

# Indholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Indledning</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>2. Problemformulering</b> .....  | <b>7</b>  |
| 2.1. Begrebsafklaring.....  | 7         |
| <b>3. Mål og formål</b> .....   | <b>7</b>  |
| 3.1. Mål .....  | 7         |
| 3.2. Formål .....   | 7         |
| <b>4. Teori og metode</b> .....   | <b>8</b>  |
| 4.1. Redegørelse og begrundelse for valg af metode.....   | 8         |
| 4.2. Projektets struktur.....   | 8         |
| 4.2.1. <i>Figur over projektets opbygning (figur 1)</i> .....                                       | 10        |
| 4.3. Redegørelse og begrundelse for valg af materiale .....   | 11        |
| 4.3.1. <i>Udgangspunktet for jordemoderens støtte.</i> .....  | 11        |
| 4.3.1.1. Aron Antonovsky .....  | 11        |
| 4.3.2. <i>Jordemoderens støtte</i> .....  | 12        |
| 4.3.2.1. Vibeke Zoffmann Knudsen .....  | 12        |
| 4.3.2.2. Bent Falk.....   | 13        |
| 4.3.3. <i>Håndtering af usikkerhed</i> .....  | 14        |
| 4.3.3.1. Kerstin Uvnäs Moberg & Maria Petersson.....  | 14        |
| 4.3.3.2. Heimstad et al. ....   | 15        |
| 4.4. Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning og udvælgelse .....                           | 16        |
| <b>5. Præsentation og analyse</b> .....   | <b>17</b> |
| 5.1. Aron Antonovsky: Salutogenesen.....  | 17        |
| 5.2. Vibeke Zoffmann Knudsen: Det relationelle forhold .....  | 19        |
| 5.3. Bent Falk: Eksistentiel angst .....  | 23        |
| 5.4. Moberg & Petersson: Oxytocins betydning .....  | 26        |
| 5.5. Heimstad et al.: Kvindens perspektiv .....   | 30        |
| 5.5.1. <i>Formål</i> .....  | 30        |
| 5.5.2. <i>Metode</i> .....  | 30        |
| 5.5.3. <i>Resultater</i> .....  | 33        |
| <b>6. Diskussion</b> .....  | <b>35</b> |
| 6.1. Hvilke kvaliteter kan der være i den postterme graviditet?.....                                | 35        |
| 6.2. Hvordan kan jordemoderen støtte kvinden i håndteringen af usikkerheden og<br>bekymringen?..... | 37        |
| 6.4. "Alt er okay"?.....  | 40        |
| 6.5. Kritik af egen metode.....   | 42        |
| <b>7. Konklusion</b> .....  | <b>43</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>8. Perspektivering .....</b>                          | <b>46</b> |
| <b>9. Referenceliste.....</b>                            | <b>47</b> |
| <b>10. Bilagsliste .....</b>                             | <b>49</b> |
| <b>11. Indholdsfortegnelse til kilder på CD-rom.....</b> | <b>50</b> |

## 1. Indledning

Vi har i vores kliniske periode oplevet, at kvinder der har passeret terminsdatoen ofte er bekymrede og frustrerede. I konsultationen giver den frustrerede kvinde udtryk for, at graviditeten er fysisk belastende, og hun har - til sin ærgrelse - ikke haft skyggen af en ve. Disse kvinder er herudover ofte udsat for et stort pres fra familie og venner, som utålmodigt spørger: "Sker der ikke snart noget?".

Ligeledes har vi oplevet, at nogle kvinder udtrykker bekymring for barnets ve og vel, hvilket kan illustreres i følgende citat fra min-mave.dk

*Er nu 41 + 1 og pænt nervøs for, om alt er ok derinde.. har taget graviditeten med smil og overskud, men filmen knækker altså også for mig nu. Er bekymret og græder og er lidt pjevset disse dage.  
Han er ellers livlig nok, derinde, men har også læst mig til risici ved at han bliver i maven for længe - og man hører historier.  
Jeg prøver at trøste mig med, at uge 41 + 42 er normalt, men det virker ikke rigtigt. Seneste JM-konsultation var heller ikke betryggende, idet jeg var hos en vikarierende JM, som var meget ung og ikke mente, barnet havde taget mere end 200 g på, på 2 uger ... men jeg "skulle ikke bekymre mig"!!!<sup>1</sup>*

Vi har oplevet, at mange kvinder, som har passeret terminsdatoen, er meget bevidste om de risici der er forbundet med en graviditet efter termin, hvilket også kommer til udtryk i citatet fra hjemmesiden min-mave.dk.

Vi spekulerer på, hvorfra kvindernes bekymring udspringer? Er det en irrationel bekymring? Set i lyst af disse spørgsmål finder vi det relevant at rette blikket indad. Hvordan er jordemødrenes holdning til, at kvinden passerer terminsdatoen? Når vi tænker tilbage på vores kliniske periode, har vi ofte oplevet, at kommunikationen indeholder en implicit forhåbning om, at kvinden føder inden 42+0. I konsultationen har vi selv sagt til kvinden, der netop har passeret terminen, at vi nok "ses på fødegangen inden så længe". Ligeledes har vi udleveret tiden til igangsættelse i uge 42+0 med en kæk bemærkning om, at "den får du nok ikke brug for". Hermed sender vi et signal til kvinden om, at vi helst ser, at hun føder inden igangsættelsen. Dette skurrer imod vores proklamation af, at "det er helt normalt at graviditeten varer indtil uge 42+0".

Forhåbningen om, at kvinden føder før uge 42+0, tænker vi kan udspringe af, at der er kommet et øget fokus på risici ved at passere terminsdatoen. Dette både iblandt kvinderne og fagpersonale, hvilket tydeliggøres i ovenstående citat og vores beskrivelser fra praksis.

Den øgede opmærksomhed på risici, forbundet med at passere terminen, kommer også til udtryk i et oplæg fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (herefter DSOG).

---

<sup>1</sup> <http://www.min-mave.dk/terminsgrupper/thread-1950816.htm>

I 2008 og 2009 diskuterede DSOG, om der var evidens for en ændring af den nuværende guideline omkring graviditas prolongata, hvor igangsættelse tilbydes i gestationsalder (herefter GA) 42+0. Man ville afdække, om den perinatale mortalitet og morbiditet steg signifikant fra GA 41+0 til 42+0. Hvis dette var tilfældet, ville man i stedet tilbyde kvinderne igangsættelse i GA 41+0. Arbejdsgruppen i DSOG fandt dog ikke, at den perinatale mortalitet og morbiditet steg signifikant, hvorfor DSOG ikke anbefaler en praksisændring, men lader tidspunktet for igangsættelse være op til de enkelte fødeafdelinger (Wilken-Jensen et al. 2009, s.12). Oplægget fra DSOG fremhæver, at kvinder foretrækker en igangsættelse i GA 41+0 (Wilken-Jensen et al. 2009, s. 2).

På baggrund af, at der ikke var en signifikant stigning i morbiditet eller mortalitet, forestiller vi os, at der alligevel kan ske en ændring af igangsættelsesproceduren. Kunne man forestille sig en udvikling, hvor igangsættelse på *maternal request* bliver en mulighed?

Vi forestiller os, at flere igangsættelser vil lægge et øget pres på de danske fødegange, både logistisk og økonomisk. Særligt med tanke på, at 29 % af danske gravide går til GA 41+0 (Wilken-Jensen et al. 2008, s. 1), mens kun 6 % går helt til uge 42+0 (Wilken-Jensen et al. 2009, s. 3)

I konsultationen såvel som på fødegangen har vi oplevet, at kommunikation omkring risici fylder meget i jordemoderens arbejde, og ofte er en udfordrende opgave. Eksempelvis har vi i konsultationen og ved telefonopkald på fødegangen oplevet kvinder, der er nervøse for barnets ve og vel efter terminen. Ligeledes har vi ofte oplevet, at kvinder, som har passeret terminsdatoen, har henvendt sig på fødegangen på grund af mindre liv. I samtalen med kvinden finder vi ofte ud af, at hun har mærket liv, men at henvendelsen skyldes et behov for at få bekræftet, at alt vedrørende graviditeten er vel.

Vi tænker, at disse henvendelser vidner om en øget opmærksomhed på risici, hvilket stiller krav til jordemoderen om, hvordan hun formår at støtte kvinden og hjælpe hende til at håndtere sin situation.

Det øgede fokus på risici har medført et øget fokus på risikokommunikation mellem den sundhedsprofessionelle og patienten. Der er enighed om, at sundhedspersoner kan blive dygtigere til at kommunikere risici, ud fra den kendsgerning, at mennesker reagerer vidt forskelligt på informationer om de samme risici (SST 2005, s. 4-6).

Fokuseringen på risici underbygges af artiklen "*Risikokommunikation - fra public deficiency til gensidig dialog*", af kandidat i kommunikation, Thomas Breck. I artiklen skriver Breck, at der i nutidens samfund er en øget opmærksomhed på risikobegrebet og at opfattelsen af risiko dannes i en social og kulturel kontekst (Breck 1999, s. 8).

I jordemoderfaget kommer det til udtryk ved at nogle gravide, obstetrikere og jordemødre nu anser det for "potentielt farligt" at passere GA 41+0, mens det før i tiden har været

anset for en normal tilstand. Er samfundet, lægfolk og eksperter, i færd med at skabe en ny social konstruktion angående postterm graviditet?

Samtidigt med at individet er meget afhængigt af videnskaben, er der en svigtende tillid hertil (Breck 1999 s. 9). Eksempelvis illustreres dette af ovennævnte praksiseksempel, hvor kvinden på trods af normale jordemoderkontroller, henvender sig på fødegangen, da hun ikke har tillid til, at alt er normalt.

Tidens fokus på risici er ofte forbundet med en stor grad af usikkerhed. Dette efterlader et stort spillerum til sociale definitioner og fortolkning af risici (Breck 1999 s. 10). Forskellige fortolkninger af risici, tænker vi, kan være årsagen til, at vi oplever divergerende holdninger til at passere terminsdatoen - både blandt kvinderne, samt fagpersonalet. Som kommende jordemødre ser vi en stor udfordring i, at skulle navigere i dette spændingsfelt. Udfordringen ligger i, at vi som jordemødre står i en situation, hvor der er en øget risiko for perinatal og neonatal morbiditet og mortalitet (Wilken-Jensen et al. 2009, s. 2, figur 1 s. 5). Denne risiko er dog ikke signifikant nok til, at man vælger at tilbyde kvinderne igangsættelse ved GA 41+0. Som det fremgår af citatet fra min-mave.dk, er kvinderne ligeledes bevidste om den øgede risiko, hvilket kan føre til bekymring. I vores optik stiller dette store krav til jordemoderen i mødet med kvinden, der er bekymret ved den postterme graviditet. Som kommende jordemødre finder vi det derfor relevant, at søge redskaber til at støtte kvinden, som har passeret terminsdatoen.

Vi mener, at vi som jordemødre bør holde os for øje, at hver enkelt kvinde har en individuel oplevelse af at passere terminsdatoen.

I det kvalitative studie, *"Den gode fødsel"*, beskriver antropologerne Anne-Mette Holme Berthelsen og Camilla Gohr, at kvinders forventninger til fødslen får betydning for konstruktionen af deres fødselsfortælling. Forfatterne fremhæver tre forskellige forventningstyper. Forventningen om "en naturlig fødsel", forventning om "en fødsel med indgreb" og en forventning om "at tage det som det kommer" (Berthelsen & Gohr 2006, s. 102). De beskrevne forventningstyper mener vi, kan sidestilles med tre kvindetyper, som har forskellige holdninger og reaktioner på at have passeret terminsdatoen. Ud fra en jordemoderfaglig synsvinkel, tænker vi det er hensigtsmæssigt, at have øje for de forskellige kvindetyper, idet jordemoderen kan anvende denne viden i tilrettelæggelsen af mødet med kvinden og derigennem, målrette sin støtte til kvinden som har passeret terminsdatoen.

Vi forestiller os, at denne oplevelse kan udforskes i mødet mellem kvinden og jordemoderen. Eksempelvis fremhæves det i Anbefalinger For Svangreomsorgen, at kvinden kan tilbydes en jordemoderkonsultation i GA 41. Her anbefales det, at der foretages en fysisk undersøgelse, herunder risikoopsporing, samt en samtale med kvinden/parret om deres tanker og eventuelle bekymring over, at have passeret terminsdatoen. Ligeledes kan der

tales om muligheder for undersøgelser, samt fordele og ulemper ved igangsættelse (SST 2009, s. 58).

Vi finder dette gunstigt for kvinden, og ser konsultationen som en mulighed for, at jordmoderen kan støtte kvinden til at håndtere sin situation. Vi har dog oplevet, at nogle kvinder er meget bekymrede, og har haft behov for en ekstra jordmoderkonsultation.

Jordmoderen kan i så fald tilbyde kvinden en behovsundersøgelse, hvor der både er mulighed for hensynstagen til fysiske såvel som psykiske aspekter. Denne mulighed fremgår også af Autorisationsloven. Her skrives, at jordmodervirksomhed blandt andet omfatter varetagelse af forebyggende helbredsmæssige undersøgelser under svangerskab, herunder behovsundersøgelser og undersøgelser med henblik på at diagnosticere risikosvangerskaber (Autorisationsloven 2008, LBK nr. 1350 af 17/12/2008, kapitel 14, § 55 stk. 4).

Vi tolker, at undersøgelser med henblik på risikosvangerskaber har fokus på den fysiologiske del af graviditeten. Desuden, at behovsundersøgelserne indeholder et psykologisk aspekt, der har til hensigt at sætte fokus på kvindens oplevelse og følelser.

Vi har i klinikken oplevet, at der sjældent gøres brug af behovsundersøgelserne efter terminsdatoen. Vi spekulerer på, om der i fremtiden vil være brug for flere behovsundersøgelser, i takt med den stigende fokusering på risici og hermed stigende bekymring blandt kvinderne?

Som kommende jordemødre har vi interesse i, at kunne varetage mødet med kvinden, der har passeret terminsdatoen, på bedst mulig vis, således kvinden føler sig mødt. Jordmoderen er i graviditeten kvindens primære sundhedsperson (SST 2009, s. 41), hvilket understreger relevansen af, at jordmoderen føler sig klædt på til at varetage omsorgen for kvinden, der har passeret terminsdatoen.

Den gældende guideline fra DSOG vedrørende graviditas prolongata anbefaler, at man tilbyder kvinder igangsættelse fra GA 42+0 (Skajaa & Lyndrup 1997). Dette afspejler derfor virkeligheden på langt de fleste danske fødegange, hvor man tilbyder de gravide igangsættelse fra uge 42+0. Den gravide, som har passeret terminsdatoen, har derfor ikke et valg, med hensyn til, om hun vil sættes i gang i GA 41+0 eller 42+0. Vores eksempler fra praksis illustrerer, at kvinderne er bevidste om, at der er en risikoøgning ved at passere termin. Dette kan efterlade kvinden med en bekymring, som kan være svær at håndtere.

Vores primære fokus i denne opgave vil derfor være mødet med den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen, og hvorledes jordmoderen kan støtte denne kvinde. Vi ønsker gennem dette projekt at erhverve os redskaber, vi kan bruge i praksis, så vi kan støtte den enkelte kvinde på bedst mulig vis.

Ovenstående leder frem til følgende problemformulering:

## 2. Problemformulering

**Hvordan kan jordemoderen støtte den bekymrede kvinde i at håndtere den usikkerhed, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen?**

### 2.1. Begrebsafklaring

- Udtrykket den *bekymrede kvinde* definerer vi ud fra vores erfaringer fra praksis. Herunder følgende to aspekter:
  - Bekymring for barnets ve og vel.
  - Manglende tillid til kroppens evne til at føde.
- Når vi i projektet bruger begrebet "postterm graviditet", betegner vi dette som en graviditet fra GA 40+1 til 41+6.

## 3. Mål og formål

### 3.1. Mål

Vores mål med denne opgave er:

- At få en ny reflekteret viden omkring hvordan vi som jordemødre, kan støtte den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen.
- At få en viden, vi kan omsætte til praksis som færdiguddannede jordemødre.

### 3.2. Formål

Vi ønsker at sætte fokus på, hvordan vi kan forbedre omsorgen for kvinder, der har passeret terminsdatoen. Herunder ønsker vi, at medvirke til kritisk refleksion blandt jordemødre, således at jordemoderens støtte til kvinden muligvis kan forbedres med det resultat, at kvinderne føler, at de kan håndtere den usikkerhed, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen.

Dernæst ønsker vi at skabe et fagligt velfunderet fundament, således at vi opnår bedre forudsætninger for at yde en reflekteret støtte til kvinder, der har passeret terminsdatoen.

## 4. Teori og metode

### 4.1. Redegørelse og begrundelse for valg af metode

Vi vil i projektet undersøge, hvordan jordmoderen kan støtte den gravide i at håndtere den usikkerhed, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen. Til at belyse vores problemformulering har vi valgt at anvende et litteraturstudium, hvor vi vil analysere eksisterende litteratur. Vi har i søgeprocessen udvalgt litteratur af forskellig videnskabs-teoretisk tilgang, som kan kaste et nuanceret lys over problemformuleringen. Såfremt rammerne havde været til det, ville vi gerne have indsamlet egen empiri, for at kunne belyse den postterme kvindes perspektiv. Imidlertid vurderede vi, at vi, grundet tidsfaktoren, ikke havde mulighed for at få empiri af tilstrækkelig høj kvalitet, hvorfor vi har fravalgt dette. I stedet har vi valgt at fordybe os i et litteraturstudie.

Fordelen ved vores valg af metode er, at vi har mulighed for at inddrage relevante undersøgelser og litteratur, der allerede er anerkendt på det jordemoderfaglige felt. Ifølge Launsø og Rieper er begrænsningerne ved et litteraturstudie, at kilderne ikke forholder sig direkte til vores problemformulering (Launsø & Rieper 2005, s. 116). Vi vil derfor bestrebe os på, at forholde os kritiske til de inddragede kilder i vores analyse, i forhold til vores problemformulering.

Kildekritikken vil vi fremstille under punktet *"4.3 Redegørelse og begrundelse for valg af materiale"* samt *"5.0 Præsentation og analyse"*. Af metodelitteratur vil vi anvende: *Forskning om og med mennesker* af Laila Launsø og Olaf Rieper, *Epidemiologi og evidens* af Svend Juul, samt *Rationel Klinik* af Henrik R. Wulff og Peter C. Gøtzsche.

Som præmis for vores problemstilling, vil vi anvende DSOG's oplæg fra 2009 vedrørende graviditas prolongata, og de overvejelser, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen. Vi har valgt at bruge oplægget som præmis, idet vores problemstilling til dels udspringer af dette oplæg. Idet oplægget er vores præmis anskuer vi DSOG's resultater som værende troværdige.

Ud fra den anvendte litteratur har vi en forhåbning om, at vi vil kunne finde frem til et svar på vores problemformulering.

### 4.2. Projektets struktur

I det følgende afsnit vil vi redegøre for projektets struktur, samt præsentere en figur som illustrerer projektets opbygning.

Som udgangspunkt vil vi bruge DSOG's oplæg fra 2009 som præmis for projektet. Vores problemformulering leder op til 3 overordnede emner:

- Udgangspunktet for jordemoderens støtte
- Jordemoderens støtte



- Håndtering af usikkerheden

I afsnit 5. *Præsentation og analyse* vil vi inddrage en kilde, der kan belyse udgangspunktet for jordemoderens støtte. Dernæst vil vi se nærmere på kilder, der kan belyse, hvordan jordemoderen kan støtte kvinden og herefter, hvordan jordemoderen kan støtte kvinden til at håndtere usikkerheden. Slutteligt vil vi inddrage en kilde, som skal repræsentere kvindens perspektiv.

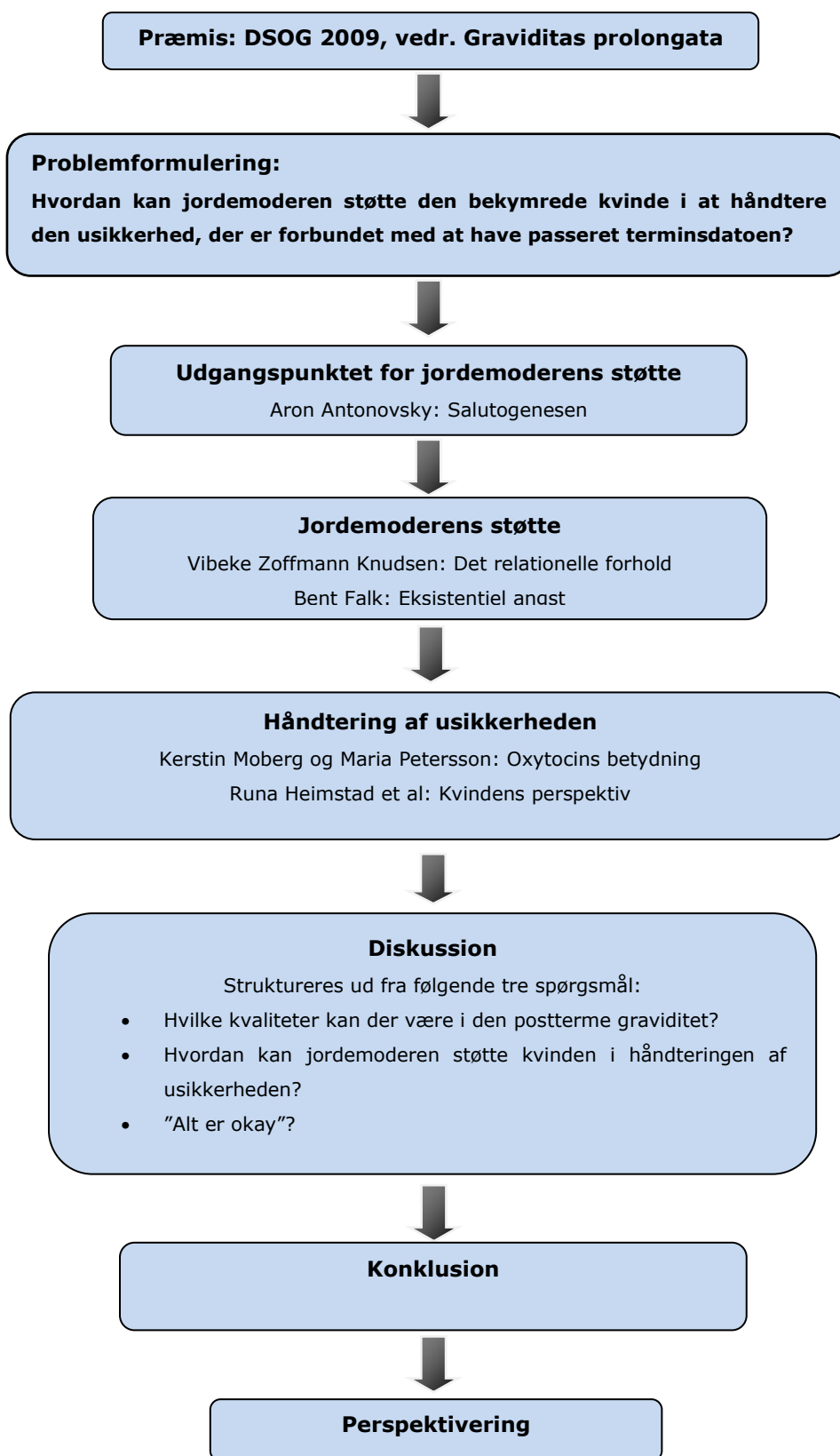
I afsnit 6. *Diskussion* vil vi diskutere vor præsentation og analyse og undersøge hvorledes de modargumenterer, eller supplerer hinanden. Vi vil strukturere vores diskussionsafsnit ud fra følgende overordnede spørgsmål:

- Hvilke kvaliteter kan der være i den postterme graviditet?
- Hvordan kan jordemoderen støtte kvinden i håndteringen af usikkerheden?
- "Alt er okay"?

Ud fra diskussionen forventer vi, i afsnit 7. *Konklusion*, at nå frem til, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde i at håndtere den usikkerhed, der er ved at passere terminen.

I afsnit 8. *Perspektivering* vil vi se på vores konklusion i et større perspektiv.

#### 4.2.1. Figur over projektets opbygning (figur 1)



### **4.3. Redegørelse og begrundelse for valg af materiale**

I det følgende afsnit vil vi argumentere for vores valg af kilder, og deres relevans i forhold til vores problemformulering. Vi har, som før nævnt, opdelt vores projekt i 3 dele, og vil i det følgende argumentere for hvilke kilder, vi vil medinddrage under de forskellige underdele.

#### **4.3.1. Udgangspunktet for jordemoderens støtte.**

Vi anser begrebet *støtte* som et nuanceret begreb, hvorfor vi i projektet ønsker at undersøge teorier, der kan bidrage til forskelligartede metoder og overvejelser, som jordemoderen bør medtænke i hendes støtte til kvinden.

##### **4.3.1.1. Aron Antonovsky**

At passere terminsdatoen kan for nogle kvinder skabe bekymring, og kan derfor anses som værende en belastende livssituation. Derfor finder vi det interessant, at inddrage professor i medicinsk sociologi, Aaron Antonovskys (herefter Antonovsky) teori omkring salutogenesen. Teorien kan belyse, hvilket perspektiv jordemoderen kan anvende som grundlag for sin støtte til den bekymrede kvinde.

Antonovskys teori er beskrevet i bogen *Sundhedsfremme i teori og praksis* af Torben K. Jensen og Tommy J. Johnsen. Et kritikpunkt er, at denne kilde er andenhånds kilde, idet beskrivelsen af Antonovskys teori er forfatterens tolkning. Dog kan dette også anskues som en fordel, idet Jensen & Johnsen i bogen omsætter Antonovskys teori, således den relateres til den sundhedsprofessionelle praksis, hvilket gør teorien anvendelig til at belyse vores problemformulering.

Forfatterne Torben K. Jensen og Tommy J. Johnsen har en baggrund som henholdsvis lektor ved Institut for Statskundskab ved Århus Universitet, og sygeplejerske og uddannelseskonsulent i Sundhedsfremmeafdelingen i Ringkøbing (Jensen & Johnsen 2000, omslaget). Forfatterens baggrund repræsenterer således både det teoretiske og praktiske felt, og vi vurderer dem dermed kvalificerede til at forfatte denne bog. Bogen bygger på 65 kvalitative interviews omkring 65 sundhedspersoners praksiserfaringer, fra mange forskellige fag, dette er med til at højne bogens relevans i en professionsbacheloropgave. Da vi i opgaven ønsker at inddrage humanvidenskabelig litteratur til at belyse den post-terme graviditet, finder vi Antonovskys teori om salutogenesen relevant. Dette fordi, at teorien omhandler sundhedsfremme, hvilket er et relevant i forhold til vores problemformulering.

Jensen og Johnsen beskriver, at Antonovskys teori er en af de mest interessante og gennemarbejdede argumenter for at skifte fokus fra sygdom til sundhed (Jensen & Johnsen 2000, s. 84-85). Derudover bakker forfatterne teorien op af sundhedsfaglig empiri, hvorved det er anvendeligt i en jordemoderfaglig kontekst.

Bogen *Sundhedsfremme i teori og praksis* er en del af vores pensumlitteratur. I vores optik er både Antonovskys teori og Jensen & Johnsens bog anerkendt indenfor sundhedsvidenskaben, herunder det jordemoderfaglige felt.

Antonovsky er professor i medicinsk sociologi, og har dermed rødder indenfor samfundsvidenskaben (Jensen & Johnsen 2000, s. 84). Vi mener, at teorien indeholder overordnede betragtninger, som er interessante for vores problemstilling, hvorfor vi har valgt at inddrage denne kilde først i projektet.

### **4.3.2. Jordemoderens støtte**

Vi har til belysning af jordemoderens støtte valgt at inddrage to psykologiske teorier. Kilderne er humanvidenskabelige i og med, de beskæftiger sig med forhold om og imellem mennesker. Vi vil i det følgende begrunde vores valg af kilder, som skal belyse hvilke aspekter jordemoderen skal inddrage i sin støtte til kvinden, der har passeret terminsdatoen.

#### **4.3.2.1. Vibeke Zoffmann Knudsen**

Da vi ønsker at belyse, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde, finder vi det relevant, at se nærmere på relationen mellem jordemoderen og kvinden. Til dette vil vi inddrage Vibeke Zoffmann Knudsens (herefter Knudsen) teori om interpersonelle relationer i klinisk sundhedsarbejde. Teorien beskrives i artiklen *"Det relationelle forhold mellem patient og professionel"* fra bogen *Kommunikation og forståelse* som er redigeret af Peter Elsass. Artiklen tager udgangspunkt i en sygeplejefaglig kontekst, hvor Knudsen beskriver malregulerede diabetespatienters samspil med sygeplejersker og læger på baggrund af en beskrivende, kvalitativ undersøgelse (Knudsen 1997, s. 119). Knudsen beskriver i sin kvalitative undersøgelse af diabetes patienter. Diabetes patienter er ofte indlagt gennem længere tid, hvorved sundhedspersonalet får et mere dybdegående kendskab til patienterne. Derfor er vi opmærksomme på, at relationsformerne ikke altid kan overføres til mødet mellem jordemoderen og den bekymrede kvinde.

Den bekymrede kvinde, som vi har fokus på i vores projekt, har kontakt med jordemoderen i enten konsultationen eller på fødegangen. Her er rammerne for mødet cirka 20 minutter og eventuelt mere på fødegangen. Vi er derfor opmærksomme på forskellen i rammerne for relationsformerne mellem jordemoderen og den bekymrede kvinde, i forhold til de relationsformer På trods af, at artiklen ikke tager direkte udgangspunkt i en jordemoderfaglig kontekst, mener vi alligevel, at teorien kan overføres til samspillet mellem den bekymrede kvinde og jordemoderen. Derfor finder vi artiklen relevant i forhold til vores problemformulering, idet teorien kan kaste lys over, hvilken relationsform jordemoderen bør efterstræbe for at kunne støtte kvinden. Vi forestiller os, at jordemoderen i relationen kan støtte kvinden i at håndtere den usikkerhed, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen.

Knudsens artikel er en kvalitativ undersøgelse. Undersøgelsen er en forstående forskningstype, idet der indgår brudstykker af interviews med både sundhedsprofessionelle og patienter. På denne måde får Knudsen inddraget både læg- og ekspertperspektiv, hvilket vi anser som en kvalitet, idet det afspejler den praksis vi kender. Ifølge Launsø & Rieper ønsker forskeren i den forstående forskningstype, at viden baseres på den udforskedes perspektiv. Det vil sige, at den udforskedes subjektivitet dermed er det væsentlige datamateriale (Launsø & Rieper 2005, s. 22).

Knudsen har en baggrund som sygeplejerske, master of public health, og ph.d. Hun har været med i udførelsen af flere kvalitative undersøgelser, udgivet en del artikler/bøger og har beskæftiget sig meget med relationen og kommunikationen mellem patient og professionel<sup>2</sup>. Vi anser Knudsen som en valid kilde, da hun har teoretisk og praksis erfaring som kvalificerer hende til at beskrive relationsforholdet mellem behandler og patient. Tematikken omkring det relationelle forhold mellem behandler og patient tilhører humanvidenskaben, hvorfor Knudsens artikel bidrager til det humanvidenskabelige perspektiv.

#### **4.3.2.2. Bent Falk**

For at blive klogere på, hvordan jordmoderen kan støtte kvinden i at håndtere den usikkerhed, der er forbundet med at passere terminsdatoen, finder vi det relevant at inddrage Bent Falks (herefter Falk) bog: *At være - der, hvor du er. Om samtale med kriserammede*. Vi er blevet bekendt med bogen, idet den er en del af vores pensumlitteratur. Vi ønsker at inddrage kilden, da den kan bidrage med en vinkel på, hvordan den sundhedsprofessionelle gennem samtale kan støtte patienten, der er i en udfordrende livssituation. Falks teori skal således indgå i projektet til at belyse, hvad jordmoderen skal være sig bevidst om i samtalen med den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen.

Falk har en bred uddannelsesmæssig baggrund, som blandt andet omfatter en cand.theol., klinisk pastoral uddannelse og en psykoterapeutisk uddannelse. Derudover har han praksiserfaring som sognepræst, sygehuspræst, lærer og psykoterapeut (Falk 2006, bagsiden). Vi vurderer at Falk, ud fra sin uddannelsesmæssige og erhvervsmæssige baggrund, er egnet til at forfatte bogen. Derudover anser vi kilden som relevant i vores professionsbacheloropgave, idet den er praksisbetonet i form af forslag til spørgsmål. Vi er opmærksomme på, at bogen er skrevet med udgangspunkt i samtale med patienter, som lider af en alvorlig sygdom, og derved er i en anderledes situation end kvinden, der har passeret terminsdatoen. Alligevel er der elementer i bogen, som er relevante i forhold til jordmoderens møde med kvinden, der har passeret terminsdatoen. Kilden bygger på fænomenologisk iagttagelse, dialog og kristen eksistensfilosofi (Falk 2006, s. 7). Ved fænomenologisk iagttagelse menes, at man sanser hvad der er, uden at lade sig forstyrre af, hvad der burde være. Kristen eksistentiel filosofi indebærer, at man

---

<sup>2</sup> <http://www.ucsf.dk/vz.html>

forholder sig til, hvad der er. Gennem kristendommen har man en rettesnor for, hvad der bør være (Falk 2009, s. 11-12). Grundet kildens teoretiske forudsætninger, som er en integration af teologi i psykologi, vurderer vi, at kilden er funderet indenfor humanvidenskaben, og er anvendelig for vores problemformulering, fordi teorien er individorienteret, og har fokus på det enkelte menneskes oplevelse af dets situation.

### **4.3.3. Håndtering af usikkerhed**

Til belysning af håndtering af usikkerheden har vi valgt at inddrage to teorier. Den første kilde skal belyse, hvordan jordemoderen rent fysisk kan støtte kvinden til at håndtere usikkerheden. Den næste kilde belyser, hvorledes kvinderne foretrækker den postterme graviditet skal håndteres.

#### **4.3.3.1. Kerstin Uvnäs Moberg & Maria Petersson**

Da vi ønsker at undersøge, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde i at håndtere usikkerheden, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen, finder vi det relevant, at inddrage Kerstin Uvnäs Moberg (herefter Moberg) og Maria Peterssons (herefter Petersson) kapitlet: *Antistress, følelser, empati og social støtte*. Kapitlet er fra antologien *Stress*, som er redigeret af professor i neurokemi Rolf Ekman og professor i socialmedicin Bengt Arnetz. Kapitel er et selvstændigt indlæg i bogen, hvorfor vores kildekritik udelukkende vil omhandle forfatterne af kapitlet.

Kapitlet beskriver fysiologien bag et antistresssystem, herunder hvordan oxytocin påvirker mennesket fysiologisk og mentalt, og hvorledes berøring har en betydning i denne kontekst. På baggrund af kapitlet ønsker vi at få et indblik i, hvilke fysiologiske aspekter jordemoderen bør være sig bevidst om, i mødet med den bekymrede kvinde, og hvorledes denne viden kan anvendes i jordemoderens støtte.

Moberg er professor i fysiologi og har arbejdet med medicinsk forskning i 25 år. Blandt andet har hun vejledt ph.d. studerende, herunder jordemødre og psykologer (Moberg 2010, omslaget). Maria Petersson har en uddannelsesmæssig baggrund inden for molekylær medicin (Ekman & Arnetz, 2006, forfatterlisten). På baggrund af forfatternes uddannelser, anser vi deres forskning, hvilken danner grundlag for kapitlet, som værende valid.

Moberg og Petersson baserer deres videnskabelige forskning primært ud fra forsøg på rotter. Vi stiller os kritiske overfor, om resultaterne kan overføres til mennesker. Moberg og Petersson stiller sig ligeledes kritiske ved overførbarheden fra rotter til mennesker, hvilket vi anser som en styrke (Moberg & Petersson 2005, s. 363). Dog anskuer vi forfatternes argumentation at fysiologien bag deres teori, som værende gennemskuelig, hvilket øger validiteten. Ydermere kan vi, fra vores praksiserfaring, genkende de aspekter, som forfatterne præsenterer. Derfor anser vi Moberg og Peterssons resultater som en videnskabeliggørelse af tavs viden. Hermed mener vi, at det forekommer os naturligt, at

lægge en hånd på skulderen i mødet med en bekymret kvinde. Via kapitlet får vi et større videnskabeligt belæg for, hvorfor denne praksiserfaring i nogle situationer kan have en effekt. Dog er vi bevidste om, at forfatterens resultater ikke skal forstås som den endegyldige sandhed, men som en mulig og fysisk forklaring på berøringens effekt.

Kilden har sit videnskabelige ståsted indenfor naturvidenskaben. Hertil skal tilføjes, at kilden ligeledes bærer præg af humanvidenskab, idet den beskæftiger sig med neuropsykologiske aspekter. Vi finder det relevant, at inddrage denne naturvidenskabelige kilde, da vi forstiller os, at den kan bidrage med en supplerende vinkel på, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde.

#### **4.3.3.2. Heimstad et al.**

Idet vi i vores projekt ønsker at kaste lys over, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde i at håndtere usikkerheden ved at have passeret terminen, finder vi det relevant at inddrage et studie, der undersøger kvindernes holdninger til den postterme graviditet. Derfor vil vi inddrage det norske studie; *Women's experiences and attitude towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*, af Runa Heimstad, Pål R. Romundstad, Jon Hyett, Lars-Åke Mattsson, Kjell Å. Salvesen (herefter Heimstad et al). Undersøgelsen omhandler kvindens holdning til den postterme graviditet (Heimstad et al. 2007, 950). Vi forventer, at kilden kan bidrage med et indblik i kvindernes perspektiv, hvorfor vi finder det relevant, at inddrage denne undersøgelse. Kilden er med til at underbygge vores tese om, at kvinderne kan være bekymrede, efter de har passeret terminsdatoen. Desuden er undersøgelsen relevant, da den afspejler hvad kvinderne foretrækker, hvilket også skal på vægtskålen i debatten om hvordan den postterme graviditet skal håndteres. Dette fremhæves også i vores præmis, hvor DSOG skriver, at kvinderne foretrækker igangsættelse.

Yderligere kan undersøgelsen bidrage med en anden vinkel på jordemoderens støtte af den bekymrede kvinde. Undersøgelsen kan ses som et supplement til de andre kilder, idet den stiller spørgsmålstegn ved, om jordemoderen udelukkende kan støtte kvinden psykologiske og fysiologisk.

Artiklen er en del af en større randomiseret kontrolleret undersøgelse (herefter RCT), hvis mål var at undersøge, hvordan man håndterede den postterme graviditet på Sankt Olavs hospital i Trondheim. Artiklen er trykt i *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, hvilket er et anerkendt internationalt tidsskrift indenfor gynækologi og obstetrik.

Artiklerne der medtages i tidsskriftet er peer-reviewed af en eller flere fagpersoner, hvilket vi mener, højner artiklens validitet. Undersøgelsen bygger på et kvantitativt studie-design, hvorfor vi vurderer, at kilden er funderet indenfor naturvidenskaben.

Heimstad har baggrund som obstetrisk overlæge og Ph.d i klinisk medicin, og arbejder på gynækologisk og obstetrisk afdeling på Sankt Olavs Hospital i Trondheim<sup>3</sup>. Hun har med en arbejdsgruppe bestående af læger og obstetrikere udført dette studie. Grundet Heimstads og arbejdsgruppens uddannelsesmæssige baggrund anser vi dem som kvalificerede til at udføre undersøgelsen.

#### **4.4. Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning og udvælgelse**

Til at belyse vores problemstilling har vi valgt at søge i 3 internationale databaser: PubMed, Cinahl with full text og PsycINFO. Disse har forskelligt fokus, hvorfor de supplerer hinanden godt. Vi har opstillet følgende 6 facetter: *jordmoderen*, *støtte*, *kvinden*, *bekymret*, *håndtere* og *overbåren graviditet*. Med disse facetter laves en systematisk søgning med kontrollerede emneord, henholdsvis MeSH termer (Medical Subject Heading terms), Headings, og Thesaurus. Hvert facet indeholder også få eller flere fritekstord, hvorved søgningen bredes ud. I PsycINFO fandtes ingen emneord omkring jordmoderen, hvorfor der i dette facet kun søges ved hjælp af fritekstord. Vi har søgt på alle 6 facetter i de 3 databaser. For at opnå brede facetter anvendte vi den boolske operatør OR. Herefter kombinerede vi facetterne indbyrdes med den boolske operatør AND, hvorved vi indsnævrede søgningen. På den måde forsøgte vi at sortere irrelevante kilder fra. Ved søgning med facetterne *jordmoderen*, *støtte* og *kvinden*, ønskede vi at undersøge, hvilken litteratur der fandtes omkring jordmoderens støtte af kvinden. Ved søgning med facetterne *kvinden*, *bekymret* og *håndtere* undersøgte vi, hvad der fandtes af litteratur omkring den bekymrede kvindes perspektiv, samt teorier omhandlende håndtering af bekymring. Herefter kombinerede vi de 5 facetter på forskellige måder, for at undersøge, om der fandtes mere specifik litteratur omkring jordmoderens støtte af den bekymrede kvinde.

Herefter kombinerede vi facet 6, *overbåren graviditet*, med *jordmoderens perspektiv* (facet 1 og 2), for at undersøge, om der fandtes specifik litteratur omkring jordmoderen og overbåren graviditet. Dernæst kombinerede vi *overbåren graviditet* med *kvindes perspektiv* (herunder facet 3, 4, 5), dette for at undersøge kvinders syn på overbåren graviditet.

Til sidst kombinerede vi alle facetter for at undersøge, om der fandtes litteratur specifikt møntet på vores problemstilling, hvilket ikke var tilfældet.

Vi fandt én artikel i Cinahl og én i PsycINFO, som vi tog fra til gennemlæsning. Ved gennemlæsning konkluderede vi, at artiklerne ikke var anvendelige for vores problemstilling.

---

<sup>3</sup> [http://www.stolav.no/templates/StandardMaster\\_\\_\\_\\_94145.aspx](http://www.stolav.no/templates/StandardMaster____94145.aspx)



Herudover, fandt vi fire artikler i PubMed, der blevet taget fra til gennemlæsning, hvoraf vi ikke fandt nogle relevante. Vi valgte, at afgrænse os til kun at se på artikler med abstract, som er publiceret efter år 2000, og som stammer fra lande der er sammenlignelige med Danmark.

Idet vi ikke fandt nogle artikler ved vores første litteratursøgning, valgte vi at lave den delvist om. Vi valgte at ændre nogle af emneordene samt fritestordene, og foretage en ny søgning i PubMed. Vi valgte kun at foretage en ny søgning i PubMed, idet vi mente det var her, der var størst chance for, at finde en videnskabelig artikel vi kunne bruge.

Ved den nye søgning i PubMed fandt vi 4 artikler, der blev taget fra til gennemlæsning. Heraf valgte vi at inddrage artiklen *Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy* af Heimstad et al. Denne artikel omhandler kvindernes oplevelse af og holdning til den postterme graviditet, og er derfor anvendelig til belysning af vores problemformulering.

Da vi af vores vejledere blev anbefalet antologien *Stress*, redigeret af Rolf Ekman og Bengt Arnetz, valgte vi at opstille et syvende facet: *Stress*. Her søgte vi på forfatter og titel i databasen bibliotek.dk. Vi fandt bogen, hvori der er et kapitel, omhandlende oxytocins virkning i kroppen skrevet af Moberg og Petersson. Dette kapitel har vi inddraget i projektet, da det kan bidrage med en ny vinkel på jordemoderens støtte.

## **5. Præsentation og analyse**

### **5.1. Aron Antonovsky: Salutogenesen**

Da vi ønsker at sætte fokus på, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde i at håndtere den usikkerhed, der kan være forbundet med at have passeret terminsdatoen, finder vi det relevant at inddrage Antonovskys teori om det salutogenetiske perspektiv. Antonovsky forsøger herigennem at skifte fokus fra sygdom til sundhed. I stedet for at forklare hvorfor mennesker bliver syge, interesserer han sig for, hvorfor mennesker forbliver eller bliver sunde (Jensen & Johnsen 2000, s. 85).

Teorien ligger i tråd med vores projekt, idet vi ønsker at undersøge, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen, og skifte fokus fra sygeliggørelse til sundhedsfremme af den postterme graviditet. I praksis har vi erfaret, at der i forbindelse med den postterme graviditet er fokus på sygeliggørelse både blandt fagfolk og hos de gravide kvinder. Vi ser med respekt på de potentielle risici, der er forbundet med den postterme graviditet, men mener, at der ligeledes er behov for at fokusere på sundhed i den postterme graviditet. Derfor vil vi se nærmere på Antonovskys

salutogenetiske perspektiv, og undersøge, hvorvidt dette perspektiv kan bidrage til jordemoderens støtte af den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen.

Vi er bekendte med, at en væsentlig del af teorien omhandler oplevelsen af sammenhæng. Vi ønsker dog udelukkende at fokusere på Antonovskys syn på livet og dets udfordringer. Herunder vil vi præsentere og analysere flodmetaforen, samt Antonovskys syn på stressorer.

### **Flodmetaforen**

Grundidéen i det salutogenetiske perspektiv kan ifølge Antonovsky beskrives ved hjælp af en flodmetafor. De vestlige landes medicinske behandling udføres for at trække de folk op af floden, som er ved at drukne. Antonovsky stiller sig undrende overfor, hvorfor fortællerne for en forbyggende indsats ikke ser nærmere på, hvorfor disse mennesker falder eller bliver skubbet i floden. Floden repræsenterer livets strøm, hvilket er noget alle mennesker befinder sig i, da mennesket er født i floden. Nogle steder er flodens vand roligt, hvor der andre steder er stærk strøm. Spørgsmålet for sundhedsarbejderen er derfor, hvordan kan man lære at svømme (Jensen & Johnsen 2000, s. 85-86).

Den bekymrede kvinde, vi beskæftiger os med i projektet, befinder sig et sted i livets flod med stærk strøm, da hun er bekymret. Jordemoderens støtte til kvinden bør derfor være, at lære kvinden at svømme. Det vil sige, at kvinden skal støttes i at håndtere bekymringen. Dette tænker vi, står i kontrast til DSOG's nuværende debat om, hvorvidt datoen for igangsættelse af graviditas prolongata skal flyttes frem til GA 41+0. Såfremt der sker en praksisændring, hvor kvinderne tilbydes igangsættelse i GA 41+0, kan det analyseres, at kvinderne bliver trukket op af floden frem for at lære at svømme. Vi undrer os over, om dette er en hensigtsmæssig måde at støtte den bekymrede kvinde, idet hun er født i floden, og har brug for hjælp til at håndtere usikkerheden, som skaber bekymringen.

Vi vil nu se nærmere på Antonovsky beskrivelse af, hvordan usikkerhed og bekymring kan ses som en del af menneskelivet.

### **Stressorer**

Ifølge Antonovsky er sygdom, kriser, konflikter og spændinger en del af menneskelivet. Han betegner disse som *stressorer* og skriver, at det er en misforståelse at tro, at stressorer konsekvent skal ses som noget negativt. Antonovsky mener, det kan være udviklende at blive udsat for forskellige problemstillinger og prøvelser, og at dette på længere sigt kan øge menneskets modstandskraft (Jensen & Johnsen 2000, s. 86).

I lyset af vores problemformulering kan en mulig stressor være at passere terminsdatoen. Det er vigtigt, at denne stressor ikke nødvendigvis opfattes negativt, men snarere som en del af det at være menneske, ligeledes som en del af at være gravid. Jordemode-

ren bør derfor støtte kvinden, der har passeret terminsdatoen, i at opfatte hendes situation som en naturlig del af graviditeten. Vi tænker, at jordemoderens støtte i denne situation eksempelvis kan være, at informere kvinden om, at det er almindeligt at passere terminsdatoen. Hvis kvinden formår at opfatte stressoren, at passere terminsdatoen, som en positiv udfordring, tolker vi, at dette kan føre til en udvikling for kvinden, med kilde til vækst. Vi tolker, at hvis kvinden støttes i at håndtere stressoren, vil hun have mulighed for at udvikle modstandskraft overfor de udfordringer, der stilles til hende i livet. Dette tænker vi også vil kunne styrke kvinden i at håndtere det kommende moderskab.

Vi har oplevet, at kvinder har forskellige måder at håndtere deres stressor på, hermed menes at have passeret terminsdatoen. At passere terminen er en situation, hvor kvinden, som svangreomsorgen er opbygget i dag, ikke kan vælge til eller fra, hvorfor hun må forsøge at håndtere sin stressor på bedst mulig vis. Dette begrundes vi med, at kvinden ikke kan vælge, om hun vil sættes i gang eller fortsætte den postterme graviditet.

Vi har nu analyseret, hvordan jordemoderen kan anskue den postterme graviditet, og hvilket udgangspunkt jordemoderen kan anvende i sin støtte til den bekymrede kvinde. Vi anskuer salutogenesen som et gunstigt udgangspunkt i mødet mellem jordemoderen og den bekymrede kvinde. For at udforske dette møde, finder vi det interessant, at inddrage Knudsens teori om det relationelle forhold.

## **5.2. Vibeke Zoffmann Knudsen: Det relationelle forhold**

Vibeke Zoffmann Knudsen, har skrevet artiklen "*Det relationelle forhold mellem patient og professionel*", hvori der er fokus på relationen mellem patient og professionel. Der fokuseres på, hvorledes relationen påvirker patienternes opfattelse af at blive mødt, og hvorledes det muligvis kan medføre et forandringspotentiale. Vi finder denne kilde relevant, idet den kan give et indblik i, hvilken relation jordemoderen bør efterstræbe for at kunne støtte den bekymrede kvinde i at håndtere usikkerheden ved at passere termin. Ifølge Knudsen er der tre relationsformer, som vi i det følgende vil præsentere og analysere.

### **Ekspertrelationen**

Knudsen beskriver den ekspertdominerede relation, som en relation der er præget af den professionelles ekspertviden, der anskues som den mest dybtgående og opdaterede viden. Den professionelle er bekendt med typiske problemer i forhold til patientens situation, idet den professionelle har mødt disse problemer flere gange før (Knudsen 1997, s. 125).

Set i lyset af mødet mellem jordemoderen og kvinden der er bekymret, fordi hun har passeret terminsdatoen, vil jordemoderen støtte kvinden ud fra hendes viden om den postterme graviditet, idet hun kan bruge sine erfaringer fra lignende graviditetsforløb. Vi forestiller os, at jordemoderen vil prøve at berolige kvinden ved at fortælle, at det er helt normalt at gå over tid, og at hun har set mange kvinder i samme situation. Jordemoderen vil i den ekspertdominerede relation trække på sin obstetriske viden, samt praksiserfaring, angående den postterme graviditet.

Det fremhæves i artiklen, at begrænsningen ved den ekspertdominerende relation er, at der ikke tages højde for det enkelte menneske, idet ekspertens viden er baseret på generelle træk hos en patientgruppe. Knudsen beskriver endvidere, hvordan den professionelle ekspertviden kan resultere i, at den professionelle ikke stiller sig ydmyg i relationen med patienten. En sådan relation vil resultere i modstand fra patienten rettet mod den professionelle (Knudsen 1997, s. 125 - 126).

Hvis jordemoderen udelukkende anvender sine erfaringer fra andre bekymrede postterme gravide, tolker vi, at hun risikerer ikke at have øje for årsagen til bekymringen hos den enkelte kvinde. Vi ved fra vores kliniske periode, at kvinder som passerer terminsdatoen kan være bekymrede af flere forskellige årsager. Eksempelvis er nogle bekymrede for barnets velbefindende, andre for kroppens evne til at kunne lave veer. Et eksempel på ekspertrelationens begrænsning kan være, hvis jordemoderen antager, at kvindens bekymring bunder i, at hun ikke tror på kroppens evne til at lave veer, og kvindens bekymring i virkeligheden drejer sig om barnets ve og vel. I en sådan situation er jordemoderen blind for hvilket aspekt vedrørende den postterme graviditet, som kvinden bør støttes i at håndtere. Dermed vil jordemoderen ikke kunne støtte den bekymrede kvinde i at håndtere sin situation gennem ekspertrelationen. Dog tænker vi, at ekspertrelationen kan være en brugbar relation, såfremt den forvaltes med ydmyghed. Hvis jordemoderen ikke forholder sig ydmyg overfor kvindens opfattelse af egen situation, kan det resultere i, at kvinden føler at hendes bekymringer vedrørende den postterme graviditet bliver overset. Man kan forestille sig, at kvinden vil være af den mening, at hun ikke kan finde støtte hos jordemoderen.

Vi har oplevet, at det ofte synes at være ekspertrelationen kvinden efterspørger hos jordemoderen. Vi ønsker nu at se nærmere på samhørighedsrelationen for at undersøge, hvad den kan bidrage med i forholdet mellem jordemoderen og kvinden.

*For første halvdel af afsnit 5.2.: Sofie Conrad*

### **Samhørighedsrelationen**

Samhørighedsrelationen karakteriseres ved, at den professionelle bevidst eller ubevidst

tydeliggør lighedstræk og tilstræber samklang imellem parterne. Relationen skaber et kontaktpotentiale via lighedspunkterne (Knudsen 1997, s. 126-127).

Det kan tolkes, at jordemoderen gennem samhørighedsrelationen kan fremhæve lighedstræk mellem hende selv og kvinden, når hun skal støtte den bekymrede kvinde. Eksempelvis kan jordemoderen fortælle kvinden, at hun også gik over tid, da hun var gravid, hvormed hun kan sætte sig ind i kvindens situation. På den måde kan jordemoderen imødekomme kvinden ved at fremhæve bekymringen som et lighedstræk, og herved hurtigt skabe kontakt med den bekymrede kvinde. Derfor tænker vi, at samhørighedsrelationen kan være en fordel, da jordemoderen og kvindens møde er af kort varighed, og at det kan være givtigt for jordemoderen hurtigt at skabe kontakt.

Dog fremhæver Knudsen, at den professionelle gennem samhørighedsrelationen kan overvurdere mængden af lighedstræk. Herved er der fare for, at den professionelle får en pseudoforståelse af patientens situation, idet elementer fra den professionelle egen verden blandes med patientens (Knudsen 1997, s. 129).

Vi forestiller os, at ovenstående kan gøre sig gældende såfremt jordemoderen ikke spørger ind til, hvad kvindens bekymring udspringer af, men blot antager, at kvindens bekymring udspringer af samme bevæggrund, som hendes egen. Herved kan jordemoderen opnå en pseudoforståelse af kvindens bekymring, idet hun ikke får kendskab til den bagvedliggende årsag til kvindens bekymring. Dette pointerer vigtigheden af, at jordemoderen er opmærksom på ikke at lade personlige erfaringer og betragtninger overskygge kvindens.

Knudsen beskriver, at spændingsfeltet mellem patient og professionel vil ophæves og forandringspotentialitet i relationen mindskes, hvis den professionelle ikke opsøger forskelligheder, uenighed og særstandpunkter. Den gode kontakt med patienten bliver et mål i sig selv (Knudsen 1997, s. 129 og 130).

Vi tolker, at jordemoderen skal udforske kvindens særtræk i bekymringen, for at finde ud af hvad kvinden er bekymret for. Hermed kan jordemoderen målrette sin støtte til kvinden. Udforsker jordemoderen ikke disse særtræk, tolker vi, at kvinden ikke bliver støttet i, at håndtere den usikkerhed som forårsager bekymringen. Vi forestiller os, at jordemoderen ikke vil være i stand til at hjælpe kvinden med at håndtere usikkerheden, såfremt hun ikke har kendskab til kvindens bevæggrunde. Via et kendskab til kvindens bevæggrunde muliggøres et forandringspotentiale, hvor jordemoderen kan støtte kvinden i at anskue og håndtere usikkerheden på andre måder.

Samhørighedsrelationen er dog ikke en relation som bør forkastes i mødet med den bekymrede kvinde. Vi forestiller os, at relationen kan være god til at etablere en fortrolighed, som kan danne grundlag for kontakt med den bekymrede kvinde.

Vi vil nu præsentere og analysere den tredje relationsform, som Knudsen betegner samarbejdsrelationen.

### **Samarbejdsrelationen**

Ifølge Knudsen fordrer samarbejdsrelationen en patientcentreret indsats. Knudsen understreger, at den professionelle ikke bør søge at få et helhedssyn, da dette kan resultere i frustration over mangel på tid og usammenhængende informationer. I stedet bør den professionelle selektere og forsøge at få et indblik i patientens tankeverden. Herved kan den professionelle afgøre, hvordan patientens holdning kan påvirkes i den aktuelle situation og patienten kan guides videre i dennes erkendelsesproces (Knudsen 1997, s. 131-134).

I forhold til vores problemformulering og kommende praksis tolker vi, at jordemoderen med fordel kan gøre brug af denne relationsform. Når jordemoderen møder den bekymrede kvinde i konsultationen, vil rammerne for mødet være cirka 20 minutter. Derfor er det væsentligt, at jordemoderen ikke stræber efter at opnå et helhedssyn, men i stedet formår at holde fokus på, hvad der er årsagen til kvindens bekymring. Hvis jordemoderen formår at selektere og holde fokus på, hvad der er svært for kvinden, kan kvinden føle, at det nytter noget at give udtryk for sin bekymring. Vi tolker, at jordemoderen herved kan støtte kvinden, ved at holde fokus på, hvad der er svært for kvinden. Dette begrundes vi med, at vi i praksis har oplevet, at nogle kvinder kan have svært ved at definere årsagen til deres bekymring. Ved at selektere, og derved se nærmere på, hvad der er årsag til kvindens bekymring, kan jordemoderen støtte kvinden til en erkendelsesproces, som kan være at kvinden bliver bevidst om årsagen til hendes bekymring.

Knudsen understreger, at de tre relationsformer sjældent forekommer i ren form. Valget af relationsform er situationsbestemt, og den professionelle kan således veksle mellem dem (Knudsen 1997, s. 138).

I forhold til vores problemformulering skal jordemoderen således kunne jonglere mellem de forskellige relationsformer alt afhængig af, hvilken kvinde hun sidder overfor. Det er således personen og situationen der er afgørende for, hvordan vægtning af relationsformerne skal forvaltes.

Vi har nu fundet ud af, at relationsformen er af væsentlig betydning i mødet mellem jordemoderen og den bekymrede kvinde. Vi finder det nu interessant, at undersøge hvordan jordemoderen verbalt kan støtte den bekymrede kvinde. Hertil vil vi se nærmere på Falks teori om eksistentiel angst.

*For sidste halvdel af afsnit 5.2.: Vigga Marie Norup Jensen*

### 5.3. Bent Falk: Eksistentiel angst

I sin bog, "At være -der, hvor du er", beskriver Falk blandt andet den eksistentielle angst. Vi ønsker at inddrage denne teori, idet vi mener, at Falk underbygger Antonovskys argument om, at stressorer, er en nødvendig del af menneskelivet, og ikke skal ses som noget negativt. Derudover giver Falk handleanvisninger på, hvordan man som sundhedsprofessionel kan støtte en person, der oplever den eksistentielle angst. Med henblik på hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen, finder vi det derfor relevant at se nærmere på begrebet eksistentiel angst, samt Falks handleanvisninger.

Falk beskriver eksistentiel angst som noget, der hører uløseligt sammen med at eksistere (Falk 2006, s. 15).

Vi har i vores opgave fokus på den usikkerhed og bekymring, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen, hvorimod Falk skriver om eksistentiel angst. En graviditet indebærer en ontologisk usikkerhed, hvorfor vi tolker, at oplevelsen af den ontologiske usikkerhed kan føre til eksistentiel angst. Hermed kan det analyseres, at den ontologiske usikkerhed, der er forbundet med at passere terminsdatoen, er den samme for alle kvinder. Derimod er den eksistentielle angst kvindens oplevelse af den ontologiske usikkerhed, og kan analyseres som en bevidstliggørelse af den ontologiske usikkerhed. Vi tolker, at den eksistentielle angst kan komme til udtryk hos kvinderne som bekymring. Fra praksis har vi erfaret, at den eksistentielle angst, her i form af bekymring, særligt kommer til udtryk, når kvinden har passeret terminsdatoen, fordi hun er opmærksom på, at mortaliteten stiger efter terminsdatoen.

Vi er nysgerrige på, hvordan jordemoderen kan støtte kvinden, som oplever den eksistentielle angst, hvorfor vi nu vil se nærmere på dette.

Ifølge Falk er den eksistentielle angst ikke en sygdom, der findes ikke en behandling herfor, og den kan ikke trøstes bort. Tværtimod er den en form for sundhed og er tegn på, at man har opdaget, hvor usikkert og ukontrollabelt livet er (Falk 2006, s. 15).

Vi tolker hermed, at jordemoderen ikke bør forsøge at fratage kvinden hendes usikkerhed og bekymring, eller trøste den bort, da bekymring, ifølge Falk, er et udtryk for sundhed. Vi tænker, at vi har forsøgt at trøste bekymringen bort, når vi i praksis har sagt: "*Det er helt normalt at gå over tid, barnet har det fint*". I denne situation har vi haft øje for kvindens usikkerhed og bekymring, og vi har derfor forvaltet situationen uhensigtsmæssigt ved at forsøge at trøste bekymringen bort.

Kvinden har opdaget, at livet er ukontrollabelt og usikkert, og der er ting, såsom barnets ve og vel, eller hvornår hun går i fødsel, som hun ikke er i stand til at kontrollere. Vi

tænker, at det er en svær situation at forvalte som jordemoder, idet jordemoderen, såvel som kvinden, må acceptere at den eksistentielle angst hører livet til.

Som jordemoder er det nærliggende at have et ønske om, at kunne hjælpe kvinden med at navigere i den situation, som hendes bekymring sætter hende i.

Falk skriver, at det mest trøstende er, at få lov at føle det man føler. Hjælperen skal skabe et rum for følelserne, hvor han eller hun formidler den kontakt, som er den ægte trøst. Hvis hjælperen afviser den andens følelser, vil det føre til en afstand mellem parterne (Falk 2006, s. 35).

Set i lyset af vores problemformulering skal jordemoderen støtte den bekymrede kvinde, ved at skabe plads til, at kvinden kan få sine følelser italesat, og hermed sin bekymring. Såfremt kvinden føler, at jordemoderen giver plads til hendes bekymring, kan jordemoderen formidle en kontakt mellem hende og kvinden. Vi analyserer, at dette kan resultere i, at kvinden føler, at hendes bekymring bliver taget alvorligt. Ligeledes skal jordemoderen være opmærksom på, at hun ikke afviser kvindens følelser, eksempelvis ved at respondere med overordnede floskler, såsom *"Det er helt normalt at passere termin, du skal ikke være bekymret"*. Hun kan herved komme til at negligere kvindens følelser, og får ikke formidlet den kontakt, der i virkeligheden er den ægte trøst. I stedet opstår en afstand mellem kvinden og jordemoderen.

Da det i nogle situationer kan være svært at få indblik i den andens parts følelser, må jordemoderen bestræbe sig på, at få dette gjort på en hensigtsmæssig måde. Falk giver nogle handleanvisninger på, hvorledes jordemoderen kan spørge ind til disse følelser.

*For første halvdel af afsnit 5.3.: Malene Tranekær*

Det fremhæves, at hjælperen kan hjælpe den hjælpsøgende med at sætte ord på, hvad vedkommende føler. Dette kan gøres ved at stille følgende spørgsmål: "Hvad føler du? Hvad vil du? Hvad har du tænkt dig at gøre ved det?" (Falk 2006, s. 14, 18).

Jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde ved at benytte de præsenterede spørgsmål. Vi tænker, at hun herved signalerer oprigtig interesse for, hvordan kvinden oplever sin situation. Samtidigt mener vi, at dette kan være en direkte måde at få indblik i, hvad kvinden føler. Dog kan det være en udfordring, hvis kvinden ikke tør, eller har lyst til at svare på disse spørgsmål.

Set i lyset af vores problemstilling, bør jordemoderen spørge ind til kvindens følelser omkring at have passeret terminsdatoen. Herved får jordemoderen indblik i, om kvinden eksempelvis er bekymret for barnets ve og vel, eller er bekymret for kroppens evne til at lave veer. Ligeledes kan jordemoderen spørge ind til, hvad kvinden gerne vil – håber hun at blive sat i gang? Har hun brug for information, eller vil hun gerne mødes med nærvær og forståelse? Ydermere kan jordemoderen spørge ind til, hvad kvinden har tænkt sig at



gøre ved sin situation, hvormed jordmoderen kan få et indblik i, hvordan kvinden håndterer sin bekymring. Vi forestiller os, at den indsigt som spørgsmålene afføder, kan hjælpe jordmoderen til at målrette sin støtte til den bekymrede kvinde.

Da spørgsmålene er meget direkte, tænker vi, at de egner sig godt i jordmoderkonsultationen, da rammerne for konsultationen som oftest kun er tyve minutter.

Vi forestiller os, at disse spørgsmål vil kunne bidrage positivt til jordmoderens samtale med den bekymrede kvinde. Dog mener vi, at denne samtale byder på endnu en udfordring, hvilket vi vil komme nærmere ind på i det følgende afsnit.

Falk skriver endvidere, at mange professionelle, der har samtalen som værktøj, har et ønske om altid at kunne sige noget. Hvis den professionelle finder det svært at sige noget, er det fordi, der er noget ved situationen, vedkommende ikke kan lide, for eksempel sin egen magtesløshed (Falk 2006, s. 23).

Dette kan analyseres som et udtryk for vore egne bevæggrunde, blandt andet for at skrive dette projekt. Vi tænker, at Falk har et budskab, som vi bør tage med os i vores kommende jordemoderliv.

Jordmoderen kan finde mødet med den bekymrede kvinde, som har passeret terminsdatoen, svært. Dette fordi jordmoderen er i en situation, hvor hun kan komme i tvivl om, hvad hun skal sige. Herved kan det tolkes, at der er noget jordmoderen ikke kan lide i kontakten med kvinden, der har passeret terminsdatoen. Vi forestiller os, at jordmoderen finder situationen svær, idet hun ikke kan berolige og forsikre den bekymrede kvinde om, at hendes barn ikke dør. Jordmoderen kan trods risikoopsoring og tidligere erfaringer ikke sikre, at kvindens barn ikke dør. Dette ligger udenfor jordmoderens magt, og hun bliver konfronteret med sin egen magtesløshed. Jordmoderen må derfor acceptere, at hun ikke kan fjerne kvindens bekymring.

Vi spekulerer på, om jordmoderen kan supplere sin støtte yderligere og ønsker derfor at inddrage Moberg og Peterssons forskning om oxytocins virkning, da vi anser denne som et fysiologisk bidrag til, hvordan jordmoderen kan støtte den bekymrede kvinde.

*For sidste halvdel af afsnit 5.3.: Sisse Rodkjær Nielsen*

#### 5.4. Moberg & Petersson: Oxytocins betydning

Vi har i det forrige undersøgt, hvorledes psykologiske teorier kan bidrage til at finde et svar på vores problemformulering. For at opnå et nuanceret svar, finder vi det relevant også at se nærmere på det fysiologiske aspekt, da vi spekulerer på, om det kan være fordelagtigt at anvende denne indgangsvinkel i mødet med den bekymrede kvinde. Moberg og Petersson har forsket i oxytocins virkning i kroppen, og har forfattet artiklen *"Antistress, følelser, empati og social støtte"*, hvori de fremhæver oxytocins betydning for kroppens antistress-system. Vi ønsker derfor at undersøge oxytocins fysiologiske virkning i kroppen, samt hvilke mekanismer, der stimulerer til produktion og frigivelse af oxytocin. Vi er klar over, at kapitlet omhandler tilstanden stress, mens vi i vores projekt har fokus på den bekymrede kvinde. Til trods herfor mener vi, at kapitlet kan anvendes, idet der kan argumenteres for, at kvindens bekymring kan udvikle sig til stress. Som udgangspunkt vil vi se nærmere på, hvordan stress påvirker kroppen. Dernæst vil vi undersøge anti-stresssystemet, og oxytocins betydning for dette. Slutteligt vil vi undersøge, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde ud fra denne viden.

Ifølge Moberg og Peterson aktiveres kroppens stresssystem blandt andet, hvis personen opfatter sig selv som overbelastet eller føler, at vedkommendes ressourcer ikke længere er tilstrækkelige. Hvis en person udsættes for stress vil hormonbalancen ændre sig. Moberg og Petersson beskriver, hvordan kroppen reagerer, når den bliver udsat for stress. Vi vil i det følgende se nærmere på hormonernes rolle i stresssystemet.

Hormonerne CRH<sup>4</sup> og vasopressin dannes i amygdala og hypothalamus, og spiller en særlig rolle i den overordnede stresskontrol. CRH stimulerer til frigørelsen af ACTH<sup>5</sup>, som stimulerer til frigørelse af kortisol. Det autonome nervesystem, herunder sympaticus, aktiveres ligeledes. Aktiveringen af stresssystemerne aktiverer til blodtryksstigning, øget vagtsomhed, aggressivitet og arousal (Moberg & Petersson 2005, s. 356 - 357).

Den præsenterede fysiologiske respons er aktiv hos en person med stress. Kvinden vi beskæftiger os med, er ikke stresset, men vi tolker, at hun, i kraft af sin bekymring, har en risiko for at udvikle stress. Eksempelvis hvis hun føler, at hendes ressourcer ikke er tilstrækkelige til at håndtere dét, at have passeret terminsdatoen.

Når jordemoderen skal støtte den bekymrede kvinde, kan hun derfor være opmærksom på, at forebygge aktiveringen af kvindens stresssystem. Vi anser det som vigtigt, at jordemoderen forsøger at forebygge udvikling af stress hos kvinden, idet vi tolker, at stress kan vanskeliggøre kvindens håndtering af situationen. Vi har i praksis oplevet, at nogle kvinder, der har passeret terminsdatoen, kan reagere ved at være enten bange, vrede

---

<sup>4</sup> CRH: Corticotropin-releasing hormone

<sup>5</sup> ACTH: Adrenocorticotropic Hormone

eller aggressive, hvilket vi ser som et tegn på aktiveringen af stresssystemet. I en sådan situation, kan det være svært for jordemoderen, at støtte kvinden udelukkende via samtale. Derfor vil vi i det følgende se nærmere på, hvordan jordemoderen kan forebygge at kvindens stresssystem aktiveres.

Som modpol til kroppens stresssystem præsenterer Moberg og Petersson et antistresssystem. Antistresssystemet aktiveres blandt andet ved berøring, varme og nærvær, samt ydre faktorer af beroligende, varmende og støttende natur. Antistresssystemet er knyttet til åbenhed og positiv social interaktion (Moberg & Petersson 2005, s. 356).

På baggrund af dette forestiller vi os, at der findes en tilstand, som kan afbøde følelsen af utilstrækkelige ressourcer og overbelastning. Vi forestiller os derfor, at det kan være fordelagtigt, at jordemoderen kender til denne tilstand, og hvordan den fremmes, da hun derved kan bruge denne viden til at støtte den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen. Vi tolker, at jordemoderen kan målrette sin støtte til kvinden, hvis hun formår at aktivere kvindens antistresssystem, da kvinden vil agere mere åben for interaktionen med jordemoderen. Ved åbenhed overfor interaktion forestiller vi os, at det er lettere for jordemoderen at etablere en samarbejdsrelation, idet nogle kvinder kan være i en situation, hvor det umiddelbart kan være svært at skabe kontakt. Endvidere tolker vi, at jordemoderen kan aktivere antistresssystemet ved både fysiologiske og psykologiske metoder. Vi forestiller os, at jordemoderen kan aktivere antistresssystemet gennem samtale, således kvinden føler sig imødekommet. Ydermere kan jordemoderen benytte sig af det fysiologiske aspekt. Eksempelvis ved at lægge en hånd på kvindens arm under samtalen, eller ved den fysiske kontakt i forbindelse med den udvendige undersøgelse.

Ud fra den tese, at jordemoderen gennem blandt andet berøring og nærvær kan støtte kvinden i at håndtere usikkerheden og bekymringen, finder vi det nu relevant, at undersøge baggrunden for antistresssystemet.

Ifølge Moberg og Petersson spiller oxytocin en unik rolle i kroppen, idet oxytocin hæmmer de mekanismer, der aktiverer stresssystemet. Moberg og Petersen mener, at oxytocin sandsynligvis reducerer produktionen og frigørelsen af CRH. Derfor kan oxytocin frigivelse skabe et mønster af mental ro, fysisk afslapning (Moberg & Petersson 2005, s. 357).

Da vi har fokus på den bekymrede kvinde, finder vi det interessant, at oxytocin har stor betydning i kroppen, idet man gennem frigivelse af oxytocin kan opnå en tilstand af mental ro, fysisk afslapning. Vi forestiller os, at en øget oxytocin frigivelse vil have en positiv indvirkning på den bekymrede kvindes håndtering af at have passeret terminsdatoen. I lyset af dette er det vigtigt, at jordemoderen får kendskab til oxytocins virkning, samt ved, hvilke muligheder hun har for at højne oxytocin niveauet hos den bekymrede kvin-

de. Herigennem kan jordmoderen støtte kvinden eksempelvis ved berøring, og således øge oxytocinfrigivelsen. Derudover kan hun informere kvinden om, hvilken virkning oxytocin har, og hvad kvinden selv kan gøre for at fremme oxytocin frigivelsen. Vi er opmærksomme på, at Moberg og Petersson, anvender ordet "sandsynligvis" af oxytocins påvirkning af CRH. Dette illustrerer, at der ikke forelægger et klart bevis på, at oxytocin hæmmer stresshormonet CRH. Imidlertid konkluderer forfatterne at oxytocin spiller en vigtig rolle i forhold til stress, hvorfor vi i det følgende afsnit vil se nærmere på Moberg og Peterssons fremlægning af oxytocins påvirkning af centralnervesystemet. *For første halvdel af afsnit 5.4.: Sofie Conrad*

Moberg og Petersson fremhæver, at oxytocin ikke blot er et hormon, men også et signalstof i hjernen. Via rollen som både hormon og signalstof påvirker oxytocin et centralt nervøst mikronervesystem, der udgår fra hypothalamus. Her virker oxytocin ved at dæmpe funktionen i de centralnervøse mekanismer, som koordinerer og udløser stressystemet, hvormed stress modvirkes. Moberg og Petersson beskriver systemet som et oxytocinergt<sup>6</sup> nervesystem i hjernen (Moberg & Petersson 2005, s. 356 - 358).

Herved kan vi analysere, at der åbnes op for et nuanceret billede af nervesystemet. Med præsentationen af det centralnervøse mikronervesystem spiller oxytocin en større rolle end før antaget. Oxytocin virker således to steder i organismen. Både som hormon i blodbanen og som signalstof i hjernens centralnervøse mikronervesystem. Dette understreger vigtigheden af, at jordmoderen i sin støtte til den bekymrede kvinde, har fokus på mekanismer, der kan øge oxytocin frigivelsen. Vi kan ud fra ovenstående analysere, at jo mere oxytocin der frigives i det centralnervøse mikronervesystem, desto mere vil stressystemet og stress modvirkes hos den bekymrede kvinde.

Som før nævnt kan blandt andet berøring øge oxytocinfrigørelsen. Derfor vil vi nu præsentere og analysere på, hvorfor berøring kan føre til aktivering af antistresssystemet.

Moberg og Petersson beskriver, at myeliniserede A-fibre formidler berøringsstimuli til hjernen. Dels formidles de til den sensoriske hjernebark, og dels til mere basale dele af hjernen, som foretager en emotionel farvning af sensoriske stimuli. C-fibre har samme funktion, hvilket er en ny forståelse, af C-fibre idet de tidligere kun anskuedes som smerteledende fibre. Gennem A- og C-fibrenes funktion, er der belæg for, at berøring kan resultere i fysiologisk afslapning (Moberg & Petersson 2005, s. 362).

Hermed giver forfatterne en fysiologisk forklaring på, hvorfor berøring og massage kan give en følelse af ro og velvære. Jordmoderen kan i sin støtte bevidst anvende sin viden om, hvordan den ældre del af hjernen er ansvarlig for formidlingen af følelser. Hun kan eksempelvis lægge en hånd på den bekymrede kvindes skulder, med det formål at øge

---

<sup>6</sup> Ved begrebet oxytocinergt forstås et system af receptorer, der er styret af oxytocin.

kvindens følelse af afslapning. Vi tænker derfor, at den fysiologiske viden, kan blive en implementeret del af jordmoderens støtte. På denne måde kan jordmoderen, via stimulering af berøringsnervernes A- og C-fibre, nå kvinden på et ubevidst følelsesmæssigt plan. Herigennem kan jordmoderen give kvinden en samtidig følelse af fysiologisk og mental afslapning.

Vi tænker, at jordmoderen kan støtte kvinden ved at fortælle hende, at massage og berøring kan virkede afslappende, og eventuelt foreslå kvinden, at hun kan få massage af sin mand eller en anden pårørende. Som bonus forestiller vi os, at dette også kan skabe en stærkere tilknytning mellem kvinden, hendes partner og deres ufødte barn.

Kvinden får således tilgængelige teknikker til at opnå en større grad af mental og fysisk afslapning. Via disse teknikkerne kan hun måske bedre håndtere den usikkerhed og bekymring, der kan være forbundet med at have passeret terminsdatoen.

Vi har nu analyseret, hvordan berøring, kan bidrage til jordmoderens støtte til den bekymrede kvinde. Vi kan stille spørgsmålstejn ved, om alle kvinder vil have gavn af berøring. Vi vil derfor, med afsæt i Moberg og Peterssons teori, se nærmere på, hvordan jordmoderen kan øge oxytocin frigørelsen uden berøring.

Forfatterne fremhæver, at antistresssystemet ikke kun aktiveres via berøring i konkret forstand, men også kan aktiveres ved mentale stimuli, som en venlig og støttende omverden (Moberg & Petersson 2005, s. 365).

Ud fra ovenstående kan vi udlede, at jordmoderen bør være bevidst om, at hun skal møde kvinden på en støttende og venlig måde, idet hun er del af kvindens omverden. Dermed kan det analyseres, at jordmoderen kan være medvirkede til, at kvindens anti-stress-system aktiveres. I vores optik kan jordmoderen agere støttende og venlig eksempelvis ved at holde øjenkontakt, være bevidst om sit kropssprog, sin mimik og stemmeføring, samt at lytte aktivt. Desuden er det vigtigt, at kvindens omverden bidrager til, at hun oplever omverdenen som venlig og støttende. Eksempelvis kan jordmoderen informere parret om betydningen af, at venner og familie er venlige og støttende og ikke medvirker til at øge kvindens usikkerhed og bekymring.

Ud fra ovenstående analyse af Moberg og Petersson kan vi udlede, at jordmoderen både skal medtænke fysiologiske og psykologiske aspekter, når hun skal støtte kvinden som er bekymret over at have passeret terminsdatoen. Vi finder Moberg og Peterssons teori relevant i forhold til håndteringen af usikkerheden, idet den bidrager med konkrete handlinger, som både jordmoderen og kvinden kan drage nytte af. Derudover bidrager teorien i vores optik, som et godt supplement til de allerede præsenterede psykologiske teorier. Vi vil i det følgende se nærmere på, hvordan kvinder, der har passeret terminsdatoen, anskuer den postterme graviditet.

## 5.5. Heimstad et al.: Kvindens perspektiv

I vores projekt ønsker vi at undersøge, hvorledes jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde i at håndtere usikkerheden ved at have passeret terminsdatoen. Vi har i det forrige undersøgt psykologiske og fysiologiske faktorer, som jordemoderen bør være sig bevidst om i sin støtte til den bekymrede kvinde. For at opnå et mere nuanceret svar på problemet, finder vi det relevant at belyse kvindernes oplevelse af at passere terminsdatoen og derigennem hvordan jordemoderen kan støtte kvinden. Ifølge Heimstad et al. foreligger der ikke megen evidens på dette område (Heimstad et al. 2007, s. 950). Vi ønsker derfor at inddrage den videnskabelige artikel *Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labour for post-term pregnancy*, af Heimstad et al. til at belyse kvindens perspektiv på den postterme graviditet.

Præsentation og analyse af denne undersøgelse vil blive delt op i følgende underpunkter:

- Formål
- Metode
- Resultater

### 5.5.1. Formål

Forfatterne beskriver, at ventetiden efter terminsdatoen hos mange gravide kan resultere i bekymring. Formålet med studiet var, at undersøge holdninger til og oplevelser af den postterme graviditet blandt kvinder, der blev sat i gang ved GA 41+0 eller afventede spontan fødsel med monitorering hver tredje dag efter GA 41+0. Ydermere ønskede forskerne at undersøge kvinders oplevelse af og holdninger til, hvordan den postterme graviditet skal håndteres (Heimstad et al. 2007, s. 950).

Forfatternes postulat om, at den postterme graviditet kan resultere i bekymring, underbygger vores erfaring fra praksis. Vi finder det interessant, at forfatterne inddrager kvindens perspektiv på den postterme graviditet, samt undersøger hvordan kvinderne ønsker denne skal håndteres. Ligeledes beskæftiger den sig med den postterme graviditet og ikke graviditas prolongata, hvilket gør den yderligere anvendelig til belysning af vores problemstilling.

For afsnit 5.5.1.: Sisse Rodkjær Nielsen

### 5.5.2. Metode

Heimstad et al. har foretaget en RCT over en toårig periode, hvor 614 kvinder blev vurderet kvalificerede til at deltage i undersøgelsen. I alt indgik 508 kvinder i undersøgelsen, idet 106 kvinder, blev fravalgt, på grund af, at de eksempelvis ikke kunne tale

norsk, eller af logistiske årsager. Inklusionskriterierne var singleton graviditet, barn i hovedstilling og ingen vandafgang uden veer. I undersøgelsen har forskerne valgt en P-værdi på  $\leq 0,05$ .

Kvinderne blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, når de var 1 uge over den ultralydsfastsatte termin. Her blev de computerrandomiseret, til enten igangsættelse indenfor 24 timer eller til at afvente spontan fødsel. Afventede kvinden spontan fødsel indebar dette fosterovervågning hver tredje dag frem til fødslen. (Heimstad et al. 2007, s. 950-952).

Studiedesignet er en RCT, hvilken er placeret højt i evidenshierakiet (Juul 2004, s 175). Via randomiseringen søger forskerne at opnå to sammenlignelige grupper, gennem en tilfældig fordeling og forsøger derved at forebygge bias (Wulff & Götzsche 2006, s. 169, 172). Vi vurderer, at forskernes valg af p-værdi er udtryk for undersøgelsens validitet. Ved at bruge p-værdi  $\leq 0,05$  betyder det, at der er 95 % sikkerhed for, at resultaterne ikke skyldes et tilfælde (Wulff & Götzsche 2006, s. 278).

Vi mener, at inklusionskriterierne er rimelige i forhold til undersøgelsens formål, da det for eksempel ville være uetisk at lade en gravid med en patologisk graviditet passere terminsdatoen. Inklusionskriterierne harmonerer godt med den kvinde, vi fokuserer på i projektet, hvilket styrker studiets relevans i forhold til vores problemformulering. En forskel er imidlertid, at kvinderne i Danmark ikke får tilbudt fostermonitorering hver tredje dag, når de har passeret terminsdatoen, hvorfor vi vil være opmærksomme på dette aspekt i vores diskussion.

Vi ser det som en styrke, at randomiseringen er foregået via en computer, idet forskerne herved undgår, at præge randomiseringsprocessen i en given retning. Randomiseringen forebygger ligeledes selektionsproblemer, hvilket højner den interne validitet (Juul 2004, s. 243).

Kvinderne fik ved inklusionen i GA 41+0 udleveret et spørgeskema vedrørende deres holdning til den postterme graviditet, samt graviditetens påvirkning af deres helbreds-mæssige livskvalitet. Spørgeskemaet var udformet efter den norske version af SF-36, hvilket er et standardiseret og validt spørgeskema, som indeholder 36 spørgsmål af fysisk, social og mental karakter. Analysen af spørgeskemaerne blev udført ud fra et standardiseret scoringssystem. Spørgeskemaet omkring kvindernes holdning til den postterme graviditet, blev udformet af forskerne i samarbejde med jordemødre, læger og gravide kvinder. Det blev testet i et pilotstudie, før det blev anvendt i undersøgelsen. Svarmulighederne var lukkede, idet de var inddelt i enig, delvis enig, delvis uenig og uenig (Heimstad et al. 2007, s. 950-952).

Det strukturerede spørgeskema, som kvinderne fik udleveret i GA 41+0, har den fordel, at man hurtigt og billigt kan indsamle data, der beskriver kvindernes holdning til den

postterme graviditet. Derudover er det en fordel, at forskerne via spørgeskemaerne kan indsamle data fra et bredt udsnit af de postterme kvinder (Launsø & Rieper 2005, s. 119-120). Ulempen er, at kvindernes perspektiv ikke medtages, hvis det rækker ud over, hvad forskerne har defineret via spørgeskemaet. Derfor forestiller vi os, at der kan være visse problemer ved at anvende et standardiseret spørgeskema, når man har et individorienteret fokus. Et problem kan, set i lyset af vores problemformulering, være, at forskerne risikerer ikke at få et dyberegående indblik i årsagen til kvindernes bekymring. Vi finder det positivt, at der i udarbejdelsen af spørgeskemaet, angående kvindernes holdning til postterm graviditet, både deltog jordemødre, læger og gravide kvinder. Vi forestiller os, at dette har bidraget til, at spørgsmålene var relevante og forståelige for både fag- og lægfolk. Yderligere er det positivt, at spørgeskemaet har været testet gennem et pilotstudie, idet forskerne har haft mulighed for, at kunne justere på spørgsmålene, således funktionen af spørgeskemaet kunne effektiviseres.

Efter 6-8 måneder foretog forskerne et telefonisk follow-up interview, som var baseret på samme spørgeskema, som kvinderne havde fået udleveret GA 41+0. Kvinderne blev spurgt om deres holdning til den behandling, de var randomiseret til og deres fødsel. Forfatterne forholder sig til, at kan være svært at genkalde sig holdninger og oplevelser i takt med at tiden går, men mener dog, at dette ikke gør sig gældende i forhold til fødsler. Heimstad foretog 78 % af interviewene, mens de resterende interviews blev udført af en sekretær (Heimstad et al. 2007, s. 951, 954).

Telefoninterviewet, har den fordel, at der er mulighed for at registrere mere komplekse forhold, samt at interviewerens kan hjælpe kvinden med forståelsen af spørgsmålene. Bevidst eller ubevidst kan interviewerens dog komme til at påvirke kvindens svar, ligeledes er der en risiko for, at kvinden gerne vil gøre et positivt indtryk på forskeren, og derfor lader dette influere på svarene (Juul 2004, s. 114).

Vi forestiller os, at der både kan være fordele og ulemper forbundet med, at Heimstad selv foretog 78 % af telefoninterviewene. Fordelen er, at kvinderne sandsynligvis blev spurgt med samme vægtning af spørgsmålene. Dette øger den interne validitet. Ulempen kan være, at Heimstad ubevidst har lagt større vægt på enkelte spørgsmål, samt at hun måske kunne tolke kvindernes svar ensidigt. I forhold til den bekymrede kvinde anser vi det som værende problematisk, at der går 6-8 måneder før interviewet udføres. Vi mener, at det kan være svært for kvinden at genkalde sig de følelser, der var forbundet med at passere terminsdatoen.

*For afsnit 5.5.2.: Sisse Rodkjær Nielsen*



### 5.5.3. Resultater

I det følgende vil vi se nærmere på de resultater fra undersøgelsen, der er relevante for vores problemformulering, herunder kvindens bekymring for barnet.

Forfatterne har i en tabel opstillet kvindernes holdning til den postterme graviditet i GA 41. Da vi i vores projekt har fokus på den bekymrede kvinde, vil vi i det følgende præsentere de udsagn og resultater, som illustrer bekymringen.

**Tabel 1. Kvindernes holdning til den postterme graviditet ved GA 41+0**

|   | Enig                | Delvis enig         | Delvis uenig       | Uenig             |
|---|---------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Jeg føler mig tryk, hvis jordemoderen/lægen siger, at alt er okay | 62,2 %<br>(n= 311)  | 36,2 %<br>(n= 181)  | 1,4 %<br>(n=7)     | 0 %<br>(n=0)      |
| Jeg føler mig tryk med regelmæssig CTG og ultralydsscanning       | 63,6 %<br>(n=318)   | 33,6 %<br>(n= 168)  | 2,1 %<br>(n= 10)   | 0,8 %<br>(n= 4)   |
| Jeg føler mig bekymret for barnet i uterus før fødslen            | 30,4 %<br>(n = 152) | 48,2 %<br>(n = 241) | 14,6 %<br>(n = 73) | 6,8 %<br>(n = 34) |

(Heimstad et al. 2007, s. 953).

Set i lyset af vores problemformulering er det interessant, at 30,4 % af kvinderne svarede, at de var enige i svarkategorien omhandlende bekymring for barnet i uterus før fødslen. Ydermere svarede 48,2 % af kvinderne, at de var delvis enige (Heimstad 2007, s. 953). Det vil sige, at 78,6 % nærede bekymring for barnet. Vi kan herudfra analysere, at mange kvinder nærer bekymringen for barnet i den postterme graviditet. Dette underbygger vores erfaringer fra praksis, hvorfor det er relevant, at jordemoderen er opmærksom på kvindens bekymring.

Imidlertid kan det ses af figuren, at 97,2 % af kvinderne føler sig trygge med regelmæssig fostermonitorering i form af CTG eller ULS. Derved kan det analyseres, at fagpersoner via teknologi, kan støtte kvinden i at håndtere den usikkerhed, der er forbundet med at have passeret terminsdatoen. Ligeledes illustrerer tabellen, at fagpersoners tilkendegivelse af, at graviditeten forløber normalt resulterer i, at 98,4 % af kvinderne føler sig trygge. Vi spekulerer på, om jordemoderen kan støtte kvinden ud fra en behovsundersøgelse, og om støtten nødvendigvis skal indebære fostermonitorering? Ud fra tabellen kan det imidlertid, at det essentielle for kvinderne er, at de føler, at der bliver taget hånd om dem, og de ikke lades alene, efter de har passeret terminsdatoen. Dette fordi kvinderne i undersøgelsen, angiver stort set samme oplevelse af tryghed, hvad enten de tilbydes fostermonitorering eller et møde med en fagperson. I henhold til vores problemformule-

ring kan jordemoderens støtte derfor bestå i en tilkendegivelse af, at graviditeten fortsat forløber normalt.

Studiet konkluderer, at de fleste kvinder, som har passeret terminsdatoen, ønsker en igangsættelse i GA 41 (Heimstad et al. 2007, s. 955).

Ud fra studiets konklusion kan det tolkes, at kvindernes ønske om igangsættelse kan have en sammenhæng med usikkerheden og bekymringen, der er forbundet med den postterme graviditet. Ud fra dette kan vi analysere, at kvinden ved hjælp af igangsættelse af fødslen føler, at hun kan håndtere usikkerheden bedre, da hun nu kan se en ende på graviditeten, og hendes bekymring vil mindskes. Herudfra bør jordemoderens støtte bestå i, at kvinden henvises til en obstetriker med henblik på en igangsættelse.

Studiet påviste dog, at mere end 95 % af kvinderne følte, at det ville være sikkert at fortsætte den postterme graviditet, såfremt de blev tilbudt fostermonitorering eller blev set af en læge (Heimstad et al. 2007, s. 952).

Dette mener vi står i kontrast til studiets konklusion om, at kvindernes ønske er, at den postterme graviditet håndteres med igangsættelse i GA 41. At 95 % af kvinderne føler det sikkert at fortsætte graviditeten, forudsat kontrol, vidner om vigtigheden af, at kvinderne føler, der bliver taget hånd om dem, efter de har passeret terminsdatoen. Det kan tolkes, at kvinderne har ressourcer til at håndtere den usikkerhed og bekymring, som de oplever efter at have passeret terminsdatoen, hvis de bliver fulgt med kontroller. Vi spekulerer derfor på, om dette indbyder til alternativer til håndteringen af den postterme graviditet, hvilket vi vil komme nærmere ind på i vores diskussion.

Afslutningsvis vil vi nu forholde os til undersøgelsens metode, samt hvorvidt undersøgelsens resultater kan overføres til dansk praksis.

Vi stiller os undrende overfor forskernes valg af studiedesign, idet de, i vores optik, stiller et kvalitativt forskningsspørgsmål, men vælger et kvantitativt studiedesign. Vi mener, det er problematisk at anvende en kvantitativ metode til at undersøge et kvalitativt forskningsspørgsmål.

Set i en skandinavisk kontekst, mener vi, at studiets eksterne validitet er høj. Dette fordi, at den norske og danske svangreomsorg er nogenlunde sammenlignelige. Dog med den undtagelse, at kvinderne i undersøgelsen blev set hver tredje dag efter GA 41+0, hvilket ikke er praksis i Danmark. Det svækker overførbarheden, at gruppen, som afventede spontan fødsel, fortsatte graviditeten helt til GA 42+5, hvilket ikke afspejler dansk praksis, hvor kvinderne tilbydes igangsættelse i GA 42+0. Dog ser vi studiet som en mulig inspirationskilde til, hvordan jordemoderen i dansk praksis kan støtte kvinden i at håndtere den usikkerhed, der er forbundet med den postterme graviditet.

## **6. Diskussion**

Gennem projektet har vi belyst forskellige måder, hvorpå jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde, i at håndtere usikkerheden ved at have passeret terminsdatoen. Vi vil nu diskutere fordele og ulemper ved de præsenterede teorier og se nærmere på, hvorledes jordemoderen kan benytte disse for at optimere sin støtte til kvinden.

Ud fra vores analyse af Antonovsky, har vi fundet frem til, at jordemoderen kan anvende salutogenesen i sin tilgang til den postterme kvinde. Vi vil derfor i det følgende diskutere, hvorledes salutogenesen kan imødekommes, via de handleanvisninger vi har analyseret os frem til, ved henholdsvis Falk, Knudsen, samt Moberg og Petersson. Dette diskuteres slutteligt i forhold til Heimstad et al.s konklusion vedrørende håndteringen af den postterme graviditet. Diskussionen vil blive struktureret ud fra tre overordnede spørgsmål.

### **6.1. Hvilke kvaliteter kan der være i den postterme graviditet?**

Ifølge vores analyse af Antonovsky bør jordemoderen støtte kvinden i at opfatte den postterme graviditet, som en del af livet. I og med den postterme graviditet kan være bekymringskabende, kan den, i lyset af Antonovskys teori, anses som en stressor. Vi finder det interessant, at der er et vækstpotentiale heri. Kvindens bekymring, i forbindelse med at have passeret terminsdatoen, skal dermed ikke nødvendigvis opfattes negativt.

Denne anskuelse understøttes af Falk, idet han fremhæver, at den eksistentielle angst hænger uløseligt sammen med at eksistere. Mennesker håndterer stressorer forskelligt, ligeledes er oplevelsen af den eksistentielle angst subjektiv. I vores analyse af Falk nåede vi frem til, at kvindens bekymring i den postterme graviditet kan ses som et tegn på sundhed. Endvidere beskriver vi, i vores analyse af Antonovsky og Falk, at der er mulighed for udvikling og vækst, hvis kvinden fortsætter den postterme graviditet. Dette er en ny måde at anskue bekymringen og den postterme graviditet på. Jordemoderen skal derfor have denne anskuelse, for at hun kan støtte den bekymrede kvinde i den postterme graviditet. Dette begrundes vi med, at hvis jordemoderen ikke kan se kvaliteter i bekymringen i forbindelse med den postterme graviditet, vil hun have svært ved at støtte kvinden i at fortsætte graviditeten. Dette kan ses som et argument for, at jordemoderen bør anvende salutogenesen som grundlag for sin støtte.

Det førnævnte vækstpotentiale lader sig ikke umiddelbart definere gennem de inddragede kilder i projektet. Årsagen hertil er, at væksten skal forstås som en subjektiv oplevelse, som derfor er undefinerbar. Man kan forestille sig, at oplevelsen af vækst kan variere

fra kvinde til kvinde. Det vil sige, at væksten ikke er målbar, og der eksempelvis ikke kan fremlægges en konkret procentdel af kvinder, som vil opleve personlig vækst ved at fortsætte den postterme graviditet. Vækstpotentialet kan derfor være udfordrende at inddrage i debatten vedrørende håndteringen af den postterme graviditet. Dette da DSOG's argumentation udgøres af målbare resultater fra videnskabelige undersøgelser, hvorimod det som før skrevet, ikke er muligt at gøre personlig vækst op i tal. Det bør dog ikke nedtone vigtigheden af, at inddrage dette aspekt i debatten. Det kan umiddelbart virke overfladisk, at vækstpotentialet, som er forbundet med den postterme graviditet, ikke lader sig definere. Imidlertid tænker vi, at dette er generelt, når man arbejder med mennesker, idet det ikke er muligt at generalisere på subjektive oplevelser.

Vi forestiller os, at nogle kvinder vil kunne komme styrkede igennem den postterme graviditet, og vil få en oplevelse af, at de har lært sig selv og deres krop bedre at kende. Dog mener vi også, at det kan diskuteres, hvorvidt det er alle kvinder, som vil kunne udvikle sig i en sådan situation. Vi forestiller os, at det for nogle kvinder ikke vil være muligt at håndtere bekymringen i den postterme graviditet, hvorved de ikke vil kunne opnå vækst. Vi undrer os over, hvordan jordemoderen kan støtte kvinden, der ikke kan håndtere sin stressor. Umiddelbart er det nærliggende at fjerne kvindens bekymring ved at henvise hende, med henblik på en igangsættelse. Vi mener dog, at det kan diskuteres, hvorvidt en rimelig løsning på en bekymring er, at fjerne den ved at inducere. Det kan tænkes, at man blot vil flytte bekymringen fra en gestationsalder til en anden, såfremt man inducerer rutinemæssigt før GA 42+0. Dette da en graviditet indebærer en ontologisk usikkerhed i sig selv.

Set i lyset af Antonovskys teori, er kvinden således i flodens stærke strøm, hvor man kan anskue igangsættelse som en redningskrans. Igangsættelsen står i kontrast til Antonovskys budskab om, at man bør lære kvinden at svømme i livets flod, hermed at håndtere sin bekymring. På den anden side, kan det diskuteres, hvorvidt Antonovskys teori altid bør danne grundlag for jordemoderens støtte. Der kan argumenteres for, at jordemoderens støtte ikke for en hver pris skal indebære, at kvinden skal fortsætte graviditeten. Hermed mener vi, at den bedste støtte for nogle kvinder vil være at få en redningskrans i form af en igangsættelse.

Som nævnt, anser vi salutogenesen som udgangspunkt for jordemoderens støtte til kvinden, der har passeret terminsdatoen. Set i lyset af debatten i praksis, hvor det diskuteres, om igangsættelsesdatoen måske ændres til GA 41+0, kan det diskuteres, om kvinden, via en forkortelse af den postterme graviditet, bliver "snydt" for nogle af de kvaliteter, som hun ifølge Antonovsky og Falk kan opnå i udfordrende livssituationer. Eksempelvis kunne man forstille sig, at kvinden, trods sin bekymring, havde en opfattelse af, at hun ville gå spontant i fødsel, hvilket hun ved en igangsættelse i GA 41+0 måske ikke kommer til at opleve.

## **6.2. Hvordan kan jordemoderen støtte kvinden i håndteringen af usikkerheden og bekymringen?**

Vi vil i det følgende diskutere jordemoderens støtte til kvinden i håndteringen af usikkerheden og bekymringen, ved inddragelse af Falk, Knudsen, samt Moberg og Petersson.

Vi har analyseret os frem til, at jordemoderen kan støtte kvinden ved at benytte Falks spørgsmål. Som udgangspunkt finder vi Falks spørgsmål brugbare, særligt i jordemoderkonsultationen, idet vi forestiller os, at jordemoderen herved hurtigt får et indblik i kvindens bekymring. Dog kan der argumenteres for, at disse spørgsmål skal forvaltes med omhu. Man kan forestille sig, at det vil virke overrumplende for nogle kvinder, såfremt jordemoderen stiller spørgsmålene uden først at have taget bestik af situationen. Hermed mener vi, at forvaltningen af spørgsmålene skal være situationsbestemt. Jordemoderen skal således vurdere, hvordan og hvornår de skal inddrages.

Gennem spørgsmålene får kvinden italesat sine følelser, og der skabes rum for kontakt, som ifølge Falk er den ægte trøst. Der kan argumenteres for, at det ikke er en hvilken som helst kontakt mellem kvinden og jordemoderen, som vil kunne støtte kvinden. Vi nåede i vores analyse af Knudsen frem til, at det er nødvendigt, at jordemoderen kan skifte imellem de forskellige relationsformer. Her er det et situationsbundet skøn, som får jordemoderen til at efterstræbe en bestemt relationsform.

Vi mener, at kunne se en parallel mellem Falks spørgsmål og Knudsens samarbejdsrelation, da det i denne relation fremhæves, at jordemoderen skal spørge ind til, hvad der er svært for kvinden og vægte det, der er vigtigt for kvinden. I vores analyse fandt vi frem til, at jordemoderen gennem samarbejdsrelationen kan hjælpe kvinden til en erkendelsesproces. Vi forestiller os, at en erkendelsesproces kan generere en håndtering af kvindens bekymring, idet hun bliver bevidst om, hvad der ligger til grund for bekymringen. En relation indebærer to personer, i dette tilfælde jordemoderen og kvinden. Derfor vil en samarbejdsrelation bestemmes ud fra de to mennesker som mødes, hvilket fordrer, at jordemoderen er i stand til at foretage et situationsbundet skøn. Da samarbejdsrelationen er situationsbundet, skal jordemoderen og kvinden begge være aktive i situationen, hvilket kræver engagement fra begge sider. Vi tænker, at den bekymrede kvinde muligvis kan have svært ved at imødekomme kravet om engagement, da hendes bekymring fylder meget. Her kan det diskuteres, hvorvidt jordemoderen skal efterstræbe samarbejdsrelationen og Falks spørgsmål. Eksempelvis forestiller vi os, at nogle bekymrede kvinder bliver beklemt ved at skulle svare på jordemoderens spørgsmål omkring deres følelser. I denne situation fortæller dette jordemoderen, at kvinden ikke er klar til at indgå i en samarbejdsrelation, men at hun har behov for støtte gennem en anden relationsform. Eksempelvis kan jordemoderen i mødet med den bekymrede kvinde som udgangspunkt anvende en samhørighedsrelationen til at etablere kontakt og tillid. Vi anser det som vigtigt, at etablere en god, tillidsfuld kontakt i mødet med den bekymrede kvinde.

Derfor vil vi nu se nærmere på, hvad jordmoderen yderligere kan gøre for at etablere kontakt til den bekymrede kvinde. Derfor finder vi det relevant at diskutere Moberg og Peterssons teori, idet vi i analysen nåede frem til, at jordmoderen kunne anvende dette aspekt i sin støtte til kvinden.

Vi har i analysen fundet frem til, at jordmoderen kan støtte kvinden ved at være opmærksom på kroppens oxytocinfrigivelse. Herved mener vi, at hvis jordmoderen aktiverer kvindens A- og C-fibre via berøring øges oxytocinfrigørelsen, hvilket medfører, at kvinden opnår en følelse af velvære og bliver mere åben og positiv overfor social interaktion. Vi forestiller os derfor, at jordmoderen med fordel vil kunne agere ud fra denne viden i sin støtte til den bekymrede kvinde. Hertil tænker vi, at det er essentielt, at kvinden føler sig tilpas og tryk i situationen. Man kan forestille sig, at der er kvinder, som ikke bryder sig om berøring, og som vil finde det ubehageligt, at jordmoderen rører ved hende. Vi tænker herved, at jordmoderens berøring i en sådan situation, vil kunne aktivere kvindens stresssystem frem for antistresssystemet. Derfor vil der være situationer, hvor jordmoderen ikke kan støtte kvinden gennem berøring.

Vi har endvidere spekuleret på, hvad begrebet "berøring" dækker over. I vores analyse eksemplificerer vi med en udvendig undersøgelse og en hånd på kvindens arm. Vi mener dog, at der kan skelnes mellem forskellige former for berøringer. Dette fordi det kan diskuteres, om det er alle former for berøring, der øger oxytocinfrigivelsen, og om nogle former for berøring stimulerer til mere frigivelse end andre. Eksempelvis kan der skelnes imellem berøring med henblik på omsorg, og berøring med henblik på en klinisk undersøgelse. Umiddelbart forestiller vi os, at det er berøring med henblik på at vise omsorg, som vil frigive mest oxytocin, frem for en berøring, som er et middel til en faglig vurdering. Når jordmoderen ønsker at støtte den bekymrede kvinde tænker vi, at det kan være fordelagtigt, hvis jordmoderen integrerer omsorgsberøringen i den kliniske berøring. I praksis forestiller vi os, at dette ville kunne afstedkommes eksempelvis under den udvendige undersøgelse, hvis jordmoderen taler med kvinden og sætter ord på, hvad hun mærker. Vi forestiller os ligeledes, at jordmoderen kan lade hånden hvile på maven, mens hun informerer kvinden om sine observationer.

I lyset af Knudsens teori er det ligeledes interessant at diskutere, hvordan berøringen fungerer, og opfattes i de forskellige relationsformer. Der kan argumenteres for, at berøringen synes særligt anvendelig i samhørighedsrelationen, da jordmoderen i denne relationsform tilstræber samhørighed og tryk. Derfor forestiller vi os, at berøring kan forekomme mere naturlig i denne relationsform end i ekspertrelationen. I ekspertrelationen er forholdet ulige mellem jordmoderen og kvinden på grund af jordmoderens faglige viden. Derfor forestiller vi os, at kvinden kan føle berøringen akavet i ekspertrelationen.

På den anden side tænker vi, at berøring kan virke opblødende i en ekspertrelation. Dette fordi vi forestiller os, at uligheden mellem kvinden og jordemoderen kan mindskes, når jordemoderen anvender berøring i ekspertrelationen. Vi tænker, at den mentale afstand kan mindskes i takt med, at den fysiske afstand mindskes.

Idet vi har argumenteret for, at berøring kan anvendes inden for samhørigheds- og ekspertrelationen kan vi ligeledes forestille os, at berøring kan anvendes i samarbejdsrelationen. Dette begrundes vi med, at vi i samarbejdsrelationen kan se elementer af både samhørigheds- og ekspertrelationen. Således mener vi, at berøring er anvendelig inden for alle relationsformer, og at det ikke er relationsformen som bør være bestemmende for, om jordemoderen kan anvende berøring i sin støtte til kvinden, men at det snarere er person og situation, som afgør dette.

Set i lyset af, hvordan jordemoderen kan inddrage berøring som en del af sin støtte til kvinden, vil vi nu se nærmere på den kontekst, hvor berøring kan anvendes. Eksempelvis er det et normalt fænomen, at jordemoderen berører kvinden, der er i fødsel. Dette være sig gennem en hånd på armen, massage og deslige. Her er jordemoderens berøringer en fast del af praksis, som blot ikke italesættes, idet vi har indtryk af, at man langt hen ad vejen ikke kan forklare, hvorfor man gør som man gør. Dog er der konsensus om, at berøring virker, særligt til at berolige kvinden og vise omsorg. Vi spekulerer dog på, hvorfor der synes at være denne skelnen mellem jordemoderkonsultationen og fødestuen, og hvorfor berøring i højere grad er integreret på fødestuen, frem for i konsultationen? Det kan diskuteres, hvorvidt rammerne i konsultationen indbyder til, at jordemoderen kan støtte via berøring. Først kan det fremhæves, at de fysiske rammer kan gøre det udfordrende, idet jordemoderen og kvinden som oftest er adskilt af et skrivebord. Dernæst, at både jordemoder og kvinden sandsynligvis ikke har en forventning om berøring i jordemoderkonsultationen. Der er således forskellige forventninger til jordemoderens støtte i form af berøring, hvad enten hun befinder sig på en fødestue eller i konsultationen. Dette mener vi dog ikke skal være ensbetydende med, at berøring ikke anvendes til at støtte den bekymrede kvinde i jordemoderkonsultationen.

Det fremgår af Moberg og Peterssons artikel, at oxytocinfrigivelsen øges gennem et venligt og støttende omverden. Vi finder dette gunstigt og mener, at det er vigtigt, at jordemoderen er opmærksom på at etablere et varmt og støttende møde, hvad enten hun møder den bekymrede kvinde på fødegangen eller i konsultationen. Vi spekulerer dog på, hvad der ligger implicit i et møde, som opfattes som venligt og støttende. Eksempelvis om det forudsætter, at man kender personen godt? I så fald kan det tænkes, at jordemoderen ikke er i stand til dette, da hun ikke kender kvinden særligt godt. På den anden side har vi oplevet i praksis, at mange kvinder nærer stor tillid til jordemoderen og tæn-

ker derfor at selvom kvinden vil kunne opfatte mødet som varmt og støttende, selvom hun ikke kender jordmoderen særligt godt.

Forfatterne gør det ikke klart, hvordan berøring bedst anvendes. Dette kan skyldes, at det er svært at eksemplificere på området, idet en stor del af berøring er afhængig af situation, såvel som person. Derfor kan man ikke opstille en generel handleanvisning for, hvordan jordmoderen kan støtte den bekymrede kvinde via berøring eller et venligt møde.

#### **6.4. "Alt er okay"?**

At arbejde med mennesker er, til tider, et uforudsigeligt arbejde, og der stilles ingen garantier for, hvad fremtiden bringer. Som kommende jordemødre står vi overfor at skulle varetage omsorgen for kvinder, som er midt i en skelsættende, og samtidig sårbar periode i deres liv. Derfor finder vi det nødvendigt, at diskutere disse kvinders perspektiv.

Vi vil tage udgangspunkt i den norske undersøgelse, foretaget af Heimstad et al., idet de har søgt at afdække, hvad kvinder, der har passeret terminsdatoen, foretrækker. Undersøgelsens konklusion er, at kvinderne foretrækker at blive induceret frem for at afvente spontan fødsel. Set i lyset af vores problemformulering, kan jordmoderen, i sit møde med den postterme gravide, støtte kvinden ved at henvise hende til igangsættelse i GA 41+0. Dette kan anskues som en måde at håndtere den eksistentielle angst på, idet man forsøger at fjerne den.

Hvis vi ser nærmere på undersøgelsens design, kan der argumenteres for, at Heimstad et al.s resultater er valide, idet undersøgelsen klassificeres som evidens grad A. Herved har de videnskabelige resultater en status, som bør veje tungt i jordmoderens overvejelser, når hun skal støtte den bekymrede kvinde. Imidlertid kan der stilles spørgsmålstejn ved, hvorvidt Heimstad et al.'s undersøgelse formår at afdække kvindernes perspektiv fyldestgørende. Dette fordi, forskerne har forsøgt at undersøge kvindernes holdning ud fra et spørgeskema med standardiserede svarmuligheder. Man kan forstille sig, at Heimstad et al.s undersøgelse ville være kommet frem til andre resultater, hvis de havde benyttet sig af Falks åbne spørgsmål. Det kan diskuteres, hvorledes kvinden har opfattet begrebet bekymring. Vi mener, at dette er et bredt begreb, idet en bekymring kan bestå af flere forskellige komponenter. Eksempelvis fremgår det ikke, hvorvidt kvinden er bekymret for barnets trivsel, makrosomi, noget andet, eller at bekymringen er undefinerbar.

Af Heimstad et al.s undersøgelse fremgår det, at kvinderne fik tilbudt fostermonitorering hver tredje dag, efter at have passeret GA 41+0. Vi spekulerer på, om kvinderne fandt ekstra tryghed i teknologi, hermed menes CTG og ULS, hvilket ikke tilbydes i Danmark. Er dette tilfældet, vil jordmoderen derfor ikke kunne støtte kvinden ud fra vores præsenterede teorier. Set i lyset af Falk, kan der argumenteres for, at fostermonitorering



ikke altid vil være tilstrækkelig, når jordmoderen skal støtte kvinden. Via teknologien får kvinden ikke italesat sine følelser og dermed årsagen til sin bekymring.

Der kan således argumenteres for, at undersøgelsens entydige konklusion, ikke udelukkende bør udgøre grundlaget for jordmoderens støtte til den bekymrede kvinde. Argumentet kan underbygges af, at 95 % af kvinderne i undersøgelsen følte sig trygge ved at fortsætte den postterme graviditet, hvis de havde kontakt med en fagperson, som gav udtryk for, *"Alt var okay"*. Denne kontakt er, set i lyset af Knudsens teori, en ekspertdomineret relation. Via kontakten med fagpersonen følte kvinderne sig trygge, fordi de blev mødt af en ekspert der vurderede, at graviditeten fortsat forløb normalt. Derfor kan man ud fra Heimstad et al.s undersøgelse udlede, at ekspertrelationen er anvendelig, når jordmoderen ønsker at støtte den bekymrede kvinde i den postterme graviditet. Dette harmonerer med, hvad vi har oplevet i praksis, idet det er vores indtryk, at kvinderne ofte efterspørger ekspertviden. Vi finder det imidlertid relevant at se nærmere på denne ekspertrelation, og den magt der ligger heri. Udsagnet *"Alt er okay"* illustrerer en vurdering af, hvad eksperten vurderer som normalt. Netop det vurderingsbetonede sætter jordmoderen i en position, hvor hun, gennem sin fagspecifikke viden, kan vurdere kvindens graviditet. Kvinden får en konkret vurdering, samt et udsagn at forholde sig til. Dette kan for nogle kvinder være støttende, og give dem en oplevelse af, at de kan håndtere usikkerheden. Dog nåede vi i vores analyse af Falk frem til, at jordmoderen kan komme til at negligere kvindens følelser, såfremt hun blot postulerer, at alt er normalt og ikke spørger ind til baggrunden for kvindens bekymring. På den ene side forestiller vi os, at nogle kvinder kan føle, at ekspertvurderingen kan fungere støttende, mens andre kan føle, at vurderingen ikke er nok. Man kan forstille sig, at kvinden efter jordmoderens vurdering stadig oplever og fornemmer, at hun ikke kan håndtere usikkerheden ved den postterme graviditet. I lyset af dette perspektiv, kan der argumenteres for, at der i ekspertrelationen er behov for en ydmyghed. En ydmyghed, der kommer til syne ved, at jordmoderen ikke blot vurderer kvindens og barnets kliniske tilstand. Ydmygheden indebærer, at jordmoderen er nysgerrig på kvindens bekymring, og søger at blive klogere på den, ved at spørge ind til kvindens oplevelse af den postterme graviditet. Ligeledes indebærer en ydmyg ekspertrelation, at jordmoderen nærer respekt for kvindens intuition. I praksis har vi erfaret, at den gravide kvinde kender sin krop og sit barn bedst, og at der kan være situationer, hvor den bekymrede kvindes intuition er så klar, at man som fagperson ikke kan, eller bør, se bort fra denne. Derfor er det vigtigt, at jordmoderen formår at lytte til kvinden, hvilket ligger i tråd med vores analyse af Falk. Gennem Falks spørgsmål opsøger jordmoderen kvindens særtræk. Herved får jordmoderen indblik i kvindens bekymring, hvormed jordmoderen undgår at generalisere med sin ekspertviden.

I en ydmyg ekspertrelation ligger ydermere, at jordmoderen formår at være ydmyg overfor sig selv. Herved menes, at jordmoderen må være bevidst om, at hun på trods af en klinisk vurdering ikke kan sikre sig, at graviditeten er normal, og dermed ikke garantere kvinden det. Jordmoderen bliver, såvel som kvinden, bevidst om den ontologiske usikkerhed.

I relation til denne anskuelse, kan det være interessant at se nærmere på den magtesløshed, som Falk beskriver. Ifølge Falk kan der være situationer, som den professionelle ikke kan lide, hvilket kan skyldes den professionelles egen magtesløshed. I vores kontekst kan jordmoderen opleve sin egen magtesløshed, idet hun ikke kan garantere kvinden, at der ikke sker hendes barn noget. Dette kan underbygge vores tese om, at ekspertrelationen bør forvaltes med ydmyghed, idet vi fra jordmoderfaget ved, at en eksperts vurdering ikke er altsigende. Ud fra ovenstående, kan det sluttes, at en ekspertrelation kan være støttende for nogle kvinder, hvorimod den for andre kvinder kan være utilstrækkelig. Vi forestiller os, at nogle kvinder kan have behov for at blive set oftere af jordmoderen, herunder har brug for føle sig set og mødt og få italesat deres bekymring. Vi tænker, at jordmoderen vil kunne imødekomme dette via en behovsundersøgelse.

Vi har nu diskuteret, hvordan jordmoderen kan støtte den bekymrede kvinde i at håndtere usikkerheden ud fra henholdsvis psykologiske og fysiologiske metoder, samt ud fra kvindens perspektiv. Vi vil nu diskutere vores valg af metode. Herefter vil vi fremdrage de væsentligste punkter fra vores diskussion og udforme en konklusion, hvor vi vil svare på vores problemformulering.

## **6.5. Kritik af egen metode**

Vi vil nu forholde os kritisk til vores valgte metode. Gennem arbejdet med projektet har vi erfaret, at der er publiceret begrænset litteratur omhandlende jordmoderens støtte til den bekymrede kvinde i den postterme graviditet. Derfor kan vi konkludere, at det vil være gavnligt med mere forskning indenfor området. Grundet tidsperspektivet for projektet, har vi fravalgt at indsamle egen empiri. En fordel ved at indsamle egen empiri ville være, at vi herved ville få materiale rettet specifikt mod vores problemformulering. Indsamlingen af egen empiri kunne være foretaget ved hjælp af kvalitative interviews med postterme kvinder, og herved søge at finde frem til, hvordan kvinderne bedst følte sig støttet af jordmoderen, når de var bekymrede i den postterme graviditet. Vi forestiller os, at disse interviews kunne udføres som individuelle interviews eller som fokusgruppinterviews.

Vi har gennem projektet forholdt os kritisk til de anvendte kilder. På trods af, at nogle af disse kilder omhandler sygdom og personer med kroniske sygdomme, og deres relationer til professionelle, samt forskningsresultater baseret på dyreforsøg, mener vi dog at have

behandlet kilderne på tilstrækkelig kritisk niveau. Vi mener hermed, at vi kan anvende disse kilder til at opnå en besvarelse på vores problemformulering. Samlet set vurderer vi, at vores valg af metode har været tilfredsstillende i forhold til at svare på vores problemformulering, men at egen empiri ville kunne styrke projektets konklusion.

## 7. Konklusion

I vores problemformulering har vi sat os for at finde ud af, hvordan jordmoderen kan støtte den bekymrede kvinde i at håndtere den usikkerhed, der er forbundet med at passere terminsdatoen. I arbejdet med projektet, har vi ikke fundet et entydigt svar på, hvordan jordmoderen kan støtte den bekymrede kvinde. Derimod har vi afdækket aspekter som vi mener, kan være fordelagtige for jordmoderen at medinddrage i sin støtte til den bekymrede kvinde.

Som udgangspunkt kan vi konkludere, at det er gunstigt, at jordmoderen anskuer den postterme graviditet i lyset af salutogenesen. Set i forhold til vores præmis, kan det konkluderes, at jordmoderen gennem salutogenesen får et mere nuanceret billede af den postterme graviditet. Gennem salutogenesen har man i den postterme graviditet både øje for risikofaktorer, samt hvilke potentialer og kvaliteter den postterme graviditet kan indeholde, herunder personlig vækst.

Vi har gennem arbejdet med projektet fundet frem til, at jordmoderens relation til kvinden er af stor betydning, og at det er nødvendigt, at jordmoderen kan jonglere mellem forskellige relationsformer, alt efter hvad kvinden har behov for. Jordmoderen kan støtte kvinden gennem ekspertrelationen, såfremt kvinden udtrykker behov for en klinisk vurdering af graviditeten. Andre gange kan samhørighedsrelationen være med til at etablere en genvej til hurtig kontakt. Eksempelvis kan jordmoderen anvende denne i mødet med kvinden, der har svært ved at åbne op for årsagen til hendes bekymring. Både ekspert og samhørighedsrelationen kan generere en samarbejdsrelation, hvor der er potentiale for vækst. Det kan konkluderes, at jordmoderen ikke bør tilstræbe én relationsform frem for andre, idet det er situationen der afgør, hvilken relationsform der er den rigtige. Herigennem kan jordmoderen støtte kvinden i at håndtere usikkerheden gennem både ekspert-, samhørigheds- og samarbejdsrelationen.

Vi har, gennem projektet, fundet frem til, at usikkerhed og bekymring er en del af menneskelivet, hvilket gør usikkerheden ontologisk. Ud fra dette kan vi konkludere at jordmoderen ikke nødvendigvis bør anskue dette negativt, eller som noget hun skal forsøge at fjerne. Ud fra dette perspektiv skal jordmoderens støtte til kvinden i at håndtere den eksistentielle. Gennem projektet har vi fundet frem til, at det er vigtigt, at jordmoderen

formår at spørge ind til kvindens følelser, således kvinden kan sætte ord på hendes bekymring. Ligeledes må jordemoderen acceptere, at hun ikke kan fjerne den ontologiske usikkerhed, hvormed jordemoderen er i en situation, hvor hun bliver konfronteret med sin egen magtesløshed, som hun må acceptere. I arbejdet med projektet er vi blevet bevidste om, at vi ikke altid har ageret optimalt i forhold til at støtte en bekymret kvinde, der har passeret terminsdatoen. Vi har forsøgt at støtte og trøste kvinden, og her igen er vi uforvarende kommet til at negligere kvindens bekymring. Vi kan derfor konkludere, at dette ikke fordrer til støtte af kvinden, hvilket vi vil være opmærksomme på i vores fremtidige virke som jordemødre.

Jordemoderens støtte kan ligeledes bestå i at anvende berøring og være bevidst om berøringens betydning. Vi kan konkludere, at jordemoderen kan medinddrage berøring i sin støtte til den bekymrede kvinde, så kvindens antistresssystem aktiveres, og en social interaktion styrkes. I forhold til berøring gælder det også, at jordemoderens støtte skal være person og situationsbestemt. Vores inddragne kilde beskæftiger sig ikke med, hvordan jordemoderen skal berøre den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen. Dog har vi i praksis erfaret, at berøring kan virke beroligende på kvinden. Derfor konkluderer vi, at berøring kan indgå som en del af jordemoderens støtte af den bekymrede kvinde, idet vi anskuer teorien som en italesættelse af tavs viden.

DSOG skal igen i år, diskutere problematikken omkring graviditas prolongata og tidspunktet for igangsættelse, hvilket illustrerer at, problematikken fortsat er højaktuel. Gennem arbejdet med projektet, er vi blevet opmærksomme på, at der kan sås tvivl om, hvorvidt kvinden kan blive støttet i at håndtere sin bekymring i form af en igangsættelse. Dette underbygges af vores analyse og diskussion af Heimstad et al.s resultater, hvor 95% af kvinderne følte sig trygge ved at passere terminsdatoen, hvis de blev bekræftet i, at graviditeten fortsat forløb normalt. Vi mener, at dette underbygger argumentet om, at der findes et alternativ til igangsættelse i håndteringen af kvindens bekymring og den postterme graviditet. Vi kan derfor konkludere, at det spiller en væsentlig rolle for kvinden, at hun føler sig mødt i den postterme graviditet. Vi forestiller os, at jordemoderen kan støtte kvinden via en behovsundersøgelse i GA 41, hvor jordemoderen er opmærksom på, at nogle kvinder har behov for, at jordemoderens støtte indebærer en faglig vurdering. Dog er vi opmærksomme på, at nogle kvinder ikke vil finde støtte ved en behovsundersøgelse, og at jordemoderens støtte i denne situation bør indebære, en henvisning til en obstetriker, med henblik på fostermonitorering eller igangsættelse.

Vi har gennem projektet fået kendskab til metoder, som jordemoderen kan inddrage i sin støtte til den bekymrede kvinde, der har passeret terminsdatoen. Som tidligere nævnt,

kan de eventuelle kvaliteter ved at fortsætte den postterme graviditet ikke måles og vejes. Set i lyset af vores præmis kan det være svært at sammenligne disse kvaliteter med konkrete tal og undersøgelser, som anvendes i DSOG's oplæg. Til trods herfor kan vi konkludere, at disse kvaliteter er et vigtigt aspekt at have in mente i debatten vedrørende håndteringen af den postterme graviditet.

Vi er opmærksomme på, at en begrænsning ved vores konklusion er, at vi ikke beskæftiger os med det obstetriske aspekt vedrørende den postterme graviditet. Herved menes, at vi ikke har inddraget de evidensbaserede undersøgelser, som ligger til grund for debatten. Vi har valgt DSOG's oplæg til guideline som præmis, og anser DSOG's udsagn som troværdige.

At arbejde som jordemoder er ofte et virke, hvor der ikke findes en endegyldig sandhed og hermed ikke en vejledning om, hvordan det er bedst at agere. Dette gælder også i situationen hvor jordemoderen vil støtte den bekymrede kvinde, som har passeret terminsdatoen, det kan således konkluderes at jordemoderens støtte er baseret på situation og person.

Vi vurderer, at de inddragede kilder har været relevante for vores problemformulering, idet de har været brugbare i forhold til at belyse forskellige aspekter på, hvordan jordemoderen kan støtte den bekymrede kvinde. Vi har valgt vores kilder med henblik på, at de skulle kunne omsættes til praksis, hvilket vi mener, vi har fået indfriet, og finder af stor værdi, idet vi inden længe er færdiguddannede jordemødre. Endvidere finder vi vores kilder anvendelige indenfor andre problemstillinger i jordemoderfaget.

Gennem arbejdet med projektet har vi tilegnet os viden, som vi kan anvende i praksis, hvorfor vi hermed konkluderer, at målet for opgaven er nået.

## 8. Perspektivering

Vi har konkluderet, at der kan være kvaliteter i at fortsætte den postterme graviditet, og at jordemoderen gennem samtale og berøring kan støtte kvinden i at håndtere den usikkerhed, der kan være forbundet med at have passeret terminsdatoen.

Vi forestiller os, at jordemoderen vil kunne implementere sin støtte til den bekymrede kvinde i en åben jordemoderkonsultation. Her forestiller vi os, at de postterme kvinder kan komme, uden at bestille tid, såfremt de føler behov for at tale med en jordemoder, eller blive undersøgt.

Vi er klar over, at det altid er svært at indføre nye tiltag i praksis. Dog mener vi, at dette initiativ kan implementeres med forholdsvis små midler. Der skal afsættes en jordemoder et par timer om ugen, samt findes et lokale til konsultationen, og det vil kræve lidt ekstra administrativt arbejde.

Vi har i vores opgave fundet ud af, at berøring kan udløse oxytocin, hvilket virker afslappende og beroligende. Derfor forestiller vi os, at man kunne forsøge med gravidmassage, i stil med akupunktur ambulatoriet, som kan fungere som et ekstratilbud til de bekymrede gravide.

Slutteligt vil vi tilføje, at de aspekter vi har fundet frem til i dette projekt også vil kunne anvendes indenfor andre problemfelter, eksempelvis kvinder der er bange for at føde for tidligt, kvinder der bløder i graviditeten med videre.

## 9. Referenceliste

Referencer markeret med \* findes i pensumlitteratur/ kildesamlingen.

- Berthelsen, A. og Gohr, C. 2006, *Den gode fødsel - En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*. Museum Tusulanums Forlag, København.\*
- Breck, T. 1999, *Risikokommunikation- fra "publicdeficiency*, Miljø og sundhed, Roskilde Universitetscenter.\*
- Ekman, R. & Arnetz, B. 2006, *Stress*, FADL's forlag. København.
- Falk, B. 2006, *At være - der hvor du er. Om samtale med kriseramte*. Nyt nordisk forlag Arnold Busck. 2. Udgave, 1. Oplag.\*
- Falk, B. 2009, *I virkeligheden*. Forlaget ANIS. Frederiksberg C. 2. Oplag.
- Heimstad, R. et al. 2007, *Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 86, nr. 8, s. 950-956.
- <http://www.ucsf.dk/vz.html> [online] om Vibeke Zoffmann Knudsens uddannelsesmæssige baggrund [lokaliseret 01.12.10].
- <http://www.min-mave.dk/terminsgrupper/thread-1950816.htm> [online] Citat fra indledning [lokaliseret d. 01.12.10]
- [http://www.stolav.no/templates/StandardMaster\\_94145.aspx](http://www.stolav.no/templates/StandardMaster_94145.aspx) Omhandler Runa Heimstads ansættelsesforhold. Lokaliseret d. 31.12.2010
- Jensen, T og Johnsen, T. 2000, *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Philosophia Aarhus.\*
- Juul, S. 2004, *Epidemiologi og evidens*, Munksgaard Danmark, København.\*
- Knudsen, V. 1997, *Det relationelle forhold mellem patient og professionel- Interpersonelle relationer som udviklingsfelt i klinisk sundhedsarbejde*, Philosophia, Århus.\*
- Launsø, L. & Rieper, O. 2005, *Forskning om og med mennesker - Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København \*
- Moberg, K. 2010, *Afspænding ro og berøring*, Akademisk Forlag, København, 1. Udgave, 3. Oplag.

- Moberg, K. & Petersson, M. 2005, *Antistress, følelser, empati og social støtte*, i antologien *Stress* red. Ekman, R. & Arnetz, B. FADL's Forlag, København.
- Skajaa, K. & Lyndrup, J. 1997, *Graviditas prolongata*, Guideline DSOG. [online] tilgængeligt fra: [http://www.dsog.dk/files/guide97\\_1.htm#2](http://www.dsog.dk/files/guide97_1.htm#2) [lokaliseret 27.12.10].
- Sundhedsstyrelsen, 2005, *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*. [online] tilgængeligt fra: <http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CEMTV/VDE/Risikokommunikation.pdf> [lokaliseret 27.12.10].
- Sundhedsstyrelsen 2009, *Anbefalinger for Svangreomsorgen*. [online] tilgængeligt fra: <http://www.sst.dk/publ/publ2009/CFF/gravide/svangreomsorgen.pdf> [lokaliseret 16.11.10].
- Wilken- Jensen, C. et al. 2008, *Graviditas prolongata- oplæg til Sandbjerg 2008*,
- Wilken-Jensen, C. et al. 2009, *Graviditas prolongata*, oplæg til guideline. [online], tilgængelig fra: [http://ki.au.dk/fileadmin/www.ki.au.dk/forskning/forskningsenheder/gyn\\_kologisk-obstetrisk\\_afdeling/logistics/sandbjerg\\_meder/sandbjerg\\_2009/gravprolong.pdf](http://ki.au.dk/fileadmin/www.ki.au.dk/forskning/forskningsenheder/gyn_kologisk-obstetrisk_afdeling/logistics/sandbjerg_meder/sandbjerg_2009/gravprolong.pdf) [lokaliseret 16.11.10].
- Wulff, H. & Gøtzsche P., 2006, *Rationel Klinik*, Munksgaard Danmark, 5. Udgave 1. Oplag \*
- Sundhedsministeriet 2008, *Autorisationsloven*, LBK nr. 1350 af 17/12/2008

Anvendt referencesystem: Harvard.

Sofie Conrad\_\_\_\_\_ Vigga Marie Norup Jensen\_\_\_\_\_

Malene Tranekær\_\_\_\_\_ Sisse Rodkjær Nielsen\_\_\_\_\_



## **10. Bilagsliste**

### **Bilag 1.**

SCVUA guide

### **Bilag 2.**

Søgehistorie fra Pub Med.

## 11. Indholdsfortegnelse til kilder på CD-rom

- 1) *Vores præmis*: Wilken-Jensen, C. et al. 2009, *Graviditas prolongata*, oplæg til guideline.
- 2) Antonovsky, A. om salutogenesen, fra bogen Jensen, T og Johnsen, T, 2000, *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Philosophia Aarhus.
- 3) Knudsen, Vibeke. 1997, *Det relationelle forhold mellem patient og professionel- Interpersonelle relationer som udviklingsfelt i klinisk sundhedsarbejde*, Philosophia, Århus.
- 4) Falk, B. *At være -der hvor du er. Om samtale med kriseramte*. Nyt nordisk forlag Arnold Busck. 2. Udgave, 1. Oplag.
- 5) Moberg, K. & Petersson, M. 2005, *Antistress, følelser, empati og social støtte*, i antologien *Stress* red. Ekman, R. & Arnetz, B. FADL's Forlag, København.
- 6) Heimstad, R et al. 2007, *Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor for post-term pregnancy*. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 86, nr. 8, s. 950-956.
- 7) Falk, B. 2009, *I virkeligheden*. Forlaget ANIS. Frederiksberg C. 2. Oplag.
- 8) Ekman, R. & Arnetz, B. 2006, *Stress*, Fadl's forlag Copenhagen.
- 9) Moberg, K., 2010, *Afspænding ro og berøring*, Akademisk Forlag, København, 1. Udgave, 3. Oplag.