønskede at undersøge: "Thoughts During Birth", "Emotions During Birth", "Postnatal Cognitive Processing" og "Memories of Birth". Ud fra hvert tema blev der identificeret undertemaer, som udsprang på baggrund af kvindernes fortællinger. Hvert af disse undertemaer, blev underbygget af citater fra de interviewede (Ayers 2007:255-61). Dette vidner om, at datamængden var tilstrækkelig og at deltagerne var egnede til at give en dybdegående og bred beskrivelse af forskningsspørgsmålet, hvilket styrker studiets validitet. Forskerne har dog ikke redegjort for udvælgelsen af citaterne og de kan derfor ikke føres tilbage til de enkelte deltagere. Dette slører studiets gennemsigtighed, da læseren ikke får indblik i, om alt datamaterialet er belyst. Vi finder dog overordnet set at den interne validitet i dette afsnit er god, da præsentationen af resultaterne bærer præg af at være gennemarbejdet og at citaterne understøtter teksten i afsnittet.

Diskussion (Katrine)

I diskussionen foretages en kritisk gennemgang af de fremkomne resultater, hvilket giver læseren et overblik over afsnittet. Herefter sættes resultaterne løbende i relation til den teoretiske referenceramme, som tidligere blev præsenteret. Forskeren stiller sig derudover kritisk overfor den kvalitative forskningsmetode og påpeger, at studiets resultater ikke kan stå alene, da den kvalitative forskningsmetode ikke er objektiv i sin

tilgang, men fokuserer på subjektets relation til det oplevede. Med dette i mente overføres resultaterne til slut til praksis (Ayers 2007:261-2). Hun påpeger at der i studiet ikke har taget højde for DSM-IVs diagnostiske kriterium A, hvilket kan slå tvivl om hvorvidt kvinderne har haft diagnosen PTSD. Forskeren er dog selv opmærksom på denne fejl. Vi anser derfor overordnet diskussionen som en styrkelse af studiets validitet og reliabilitet.

7.2.2. Konklusion på intern validitet og reliabilitet (Katrine)

Overordnet set er den interne validitet og reliabilitet i studiet god. Vi finder, at studiets baggrund og formål er relevant og velbegrunder. Studiets udvælgelse af deltagere er gennemarbejdet og betragtes som værende repræsentativt for forskningsspørgsmålet. Der er redegjort fyldestgørende for måden, hvorpå dataindsamlingen, transskribering, fortolkning af det fremkomne data og kodning er blevet bearbejdet. Konklusion og diskussionen er letlæselig, objektivt udført og velbegrunder. Der er dog kritisable elementer i studiet, som kan have betydning for studiets validitet og reliabilitet. Forskerens manglende refleksivitet over egen for-forståelse og dennes indvirkning på forskningsprocessen, svækker den interne validitet og reliabilitet. Vi anser derudover beskrivelsen af interviewerens, interviewets rammer og tidsperspektiv som værende mangelfuld og en svækkelse af den interne validitet. Der angives, at der er foretaget forskertrianglering, hvilket højner reliabiliteten, men da forskeren som anvendes til forskertrianglering ikke er præsenteret, svækkes validiteten samtidig. Desuden finder vi enkelte kritikpunkter omhandlende studiets intersubjektivitet. Forskeren har blandt andet ikke redegjort for, i hvilket omfang materialerne fra interviewene er transskriberet i deres fulde længde, hvilket svækker reliabiliteten. Vi formoder dog, at disse mangler hovedsageligt er fremkommet på baggrund af en nødvendig redigering i studiets længde, da studier ofte underlægges redaktionelle krav, når de publiceres i et tidsskrift. Det højner studiets overordnede validitet, at det er blevet publiceret i et anerkendt tidsskrift som BIRTH.

7.2.3. Ekstern validitet (Stine)

Vi finder den interne validitet i studiet god, hvorfor det er relevant at vurdere den eksterne validitet. I studiets diskussion redegør forskeren for, at der på baggrund af studiet ikke kan drages endegyldige konklusioner, omhandlende studiets genstandsfelt.

Forskeren påpeger dog, at hvis studiet opfølges af yderligere forskning på området vil der være en række muligheder for implementering i klinisk praksis. Studiet er som beskrevet tidligere udført i England. Vi finder, at der er sammenlignelighed mellem det danske og engelske samfund og ikke mindst mellem dansk og engelsk obstetrisk praksis. Vi vurderer på baggrund af dette, at den eksterne validitet er god. Samlet set finder vi studiets resultater som brugbare, da de belyser kvindernes tanker og følelser under fødslen og erindringer om denne efterfølgende. Vi mener derfor, at studiet kan være med til at belyse, hvordan jordemoderen skal søge at forebygge udviklingen af PTSD i forbindelse med fødslen.

8. Analyse (Stine)

I denne del af analysen inddrages resultaterne fra de to kvalitative studier: "A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth" (Allen 1998) og "Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study" (Ayers 2007). Sættes de fremkommende resultater i studiet af Sarah Allen, i forhold til resultaterne i studiet af Susan Ayers, finder man mange lighedspunkter. Vi har valgt at bruge Sarah Allens studie som det primære for analysen, da det er det mest dybdegående. Studiet af Susan Ayers vil vi bruge til at supplere med og ikke mindst verificerer brugen af Sarah Allens resultater i det omfang det er muligt. I analyseafsnittet vil der fremover refereres til de to forfatteres efternavne og ikke til studierne titler. Allen angav, at alle tyve kvinder som medvirkede i hendes studie udtrykte en intens følelse af ikke at være i kontrol under fødslen, hvorfor "tab af kontrol" blev studiets kernekategori (Allen 1998:114). Overordnet mener vi at der forefindes en klar forbindelse mellem Allens kernekategori; "tab af kontrol" og de tanker og følelser under og efter fødslen, som beskrives i Ayers studie. Endvidere mener vi, at et tab af kontrol kan resultere i en manglende følelse af sammenhæng og derfor vil der gennem projektets analyse drages paralleller mellem disse begreber. For at besvare vores problemformulering på bedste vis, har vi opdelt analysen i tre overskrifter. I det første afsnit "Tanker og følelser hos den fødende og dennes betydning for udvikling af PTSD" vil vi analysere med hovedfokus på hovedelementerne i Aaron Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng; begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. I næste afsnit "Sundhedspersonalets støtte under fødslen og dennes betydning for udvikling

af PTSD” vil vi analyserer med hovedfokus på kommunikationsredskabet empowerment. I det sidste afsnit ”Kvindens tanker, følelser og støtte efter fødslen og betydning for udvikling af PTSD” vil vi hovedsageligt analysere relevante brudstykker fra ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009) og DSM IVs diagnostiske kriterier for PTSD op imod udvalgte resultater i Allens studie. Med benævnelsen ”hovedfokus” mener vi, at den udvalgte teori eller publikation vil blive brugt mere dybdegående, men det udelukker dog ikke brugen af andre teorier i de pågældende afsnit. Vi vil inddrage relevante citater til at understøtte de resultater der er fremkommet i studierne.

8.1. Tanker og følelser hos den fødende og dennes betydning for udvikling af PTSD. (Stine)

”Tab af kontrol” under fødslen indebar for kvinderne i Allens studie, at de oplevede en intens følelse af hjælpeløshed og af manglende kontrol over begivenheder og egen adfærd. Allen har ud fra studiets resultater opstillet tre årsagsbestemte forhold, som kunne være medvirkende til kvindernes følelse af tab af kontrol under fødslen. Disse forhold indebar en frygt for at barnet ville tage skade, smerter under fødslen og tidligere traumatiske oplevelser (Allen 1998:114-5). Det følgende afsnit opdeles med udgangspunkt i disse årsagsbestemte forhold. Allen fandt i sit studie, at frygten for at barnet ville tage skade under eller umiddelbart efter fødslen, medførte en følelse af manglende kontrol: *”After a while they found she was stuck. When my hind waters broke they had to puncture the front waters and they said there was a risk of her arm flying out. I thought she was going to shoot out and half of her would still to be stuck there”*(Allen 1998:115). I Ayers’ studie udtrykte kvinderne med svære symptomer på PTSD, ligeledes en bekymring over barnets velbefindende: *”I just thought she [the baby] is going to die, that was all I could think of. (A22)”* (Ayers 2007:258). Kvinderne i disse to citater beskriver, hvordan de under fødslen har været udsat for situationer, hvor de på grund af manglende information fra personalet, har frygtet for barnets liv. De er således blevet konfronteret med en begivenhed, som indebar frygten for død, alvorlig kvæstelse eller trussel mod egen eller barnets fysiske integritet. Dette opfylder kriterium A i DSM IVs diagnosticerings system, hvilket medfører en øget risiko for at udvikle PTSD. Som det fremgår af citatet fra Ayers studie, var kvinden overbevist om, at

hendes barn ville dø. Sammenholdes dette med Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng, er frygten for barnets død en stressorer der oversteg de indre ressourcer, kvinden havde til sin rådighed, hvilket medførte en manglende følelse af håndterbarhed. Kvinden har således ikke været i stand til at kontrollere den spænding, der opstod som følge af denne stressorer, hvilket medførte nervøsitet, angst, panik, tab af kontrol og i sidste ende forskellige grader af symptomer på PTSD post partum. Derudover anses kvindens begribelighed i forhold til fødslen at være påvirket, da frygten for barnets død, må antages at være en stimuli der er ubegribelig og uforudsigelig. Når fødselsoplevelsen både bærer præg af manglende begribelighed og håndterbarhed, vil den heller ikke kunne ses som meningsfuld. Dermed påvirkes kvindens følelse af sammenhæng. I Allens studie beskrev atten kvinder, at sværhedsgraden af smerter forårsaget af veer, vaginal eksploration eller medicinsk intervention, havde indflydelse på deres angstniveau gennem fødslen. For nogle af kvinderne medførte smerten decideret dødsangst: *"I just thought I was going to die. The pain was coming from the roots of my hair, I could feel it keep coming ... eventually it was horrific and there was nothing I could do."*(Allan 1998:115). Der angives ligeledes i et citat fra Ayers' studie, hvordan fødselssmerterne relateres til egen død: *"Oh, no, I've done it, I've gone and broke my waters. How am I going to cope with the pain, am I going to die"* (Ayers 2007:258). Kvinderne frygter for deres egen død og fysiske integritet. Igen er der tale om opfyldelse af kriterium A i DSM IVs diagnosticerings system. I begge citater fremgår det, at kvinderne ikke finder smerten håndterbar og meningsfuld, hvormed de ikke oplever en følelse af sammenhæng i situationen. Smerterne eller blot tanken herom, overgår de ressourcer kvinderne har til rådighed og de kan ikke længere håndtere dem. Syv kvinder i Allens studie blev påmindet om tidligere traumatiske oplevelser. Størstedelen af disse kvinder havde en traumatisk fødsel bag sig og overførte således tidligere oplevelser til den nuværende fødsel: *"I just got panicky because I thought I may end up going down the same road as I had with the first one so I was afraid that the same thing was going to happen"* (Allan 1998:115). Kvinden angiver i det ovenstående citat, at hun både følte angst og panik, da hun under den nuværende fødsel blev mindet om følelser fra en tidligere traumatisk oplevelse. Hun havde derfor svært ved at håndtere den givne situation, som oversteg hendes indre ressourcer og dermed påvirkede hendes følelse af sammenhæng. Ifølge Ayers, angav kvinder med svære

symptomer på PTSD oftere følelser som panik, nervøsitet, vrede, aggressivitet og irritation: *"Fear just overtook the pain because I was scared that something was going to be wrong with him [the baby]. (A5)"* (Ayers 2007:259). De negative følelser var således den følelsesmæssige respons på de stressorer, der overgik kvindernes begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed i forbindelse med fødslen og som resulterede i tab af kontrol og en manglende følelse af sammenhæng.

8.2. Sundhedspersonalets støtte under fødslen og dennes betydning for udvikling af PTSD (Katrine)

I dette afsnit ser vi nærmere på det personale, der har været involveret i de respektive kvinders fødsler. Ifølge "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2009) er jordmoderen den centrale fagperson under fødslen og dermed også vigtig i forhold til, at skabe en god fødselsoplevelse. I Allens studie omtales sundhedspersonalet som en helhed og faggrupper udspecificeres kun i forbindelse med citater. Det må forventes, at jordmoderen indgår som en del af det omtalte sundhedspersonale. I Allens studie angav atten ud af de tyve deltagende kvinder, at de i et forsøg på at genvinde kontrol over fødslen, vendte sig mod personalet efter emotionel og praktisk støtte (Allen 1998:116) Seksten af de deltagende kvinder forsøgte, at genvinde følelsen af kontrol under fødslen gennem information fra personalet, men de oplevede, at personalet havde travlt til at kunne forklare dem, hvad der skete (ibid:117). Overordnet fandt studiets resultater, at kvinderne i deres forsøg på at søge hjælp enten blev afvist, ikke blev anerkendt eller blev fejlfortolket af personalet. En af kvinderne i Allens studie beskrev hendes oplevelse af personalet således: *"All she did was to stand at the bottom of the bed doing her paperwork and then she was off again. The heartbeat went up and I called her but she was very dismissive and said not to call her again"* (Allen 1998:117). Kvinden beskriver, hvordan fosterets hjertelyd pludselig ændrede sig under fødslen. Hun vidste ikke, hvilken betydning det havde og oplevede derfor dette, som en stressorer hun ikke kunne begribe eller finde indre ressourcer til at håndtere. Hun forsøgte derfor at trække på sundhedspersonen som ydre ressource, men blev afvist og efterladt med en følelse af manglende sammenhæng. I resultaterne fra Ayers studie beskrives det ligeledes, hvordan manglende information fra sundhedspersonalet affødte forvirring hos kvinderne og manglende forståelse af fødselens forløb (Ayers 2007:258).

En af kvinderne udtrykte således: *"I didn't really understand what they were doing"* (Ayers 2007:258). I dette citat var det den manglende information, som førte til mangel på forudsigelighed og begribelighed i forløbet og dermed en manglende følelse af sammenhæng og kontrol. I begge citater gør det sig gældende, at der under fødslen har været mangel på kommunikation og information mellem de ansvarlige sundhedspersoner og kvinderne. Sammenholdes dette med empowerment, har sundhedspersonerne ikke formået at skabe et godt samarbejde med kvinden med udgangspunkt i hendes ønsker og behov. Den tilstedeværende sundhedsperson skal således gennem individuel støtte og vejledning, søge at hjælpe kvinden til at få følelsen af kontrol i forbindelse med fødslen. I citatet fra Allens studie bliver kvinden afvist da hun søger hjælp og er derfor underlagt sundhedspersonens magt over situationen. Kvinden er ikke i stand til selv at handle eller agere, da sundhedspersonen afviser at imødekomme hendes anmodning om medinvolvering i forløbet og derfor efterlades hun med en manglende følelse af kontrol. Allens studie viste derudover at følelsen af stress og manglende kontrol over begivenhederne blev bibeholdt, når personalet ikke imødekom kvindernes behov og ikke styrkede dem i deres fornemmelse for egen krop. Dette medførte en følelse af isolation. Kvinderne havde desuden en opfattelse af, at personalet ikke udviste empati, ignorerede deres angst og ikke anerkendte deres kendskab til egen krop og egne behov: *"I said that I had to push but they said 'No, you don't want to push yet' but I did and 10 minutes later he was born"* (Allen 1998:116). Kvinden i citatet giver udtryk for at have følt, at hendes kendskab til egen krop blev opfattet som ligegyldigt af sundhedspersonalet, hvilket medførte en følelse af manglende meningsfuldhed. Kvinden kunne ikke opfylde det krav, sundhedspersonen stillede til hende og blev ikke støttet i at lytte til sin egen krop. Hun oplevede således en mangel på ressourcer i forhold til ydre forekommende stimuli, hvilket påvirkede hendes evne til at håndtere fødslen. Sammenholdes dette med teorien omkring empowerment, kan man således udlede, at magten blev frataget kvinden. Magten kræves for at kvinden kan være og føle sig som ekspert i eget liv. Denne blev underkendt ved sundhedspersonens manglende anerkendelse af kvindens kendskab til egen krop. I det ovenstående citat fremgår det, at sundhedspersonen i den givne situation påtog sig ekspertrollen, i stedet for at lytte til kvinden og derigennem indgå et samarbejde baseret på hendes behov. Det faktum, at der ikke blev lyttet til kvinden, var med til at fratage

hende selvbestemmelse og medinddragelse i forløbet. Kvinden har dermed ikke fået de nødvendige redskaber til at vælge den rette mestringsstrategi i situationen, hvilket resulterede i en manglende håndtering af de stressorer, der i følge Antonovsky kan være truende for både livskvalitet og helbred, herunder udviklingen af PTSD.

8.3. Kvindens tanker, følelser og støtte efter fødslen og dets betydning for udvikling af PTSD (Annika)

I det følgende afsnit vil vi forsøge at finde frem til, om den emotionelle og praktiske støtte, som kvinderne har til rådighed efter fødslen, har betydning for udviklingen af symptomer på PTSD. Ifølge DSM-IVs diagnosticeringssystem kan diagnosen PTSD kun stilles, hvis symptomerne har stået på i mindst en måned. I studiet af Allen var 60 pct (tolv ud af tyve) af de deltagende kvinder negativt påvirket af den traumatiske fødselsoplevelse og de udviste symptomer på PTSD i fire til ni måneder post partum. Efter ti måneder var dette tal faldet til 40 pct. (otte ud af tyve). Samlet set gav kvinderne i Allens studie udtryk for, at de forsøgte at undgå og distancere sig fra situationer og tanker, som mindede dem om den traumatiske fødselsoplevelse: *"[...] I am not able to endure any pressure or stress now. If I really have to deal with anything I try to be cold and shut off. If I go out to see people or make phone calls I have to really prepare. Sometimes I just don't bother."* (Allen 1998:121). Kvinden beskriver i dette citat symptomer på stress, som ikke var til stede før traumet, hvilket ifølge DSM-IVs diagnosticerings system er et symptom på PTSD. I Ayers' studie beskriver kvinderne også trangen til, at skabe distance til tanker som kan relateres til fødselsoplevelsen: *"Every time it would come into my mind i would push it away.(A16)"* (Ayers 2007:261). I følge DSM-IVs diagnosticeringssystem er PTSD kendetegnet ved, at den traumatiserede person forsøger at undgå stimuli, der er forbundet med traumet eller ved at foretage en følelsesmæssig tilbagetrækning. Allen kommer desuden frem til, at de kvinder som oplevede symptomer på PTSD ti måneder efter fødslen, var karakteriseret ved at have en eller ingen personer, som kunne yde emotionel støtte og praktisk støtte. Størstedelen af kvinderne havde forsøgt at få adgang til støtte efter fødslen, hvilket var mislykket (Allen 1998:119). Disse kvinder kan derfor karakteriseres som ressourcetsvage, da de ikke har haft ydre støtte til at opretholde en følelse af håndterbarhed. Kvinder som oplevede en psykisk bedring efter fire til ni måneder, havde ligesom den førnævnte gruppe, begrænset adgang til emotionel- og praktisk

støtte, men havde selv været i stand til at opsøge og få støtte efter fødslen. Det er dog ikke beskrevet i resultaterne, hvorvidt kvinderne søgte støtte fra en professionel eller fra egen omgangskreds. I ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009) lægges der vægt på, at kvinder der udvikler PTSD som følge af en traumatisk fødsel, har behov for følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp. Endvidere beskrives der, at denne støtte gives bedst gennem de nære relationer i kvindens omgangskreds. Allens resultater kan i et vist omfang underbygge Sundhedsstyrelsens anbefalinger, da de kvinder som havde ressourcer nok til selv at opsøge emotionel- og praktisk støtte, havde større chancer for bedring, end dem som ikke modtog nogen form for støtte. Både Allen og Ayers kommer i deres studier frem til, at flere af kvinderne med symptomer på PTSD har smertefulde erindringer i forbindelse med fødslen. Disse erindringer fremkaldte en del negative følelser (Allen 1998:119;Ayers 2007:260). En af kvinderne i Ayers studiet beskriver sine tanker omkring fødslen således: *”I don’t like to think about it, just makes me feel really upset again.”*(A5) (Ayers 2007:261). En af kvinderne i Allens studie beskriver ligeledes sine følelser i forbindelse med fødslen: *”I want to get back at the professionals. I get an image of what a womb would look like being cut. I am left now with this anger bubbling around, you know, a mistrust of people and I am scared that my body will not heal and scared of having a coil fitted [...]”* (Allen 1998:121). Som det fremgår i citatet, har de negative og påtrængende tanker omkring hendes fødselsoplevelse, efterfølgende skabt vrede overfor sundhedspersonalet. Fødslen har for denne kvinde været en stressorer, som hun ikke har haft ressourcer til at håndtere, da den manglende information og vejledning fra sundhedspersonalets side, har efterladt hende med en følelse af mangel på begribelighed. Den manglende følelse af håndterbarhed og begribelighed påvirker hende forsat efter fødslen og hun har således ikke fået skabt en følelse af sammenhæng og kontrol omkring fødselsoplevelsen.

De resterende otte kvinder, som deltog i studiet, var påvirket af fødselsoplevelsen i op til to uger post partum. Med baggrund i DSM-IVs diagnosticerings kriterier har disse kvinder ikke udviklet PTSD, da de ikke oplevede symptomer i over en måned. Kendetegnet for disse kvinder var, at de alle havde haft adgang til emotionel – og praktisk støtte fra mere end en person. Det er dog alligevel interessant at inddrage disse kvinder i projektet, da de kan beskrive, hvorfor mange kvinder ikke udvikler PTSD på trods af en traumatisk fødselsoplevelse. Udover at have haft adgang til emotionel og

praktisk støtte, fokuserede disse kvinder i højere grad på fødselens positive sider, såsom at barnet var sundt og velskabt. Disse kvinder havde haft mulighed for at styrke følelsen af håndterbarhed gennem støtte fra ydre ressourcer. Denne gruppe af kvinder benævnes derfor ”de ressourcestærke kvinder” gennem resten af analysen. Halvdelen af de ressourcestærke kvinder havde forsøgt at genskabe en følelse af kontrol, ved at søge informationer om fødselsforløbet, enten hos jordemoderen eller hos egen partner (ibid:118-9). I ”Anbefalingerne for svangreomsorgen” (2009) fremgår det, at alle bør tilbydes en efterfødselssamtale med en jordemoder og at kvinder med særligt patologisk eller traumatisk forløb bag sig, kan have brug for mere tid til selve samtalen. Målet med en efterfødselssamtale er at skabe en god afslutning og give muligheden for at bearbejde graviditet og fødsel. De ressourcestærke kvinder havde, gennem samtale med en jordemoder eller deres partner, aktivt forsøgt at genskabe den mistede følelse af sammenhæng, ved at gøre fødselsoplevelsen begribelig. Da det ikke fremgår, hvilken form for støtte de resourcesvage kvinder har opsøgt, kan der ikke umiddelbart drages nogen sammenligninger mellem de to grupper.

9. Diskussion (Stine)

I de kommende afsnit vil vi diskutere, de resultater der er fremkommet under analysen, samt diskutere resultaternes anvendelighed i jordemoderfaglig praksis. Et bærende element i vores diskussion, er den antropologiske undersøgelse ”Den gode fødsel” (2006) af Bertelsen og Gohr. Vi har valgt, at inddrage denne undersøgelse, da den beskriver den gode fødsel og derfor kan give en forståelse for hvad der er vigtigt for kvinderne for at skabe den gode fødselsoplevelse. Da jordemoderen i kraft af sit virksomhedsområde er juridisk underlagt lovgivningen, vil vi i diskussionen inddrage ”Autorisationsloven” og ”Vejledningen for Jordemødre Virksomhedsområde”, samt de ”Ethiske retningslinjer for jordemødre”. Vi har valgt, at opdele diskussionen i to afsnit. I første afsnit ”At hindre tab af kontrol” vil vi diskutere, hvad jordemoderen kan gøre under fødslen, for at hindre kvinden i på sigt at udvikle PTSD. I næste afsnit ”Generhvervelse af kontrol” vil vi diskutere, hvad jordemoderen kan gøre efter fødslen for at hjælpe kvinden, således at følelsen af kontrol og sammenhæng i forbindelse med fødslen generhverves og risikoen for udvikling af symptomer på PTSD forebygges.

9.1. At hindrer tab af kontrol (Stine)

Ifølge analysen af studierne resultater, har følelsen af kontrol stor betydning for kvindernes fødselsoplevelse. I "Den gode fødsel" (2006) beskriver kvinderne ligeledes, hvordan følelsen af kontrol havde en indvirkning på fødselsoplevelsen. I den forbindelse er begreberne tryghed, tillid og følelsen af tilstrækkelig information, angivet som essentielle. Kontrol beskrives ifølge Bertelsen og Gohr, ikke som en absolut kontrol over fødslen men som evnen til, at tackle fødslen uden at gå i panik (Bertelsen & Gohr 2006:95-7). Vi antager således, at panik hos den fødende kvinde, kan opstå på baggrund af en løbende svækkelse i følelsen af kontrol. I begge studier beskrives panik under fødslen, som en dominerende følelse hos de kvinder som udviklede symptomer på PTSD. Vi mener derfor at det er essentielt, at hjælpe den fødende med at få ressourcer til at opnå en følelse af kontrol og derigennem forhindre, at hun oplever panik. Dette antager vi vil være med til, at mindske risikoen for udvikling af PTSD post partum. Jordmoderen er ifølge "Anbefalinger for svangreomsorgen" (2009) den primære fagperson under fødslen. Derfor mener vi, at jordmoderen er nøgleperson i forbindelse med, at opretholde kvindens følelse af kontrol.

9.1.1. Tryghed (Stine)

Med udgangspunkt i studierne resultater, fandt vi, at manglende tryghed kan ses som en udløsende faktor for, om kvinder udvikler symptomer på PTSD. Bertelsen og Gohr påpeger, at jordmoderens rolle er vigtig i forhold til, at opretholde en følelse af tryghed hos kvinden. De beskriver, at en af forudsætningerne i forhold til følelsen af tryghed er, at have en god kontakt til jordmoderen. Desuden skal jordmoderen være nærværende både verbalt og nonverbalt og derudover i stand til, at udstråle og kommunikere overskud, handlekraft og sikkerhed i sine kompetencer (Bertelsen & Gohr 2006:95). Vi finder det således essentielt, at jordmoderen er både fysisk og mentalt til stede på fødestuen og arbejder aktivt for, at skabe den gode kontakt til den fødende kvinde. Det kan ud fra resultaterne diskuteres om personalet har været i stand til, at yde nærvær og omsorg under fødslen eller om det er kvinderne der har fejlfortolket, afvist og ikke anerkendt personalets forsøg på at skabe tryghed. På den ene side mener vi, at det må forventes at personalet, deriblandt jordmoderen, har oplevet så mange fødsler at de på baggrund af deres erfaring, har en viden om hvilke følelsesmæssige behov kvinderne har under deres fødsel. På den anden side er det ikke muligt for sundhedspersonalet at

generalisere, da kvinder har forskellige forudsætninger og følelsesmæssige behov, alt afhængig af deres ressourcer og psykiske tilstand. I de ”Ethiske retningslinjer for jordemødre” (2010) lægges der vægt på, at jordemoderfaglig omsorg tager udgangspunkt i den enkelte kvindes ønsker og behov i forbindelse med fødslen og at det udelukkende er kvinden der kan vurdere, om hendes fødselsoplevelse har været god (Jordemoderforeningen 2010). Ud fra dette mener vi således, at det udelukkende er den enkelte kvinde, der er i stand til at vurdere hvorvidt hendes behov for tryghed, omsorg og nærvær under fødslen er blevet opfyldt. Jordemoderen bør således spejle sig i kvindens oplevelse af fødslen og herigennem vurdere om hun har ydet tilstrækkelig praktisk og emotionel støtte. Med baggrund i studiets resultater tolker vi, at kvinder som udvikler symptomer på PTSD, ofte har oplevet dele af deres fødsel som meningsløse. Med reference til Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng, finder vi således, at kvinderne har oplevet de udefrakommende stressorer under fødslen som uoverskuelige byrder, hvilket har resulteret i, at de mistede følelsen af kontrol og sammenhæng. For at kvinderne kan opleve fødslen som sammenhængende og tryk, er det ifølge Bertelsen og Gohr vigtigt at der er kontinuitet i plejen. Kontinuitet i plejen betyder i denne forbindelse, at jordemoderen er til stede hos kvinden og yder vejledning (Bertelsen & Gohr 2006:151-6). Vi sætter dog spørgsmålstegn ved, om det er muligt at skabe kontinuitet i plejen, i de tilfælde hvor fødslen pludselig udvikler sig fra ukompliceret til kompliceret. Ifølge ”Autorisationsloven” skal jordemoderen udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelse af sin profession. Dette er uddybet i ”Vejledningen for Jordemødres Virksomhedsområde”, hvor det præciseres at jordemoderen skal have de nødvendige kvalifikationer og være i stand til at vurdere eventuelle komplikationer i fødslen, samt hvilken intervention der er nødvendig (LBK nr. 1350 17/12/2008:§55;VEJ nr. 151 08/08/2001 kap 4). I situationer hvor fødslen udvikler sig til kompliceret, må førsteprioriteten for jordemoderen være, at fokusere på det akutte behov for intervention hos kvinden eller fosteret, på bekostning af kvindens følelse af meningsfuldhed, kontrol og tryghed. Ifølge Bertelsen og Gohr er det vigtigt, at kvinden får genskabt en sammenhæng i fødslen. På baggrund af dette formoder vi, at kvinder der har været igennem en kompliceret fødsel, har behov for sammen med jordemoderen at fortolke fødselsoplevelsen, for derigennem at genskabe en sammenhæng.

9.1.2. Tillid (Annika)

Ifølge analysen af studierne resultater, angav flere kvinder hvordan personalet ikke udviste empati, ignorerede deres angst og ikke anerkendte deres kendskab til egen krop og egne behov under fødslen. Dette kan anses som et tillidsbrud i relationen mellem kvinden og sundhedspersonalet. Ifølge Bertelsen & Gohr er tillid tæt forbundet med tryghed. Det fremgår i den gode fødsel at det er nødvendigt, at jordemoderen er kompetent, professionel og udstråler autoritet, for at kvinderne kan opnå tillid. Samtidig giver kvinderne udtryk for, at de ønsker et ligeværdigt forhold, hvor jordemoderen er lydhør overfor deres behov og inddrager dem i de beslutninger, der eventuelt skal træffes undervejs. Medinddragelsen i beslutningerne skal dog ikke ske på bekostning af risici for dem selv eller deres barn (Bertelsen & Gohr 2006:96). Med udgangspunkt i dette anser vi kvindernes oplevelse af tillid, som værende afhængig af samspillet mellem jordemoderens rolle som fagperson og ligeværdig samarbejdspartner under fødslen. Vi mener, at jordemoderen i praksis bør være bevidst om og reflektere over de signaler hun sender til kvinden under fødslen og det magtforhold der udspiller sig mellem dem. Vi anser jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse under fødslen, som afgørende for kvindens opbygning af tillid til jordemoderen. Ud fra studierne resultater ser vi ligeledes manglen på tillid, som en mulig årsag til kvindernes udvikling af symptomer på PTSD. Dette argumenterer for, at sundhedspersonalet under fødslen har en betydning i forhold til, at forhindre kvinderne i at udvikle PTSD post partum. Vi finder det derfor relevant at overveje, om sundhedspersonalet har formået at leve op til deres ansvar. Flere af kvinderne følte som tidligere nævnt, at deres angst blev ignoreret og deres kendskab til egen krop ikke blev anerkendt af sundhedspersonalet. Vi anser dette, som en indflydelsesrig faktor på manglen af håndterbarhed og meningsfuldhed i fødslen. Dette vil ifølge Antonovsky give udslag i en manglende følelse af sammenhæng. Vi finder det således vigtigt, at jordemoderen er kontinuerlig tilstede hos kvinden under fødslen. Ud fra studierne resultater, mener vi det er væsentlig at diskutere, hvordan jordemoderen gennem jordemoderfaglig omsorg kan opfylde kvindens behov for tillid. Ifølge de ”Ethiske retningslinjer for jordemødre” skal jordemoderen sikre, at kvinden får forståelig information om sine valgmuligheder og hun skal respektere kvindens valg, samt støtte hende deri (Jordemoderforeningen 2010). Vi ser kommunikationsteorien empowerment som et relevant arbejdsredskab til at opnå

dette. Når der arbejdes med empowerment er det vigtigt, at jordemoderen er i stand til at fralægge sig sin ekspertrolle og med udgangspunkt i kvindens behov for information, støtte og vejlede hende mod egne mål. Dette samarbejde skal øge kvindens medinddragelse, i de valg der skal træffes under fødslen og derigennem styrke hendes ressourcer, i forbindelse med håndteringen af fødslens stressorer. Sættes dette i relation til studierne resultater formoder vi, at kvinderne har oplevet, at personalet ikke har formået at yde den tilstrækkelige omsorg og delagtiggøre dem i beslutninger omkring fødslen. Det kan dog diskuteres om denne mangel på delagtiggørelse og medbestemmelse under fødslen, har ført til manglende tillid til sundhedspersonen. Ifølge Bertelsen og Gohr udtrykte kvinderne ønske om, at jordemoderen i akutte situationer skulle udstråle autoritet og træffe de nødvendige beslutninger, uden hensynstagen til medinddragelse af kvinden (Bertelsen & Gohr 2006:96). Den manglende tillid til sundhedspersonalet i de respektive studier, kan således også skyldes at kvinderne har oplevet sundhedspersonalet ude af stand til, at træffe de i situationen nødvendige beslutninger. Dette stemmer overens med studierne resultater og kvindernes oplevelse af manglende anerkendelse af kendskab til egen krop. Den manglende delagtiggørelse, kan ifølge Antonovsky føre til en oplevelse af fødslen som værende ligegyldig og uden mening. Dette ser vi i henhold til, at sundhedspersonalet har frataget kvinderne deres ansvar og derigennem reduceret dem til et objekt, uden mulighed for indflydelse i deres fødselsforløb. Kvinderne havde en opfattelse af, at deres handlinger var uden betydning for udfaldet, hvilket førte til en oplevelse af manglende meningsfuldhed omkring fødslen. Vi mener på baggrund af dette, at manglen på tillid til sundhedspersonerne under fødslen, kan relateres til den mangel på delagtiggørelse og medbestemmelse, som kvinderne i studierne giver udtryk for at have oplevet. Derudover tolker vi, at den manglende tillid til personalet, har haft betydning for kvindernes fødselsoplevelse og deres følelse af tab af kontrol undervejs.

9.1.3. Information (Katrine)

I analysen af studierne resultater, fremgår det at kvinderne i flere tilfælde har følt angst og panik under fødslen, på grund af personalets manglende videregivelse af information. Vi anser således manglende information, som en faktor med indflydelse på kvindernes oplevelse af manglende kontrol og følelse af sammenhæng under fødslen. Vi tolker på baggrund af resultaterne, at den tilstedeværende sundhedsperson, herunder

jordemoderen, muligvis har haft en betydning for kvindernes fødselsoplevelse og deres udvikling af PTSD post partum. Dette skyldes at de ikke har været i stand til, at videregive tilstrækkelig information til kvinderne under fødselsforløbet. Ifølge ”Sundhedsloven” har patienter ret til at få indsigt og information omkring deres helbredstilstand og behandlingsmuligheder (LBK nr 913 af 13/07/2010:§15-§16). Det er således jordemoderens pligt, løbende at informere kvinden omkring hendes fysiske tilstand, undersøgelser og mulige komplikationer der kan opstå undervejs i fødslen. Vi sætter derfor spørgsmålstegn ved, om sundhedspersonalet i de respektive studier, har levet op til den gældende lovgivning på området. Vi må erkende, at behovet for information er individuelt og tager udgangspunkt i kommunikation. Kommunikation dækker som begreb over en ligeværdig samtale, hvorigennem der udveksles information og der udvikles en indbyrdes forståelse imellem kvinden og jordemoderen. Hvis samtalen skal bygge på en ligeværdig dialog, finder vi det vigtigt, at jordemoderen tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes behov for information undervejs i fødslen. Dette nævnes også i ”Anbefalinger for Svangreomsorgen” (2009). Her ligger der vægt på en differentiering af svangreomsorgen i forhold til den enkelte kvinde, hvilket er med til at højne respekten for kvindens integritet og sikre hendes mulighed for at træffe reelle og begrundende valg. Ud fra resultaterne er det derfor svært at udlede, om sundhedspersonalet har forsømt deres pligt i forhold til at informere kvinderne undervejs i fødslen, eller om kvindernes opfattelse af manglende information skyldes dårlig kommunikation. Med udgangspunkt i vores problemformulering, anser vi således kommunikation som afgørende for jordemoderens sundhedsfremmende arbejde, i forhold til forebyggelsen af PTSD post partum. For at kunne skabe forudsigelighed og dermed begribelighed under fødslen, ser vi information som et bærende element. Det er en forudsætning at kvinderne er velinformerede undervejs i forløbet, så de har mulighed for at forstå og begribe de begivenheder der kan være en del af fødslen. Informationen skal gives løbende i fødslen, afhængig af hvilke begivenheder der indtræffer. Efter vores overbevisning, vil dette være med til at forbedre de ressourcer kvinderne har til rådighed, fordi de i højere grad vil være forberedte på de krav og stimuli fødslen kan indeholde. Herigennem vil følelsen af sammenhæng øges og dermed også følelsen af kontrol under fødslen. Sammenholdes dette med ”Den gode fødsel”, ses der en klar sammenhæng mellem beskrivelsen af informations indvirkning på følelsen af trykthed,

tillid og kontrol og den manglende information, som kvinderne i studierne giver udtryk for i forbindelse med tab af kontrol under fødslen (Bertelsen & Gohr 2006:96).

9.2. Generhvervelse af kontrol (Annika)

Ifølge Bertelsen og Gohr er arbejdet med at skabe den gode fødselsoplevelse, ikke afsluttet umiddelbart efter barnets fødsel. De mener, at behovet for at finde mening og sammenhæng i de oplevelser kvinderne har i dagene efter fødslen, er lige så stort som under fødslen og samtidig med til at påvirke den overordnede fødselsoplevelse. Fødslen og efterfødselsforløbet, er således begge integreret i den samme retrospektive fødselsfortælling (Bertelsen og Gohr 2006:173). Vi formoder at kvinder som har haft en god fødselsoplevelse, har de indre og ydre ressourcer til at sætte et mentalt punktum for fødslen og efterfødselsforløbet. Fødselsfortællingen bliver således ikke en byrde for kvinderne, men opleves derimod som en erfaring, hvilket også har betydning for om deres følelse af sammenhæng forbliver intakt. Med udgangspunkt i de udvalgte studiers resultater mener vi, at de kvinder der oplevede deres fødselsforløb som traumatisk og mistede følelsen af sammenhæng og kontrol, er i risiko for ikke at kunne afslutte fødselsfortællingen på egen hånd. Dette skyldes en mangel på indre og ydre ressourcer. Vi finder det derfor interessant, at diskutere hvordan kvinderne efter fødslen, kan generhverve en følelse af kontrol og sammenhæng og derigennem få en afslutning på fødselsforløbet. De ressourcer ethvert menneske er i besiddelse af, er ifølge Antonovsky ikke kun omfattet af den enkeltes indre ressourcer, men kan også erhverves gennem støtte fra andre – de såkaldte ydre ressourcer. Ud fra resultaterne i Allens studie og med baggrund i Antonovsky, tolker vi, at nogle af kvinderne havde bedre ressourcer under og efter fødslen end andre. Disse to grupper af kvinder benævner vi fremover som henholdsvis ressourcestærke og ressourcesvage. I studiet beskrives det hvordan både ressourcestærke og ressourcesvage kvinder, forsøgte at få adgang til yderligere emotionel og praktisk støtte end den de havde til rådighed efter fødslen. Dette mislykkedes for de ressourcesvage kvinder i Allens studie. Derimod formåede de ressourcestærke kvinder, gennem information om fødslen fra enten jordemoderen eller egen partner at genskabe en følelse af kontrol og sammenhæng. Når ressourcestærke kvinder udviser behov for information omkring fødsels forløb, antager vi, at ressourcesvage kvinder har haft samme behov. De har dog ikke formået at indfri dette,

grundet deres manglende indre og ydre ressourcer. Dette bekræftes i studierne resultater, hvor det fremgår at de ressourcesvage kvinder udviste symptomer på PTSD i længst tid. På denne baggrund finder vi, at det er essentielt for kvinderne, at de får information om fødsels forløb og derigennem en afklaring af eventuelle misforståelser, hvilket kan være med til at give en større forståelse af fødslen. Igennem denne forståelse genskabes følelsen af kontrol og sammenhæng i fødselsfortællingen, hvilket kan bevirke at fødselsoplevelsen går fra at være en byrde til en erfaring. Det er derfor interessant at diskutere, om de retningslinjer der findes på området for den kliniske praksis, er med til at dække kvindernes behov for generhvervelse af kontrol og sammenhæng.

9.2.1. Anbefalinger for svangreomsorgen (2009) (Katrine)

”Anbefalinger for svangreomsorgen” beskriver, at kvinder der har udviklet PTSD som følge af en traumatisk fødsel, oftest har behov for emotionel og praktisk støtte. Det fremgår at denne støtte som regel gives bedst gennem de nære relationer i kvindens omgangskreds. Kvinderne som deltog i Allens studie søgte alle at få praktisk og emotionel støtte, hvilket vi mener, indikerer at kvinder har et generelt behov for at få støtte efter fødslen. Vi finder det tankevækkende, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder som allerede har udviklet PTSD, oftest kun behøver støtte gennem de nære relationer. I Allens studie udviklede de ressourcestærke kvinder symptomer på PTSD på trods af det faktum at de havde tilgang til emotionel og praktisk støtte i deres omgangskreds, ud fra det tolker vi at de har brug for mere kompetent professionel hjælp. I ”Anbefalinger for svangreomsorgen” fremgår det, at det først er ved længerevarende psykiske reaktioner, at der er indikation for professionel behandling, hvilket er en betegnelse vi stiller os kritiske overfor. Da det ikke er specificeret hvad begrebet dækker over er der risiko for, at nogle kvinder bliver overset, hvilket vi ud fra studierne resultater formoder kan have emotionelle konsekvenser for kvinderne. Vi mener derfor, at det er relevant at diskutere om kvinder udover støtte fra deres omgangskreds, også har behov for støtte gennem professionel rådgivning og vejledning. Da der i ”Anbefalinger for Svangreomsorgen” ikke beskrives eksplicit, hvordan udviklingen af PTSD kan forebygges, finder vi det relevant at diskutere hvordan forebyggelsen af PTSD tilrettelægges og om jordemoderen kan have en betydning for forebyggelsen PTSD post partum.

9.2.2. Jordmoderen som en ydre ressource (Katrine)

Med udgangspunkt i studierne resultater finder vi, at praktisk og emotionel støtte fra kvindernes nære relationer, kan være med til at mindske risikoen for udviklingen af PTSD post partum. Som tidligere nævnt er det tankevækkende, at samtlige kvinder i studierne søgte at få yderligere støtte, end den der var til deres rådighed. Vi mener, at jordmoderen skal stille sig til rådighed som en ekstra ydre ressource for kvinderne efter deres fødsel. Ifølge ”Anbefalingerne for svangreomsorgen” (2009) og ”Den gode fødsel”, kan en efterfødselssamtale med den eller de primære fagpersoner der var tilstede under fødslen, være med til at skabe en afslutning på fødselsforløbet (Bertelsen og Gohr 2006:178). På den baggrund mener vi, at en efterfødselssamtale med den jordemoder som var tilstede under fødslen, kan være et muligt løsningsforslag i forhold til at forebygge udviklingen af PTSD post partum. Vi formoder, at kvinderne kan have behov for at spejle deres oplevelse af fødselsforløbet i jordmoderens oplevelser, for på den måde at nuancere deres forståelse af de traumatiske hændelser. Her anser vi jordmoderens tilstedeværelse og evne til at kommunikere og formidle information som forudsætning for, at skabe den for kvinden nødvendige følelse af trykthed og tillid. Samtidig kan jordmoderen gennem samtalen hjælpe kvinden med, at skabe kontinuitet i fødselsforløbet som helhed og derigennem genoprette en følelse af sammenhæng. Ifølge Bertelsen og Gohr kan en efterfødselssamtale være med til at skabe ny mening i den eksisterende fødselsfortælling og de erfaringer, der er opstået sideløbende med fortællingens udvikling (Bertelsen & Gohr 2006:174). Det kan dog diskuteres om en traumatisk fødselsoplevelse ved hjælp af en efterfødselssamtale, altid kan vendes til en positiv oplevelse af fødslen. Vi mener dog, at efterfødselssamtalen, kan give kvinden en større viden og forståelse for de enkelte hændelser under fødslen, hvilket kan gøre oplevelsen nemmere at håndtere på sigt. Jordmoderen kan således ses som en ydre ressource der kan være med til, at fremme kvindens indre ressourcer og forståelse af fødselsforløbet. Vi finder relevant, at jordmoderen inddrager empowerment som redskab, når der med udgangspunkt i sundhedsfremme arbejdes med at fremme kvindens indre ressourcer. Sundhedsfremme dækker som begreb over en proces, der skal sætte kvinden i stand til i højere grad at kontrollere og forbedre sin sundhedstilstand. Når jordmoderen anvender empowerment i forbindelse med efterfødselssamtalen, er det vigtigt at tage udgangspunkt i kvindens oplevelser. Det er

således nødvendigt, at jordemoderen evner at fralægge sig sin ekspertrolle og gennem individuel støtte og vejledning hjælpe kvinden til at opbygge en følelse af kontrol og sammenhæng. Med udgangspunkt i kvindens fødselsoplevelse, forventer vi, at jordemoderen kan skabe mulighed for at vende den traumatiske fødselsoplevelse fra en psykisk byrde til en erfaring. Derudover finder vi det interessant at diskutere hvornår efterfødselssamtalen skal afholdes, for at kvinden får det bedste udbytte. Med udgangspunkt i Bertelsen og Gohrs resultater skaber kvinderne forsat deres fødselserfaring i dagene efter fødslen. Vi mener at det kan være relevant at overveje om efterfødselssamtalen med fordel kunne opdeles i to. Den første samtale kunne således ligge en til to dage efter fødslen. Her kunne jordemoderen aflægge et barselsbesøg hos kvinden, enten på hospitalet eller i hjemmet. Ved dette besøg mener vi, at kvinden skal have mulighed for at få talt omkring fødselsforløbet, den første tid efter fødslen og den nye rolle som forældre, med det formål at skabe kontinuitet i fødselsforløbet som helhed. Vi er af den overbevisning, at en implementering af et barselsbesøg umiddelbart efter fødslen hos alle kvinder, vil give mulighed for at ændre en negativ oplevelse af fødslen, samt at få afklaret eventuelle misforståelser i forbindelse med fødslen, mens kvindens skabelse af fødselserfaringen stadig er i gang. Derigennem vil risikoen for at kvinden skaber en negativ fødselserfaring på baggrund af fødselsoplevelsen mindskes. Vi mener dog ikke at denne samtale kan stå alene, da mange kvinder umiddelbart efter fødslen vil være så optaget af den nye rolle som forældre og dermed ikke har haft tid at reflektere over hvad der skete under fødslen, samt hvordan denne har påvirket hende. Ifølge ”Anbefalinger for svangreomsorgen” (2009) bør en efterfødselssamtale som udgangspunkt afvikles inden for den første måned. Vi finder på denne baggrund, at det ville være ideelt at afholde en efterfødselssamtale ca. 3-4 uger efter fødslen. På dette tidspunkt har de fleste kvinder fået fødslen så meget på afstand at de kan begynde at forholde sig til hvordan de oplevede selve forløbet. Samtidig ved vi fra DSM-IVs kriterier for diagnosen PTSD, at symptomerne skal have været tilstede i mindst 1 måned. Ved at afholde efterfødselssamtalen 3-4 uger efter fødslen, mener vi det er muligt for jordemoderen at hjælpe kvinden til at få bearbejdet fødselsoplevelsen og på den måde mindske risikoen for at hun udvikler PTSD.

9.3. Kritisk refleksion over egen opgave (Stine)

I det følgende afsnit vil vi reflektere kritisk over eget projektet, med henblik på at diskutere om den valgte metode til besvarelse af vores problemformulering har været velvagt. Målet med vores projekt var, at undersøge hvordan jordemoderen gennem sundhedsfremme og jordemoderfagligomsorg kunne forebygge udviklingen af PTSD, hos kvinder i forbindelse med fødslen. For at skaffe den nødvendige viden til at besvare vores problemformulering, valgte vi to kvalitative studier, der primært omhandlede kvinder der havde haft en traumatisk fødselsoplevelse, samt hvordan fødselsoplevelsen havde haft indflydelse på udviklingen af symptomer på PTSD. I begge studier var forskerne, uddannede psykologer. Vi finder det relevant at overveje, hvorvidt det havde været en styrkelse af projektet, hvis de udvalgte studier var foretaget af forskere med forskellige professioner. Vi formoder at dette kunne have resulteret i en mere nuanceret forståelse af kvinder som udvikler PTSD, udløst af en traumatisk fødselsoplevelse. Vores udvalgte studier omhandlede kvinder med symptomer på PTSD og ikke kvinder der havde fået den kliniske diagnosen PTSD. Vi mener dog at vi kan argumentere for at studierne stadig kan anvendes i vores projekt, da forebyggelsen af symptomer på PTSD må være den samme som at forebygge PTSD. Allen og Ayers benytter begge ”The Revised Impact of Event Scales (IES)” som screeningsmetode for symptomer på PTSD under rekrutteringen af deltagere, hvilket højner studiernes sammenlignelighed. Som beskrevet i metodeafsnittet bruges Ayers studie til at verificerer brugen af Allens studie som primære artikel, da vi er bevidste om at Allens studie er fra 1998. Brugen af et ældre kvalitativt studie, vil altid medføre en vis usikkerhed omkring resultaternes overførbarhed, da de tages ud af deres tidsmæssige kontekst. Det kan derfor diskuteres om besvarelsen af vores problemformulering ville have været mere fyldestgørende, hvis vi havde formået at finde relevante studier af nyere dato. På baggrund af denne observation mener vi at det er essentielt at der foretages yderligere kvalitativ forskning om PTSD udløst af en traumatisk fødselsoplevelse. For at kunne belyse, hvordan jordemoderen kan forebygge udviklingen af PTSD i forbindelse med fødslen, inddrog vi Aaron Antonovskys teori om følelsen af sammenhæng og kommunikationsteorien empowerment. Vi finder at den udvalgte teori var relevant for vores projekt og ikke mindst besvarelsen af problemformuleringen, da den supplerede den udvalgte empiri,

hvorfor vi overordnet finder at vores metode til besvarelse af vores problemformulering har været velvagt.

10. Konklusion

Med udgangspunkt i vores problemformulering har vi analyseret og diskuteret de anvendte studiers resultater. Overordnet fandt vi, at en forebyggelse af tab af kontrol hos kvinden i fødsel- og efterfødselsforløbet samt kvindens generhvervelse af følelsen af kontrol og sammenhæng efter fødslen, kan være med til at forebygge udvikling af PTSD post partum. For at hindre et tab af kontrol under fødslen skal jordmoderen aktivt forsøge at fremme den gode fødsel og fødselsoplevelse hos kvinden. Vi fandt at tryghed, tillid og information var afgørende faktorer for hvordan kvinder oplevede deres fødsel. En væsentlig forudsætning for at kvinden føler tryghed og tillid under fødslen er, at jordmoderen er fysisk og mentalt tilstede hos kvinde. Vi fandt derudover at den jordmoderfaglige omsorg bør tage udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes individuelle behov i forbindelse med fødslen. Det er derfor ikke muligt at fremstille en konkret handlingsplan for, hvordan jordmoderen skal tilrettelægge sit arbejde, for at forebygge udviklingen af PTSD i forbindelse med fødslen. Vi mener dog at kunne konkludere, at jordmoderen i praksis bør reflektere over og handle ud fra en forståelse af det magtforhold der udspiller sig mellem hende og kvinden. Dette gøres konkret ved at jordmoderen løbende sikrer, at kvinden får den nødvendige information, samt skaber den rette balance mellem at drage omsorg for kvinden og samtidig være den styrende autoritet under fødslen. Herigennem vil kvindens følelse af tryghed og tillid overfor jordmoderen som kompetent og omsorgsfuld fagperson øges og samtidig vil hendes følelse af sammenhæng i forbindelse med fødslen styrkes. På denne måde vil risikoen for at kvinden oplever et tab af kontrol under fødslen mindskes, hvilket har en betydning i forhold til risikoen for at udvikle PTSD post partum. Vi fandt, at hvis kvinden oplever fødselsforløbet som traumatiserende er det essentielt at hun generhverver følelsen af kontrol og sammenhæng post partum, således at fødselsoplevelsen ikke forbliver en byrde for kvinden, men en erfaring hun bliver styket af og kan leve videre med. Jordmoderen kan i denne forbindelse være en ydre ressource til at yde emotionel og praktisk støtte, hvilket kan være med til at mindske risikoen for udviklingen af PTSD post partum. Dette kan ske ved en efterfødselssamtale, hvor jordmoderen kan implementere sundhedsfremme og

jordemoderfaglig omsorg i hendes arbejde, ved at tage udgangspunkt i den enkelte kvindens behov for bearbejdning af fødselsoplevelsen. Vi foreslår, at det afholdes henholdsvis et barselsbesøg en til to dage efter fødslen og en efterfødselssamtale tre til fire uger efter fødslen. Ved et barselsbesøg får kvinden mulighed for at tale om fødselsforløbet, den første tid efter fødslen og den nye rolle som forældre, med det formål at skabe kontinuitet i fødselsforløbet som helhed. Implementering af et barselsbesøg umiddelbart efter fødslen hos alle kvinder, vil give mulighed for at ændre en negativ oplevelse af fødslen, samt at få afklaret eventuelle misforståelser i forbindelse med fødslen, mens kvindens skabelse af fødselsfortællingen stadig er i gang. Til efterfødselssamtalen har kvinden fået fødslen så meget på afstand, at hun kan begynde at forholde sig til hvordan hun oplevede selve forløbet. Ved at afholde efterfødselssamtalen 3-4 uger efter fødslen, mener vi det er muligt for jordemoderen at hjælpe kvinderne til at få bearbejdet fødselsoplevelsen og samtidig opspore de kvinder der har symptomer på PTSD for på den måde mindske risikoen for at de udvikler PTSD.

11. Perspektivering

I det følgende vil vi perspektivere op imod projektet problemformulering, i forhold til klinisk praksis. Som det fremgår af konklusionen, ser vi efterfødselssamtalen som en mulighed for, at få en god afslutning på fødselsfortællingen og få rettet op på eventuelle tvivlsspørgsmål i forbindelse hermed. Vi mener imidlertid, at det er lige så essentielt at få en god start på fødselsfortællingen. Her anser vi fødselsforberedelse, som en oplagt mulighed for at implementere en forebyggende og sundhedsfremmende indsats i forhold til udviklingen af PTSD, allerede i graviditeten. Vi mener, at fødselsforberedelse skal foregå i mindre grupper og indholdet skal baseres på en samtale om de forventninger, den frygt eller de tanker den enkelte kvinde har samt information om det kommende forløb. Derudover mener vi at en kendt jordemoderordning burde integreres i svangreomsorgen, da det vil give mulighed for at kvinden allerede under graviditeten kan opbygge tillid og tryghed til jordemoderen således, at hun ikke skal bruge ressourcer på dette under fødslen. Vi er gennem dette projekt kommet frem til, at PTSD er et overset emne indenfor svangreomsorgen. Vi kan på baggrund af projektet se, at der er en sammenhæng mellem kvindens fødselsoplevelse og udviklingen af PTSD. For at

kunne klarlægge fyldestgørende hvilke sundhedsfremmende tiltag der bør implementeres i svangreomsorgen for at forebygge udviklingen af PTSD post partum, mener vi der bør forskes yderligere på området. Her finder vi det relevant at undersøge netop fødselsforberedelse og kendt jordemoderordnings betydning i forhold til udviklingen af PTSD i forbindelse med fødslen.

12. Litteraturliste

Allen, Sarah (1998): *A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth*. Journal of Reproductive and Infant Psychology Vol 16. Side 107-131

Andersen, Maja; Brok, Pernille; Mathiasen, Henrik (2000): *Empowerment på dansk*. Frederikshavn. Dafolo Forlag

Ayers, Susan (2007): *Thoughts and Emotions During Traumatic Birth: A Qualitative Study*. Birth 34. Side 253-263

Ayers, Susan; Eagle, Andrew; Waring, Helen (2006): *The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study*. Psychology, Health & Medicine 11. Side 389-398

Bekendtgørelsen af sundhedsloven. LBK nr. 95 af 07/02/2008

Berlinske (2010): *Fødende savner vigtige samtaler*. Lokaliseret [080511] på <http://www.b.dk/danmark/foedende-savner-vigtige-samtaler>

Berlinske (2011): *Stress sender danskere på sygehuset*. Lokaliseret [100511] På <http://www.b.dk/danmark/stress-sender-danskere-paa-sygehus>

Bertelsen, Anne Mette; Gohr, Camilla (2006): *Den gode fødsel. En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*. København. Museum Tusulanums Forlag

Birkler, Jacob (2006): *Videnskabsteori – en grundbog*. København. Munksgaard Danmark

Christensen, Ulla; Schmidt, Lone & Dyhr, Lise (2007): *Det kvalitative forskningsinterview*. I: Koch, Lene & Vallgård, Signild (red.): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København, Munksgaard, 3. Udgave, s. 61-80.

Jensen, Torben; Johnsen, Tommy (2006): *Sundhedsfremme i teori og praksis*. 2.udgave. Århus. Forlaget Philosophia og forfatterne

Jordemoderforeningen (2005): *Behandling af fødselstraume*. Lokaliseret [280411] På <http://www.jordemoderforeningen.dk/index.dsp?page=1611>

Jordemoderforeningen (2010): *Etiske retningslinjer for jordemødre*.

LBK nr.1350 af 17/12/2008: Autorisationsloven

Lindahl, Marianne & Juhl, Carsten B. (2002): *Vurdering af kvalitative artikler. Nyt om forskning*. 2002 (1), s. 17-21

Netsundhedsplejersken (2004): *Den traumatiske fødsel*. Lokaliseret [280411] på <http://www.netsundhedsplejerske.dk/artikler/index.php?option=laes&type=KRONIKKE&id=29>

PTSD forum (2010): *Definitioner på PTSD*. Lokaliseret [040511] på <http://www.ptsdforum.dk/definitioner.html>

Region Syddanmark (2008): *MTV om Behandling og rehabilitering af PTSD – Herunder traumatiserede flygtninge*. Vejle. Region Syddanmark, Center for Kvalitet

Statens institut for folkesundhed (2011). *Mental Sundhed*. Lokaliseret [040511] på <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Mental%20sundhed.aspx>

Sundhedsstyrelsen (2005): *Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København

Sundhedsstyrelsen (2009): *Anbefalinger for svangreomsorgen 2009*. København

TV 2 Østjylland (2011): *Jordemødre går fra de fødende*. Lokaliseret [040511] På <http://www.tv2oj.dk/artikel/60678:Oestjylland--Jordemoedre-gaar-fra-de-foedende>

VEJ nr. 151 af 08/08/2001: *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføring, indberetningspligt mv.*