

0. Resumé

Dette projekt søger med en socialkonstruktivistisk tilgang til sundhedsstyrelsens antagelse om *information og det informerede valg, som vejen til den gode fødsel*, at anskue om information kan have negative følger for kvinders fødselsoplevelse. Der tages udgangspunkt i teorier om Autonomi og Self-efficacy, som anskueliggør, hvordan formidlingen af information spiller ind på kvinders smertemestring og fødselsoplevelse som helhed. Der konkluderes derudfra, at information om risici, bivirkninger og komplikationer, kan have en skadelig virkning afhængigt af den kontekst den formidles i. Ydermere konkluderes at information bør følges op af støtte og rådgivning som element i den gode fødsel.

Indholdsliste

0. RESUMÉ	1
1. INDLEDNING	3
1.1 PROBLEMSTILLING.....	3
1.2 PROBLEMFOMULERING.....	5
1.3 BEGREBSAFKLARING.....	6
2.0 METODE	6
2.1 VIDENSKABSTEORETISK GRUNDLAG.....	6
2.2 TEORIETISKE BEGREBER.....	6
2.3 AFGRÆNSNING.....	7
2.4 SØGESTRATEGI.....	7
2.5 FREMGANGSMÅDE OG ANVENDELSE AF EMPIRI.....	8
3.0 MOTIVATION OG FORFORSTÅELSE	9
3.1 MOTIVATION.....	10
3.2 FORFORSTÅELSE.....	10
4.0 REDEGØRELSE FOR OPGAENS TEORETISKE BEGREBER	11
4.1 ALBERT BANDURA, SELF EFFICACY.....	11
4.2 JØRGEN HUSTED, AUTONOMI.....	12
5.0 ANALYSE	13
5.1.1 DEL ANALYSE: JORDEMODERENS LOVMÆSSIGE FORUDSÆTNINGER SOM FORMIDLER AF INFORMATION.....	13
5.2.1 DEL ANALYSE: PATIENTENS FORUDSÆTNINGER SOM MODTAGER AF INFORMATION.....	17
5.3.1 DELANALYSE: INFORMATIONENS VIRKNING.....	21
5.4.1 DELANALYSE: HERLEVS FØDSELSAFTALE PROJEKT.....	25
6.0 DISKUSSION	28
6.1. ANALYSENS RESULTATER.....	29
6.2 KRITIK AF KILDER.....	30
7.0 KONKLUSION	34
8.0 LITTERATURLISTE	36
9.0 BILAG	40
9.1 EMPIRI.....	40
9.2 SØGESTRATEGI.....	41

1. Indledning

1.1 Problemstilling

Historisk set har de fleste kvinder, ofte med rette, frygtet fødsler, men frygten var til forskel fra i dag, før hen møntet på risikoen for komplikationer ved fødslen og puerperiet. Disse risici er med udviklingen af lægevidenskaben, sygehusvæsenet og den generelle forhøjede levestandard aftaget, og frygten har nu taget en anden form, hvor fødselsangsten primært fokuserer på angsten for smerter og tabet af kontrol. (Sjogren B. 1998) Fødselssmerter er beskrevet, som en af de mest intense former for smerter som kan opleves, og de repræsenterer både en fysisk og psykologisk udfordring, som kan medføre angst for fødslen. (Smith CA et al. 2006) Undersøgelser viser, at kvinder med fødselsangst har en større risiko for at få en dårligere fødselsoplevelse, har sværrere tilknytningsforhold til barnet og større risiko for interventioner under fødslen. (Areskog B et al. 1983) Ifølge Sundhedsstyrelsen er der nyere forskning, der anslår at 6-10% af gravide kvinder oplever angst for fødslen i en grad, der kan medføre et ønske om kejsersnit. (SST, 2009, s.183) Angsten er for ca 20 % af kvinderne møntet på angst for smerter og for barnets og egen sikkerhed. (Forstholt og Lidgaard, 2010, s.2) Det danske sundhedssystem søger, at håndtere denne problemstilling, blandt andet ved hjælp af retningslinier for information til angste gravide (SST 2009. s158-159) (Sandbjerg Guideline: Maternal request 2006) og indsatser i hospitals regi. (Herlev Hospital, Klinisk Vejledning).

Det er derfor relevant at undersøge, hvilke mekanismer der spiller ind på kvinders oplevelse af fødselssmerter og mestringsen af disse.

Denne opgave vil undersøge, hvorledes smerteoplevelsen er influeret af den information om risici, bivirkninger og komplikationer den gravide ifølge lovgivningen skal tilbydes. Det er opgavens intention, at undersøge om informationen kan have iatrogene bivirkninger i sin form som nocebo påvirkning. Emnets vigtighed understreges af, at det har relevans for kvinders fødselsoplevelse, at jordemødre opnår en dybere forståelse af disse mekanismer, således at jordemødre, i deres virke, kan tage højde for gældende faktorer og på den måde yde en sundhedsfremmende indsats i svangreomsorgen.

Gravide er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om patienters retsstilling, for at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse ved hjælp af brugen af det informerede samtykke. (Sundhedsloven, 2001 kap. 5) De Etiske Retningslinier for jordemødre definerer yderligere, hvorledes jordemoderen skal tilbyde forståelig information, som tager udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes individuelle ønsker og behov. (J.E.R. 2010, paragraf 1 og 2)

Det betyder for jordemødre, at der i deres ansvarsområde blandt andet ligger et lovpligtigt og etisk krav til formidling af information til gravide, herunder helbredstilstand, behandlingsmuligheder, risiko for komplikationer og bivirkninger. Den norm, der formidles i Jordemoderforeningens Etiske Retningslinier og Sundhedsstyrelsens anbefalinger er at information bla. om bivirkninger og smertebehandling er nødvendig, og at det informerede samtykke, udover at være et lovkrav, udgør et fordrende værktøj til forberedelse af gravide kvinder og dermed nedsættelse af kvinders angst for og smerteoplevelse ved fødslen. (SST, 2009, s.13,17,31) Det er derfor relevant, at undersøge om man, med denne tilgang til kvinders angst, opnår formålet, - at nedsætte kvinders angst og på denne måde have indflydelse på den gode fødselsoplevelse.

Ifølge antropolog Anne Mette Holme Bertelsen er en god fødsel en fødsel, hvor kvinden forstår, »hvorfor det går, som det går«. I projektet "*den gode fødsel*" finder Bertelsen og Gohr, at information, støtte og forståelse fra personalets side er vigtige forudsætninger for at *den gode fødsel* lykkes. (Berthelsen og Gohr, 2004)

Der er en stigende tendens til at information spiller en vigtig rolle i gravides behov ift. at håndtere angst og fødselssmerter. Udover de gravide selv er blevet mere informationsopsøgende, har de en forventning om, at jordemoderen bl.a. varetager denne informative funktion. (Lyberg A, Severinsson E. 2010)

På De Jordemoderstuderendes Råds Faglige Dag om fødselsangst var et af indslagene en kvinde, der fortalte om sine oplevelser med fødselsangst. Hun fortalte, at hun forholdte sig til angsten ved at forsøge at genvinde kontrol gennem forberedelse og indhentning af så meget viden som muligt, da det i høj grad drejede sig om angsten for det uvisse. Men hun oplevede samtidig, paradoksalt nok, at jo

mere viden hun fik jo sværere blev det, da informationen forværrer angsten. (JSR, 2012)

Ovenstående viser et spændingsfelt mellem informationens hensigt og dens egentlige udfald, idet den kan give anledning til både positive og negative mekanismer i kvinden. På den ene side skal informationen sikre jordemoderens faglige ansvar og på den anden side skal informationen rumme det etiske ansvar for kvindens autonomi og selvbestemmelse og virke sundhedsfremmende i sin form som videns og indsigt -udvidende og på den måde klæde kvinderne på til fødslen. Det er dog interessant at undersøge nærmere om informationen gør det i sin nuværende form. Når det er pålagt jordemødre at yde en individuel omsorg for de fødende kvinder og informere på basis af deres behov, kan det så tænkes at vi, for at kunne dette, bør have større fokus på omstændighederne for disse individuelle behov og en større indsigt i informationens mange sider og virkninger?

Johanne, journalist, forfatter, foredragsholder og blogger på jordemoderforeningens hjemmeside har berørt problemstillingen i dette citat:

“Til gengæld har det offentlige skåret ned på fødselsforberedelsen og i de fleste tilfælde reduceret dem til et tilbud a la min venindes, hvor man i en større sal kan blive oplyst om alle de farer, som lurser på den fødende. Devisen synes at være, at det er bedre at være oplyst om alt end at leve i troen på, at alt nok skal gå”.

(Johanne, 2011)

Kan det tænkes, at vi gennem den grad af vigtighed, vi pålægger informationen, tager et misforstået hensyn til den fødende, som i værste fald påvirker fødselsoplevelsen i en negativ retning? Indledningen samt ovenstående overvejelser omkring opgavens formål munder ud i nedenstående problemformulering:

1.2 Problemformulering

Ifølge Sundhedsloven skal kvinder give deres informerede samtykke til behandling, f.eks. smertelindring, og Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kvinder får information om virkninger og bivirkninger som en forberedelse til fødslen. Antagelsen er, at informationen er grundlaget for, at kvinden får en god fødselsoplevelse, men hvordan påvirker information kvindens oplevelse af smerte og kan information have negative følger?

1.3 Begrebsafklaring

Smerte er i denne opgave forstået både i den fysiske form, som en ikke ønsket stimuli eller ubehag, men også i et psychosocialt perspektiv hvor "smerte" også kan forstås som "forventningen om smerte", altså når jordemoderen informerer om en bivirkning og på den måde medfører et negativt associeret fokus. Ordet *Information* benyttes her om den viden jordemødre qua deres profession besidder og, på baggrund af lovgivningen, skal formidle til den gravide kvinde i forbindelse med forberedelse til fødslen, stillingtagen til behandlinger og valg under graviditet og fødsel. Denne information rummer både positive og negative associationer. Denne opgave beskæftiger sig med den information, der rummer negative associationer. Den viden som jordemødre, for at sikre kvindens retssikkerhed, må formidle, om komplikationer, risici og bivirkninger, samt forventelig smerte og ubehag.

2.0 Metode

I dette afsnit beskrives opgavens metode og fremgangsmåde til besvarelse af opgavens problemformulering

2.1 Videnskabsteoretisk grundlag

Opgaven er udarbejdet på et socialkonstruktivistisk videnskabsteoretisk grundlag, da den socialkonstruktivistiske tilgang kan bruges til at beskue opgavens problemformulering ud fra en forståelse af at al menneskelig erkendelse er socialt konstrueret samt et resultat af kulturens og fortolknings indflydelse på normer og forventninger til adfærd. Dermed får visse handlinger og meninger karakter af naturlighed, mens andre f.eks. opfattes som socialt uacceptable.

Problemformuleringen ønsker at anskue antagelsen af information som grundlag for en god fødselsoplevelse. Med en socialkonstruktivistisk tilgang sættes spørgsmålstegn ved denne norm og det ligger implicit i socialkonstruktivismen at dette ikke er den eneste sandhed, men at det kan være anderledes. Ting ændrer sig over tid. Det der før virker naturligt kan over tid ændres og opnå en ny anskuelse. (Sohlberg P & B-M. 2004)

2.2 Teoretiske begreber

Opgaven bygger på Forsker i Psykologi, Albert Banduras teoretiske begreb, Self-efficacy, (Bandura A. 1997) samt det oldgræske begreb om Autonomi i denne

opgave defineret ved filosof, Jørgen Husted. (Husted J. Årg 24)

Begrebet Self-efficacy benyttes som teoretisk ramme for analysen af opgavens empiri for med dette at opnå indsigt i de underliggende psykologiske processer og deres indflydelse på informationens virkninger. Begrebet Autonomi er nødvendigt at anvende for at anskue de etiske og lovpligtige forudsætninger for relationen mellem jordemoder og den gravide kvinde og dermed for informationens formidling og virkekraft.

2.3 Afgrænsning

Med opgavens problemfelt ville det have været oplagt at inddrage kommunikations teori for at belyse selve informationens retoriske omstændigheder og indflydelse på kvindens fødselsoplevelse. Derudover kunne en dybere krisepsykologisk tilgang til problemstillingen give en bredere psykologisk forståelse for den angste kvindes forudsætninger som modtager af information. Der afgrænses fra dette pga opgavens pladsmæssige begrænsninger. Da opgaven søger at opnå forståelse for informationens indflydelse på kvindens fødselsoplevelse, afgrænses fra at medinddrage partnerens vinkel i denne opgave, på trods af at det er indforstået at dennes oplevelse spiller ind på kvindens samlede oplevelse og dermed kunne være medvirkende til at besvare opgavens problemformulering.

2.4 Søgestrategi

Udvælgelsen af de empiriske tekster er sket ud fra ønsket om at afdække problemfeltets mange niveauer. Litteratursøgningen foregik ved, at der i første trin blev søgt efter forskningslitteratur i databaserne, Cochrane, Pub Med, Psyk Info og cNahl, hvor følgende søgeord blev anvendt: *Information, labour, adverse effects, childbirth, nocebo, iatrogenic, pain, communication, preparatory information, pain perception, informed consent, focus*. Søgeordene blev på skift prioriteret i forskellige rækkefølge og i relation til hinanden for at undersøge omfanget af materiale på de forskellige ord. Dernæst blev der foretaget en screening for mulige relevante artikler ud fra artiklernes abstracts og de opstillede eksklusions- og inklusions kriterier. Til slut blev der foretaget en kædesøgning via reference lister fra de fundne artikler, via jordemoderforeningens artikel arkiv og google søgning med henblik på at opspore eventuelle relevante artikler som søgningen i databaserne ikke førte til.

2.5 Fremgangsmåde og anvendelse af empiri

Implicit i problemstillingen ligger tre centrale aspekter, som det vil være relevant at undersøge for at besvare problemformuleringen. Disse aspekter er medvirkende til at skabe rammerne for information og har dermed indflydelse på informationens kvalitet og virkning. Opgaven vil således være struktureret omkring disse aspekter, for at undersøge hvordan information påvirker kvindens fødselsoplevelse og hvorvidt den kan have negative konsekvenser for fødslen.

2.5.1 Jordemoderens lovmæssige forudsætninger som formidler af information

Det første aspekt er *jordemoderens lovmæssige forudsætninger som formidler af information*. I jordemoderens daglige virke på et offentligt hospital bør hun overordnet arbejde ud fra Sundhedsstyrelsens Anbefalinger og Sundhedsloven. Jordemødre har et etisk ansvar, som bl.a. defineres ved Jordemoderforeningens Etiske Retningslinier, derudover holder de forskellige hospitaler og fødegange kliniske vejledninger og instrukser, som er afdelingens procedurer og dermed jordemoderens arbejdsredskab. Til analysen inddrages relevante brudstykker af disse lovpligtige og etiske tekster, derudover suppleres med Herlev Hospitals retningslinier for *Sectio on maternal request og fødselsplaner*. Dette gøres for at opnå en indsigt i jordemoderens forudsætninger som afsender af informationen, og i hvordan disse forudsætninger påvirker informationens virkning og dermed kvindens fødselsoplevelse.

2.5.2 Kvindens forudsætninger som modtager af information

Et andet aspekt er *kvindens forudsætninger som modtager af information*. Set i et socialkonstruktivistisk perspektiv er det interessant at undersøge kvindens forudsætninger, som modtager af information og hvilken indvirkning det har på informationens udfald, derfor faldt valget, for analysen af dette tema, på en filosofisk tekst af Professor i Filosofi, Obstetrik og gynækologi, Rebekka Kukla. Teksten; *How do Patients know?* gør netop opmærksom på et paradigmedskift indenfor patientviden og lægger op til en restrukturering af patient-kliniker-relationen med blandt andet det formål at fordre kommunikation og information. Teksten analyseres og diskuteres på baggrund af opgavens teoretiske begreber.

2.5.3 Informationens virkning

Det tredje og for denne opgave mest centrale aspekt er *informationens virkning*.

Information har ikke kun en afsender og en modtager, men rummer også et selvstændigt budskab, som opgaven vil undersøge gennem nocebo-begrebet. Carol Sakala der er PhD MSPH og Director of Programs at Childbirth Connection, NY har i artiklen: "*Letter from North America: Understanding and Minimizing Nocebo Effects in Childbearing Women*" taget nocebo-begrebet op og relateret det til forskning inden for graviditet og fødsel, da der ikke findes forskning der undersøger effekten i obstetrikken. Artiklen analyseres og diskuteres med afsæt i opgavens teori.

Som uddybning af dette aspekt foretages en analyse af en interviewundersøgelse af en indsats, som Herlev Hospital har som tilbud, til angstramte kvinder der ønsker sectio på maternal request. Studiet omfattede 175 kvinder, der søgte Herlev hospital med ønske om sectio uden lægelig indikation i perioden 1.jan. 2005 til 1.juni, 2007. Studiet er udarbejdet af Jordemoder, Bente Dandanell, Overlæge, Morten Lebech samt Karen S. Hansen og Stine B. Schulze fra Enheden For Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, 2007. Undersøgelsen vil danne grundlag for en analyse af informationens virkning baseret på danske vilkår.

Opgaven vil således være struktureret omkring disse 3 aspekter, hvorfor jeg først vil gennemgå kravene til jordemoderen, dernæst vil jeg undersøge kvindens forudsætninger som informationsmodtager, derefter vil jeg kigge på informationens virkning. Opgavens empiri vil som nævnt blive behandlet ved hjælp af anvendelse af tekstanalyse. Denne kvalitative analysemetode har til formål at afdække problemfeltets nuancer ud fra en synsvinkel, der søger at brede informationens facetter ud som grundlag for en dybere refleksion over praksis. Derefter sammenfattes analysens resultater med problemformuleringens spørgsmål og forforståelsens formodning sat op mod relateret viden om problematikken, som yderligere fortolkes og danner grundlag for diskussion og konklusion.

3.0 Motivation og Forforståelse

For at forholde mig konstruktivt kritisk til min egne formodninger og være åben for om der er andre forklaringer, vil jeg i dette afsnit redegøre for min motivation for opgavens problemfelt og dermed afklare mine forforståelser, som dels er på baggrund af min motivation og dels tilegnet gennem læsning af litteratur om

problematikken. Dette helhedsindtryk vil danne grundlag for analysearbejdet.

3.1 Motivation

Igennem min uddannelse har jeg ved flere praktiske forløb observeret, at der har været en forskel i hvilken information jordemødre har givet gravide kvinder, hvilke forventninger kvinderne havde til informationen og hvilken indflydelse informationen havde på kvindernes mestring af fødslen samt fødselens forløb.

Især en situation har været inspiration til denne opgaves tilbliven. Det drejer sig om et forløb, hvor en Gemelligravid diabetiker fødte spontant uden brug af medicinsk smertelindring. Kvindens mand havde hospitalsfobi, så det var aftalt at hans rolle under fødslen strak sig til hans passive tilstedeværelse på stuen. Som studerende havde jeg mulighed for at fokusere på at guide og støtte kvinden, hvilket hun havde god effekt af. Ved flere lejligheder blev kvinden tilbudt yderligere smertelindring. Ved disse episoder med information om epiduralens virkning og bivirkninger oplevede jeg, at kvinden mestrede smerten betydeligt dårligere. I forbindelse med denne stillingtagen til smertelindring blev det nødvendigt, at kvinden målte sit blodsukker. Under denne seance lagde jeg mærke til, at kvinden fokuserede så meget på udførelsen af denne handling, at hun ikke registrerede indtil flere veer, som jeg kunne aflæse på toco-måleren. Herefter bad hun om, at jeg igen hjælp hende med mestring af veerne og hun fik hurtigt fattet ro og gik ind i en afslappet trancelignende tilstand. Adspurgt til behov for smertelindring frabad hun sig yderligere intervention og information. Kvinden fødte tvillinger på 2500g og 2620g med hjælp af en udgangskop på tvilling a. Efterfølgende udtrykte kvinden stor tilfredshed med fødslen og hendes egen formåen.

3.2 Forforståelse

Denne opgave bygger på en forforståelse af normer og værdier, i forhold til formidling af smertelindring og støtte af den fødende kvinde, som bygger på sociale konstruktioner, der bl.a. skabes af den måde, de sprogligt omtales på af jordemødre i relation til sundhedsstyrelsens retningslinier og informationsmaterialet til sundhedspersonale og gravide om smertelindring. Opgaven anskuer sundhedssystemets budskab om, at information er en forebyggende intervention. Denne type af intervention har bl.a. til formål at få folk til at ændre eller fastholde en

bestemt adfærd –her at tage medansvar i valget af smertelindring.

4.0 Redegørelse for opgavens teoretiske begreber

I dette afsnit præsenteres de udvalgte teoretiske begreber af forsker i psykologi Albert Bandura og lektor ved Institut for Filosofi Jørgen Hustedes definition af begrebet Autonomi.

4.1 Albert Bandura, Self efficacy

Albert Banduras begreb Self-efficacy beskæftiger sig med menneskets selvopfattelse og dets opfattelse af evnen til at have indflydelse på livet og de udfordringer det møder. Ifølge A. Bandura har et menneskes grad af self efficacy indflydelse på dets personlighed og hvordan det håndterer livets udfordringer. Graden af Self-efficacy påvirker ifølge A. Bandura et menneskes motivationsniveau, dets livsvalg og funktion samt håndteringen af modgang og sårbarhed overfor stress og depression. A. Bandura mener, at mennesker, der har en **stærk oplevelse af Self-efficacy**, har en dybere interesse i de aktiviteter de deltager i. De ser udfordringer, som opgaver der kan beherskes, og de kommer sig hurtigere over nederlag og skuffelser. Mennesker med en **lav grad af Self-efficacy** har, ifølge Bandura, en tendens til at fokusere på nederlag og undgå udfordrende opgaver, da de ofte ikke har tillid til deres egen formåen. (Bandura, A.1994)

Ifølge A. Bandura, er menneskers grad af Self-efficacy udviklet ved hjælp af fire hovedelementer. **Mastery experience** er den mest effektive måde at opnå en stærk opfattelse af Efficacy. Den indebærer, at personen selv har en positiv erfaring med at overkomme en oplevelse succesfuldt og på den måde kan møde en tilsvarende udfordring med den selvtillid det giver at have prøvet det før.(Bandura A, 1997, s.80) **Social modelling** er en måde hvor det at se andre mennesker overkomme udfordringer giver personen en oplevelse af at indeholde de samme forudsætninger for at klare udfordringen.(ibid. s.87) **Social persuasion** bygger på A. Banduras opfattelse af, at mennesker kan blive overtalt til at tro, at deres evner er tilstrækkelige tilsvarende udfordringen. Andres tiltro og bekræftelse giver en god forudsætning for en persons overkommelse af en problemstilling. (ibid. s. 101) **Psychological Responses** er det sidste hovedelement i Self-

efficacy og det refererer til menneskers emotionelle reaktioner og følelser. Hvordan menneskers humør og stressniveau har indflydelse på deres opfattelse af egen formåen. Herved mener A. Bandura, at mennesker kan have indflydelse på deres grad af Self-efficacy ved at sørge for at mindske stress og holde humøret oppe, når de står foran udfordrende oplevelser. (Bandura, A. 1997, s.107).

4.2 Jørgen Husted, Autonomi

Autonomi er, ifølge J. Husted, at handle etisk rigtigt og forholde sig til et antal nærmest ukrænkelige personlige rettigheder og dermed undlade, at behandle personer på måder der er uforenelige med respekten for personer. (Husted J. årg. 24, s.122)

Autonomi består af et **sæt af idealer**. Et *personligt ideal*, idealet for det enkelte menneske, et *moralsk ideal*, idealet for forvaltningen af mellemmenneskelig forhold, samt et *socialt ideal*, idealet for indretningen af rammerne for det fælles liv. D.v.s at personlig autonomi skal forstås, som en sammensat evne, hvis betingelser skal søges såvel hos den enkelte som i dennes menneskelige og sociale omgivelse. (ibid, s.126)

Udgangspunktet for Autonomi er en erkendelse af menneskers dybe gensidige afhængighed. Dette skaber en af autonomiens udfordringer da mennesket så uundgåeligt får magt over noget i den andens liv og udfordringen består i at forvalte den magt til den andens bedste. (ibid, s. 127)

Forudsætningerne for autonomi ligger i den almene formåen hos mennesket. Istedet for blot at slå på en minimalt bestemt evne hos den enkelte til at "tænke selv, vælge selv, handle selv", fastholdes den tanke, at personen formår at forholde sig kritisk eftertænkende og vurderende til sine givne ønsker, meninger, holdninger, mv. Og gøre dem til sine ved at bakke op bag dem, identificere sig med dem, tage ansvar for eller afstand fra dem og forsøge at sørge for, at de ikke kommer til at være medbestemmende for handlingslivet (ibid, s. 132)

J. Husted taler om to dimensioner. **Den indre dimension**, som er evnen til at aflæse sig selv, lytte til sine følelser, se valg i øjnene og til at afgøre sig for det man finder ud af "er en selv" eller finder, man skal gøre, for at være sig selv. **Den ydre dimension** er omgivelsernes evne til at undgå ydre tvang og forhindring

5.0 Analyse

5.1.1 Del Analyse: Jordemoderens lovmæssige forudsætninger som formidler af information.

Ved gennemgang af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg, som funderes på lovstof fra Cirkulære om Jordemodervirksomhed, Vejledning om Jordemødres Virksomhedsområde og Lov om Patienters Retsstilling, bearbejdes jordemoderens lovmæssige forudsætninger, ud fra ovenstående tekster, i denne delanalyse, set i lyset af opgavens teoretiske begreber om Self-efficacy og Autonomi. Derudover inkluderes relevant udpluk af retningslinier fra Herlev Hospitals instruks om Sectio on Maternal request. Ovenstående gøres, for at opnå et indblik i de krav der sættes i dansk regi for informationens afsender og dermed indirekte har indflydelse på informationens virkning. Der analyseres på materialet og diskuteres undervejs.

5.1.2 Information som grundlag for informeret samtykke og valg.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger funderes i en sundhedspædagogik, der i dialog formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme til den gravide, og støtter kvinden i at træffe "det sunde informerede valg" (SST, 2009, s.19).

Ifølge Jordemoderforeningens Ethiske Retningslinier har jordemoderen en særlig forpligtigelse til at sikre, at den enkelte kvinde får tilstrækkelig information på en, for hende, forståelig måde, som en forudsætning for medbestemmelse. Når kvinden har truffet et informeret valg, skal jordemoderen støtte hende i beslutningen og holde kvinden løbende opdateret om faglige observationer og mulige konsekvenser af dette valg. Valgssituationerne skal følges op af nærvær, omsorg og støtte, så kvinden ikke føler sig ladet alene om ansvaret for til og fravalg. (J.E.R. 2010, § 2)

Det informerede valg er gennem Sundhedsloven nedfølget som lov for at sikre patienters retssikring. Det påbydes herigennem, at ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patienters informerede samtykke. Jordemoderen har pligt til at informere kvinden om hendes tilstand og om undersøgelser, behandlinger og indgreb, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Informationen skal gives på en hensynsfuld måde og være tilpasset modtagerens individuelle forudsætninger. (Sundhedsloven, 2010, kapitel 5) Indsatsen bør respektere kvindens

og barnets integritet og sikre kvinden/parret muligheder for at træffe reelle valg om undersøgelsestilbud, fødested og -måde, behandlingsforslag, omsorg og anvendelse af teknologi. (SST, 2009 s.17) Gennem Sundhedsloven sikres også kvindens ret til at frabede sig information. (Sundhedsloven 2010, kapitel 5, § 16, stk 2)

Ifølge J. Hustedes definition af Autonomi er det altså først og fremmest nødvendigt at jordemødre, for at efterkomme ovenstående lovgivning og krav til formidling af information, er bevidste om menneskers gensidige afhængighed og den udfordring, der ligger i at forvalte sin magt til den andens bedste. Jordemoderen må altså være opmærksom på forvaltningen af autonomiens *ydre dimension*, altså undgå tvang og modstand overfor kvindens valg. Samtidig bør hun tilskynde at opnå en indsigt i kvindens forvaltning af den *indre dimension*. Evner kvinden at aflæse sig selv og tage stilling til sine valg? Kan hun forholde sig kritisk eftertænkende og vurderende til sine ønsker og behov? Er hun indforstået med retten til fravalg af information? Overordnet kan det tænkes at forudsætningerne for informationens virkning ligger i jordemoderens ansvar for at sikre kvindens autonomi, som igen ligger i kvindens udgangspunkt, som udøver af autonom adfærd. I en fødselssituation kan det tænkes at kvinden ikke besider evnen til analytisk og reflekterende stillingtagen til valg og muligheder. D.v.s. at forudsætningerne for autonom adfærd ikke er tilstede. Der må derfor stilles spørgsmålstejn ved om information, når den ikke længere opfylder sit hovedformål, at sikre kvinden selvbestemmelse, stadig har sin berettigelse i forhold til at sikre "*det sunde informerede valg*". Her er tale om den negativt associeret information der søger at synliggøre mulige udfald og risici og altså ikke ting der nødvendigvis kommer til at ske. Det mulige udfald af denne form for information, kaldet *nocebo*, uddybes i afsnit 5.3.1.

5.1.3 Information som fundament for Den gode fødsel.

I samtlige værker vægtes det, at jordemoderen medvirker til at styrke den gode fødsel ved at formidle information som fødselsforberedelse. Som tidligere nævnt skal denne information tage udgangspunkt i den enkelte kvinde og hendes behov. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at forældre i løbet af graviditeten informeres om mulighederne for smertehåndtering og -lindring under og efter fødslen, herunder om bivirkninger (SST, 2009, s.156) Sundhedsstyrelsen vurderer at fødselsforberedelse er med til at øge de kommende forældres mulighed for selvbestemmelse, som ifølge

anbefalingerne, bør indeholde information om fødselens tekniske del, herunder smertehåndtering og -lindring og evt komplikationer og indgreb (ibid. s.148).

Det må altså være jordemoderens hensigt, at søge at afklare kvindens individuelle behov og forudsætninger førend denne information gives. Med afsæt i A. Bandura kan det være relevant, at jordemoderen tager udgangspunkt i kvindens *Psychological responses* og dermed opnår en forståelse for kvindens forudgående humør og stressniveau, før hun præsenterer den information, hun skal tilbyde. På den måde vil jordemoderen kunne tage hensyn til kvindens behov, og afmåle hvorledes informationen skal formidles. En stresset og angst kvinde vil altså have brug for, at informationen er rettet mod at afbøde denne stressore og hjælpe til at højne hendes oplevelse af self-efficacy, førend at hun vil kunne indtage information om komplikationer og bivirkninger på en neutral grund. Det kan altså se ud til at informationens virkning afhænger af kvindens udgangspunkt og hvorledes disse forudsætninger favnes af jordemoderen.

5.1.4 Information i relation til Sundhedsvæsenets overordnede formål

Sundhedsvæsenet søger at arbejde sundhedsfremmende ved at mobilisere patienters ressourcer og handlekompetencer samt vende opmærksomheden væk fra sygdom og risici og over mod sundhed. (SST, 2009, s.18) Der må siges at være en udfordring i at imødekomme ovenstående formål og samtidig ved lov opfylde kravet om videregivelse af information om komplikationer og bivirkninger.

Dette kan ifølge A. Banduras teorier iværksættes ved, at informationen har afsæt i en hensynstagen til kvindens grad af self-efficacy. Kvinder med en lav grad af self-efficacy har ifølge A. Bandura en tendens til at fokusere på nederlag og risiko og undgå udfordringer, her måske undgåelse af vaginal fødsel, da det kan virke som en (for) stor udfordring. Jordemoderen kan, i denne henseende, fungere som en form for *social modelling* idet informationen formidles med jordemoderens tiltro og positive indstilling til fødslen. Informationen og indstillingen må selvklart være realistisk, men bør indeholde en tiltro til det mulige bedste udkomme og på den måde hjælpe til at højne kvindens følelse af self-efficacy. Derfor kan det ledes, at det er vigtigt, at jordemoderen blandt andet forsøger at styrke kvindens *Self-efficacy*, ved at støtte kvinden og give kvinden tryghed omkring hendes egen faglighed som jordemoder, for at informationen hun formidler virker efter hensigten.

Sundhedsstyrelsen ønsker at jordemoderen har en positiv adfærd overfor den

fødende og besider en evne til at informere og involvere den fødende/parret i beslutninger undervejs i fødslen, da dette ifølge Sundhedsstyrelsen har stor betydning for forældrenes tilfredshed under fødslen". (SST, 2009, s.151)

A. Banduras delelement i Self-efficacy, *social persuasion* er defineret ved support i form af bekræftelser og ros og jordemoderens tiltro til, at kvinden besider evnen til at klare fødslen og er en anden måde at opnå højere grad af Self-efficacy. Det kan altså tænkes, at formidlingen af information bør støttes op af *Social persuasion*, da dette ifølge A. Bandura kan medføre, at mennesker kan blive overtalt til at tro, at deres evner er tilstrækkelige tilsvarende udfordringen.

5.1.5 Information som forberedelse til behandlingsmuligheder og komplikationer

Det fremkommer af teksterne, at der vurderes, at en indsigt i behandlingsmuligheder, komplikationer og fødsels forløb medvirker til, at kvinden kan opnå realistiske forventninger til fødsels forløb. Den nødvendige information bør gives første gang i god tid før fødslen, fx som led i fødselforberedelsen, og gentages under fødslen ved behov. (ibid.s.154) Jordemoderen skal, ifølge sundhedsstyrelsen, søge at skabe forudsætninger for at den gravide og hendes partner "*føler sig velinformerede, så de kan træffe nødvendige valg under graviditeten*". (ibid. s. 31)

Sundhedsstyrelsen antager altså, at kvinderne ved denne indsigt opnår realistiske forventninger til fødslen, og at dette vil give kvinderne forudsætninger for at træffe valg. Er prioriteten, at træffe valg, er information selvfølgelig en forudsætning, men er prioriteten den gode fødsel, må det være relevant først at afgøre, hvori kvinden finder den gode fødsel. Hvis informationen medvirker til, at kvinden føler sig stresset over ansvaret for valg kan det med afsæt i A. Banduras teorier, bevirke at summen af stressorer belaster kvindens grad af self-efficacy, og dermed spiller informationen en u hensigtsmæssig negativ rolle.

5.1.6 Information som tiltag i forbindelse med sectio on maternal request.

Kvinder med angst for fødslen bør ifølge sundhedsstyrelsen tilbydes "*særlig støtte*", f.eks. ved konsultation hos en jordemoder eller et team med særlig fokus herpå. Det er ifølge Sundhedsstyrelsen hensigtsmæssigt at indgå klare aftaler om fødselsforløbet. (SST, 2009, s.184) Ved angst, der medfører ønske om sectio på maternal request, bør hun tilbydes samtale på fødestedet med henblik på at tilrettelægge tilbuddene i den aktuelle svangreomsorg og afdække årsagerne til

ønsket, herunder at gennemgå tidligere fødselsforløb, at drøfte fordele og ulemper ved henholdsvis vaginal fødsel og kejsersnit og at indgå i en dialog om den forestående fødsel. (ibid. s.159) Det er Sundhedsstyrelsens intention, at informationen skal give kvinden mulighed for at navigere mod den rigtige beslutning gennem en grundig og objektiv rådgivning i forholden sig til valget mellem kejsersnit eller vaginal fødsel. (ibid. s. 29)

Fyldestgørende information er også en integreret del af procedurer vedrørende gravide med fødselsangst, i Herlev Hospitals retningslinier for *Fødselsaftale eller sectio på maternal request*. Fremgangsmåden indeholder blandt andet, at den gravide får en øget adgang til information, samt informeres om procedurer og mulige komplikationer ved sectio. Derudover forholdes hun afdelingens holdning til sectio på maternal request, hvor de almene fordele og positive aspekter ved vaginal fødsel relateres til en samlet øget risiko for både mor og barn ved en operation. Denne information gives både af specialjordemoder og speciallæge. Hos speciallægen søges det, ifølge vejledningen, at informationen skal gives "så nuanceret som muligt og så vidt muligt evidensbaseret". (Herlev Hospital, 2009).

I ovenstående tekster er formålet med informationen, at denne skal søge at afhjælpe kvinders angst og hjælpe dem til at navigere mod vaginal fødsel eller sectio. Med afsæt i A. Banduras teori om self-efficacy findes et dilemma i informationens formål og forudsætninger. Problemet med informationen er, at den for at sikre kvindens autonomi bliver nødt til at være farveløs. Det vil sige, at den ikke skal søge at skubbe kvinden i en retning mod hendes vilje eller være farvet af formidlerens egen holdning til feks. sectio. Dette kan medvirke, at informationen får en klinisk klang og dermed bliver en opremsning af potentielle udfordringer og forhindringer. Ifølge A. Bandura har mennesker, der ikke er vant til at kæmpe for at nå deres mål, en lav motivation for at udfordre deres evner og dermed lav oplevelse af Self-efficacy i forhold til deres egen formåen. En information der lister konsekvenser og mulige komplikationer op vil altså være i fare for at mindske kvindens oplevelse af Self-efficacy. En information der derimod er fuldt op af *social persuasion* ville omvendt øge kvindens tiltro til egen formåen og måske være medvirkende til at kvinden ville vælge anderledes.

5.2.1 Del Analyse: Patientens forudsætninger som modtager af information

For at søge at skabe en forståelse for patientens forudsætninger, som modtager af

information analyseres herunder en artikel af Rebecca Kukla vedrørende patient/kliniker relationen. Først redegøres for artiklens fund, derefter analyseres og diskuteres i relation til opgavens problemformulering set i lyset af den valgte teori.

5.2.2 *How do patients know?*

I artiklen *How Do Patients Know* beskriver R. Kukla en ny diskurs indenfor patientviden. Hun forklarer, at der gennem de sidste 10 år, grundet bl.a. internettets udbredelse er sket et paradigme skift indenfor anvendelsen af medicinsk viden, som har resulteret i at vi må se med nye øjne på det hun kalder, patient-kliniker relationen. (TV, internet, chat-forums, lægefaglige hjemmesider, grupper og foreninger tilbyder patienten omfangsrig information af varierende kvalitet.)(Kukla, R. 2007, s.28)

Hvor relationen før var mere opdelt til at klinikerens besad den medicinske "facts" autoritet og patienten den værdisættende betydning til disse "facts", er der sket en udvikling hvor den moralske og faktiske ekspertise flyder mere sammen og klinikerens og patienten må efter R. Kuklas mening indgå i et samarbejde omkring fakta og værdier i forholdet sig til information og viden. Rebecca Kula begrundet dette med, at medicinsk viden ikke er værdineutralt, at klinikerens besidder erfaringer, der berettiget kan tillægge værdier til kliniske beslutninger og at narrativ og følelsesmæssig viden (som patienten erhverver sig gennem brug af ovenstående medier, samt relationer) er en vigtig del af refleksion over faglig viden. Patientens rolle er dermed udviklet fra en passiv modtagende rolle til en aktiv forhandlende rolle, hvor patienten forholder sig til klinikerens viden ud fra den vidensbank, patienten selv besider, som det ses af følgende citat:

"In order to be a skilled, competent inquirer, a person must be able to find the information she needs, assess its reliability, revise her beliefs appropriately in response to new evidence, and take responsibility for her own knowledge and judgments. On the other hand, she need not be the self-sufficient source of all of her knowledge; indeed, depending on others appropriately is an essential component of skilled, competent inquiry". (ibid. s. 30)

Klinikerens rolle er omvendt en slags faglig konsulentrolle, hvor det er nødvendigt at afstemme patientens forhåndsviden og forudsætninger for vidensindsamling.

Dette bevirker efter R. Kuklas mening, at der er en ny struktur for det kliniske møde mellem patient og kliniker hvor klinikerens bør være bevidst om patientens forudgående viden og afstemme sin informationsformidling derefter. Dermed må klinikerens indgå i samarbejdet og medvirke til at fostre patientens kompetence til at navigere i det videns felt den enkelte står i. Dette bør gøres ved, at klinikerens tager højde for den nye medicinske diskurs og giver patienten værktøjer til at forstå og udvide sin viden som bevæggrund for at forholde sig til information og valg. (Kukla, R. 2007, s. 33)

Med afsæt i A. Banduras begreber om Self-efficacy bør ovenstående patientrolle ses i lyset af patientens grad af self-efficacy. Ifølge A. Bandura er menneskets grad af self-efficacy indvirkende på deres analytiske tilgang til stressorer. I forhold til forholdet sig til information har det enkelte menneske individuelle forudsætninger for hvorledes informationen påvirker dem. Hvis det tænkes, at informationen rummer negativt associeret besked, om ting der kan gå galt, er det altså det enkeltes menneskes baggrund og analytiske formåen der forudsætter, hvorledes informationen behandles og hvilken indvirkning det har på individet. Ifølge A. Bandura, vil mennesker, der har en lav grad af self-efficacy have tendens til at betvivle egen kompetence og bliver mere og mere usikker i deres analytiske tænkning, hvorved kvaliteten af deres præstationer sænkes. (Bandura, A 1994 kap II)

A. Bandura taler om self-efficacy's indflydelse på de kognitive processer i det der kaldes *expectancy-value theory*, han beskriver hvorledes et menneskes motivation er reguleret af den forventning denne har til en given handling og dennes resultat. Han definerer, at mennesker reagerer ens på hvad de kan og hvad de forventer de kan. Dette er, ifølge A. Bandura, under indflydelse af deres oprindelige grad af Self-efficacy, og hvorledes deres følelse af self-efficacy styrkes eller svækkes i mødet med stressorer. Det må derfor med afsæt i disse teorier være relevant at klinikerens, her altså jordemoderens rummer en evne til at afmåle, hvorom patientens informations tilgang bunder i en høj eller lav grad af self-efficacy. Hvis patienten f.eks. er præget af at søge negativt associeret information om risici og komplikationer ved fødsler, kan jordemoderens håndtering af informationsformidlingen have indflydelse på informationens virkning. Med afsæt i A. Banduras teorier vil *social modelling* og *social persuasion* være medvirkende faktorer til at patientens ressourcer organiseres

således at graden af self-efficacy styrkes og dermed har informationen bedre forudsætninger for ikke at virke hæmmende for patienten. Dette beskrives i følgende citat:

“Whether we are sufficiently “literate” to comprehend a particular piece of information depends not just on our cognitive skills and education, but also on how the information is packaged and presented”. (Kukla, R, 2007, s, 30)

Ifølge J. Husted er autonomi at handle etisk rigtigt. Man handler etisk rigtigt, når man behandler personer på måder, der er forenelige med respekten for personers integritet og selvbestemmelse. (Husted, J. årg. 24, s.122) Når man handler etisk handler man altså ud fra nogle principper om at tage hensyn til andres interesser. Men spørgsmålet er så om vi er i stand til at dømme hvad kvindens interesse er når vi måske møder hende første gang ved fødslen og hun muligvis er smertepåvirket? Har kvinden selv forudsætninger på dette tidspunkt til at dømme egen interesse og som J. Husted definerer, som forudsætninger for autonomi, formår hun at forholde sig kritisk eftertænkende og vurderende til sine givne ønsker og interesse? (ibid, s. 132)

Kan man i den grad sundhedsloven foreskriver prioritere information så højt og samtidig imødekomme dette etiske ansvar? Patienter har ret til at frabede sig information ifølge Sundhedsloven kap.5 §16 stk 2. Men hvordan håndteres denne mulighed i praksis? Bliver muligheden forelagt kvinden, eller er normen, at man som udgangspunkt giver informationen og så må kvinden aktivt indvende, hvis hun ikke ønsker den? Hvad er samfundets norm i forhold til at fravælge sin selvbestemmelse, er det velanset? For ikke at tale om Jordemødrenes ønske om at give ansvaret tilbage til kvinden, gennem empowerment, er det muligt hvis kvinden frabeder sig information? Informationen har derudover den underliggende agenda at sikre jordemoderens faglige ansvar, så hun har bevis i tilfælde af klagesager. Derfor er der mest der tæller for at vurdere informationens værdi højt og dermed ender vi med det som J. Husted kalder autonomiens udfordring, hvor patienten bliver underlagt ikke blot jordemoderens, men samfundets magt. Jordemoderens ansvar bliver så at forsøge at navigere og forvalte magten til kvindens bedste (ibid. s. 127). Dilemmaet ses i nedenstående citat fra teksten:

“At the same time, in some domains of health care, we might worry about having too much access to information—we can be overwhelmed and paralyzed by a bombardment of information, particularly when we feel responsible for consuming this information and disciplining our bodies accordingly.” (Kukla, R. 2007, s.30)

Ifølge R. Kukla er der grund til at sundhedspersonale tager højde for det paradigmeskifte, som den stigende adgang til information gennem de sidste 10 år, har medført. Dermed kan det også hævdes at autonomien er udfordret af de forskellige forudsætninger kvinderne i dag kan komme med. R. Kukla forklarer at det at være en autonom “inquirer” påvirkes af individets forudsætning for, at kunne vurdere den information, hun selv finder, og den hun modtager fra en autoritet i f.eks. sundhedsvæsenet (ibid s. 33) Dermed skal informationens fordelagtige ramme skabes gennem en afklaring af kvindens forudsætninger, en hjælp til navigering og sortering i den viden hun kommer med og en forståelse for at bygge ovenpå den viden i forhold til kvindens ønsker og behov. Derigennem skabes også forudsætningerne for autonomi, som nedenstående citat belyser:

“He gives the patient tools to situate and assess the authority of his voice; he demonstrates respect for her capacities as an autonomous inquirer; and he helps to teach her, by example, how to reason well about statistics and study designs, thereby fostering an important form of competence”. (ibid, s.34)

5.3.1 Delanalyse: informationens virkning

I dette afsnit undersøges informationens virkning ud fra viden om, at information kan rumme både positive og negative budskaber, som kan medvirke til at danne kvindens forventninger til fødslen. Forventninger er i et tidligere afsnit set at have indflydelse på kvindens håndtering af f.eks. fødselssmerter. Først redegøres for den valgte artikels resultater, derefter analyseres og diskuteres på baggrund af opgavens teori.

5.3.2 Understanding and minimizing Nocebo effects in Childbearing Women

C. Sakala’s artikel handler om nocebo effekter i forbindelse med gravide kvinder og fødsler. Udgangspunktet for artiklen er en MEDLINE database søgning fra august, 2007, som fandt, at der ikke fandtes undersøgelser, der inkluderede Nocebo-Effekt i

forbindelse med graviditet og fødsel og andre relaterede søgeord. Nocebo-effekten er undersøgt i andre medicinske sammenhænge og er fundet at stimulere hyperalgesiske effekter, som kan medføre hyperaktivitet i hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen og dermed produktion af blandt andet stresshormoner og induktion af kroppens smerteberedskab. Sagt med andre ord kan Nocebo effekten bevirke at bevidstheden og forventningen om smerte, skade og andre negative risici, fører til at mennesket rent faktisk oplever disse ubehagelige tilstande uden reel fysisk påvirkning. Ikke kun individets egne forventninger, men også omgivelsernes forventninger kan have kraftfulde negative effekter der resulterer i somatiske reaktioner og i værste fald dødstilfælde. C. Sakalas artikel bygger på forskning, undersøgelser og litteratur inden for feltet.

Ifølge C. Sakala er denne viden i overensstemmelse med undersøgelser, der har fundet, at kvindens grad af tiltro til at kunne overkomme fødslen var den vigtigste indikator for hendes oplevelse af fødselssmerter. Denne indikator overskyggede indflydelsen af alder, paritet, fødselsforberedelse, grad af angst, frygt for smerte, dilationshastighed og frekvensen af veer.

Ifølge C. Sakala medfører almindelig fødselsforberedende information en bred vifte af tvivlende beskeder til kvinder. Fødselsforberedelsens hovedformål er, at forberede kvinderne på hvad de kan forvente i et hospitals-setting, frem for at fokusere på at klæde kvinderne på til at kunne mestre fødslen og fødselssmerterne. Derudover gør forebyggende interventioner, at kvinderne udsættes for yderligere interventioner, der skal behandle bivirkningerne fra de forebyggende interventioner. C. Sakala mener at kvinderne ikke har forudsætningerne for at skelne disse behandlinger fra deres oprindelse, og at de dermed bygger ovenpå troen om, at det er nødvendige foranstaltninger for at deres kroppe er istand til at gennemføre fødslen.

Ud fra tilgængelig Nocebo-forskning konkluderer C. Sakala at en enkelt negativ suggestion fra en person, der anses som en autoritet, kan have en skadelig effekt, og forfatteren stiller dermed spørgsmål til hvorvidt den kumulative effekt af negativ information, overvågning og teknologi spiller ind på kvindens følelse af kompetence og effektivitet og på kvindekroppens evne til at kompensere for de stressrelaterede hormoners indflydelse på fødselshormoner.

Hvis vi ser på overførbareheden af denne artikels problemfelt til opgavens

problemformulering er det rimeligt at antage, at der overordnet tales om samme mekanisme, nemlig ords indflydelse på psykiske og fysiske tilstande og dermed indirekte på kvinders smerteoplevelse under fødsler.

Set ud fra A. Banduras begreb om Self-efficacy (Bandura A. 1997) kan det forsvares at dele C. Sakalas holdning til at negative forventninger, som bygger på negativ information, kan have indflydelse på blandt andet kvinders oplevelse af fødselssmerter, idet A. Banduras begreb om *social persuasion* viser at omverdenen kan have indflydelse på menneskers tiltro til egen formåen. Derudover er menneskets *Psychological responses* og altså deres sindstilstand en medvirkende faktor til Self-efficacy. Det kan tænkes at negativ information, der beror på risici og viden om komplikationer og bivirkninger har en indirekte negativ indflydelse på kvindens *Psychological responses* og dermed også hendes Self-efficacy, hvilket stemmer overens med C. Sakalas artikel ovenfor.

Ifølge A. Bandura er menneskers motivation forudsat af menneskers grad af Self-efficacy. En del af det A. Bandura kalder *Motivational Processes* er *Outcome expectancies* med teorien om *expectancy-value*. (Bandura, A. 1997, s. 125) I denne teori defineres, at motivation er reguleret af forventningen om, at en adfærd vil producere visse resultater. A. Bandura uddyber, at mennesker agerer efter deres forestilling om, hvad de kan såvel som deres forventning til det sandsynlige udfald af deres ydeevne. Det vil med andre ord sige, at informationen rummer en kraftig indflydelse på kvinders valg og dermed valgets udfald. Det kan dermed være reelt at påstå, at hvis et valg fører til smerte eller andre skadelige og uønskede udfald, kan den skadelige virkning i visse tilfælde findes i informationen.

Ifølge A. Bandura, er mennesker delvist influeret af miljøets sociale rammer og forventninger og deres eget forestillede Self-efficacy. Mennesker navigerer indenfor dette felt og bygger deres kompetencer ud fra, blandt andet disse interpersonelle relationer, hvorved menneskets udvikling og valg formes. Derfor er det nødvendigt, at have en forståelse for de skjulte effekter, der ligger i de sociale rammer, der sættes op i menneskelige relationer. Her tænkes i relation til opgavens problemstilling på de krav, der opstilles for jordemoderens handlingsmuligheder som informationsformidler og kvindens evne som informationsmodtager. Det kan derfor yderligere ledes, at der gennem kvinders retssikkerhed og det informerede samtykke skabes nogle krav til jordemoderens faglige rolle, der kompromitterer jordemødrenes hjælperpligt på det

psychosociale område.

Ud fra A. Banduras teorier om Self-efficacy kan det være fordelagtigt at fordre en overdimensioneret oplevelse af Self-efficacy. A. Bandura definerer, at realister kan tilpasse sig godt til de eksisterende realiteter, men dem, der styrket af deres Self-efficacy, overvurderer deres reelle evner, kan have tilbøjelighed til at ændre disse realiteter. Derved mener A. Bandura, at mennesker, der har en oplevelse af deres egne evner, der måske overstiger den reelle kompetence, er istand til at erhverve den ekstra styrke der skal til, for at overstige deres almindelige forestillinger og dermed deres faktiske evne. På baggrund af dette, kan det udledes, at det er hensigtsmæssigt at information istedet bygger kvinders forhåbninger til egen formåen op, end at forestille dem det værst tænkelige udfald. Nedprioritering af negativ associeret information og fremhævning af positiv associeret information kunne tænkes at have denne virkning. Dette vil dog med afsæt i autonomibegrebet være et præmis, der ikke kan imødekommes, da det vil være uetisk at styre kvinden i en retning. (Husted J, årg. 24, s.127)

Dermed synliggøres informationens dilemma i jordemoderens faglige ansvar og hendes hjælperpligt, som synes at være to uforenelige størrelser, på de vilkår de står på i dag. Ifølge J. Husted er autonom adfærd at handle ud fra egen vilje ud fra sig selv istedet for det modsatte, heteronom adfærd, hvor der handles ud fra ydre kræfter. At handle autonomt betyder, at man handler moralsk og lader sin vilje være bestemt af motivet om at gøre det rigtige, men så handler man alligevel, ifølge J. Husted, ud fra den fællesmenneskelige fornufts diktater om ret handlen. Dette medfører, at kravet om respekt for personens status af autonomt væsen let indsnævres til kravet om respekt for handlinger der kan regnes som autonome. Dette kan medføre, at mennesker føler sig berettiget til, for andres værdigheds skyld, at tvinge den enkelte med svigtende fornuft(ud fra deres norm) til at handle rigtigt (Ibid. s.122) Dette kan tænkes at komme til udtryk, hvis jordemoderen forudsætter, at det at modtage information er "at handle rigtigt" og dermed pålægger den gravide den norm og på den måde kompromiterer selvbestemmelsen.

Den fællesmenneskelige fornuft er i opgavens relation udstukket af

Sundhedsstyrelsen og Sundhedssloven og *fornuften* ligger i at sikre kvinders retsstilling gennem autonomi og informeret samtykke. Men spørgsmålet er igen om

dette er *ret handlen*, eller om det bunder på et sæt af idealer, der ikke er forenelige? Ifølge J. Hustedes definition, er *personlig autonomi* en sammensat evne, hvis betingelser skal findes såvel hos den enkelte som i dennes menneskelige og sociale omgivelser ud fra de idealer, der findes for disse betingelser. Det *moralske ideal* er idealet for forvaltningen af mellemmenneskelige forhold og altså igen de betingelser, der i opgavens tilfælde, gennem sundhedsloven, sættes for jordemoderens virke og som bestemmer, at kvinderne skal informeres om risici, komplikationer og bivirkninger. Det *personlige ideal* er her, kvindens og altså det der er rigtigt for hende. Det kan tænkes at kvinden, når hun er underlagt fødsels-stressorer ikke er istand til at opretholde sit personlige ideal og forholde sig til det moralske ideal, der som sagt forvaltes af jordemoderen. Dermed kan det tænkes, at balancen bliver uligevægtig, og der opstår risiko for autonomiens udfordring, at jordemoderen så uundgåeligt får magt over noget i kvindens liv og udfordringen består i at forvalte den magt til den andens bedste. (ibid, s. 127)

5.4.1 Delanalyse: Herlevs Fødselsaftale projekt

I følgende afsnit analyseres en tilfredshedsundersøgelse fra Herlev Hospital, som har undersøgt et tiltag i forbindelse med angstramte gravide, der ønskede sectio på maternal request. Dette gøres m.h.p. at analysere på dansk materiale, der rummer både afsender og modtager af information, samt informationen i sig selv. Først redegøres for undersøgelsen, derefter analyseres den med afsæt i opgavens teori.

Undersøgelsen havde blandt andet til formål at undersøge, hvordan de kvinder, som havde fået tilbudt en fødselsaftale, havde oplevet informationen og forløbet under graviditeten og fødslen.

Kvinderne blev stikprøvevalgt fra en liste over alle kvinder fra fødselsaftale-projektet, som havde født indenfor 2-18 mdr. Undersøgelsen byggede på dels en kvantitativ opgørelse af patienttilfredsheden baseret på telefoninterview af 55 udvalgte kvinder, samt en kvalitativ personlig interviewundersøgelse med en subgruppe på 20 kvinder derfra. Kontrolgruppen udgjorde 17 ud af de 55 kvinder. Kontrolgruppen bestod af kvinder med normal graviditet og normalt fødselsforløb, som fødte vaginalt eller fik elektivt sectio pga underkroppræsentation, og som havde født samme dag som en fra projektgruppen.

Resultatet af den kvantitative del af undersøgelsen, der omhandlede vurderingen af den mundtlige og skriftlige information, viste at projektgruppen, både ved vurdering af skriftlig information samt mundtlig information, overordnet var tilfredse, eller meget tilfredse, men at der var en mindre gruppe af utilfredse kvinder på henholdsvis 6% og 8%, hvorimod kontrolgruppen ikke udtrykte utilfredshed med den givne information hverken skriftligt eller mundtligt.

Resultatet af den del af den kvalitative undersøgelse, som omhandlede informationen, viste, at stort set alle kvinderne følte, at informationen havde været god og dækkende. Forfatterne fandt, at kvinderne havde forståelse for, at de skulle informeres om ricisi, dog fandt de den skriftlige information herom "voldsom og skræmmende". Nogle følte at gennemgangen af hvad der er normalt eller patologisk under en fødsel, gav dem tillid til at personalet ville handle, hvis der opstod problemer. En gruppe af kvinderne følte ikke, at informationen havde været tilstrækkelig. Specielt var der ønske om bedre information om forløbet af den normale fødsel. Personalet roses meget og særligt for at give løbende information under fødslen. Nogle kvinder havde ved den kvantitative del af undersøgelsen udtrykt god tilfredshed med informationen som helhed, men ved den kvalitative undersøgelse, hvor de havde mulighed for at differentiere svarene, angav de, at der var specifikke forhold de fandt uheldige eller var direkte utilfredse med. Det fremkommer ikke af teksten, hvad disse forhold består i, men forfatterne konkluderer, at kontinuitet i jordemoderundersøgelserne, samt fokus på fødselsforberedelse bør have høj prioritet.

Ydermere konkluderer forfatterne, at der generelt er stor tilfredshed med den information der gives, men at den gruppe med fødselsangst, som har fået målrettet information og ekstra opmærksomhed, generelt er mere tilfredse. Derudover overvejer forfatterne om de kvinder der var utilfredse, fra projektgruppen, kan forklares ved, at man ikke kunne opfylde deres krav eller ikke fik afdækket årsagen til deres nervøsitet.

Projektets succes måles ved at aftalekonceptet skaber generel tryghed og overordnet stor tilfredshed blandt de fødende. Som en sidegevinst flytter 48% sig fra et ønske om planlagt sectio til at indgå en aftale. Af dem føder 70% vaginalt. Set i

lyset af A. Banduras begreb om Self-efficacy kan den positive effekt tænkes, at findes i den omfattende støtte deltagerne oplever og ikke så meget i virkningen af informationen for sig selv. Støtten kan tænkes at reducere den fødendes stress og frigøre ressourcer til at holde humøret oppe foran udfordringen, derved højnes graden af Selv-efficacy ifølge A. Bandura. Dette bestyrkes af nedenstående citat:

“Da vi gik hjem var vi rigtig glade. Vi følte at de virkelig lyttede til os og syntes det var rart at få det ordnet og får det på plads, så man ikke skulle spekulere over hvordan det skulle foregå. Det var rigtigt rart, at man fik det skrevet ned, og sådan var det. Så vidste man, hvad der skulle ske. Det gav en ro.”

Undersøgelsens forfattere fandt at nogle af kvinderne udtrykte et ønske om bedre information om forløbet af den normale fødsel. Med afsæt i A. Banduras teorier, (A. Bandura, 1997) kan det tænkes at kvinderne har glæde af at høre om den normale fødsel som en del af deres self-efficacy opbygning gennem underbegrebet *social modelling*. A. Bandura beskriver at social modelling kan virke styrkende i det at individet kan spejle sig i andres evner og dermed erhverve egen styrke i forhold til en udfordring. Der kan tænkes, at gode fødselshistorier, eller blot oplysningen om den normale fødsels forløb, kan fungere som en slags social modelling. Derudover kan det ses, som en del af *social persuasion*, i det det bekræfter kvinden i, at den normale fødsel kan lade sig gøre og endda er en reel mulighed for hende selv. På denne måde kan informationen virke fordrende og medvirke til at skabe en god fødselsoplevelse.

Set ud fra A. Banduras teori om self-efficacy er det interessant at overveje om kvinderne, der udtrykker utilfredshed med informationen, ikke er blevet favnet i dette projekts for forståelse af information som et gode. Som nævnt i et tidligere afsnit er kvindernes forudsætninger, som modtagere af information, påvirket af deres grad af self-efficacy, herunder deres *psychological responses*. Som udgangspunkt må det vurderes, at alle kvinderne i projektgruppen har været under indflydelse af deres forudgående humør, som defineres i *psychological responses*. De har været angste for fødslen og dermed oplevet denne som en stressore. Hvordan de håndterer denne stressore er ifølge A. Bandura under indflydelse af den grad af self-efficacy de møder

stressoren med, men denne grad af self-efficacy er ydermere påvirkelig igennem den relation de har til informations-afsenderen, her jordemoderen eller lægen. Møder jordemoderen kvinden med en forforståelse om, at informationen er den vigtigste faktore for at opnå en tryghed, og kvinden oplever, at den gør det modsatte for lige netop hende, kan det tænkes at skabe en større problematik i kvinden og dermed en utilfredshed med informationen, der ikke bunder i et ønske om mere fyldestgørende information, men måske en information der tog udgangspunkt i netop kvindens individuelle forudsætninger og behov.

Følgende to citater fra undersøgelsen viser netop denne forskel i kvindernes individuelle behov.

“Og så havde vi et ønske om at få information, information, information..”

“Jeg trængte til tryghed og nogen der kom og støttede mig og guidede mig lidt mere igennem det og havde sagt at der var nogle andre muligheder vi kan gøre.”

Citaterne viser, som defineret gennem denne opgaves teori om Self-efficacy, at mennesker har forskellige behov og forudsætninger for modtagelse af information og støtte i forbindelse med fødsler. Det kan tyde på, at det er problematisk at sætte lovmæssige krav og rammer op for informationens indhold, som i så fald bliver mindre smidig og tilpasningsmulig og dermed sværrere for formidleren, her jordemoderen, at tilpasse kvinden individuelle behov og forudsætninger. Omvendt virker det utopisk at tro at kvindernes behov er bedre mødt med frie rammer for informationen, da det så bliver op til den enkelte jordemoder at forvalte og mestre denne opgave efter bedste evne, forforståelser og erfaring og dette vil være i fare for at krænke kvindernes selvbestemmelse og dermed igen udfordre autonomien og risikere magtanvendelse. (Husted J. S. 122). Istedet kan det tænkes, at der bør være mere opmærksomhed på at oplyse kvinden om udvalget af information, dennes virkning, bivirkninger og retten til at fravælge information.

6.0 Diskussion

I det følgende afsnit diskuteres delanalysernes resultater sat op mod hinanden. Derudover inddrages yderligere forskningsresultater som med og modspil til

analysens fund for at nuancere besvarelsen af problemformuleringen. Herefter diskuteres i afsnittets kilde- og metodekritik, projektets inddragne teori og empiri samt projektets anvendte metode, herunder indflydelsen af egen forforståelse.

Ovenstående gøres for at vurdere belægget for de fremkomne resultater af, hvordan information spiller ind på kvinders fødselsoplevelse, og om information kan skade.

6.1. Analysens resultater

6.1.1 Den gode fødsel

Analysens resultater viste, at informationens virkning er under indflydelse af de krav, lovgivningen sætter for jordemoderens virke, og at det er op til den enkelte jordemoder at navigere inden for sundhedslovens rammer og formidle informationen afmålt efter kvindens forudsætninger, som modtager af informationen. Dette for at informationen er en medvirkende faktor til "den gode fødsel". Når Bertelsen og Gohr definerer de vigtige forudsætninger for den gode fødsel, indgår *information* netop i en triade, hvor også *støtte* og *forståelse* indgår. Dette understøttes af opgavens analyse, hvor det fremkommer, at information kan have en skadelig indflydelse på kvindens fødselsoplevelse, hvis ikke der tages højde for kvindens forudsætninger og individuelle behov, som netop *støtte* og *forståelse* må siges at gøre. Derfor kan det tænkes, at det er rimeligt at konkludere, at information ikke bør stå alene, uden en *forståelse* for kvinden (forudsætninger) og en *støtte* til at navigere i forhold til informationen (træffe valg).

6.1.2 Information som en intervention

Sundhedsloven, Sundhedsstyrelsen og Jordemoderforeningens Retningslinier har, som tidligere nævnt, forsøgt at inkludere dette individuelle aspekt i udformningen af anbefalingerne, men spørgsmålet er om det er en praktisk mulighed, når den overordnede norm synes at være at sikre kvindens selvbestemmelse gennem autonomi. Kan autonomien sikres uden den negativt associeret information, som har den risici at den kan skade? Kvinden har ret til at frabede sig information og dette kan være en autonom handling. Men kræver et fravalg af information ikke en indsigt til grund for fravalget? Ellers kan handlingen virke afmægtig og der kommer jordemoderens omsorgsmæssige ansvar ind. Muligheden for at understøtte kvinden empatisk og forsøge at forstå vejen til netop denne kvindes gode fødsel går gennem kommunikation, som kan tænkes at have en hårfin grænse til at blive information. Det kan ikke diskuteres, at informationen skal være et tilbud som prioriteres højt og

ligger frit tilgængelig for kvinden, men det fremkom af analysen at der bør være større opmærksomhed på information som en intervention, der rummer egne risici og bivirkninger. Dermed kan det ledes, at retten til at frabede sig information bør formidles mere aktivt end den ser ud til at blive i dag. Og måske bør selvbestemmelses- paradigmet indenfor en fødselsstue-setting revurderes i forhold til kvindens forudsætninger, som modtager af information når hun er i aktiv fase og dermed muligvis ikke istand til autonom adfærd.

6.2 Kritik af kilder

I dette afsnit kommenteres på egen forforståelse og hvorvidt denne kan tænkes at have haft indflydelse på analysens resultater, endvidere anskues den anvendte empiri og den teoretiske tilgang kritisk.

6.2.1 Forforståelse

Den valgte metode til besvarelse af problemformuleringen ligger til grund i undertegnede forforståelse. Den tidligere beskrevne oplevelse af en fødende, der blev forstyrret og smertepåvirket af smertelindringsinformation, såede en undren og skabte min interesse i informationens dilemma. At kvinden oveni fokuserede sig til smertelindring ved udøvelsen af en blodsuktermåling, bekræftede mig i, at der var et område af smerteoplevelsen, som indebar menneskets forventning og opmærksomhed og at jordemoderen, når hun informerer, spiller en aktiv rolle i kvindens smerte-mestring eller mangel på samme. Grantly Dick-Read's teori om fear-tension-pain-syndromet kan belyse en side af denne oplevelse, idet G. Dick-Read med denne teori fandt, at angst og spænding ledte til 95% af kvinders fødselssmerter og at risiciinformation kan være grobund for angst i kvinden. (Dick-Read, G. 1959, 2004) Derudover har min interesse for de psykologiske mekanismer ført mig til at undersøge hypnose til fødselshjælp. HypnoBirthing, The Mongan Method er en fødselsforberedelse, der er afledt af G. Dick-Read's teorier. Fødselsforberedelsen indbefatter blandt andet, at man afhypnotiserer kvinden risikosamfundets indprentning, udelukker negativt associeret sprogbrug og klæder kvinden på med positive affirmationer og tiltro til kroppens naturlige fødselskraft. (Mongan, M. 2005) Ovenstående forforståelse har haft indflydelse på opgavens søgestrategi, hvilket kan have medvirket til at styre opgaven i forforståelsens retning.

Jeg har dog været bevidst om at prøve at udfordre forforståelsen ved at søge bredt og kigge på undersøgelser, der kunne belyse en anden side problematikken. Blandt andet fandt jeg forskning i relationen mellem angst og smerte, der viste at angst både kan have en smertenedsættende og forstærkende effekt afhængigt af den kontekst, det forekommer i og der er derfor ikke empirisk konsensus om, hvordan angst spiller ind på smerte, men der er grund til at tro at en tredje faktor spiller ind i denne relation. Denne tredje faktor, er ifølge Arnoud Arntz et al, *Opmærksomhed*. (Arntz et al.1991) Denne baggrundsviden har været medvirkende til at opgavens socialkonstruktivistiske tilgang kom til rette i undersøgelsen af lovgivningens norm af information, som et værktøj til opnåelse af "*den gode fødsel*" i det tilgangen åbnede for en kritisk refleksion over praksis og muligheden for at anskue informationens værdi i en ny kontekst.

6.2.2 Metodekritik

Opgavens metodeinddeling i 3 aspekter har givet et overordnet indblik i feltet, der belyser de tre komponenter i relationen omkring information. Feltet er dog større end denne opgave rummer og det kunne f.eks. have været interessant at belyse flere sider af de enkeltes forudsætninger. Eksempelvis kunne Jordemoderens forudsætninger belyses med kvalitativt empiri, der både anskuede jordemoderens og kvindens subjektive oplevelse af informationsformidlingen. Da opgavens problemformulering var rettet mod at undersøge om information kan skade og ikke hvordan jordemoderen kan undgå at den skader, synes det relevant at anvende og undersøge de lovmæssige forudsætninger til belysning af de forhold jordemoderen overordnet er underlagt. Lovgivningen er en ydre ramme, som blandt andet samfundets og sundhedsvæsenets norm skaber og det er en medvirkende faktor til at begrænse/udvikle jordemoderens personlige forudsætninger, som eksempelvis psykologisk/kommunikativ kompetence, derfor var det oplagt at tage fat i denne problematik. Hertil kunne det have været interessant at se opgavens problemformulering anskuet på teori, der uddyber samfundets risikotænkning.

6.2.3 Teoretiske ramme

Anvendelsen af teorien om Self efficacy og Autonomi-begrebet viste sig at komplimentere hinanden godt til det formål at undersøge informationens omstændigheder og virkemåder i et psykosocialt perspektiv. Selektionen i begreber

af de brugte teoretikere har omend bygget på forfatterens forforståelse og har på den måde en indirekte bias. Havde opgavens teori haft et andet fokus, kunne det tænkes, at andre emner og aspekter af informationens virkning var blevet belyst. F.eks. kan der argumenteres for, at analysens resultat kunne have været mere detaljeret, hvis opgavens analyse byggede på flere begreber fra samme teoretiker. Samtidig kunne et andet valg af teoretisk ramme for opgaven tænkes at belyse andre problematikker vedrørende informations virkemåde.

6.2.4 Valg af empiri

Empirien til analysens af kvindens forudsætninger var relevant og gav et filosofisk perspektiv på udviklingen i kvindens informationsmuligheder og dermed også den individuelle forskel, der er betinget af blandt andet kvindernes socioøkonomiske forhold.

Analysen af informationens virkning baseres på et mindre review af forskning af nocebo-effekt uden for obstetrikken, grundet mangel på direkte forskning på området. Forfatteren overfører begrebet til obstetrikken på baggrund af Lowe's klassiske undersøgelse, der blandt andet fandt, at kvinders grad af tillid til egen fødeevne, var den vigtigste indikator for hendes oplevelse af fødselssmerter. (1989) Denne undersøgelse understøttes af teori fra bogen, *Our bodies Ourselves*, som beskriver to forskellige miljøer for gravide. "a climate of doubt" and a climate of confidence". (2005) Jeg ser det som en skærpelse af validiteten at den ældre forskning støttes op af nyere litteratur. Derudover antager jeg, at der er en rimelig overførbarehed fra Nordamerikanske kvinder til danske kvinder, når det drejer sig om de underliggende psykologiske processer i forhold til graden af tillid og de miljøer tilliden skal fostres i. Man kunne argumentere for at amerikanerne fødselskultur er mere aggressiv og medikaliseret, og at det dermed skaber andre forudsætninger for tillid end i Danmark og dermed kan graden af indflydelse måske variere. Dog vil jeg mene, at undersøgelsen er relevant for opgavens problemformulering, da den indfører læseren i begrebet nocebo i relation til gravide og perspektiverer overordnet på kommunikation og forventningers indflydelse på kvindens fødseloplevelse.

Herlev Hospitals undersøgelse lever op til nogle kriterier for kvalitativ forskning, men der er op til flere problematikker. Formålet med undersøgelsen er tydeligt, den

bygger på en klar forforståelse, som også beskrives i undersøgelsen, der er dog ikke gjort rede for en teoretisk ramme. Udvalget af informanter er beskrevet ganske kort og kan kritiseres i forhold til blinding og mætning. Kvinderne blev telefoninterviewet og udvalgt af sekretærer fra obstetrisk afdeling. Omfanget af informanter kan synes i den lave ende for den kvantitative del 55 ud af 175, hvoraf 17 udgør kontrolgruppen. Der redegøres ikke for denne afgrænsning, og det kan tænkes, at undersøgelsen havde opnået et bedre resultat ved at undersøge samtlige kvinder og redegøre for eventuel udeblivelse eller fravælgelse for kvinder der ikke deltog. Derudover er det et stort kritikpunkt, at spørgeskemaet ikke vises i undersøgelsen, da dette begrænser læserens vurdering af analysens resultater. 20 kvinder deltog i den kvalitative del af undersøgelsen, hvilket virker til at være et godt udgangspunkt, idet S. Kvale mener, at man ved at analysere få individers relation til omgivelserne kan få almene sammenhænge frem. (S. Kvale, 2005, s. 5) Kvinderne er repræsenteret relevant i forhold til undersøgelsens formål, dog er det kritisabelt, at der i denne publikation ikke fremkommer nogen identificering af kvinderne i forhold til deres baggrund og citater. Den kvalitative undersøgelse bestod af et interview på baggrund af 20 fastlagte spørgsmål foretaget af en ikke medicinsk faglig person fra enheden for brugerundersøgelser, der uddybes ikke yderligere om hvilken interviewform der benyttes. Ifølge S. Kvale kan fastlagte spørgsmål være en hindring for analysen, idet det forsager en ikke-dirigerende interviewform, hvilket kan medføre manglende uddybning af interviewpersonernes svar og dermed manglende hypotesetestning. (ibid. s. 5) Derudover mangler der et vigtigt led i interviewets form, som er det S. Kvale kalder Kommunikativ validering. Her indgår forskeren i en dialog med den interviewede og forelægger sine tolkninger for den interviewede, ikke kun i interviewsitueringen men også i den videre analysefase (ibid s.10). Det nævnes, at man benytter S. Kvalets tematiserende og meningskondenserende analysemetode, hvilket virker relevant for undersøgelsens formål. Dog virker det til, at temaerne er lavet på baggrund af spørgsmålene, hvilket kan hindre åbenhed overfor nye temaer og dermed kan det tænkes at forfatterens forforståelser er skinnet igennem i resultatet. I artiklens diskussion diskuteres undersøgelsens resultater relevant i forhold til formålet og i forhold til nye erkendelser og sammenhænge, idet det overvejes om det i stedet for fødselsaftale-indsatsen muligvis er det at "man giver sig den fornødne tid, der skaber stor tilfredshed".

På trods af ovenstående problematikker har valget af denne empiri tjent det formål at give et indblik i informationens virkning i en dansk kontekst, hvilket syntes relevant i forhold til den danske lovgivning og valget af autonomibegrebet, som en del af opgavens teoretiske ramme.

Som sammenfatning på ovenstående diskussion og kildekritik vurderes de fremkomne resultater at være nuancerede og et produkt af en reflektiv proces over empiri og teori, som har medført en viden der synes relevant i forhold til opgavens problemformulering.

7.0 Konklusion

Opgavens formål er at besvare spørgsmålet om, hvordan information påvirker kvindens oplevelse af smerte, og om information kan have negative følgevirkninger. Analysens resultater viser, at der er mulighed for, at information kan indvirke både positivt og negativt på kvindens fødselsoplevelse afhængigt af den kontekst informationen formidles i. Konteksten har i denne opgave vist sig bl.a. at være betinget af kvindens individuelle forudsætninger såsom stressniveau, evne til bearbejdning af information, tiltro til egen krop, angst for fødselssmerter og angst for egen og barnets sikkerhed. Derudover findes, at informationens virkning yderligere er betinget af jordemoderens evne og mulighed for at tilpasse informationen til kvindens omstændigheder ud fra lovgivningens rammer.

Resultaterne indikerer, at information om risici, bivirkninger og komplikationer kan påføre kvinden en negativt rettet opmærksomhed og forventning til fødslen. Dette kan have en negativ indflydelse på kvindens psykiske ressourcer, som igen har indflydelse på hendes fysiske formåen og dermed oplevelsen af fødselssmerter.

Opgaven anskuer sundhedsvæsenets norm om information, som et redskab til den gode fødsel og finder at dette, ikke er en selvfølge i den form informationen får, under de krav sundhedsloven og Sundhedsstyrelsen anbefalinger opstiller. Problematikken synes at ligge i behovet for oplysning som præmis for stillingtagen i det informerede valg. Dermed er information, som udgangspunkt ikke et tilbud

kvinden reelt kan fravælge uden at afstå fra en del af sin selvbestemmelse og uden først at være informeret. Gennem analysens resultater er det fremkommet, at den fødendes forudsætninger for autonomi kan være begrænset af fødselens kraft, og derfor kan det synes rimeligt at konkludere, at man bør revurdere den nuværende sidestilling af kvindens ret til selvbestemmelse med kvindens ret til individuel omsorg og støtte. Yderligere kan det konkluderes at retten til fravalg af information bør kommunikeres tydeligere, således at kvinden har en reel mulighed for at forholde sig til informationens indflydelse på hendes fødsel.

På baggrund af ovenstående kan det konkluderes, at retningsliniernes formål bør struktureres, så svangreomsorgen i mindre grad fokuserer på fyldestgørende information, og i højere grad baserer informationsformidlingen på de gravides individuelle behov. Behovet er på baggrund af denne opgaves resultater støtte og rådgivning og en stilen mod at styrke forventningen om et ukompliceret forløb for derved at skabe et fokus mod den gode fødsel.

8.0 Litteraturliste

Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. [Experience of delivery in women with and without antenatal fear of childbirth](#). Gynecol Obstet Invest. 1983;16(1):1-12.

Lokaliseret d. 28.05.2012

Arnoud Arntz, Laura Dreessen, Harald Merckelbach, *Attention, not anxiety, influences pain*, Behaviour Research and Therapy, Volume 29, Issue 1, 1991, Pages 41-50, ISSN 0005-7967, 10.1016/S0005-7967(09)80006-5. Lokaliseret d. 28.05.2012

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796709800065>

Bandura, Albert. (1994). *Self-efficacy*. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H.

Friedman [Ed.], lokaliseret d. 28.05.2012

<http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>

Bandura, Albert, (1997). *Self -Efficacy, The Exercise of Control*, W.H Freeman and Company.

Benson, H. (1997) *The Nocebo effect: History and physiology*. Prev. Med; 26: 612-615

Birkler, Jacob (2007) *Videnskabsteori – En grundbog*.

København. Munksgaard Forlag.

Dandanell, Bente; Lebech Morten; Hansen Skjødt, Karen; Schulze Bradt, Stine. (2008) *Fødselsaftaler giver tryghed*, Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2008, nr. 8,

Lokaliseret d. 28.05.2012. <http://www.jordemoderforeningen.dk/tidsskrift-for-jordemoedre/singlevisning/artikel/foedselsaftaler-giver-tryghed/>

DSOG, Sandbjerg (2006) - *GUIDELINE, MATERNAL REQUEST*

Forstholm, Malene Merete; Langhoff-Ross, JensLidegaard, Øjvind (2010) *Ønsket*

Sectio blandt førstegangsfødende. Ugeskrift for læger; 171(7):497. Københavns universitet. Det Sundhedsfaglige fakultet og Rigshospitaet, Lokaliseret d. 28.05.2012
http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/Artikelvisning?pUrl=/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2009/UFL_EKCMA_2009_7/UFL_EKCMA_2009_7_10070267

Grantly, Dick -Read (2011) *Childbirth without fear, The principles and practice of natural childbirth*. Pinter and Martin Ltd.

Herlev Hospital, Kliniske vejledninger, *Fødselsaftale eller sectio på maternel request, mors ønske*. Gældende fra 20.07.2009

Herlev Hospital, Kliniske vejledninger: *Fødselsaftale eller sectio på maternel request, mors ønske*. (20 juli 2009)

Husted, Jens. Dyder og Laster, Tidsskriftet Philosophia årg. 24

J.E.R. Jordemoderforeningens Ethiske Retningslinier, lokaliseret d. 28.05.2012
http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Fag_Forskning/Etiske_retningslinjer/Etiske_Retningslinjer_2010.pdf

Johanne, Blogger, Jordemoderforeningen, (30. november 2011) *Er det altid godt at være forberedt?* lokaliseret d. 10.05.2012
http://www.jordemoderforeningen.dk/netvaerk-debat/johannes-blog/archive/2011/november/select_category/187/

JSR, Faglig dag d. 5/5 2012, Tema Fødselsangst.

Kukla, Rebecca, (2007) How do Patients know? Hastings Center Report 37, no.5:27-35, lokaliseret d. 28.05.2012
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/4625777?uid=3737880&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21100827124231>

Kvale, Steinar (2005) *On interpretation in the qualitative research interview*, Nordisk

Pedagogik, Vol 25, pp 3-15, Oslo

Kvale, Steiner (2007) *Interview -En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 1. Udgave, 14 oplag. København: Hans Reitzels Forlag.

Landolt AS, Milling LS. *The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: a comprehensive methodological review*. Clin Psychol Rev. 2011 Aug;31(6):1022-31. Epub 2011 Jun 23. Review.

Lyberg A, Severinsson E. *Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study*. J Nurs Manag. 2010 May;18(4):383-90.

Lyberg A, Severinsson E. (2010) *Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth*. J Nurs Manag. May;18(4):391-9.

Mongan, F. Marie (2005) *Hypnobirthing, The Mongan Method, A natural approach to a safe, more comfortable birthing* (3rd edition) Health communications Inc.

Nieminen K., Stephansson, O. and Ryding, E. L. (2009), *Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica,

Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wangborg, I.-B., Sjoegren, Edman, G. (2007), *Personality and fear of childbirth*. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica

Sakala, Carol. (2007) *Letter from North America: Understanding and minimizing Nocebo effects in Childbearing Women*, Carol Sakala, PhD MSPH, Director of Programs at Childbirth Connection, NY. Lokaliseret d. 28.05.2012

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2007.00196.x/abstract>

Sjögren, B. (red) (2005) *Psykosocial Obstetrik. Kropp og själ och barnafödande*. Studentlitteratur, Lund.

Sjögren B. *Fear of childbirth and psychosomatic support*. A follow up of 72 women. Acta Obstet Gynecol Scand. 1998 Sep;77(8):819-25. Review.

Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. *Complementary and alternative therapies for pain management in labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. lokaliseret d. 28.05.2012
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003521.pub2/otherversions>

Sohlberg, Peter & Britt-Marie,(2004) *Erkendelsens former, videnskabsteori og forskningsmetode*. Videnskabelse. Udgave 1. Klim

Sundhedsloven, <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=130455>

Sundhedsstyrelsen (2009). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København. Komiteen for Sundhedsoplysning.

Sundhedsstyrelsen Litteraturvurdering
<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Evidens%20og%20metode/Litteraturvurdering.aspx>

Sundhedsstyrelsen. *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde*, nr. 151 med virkning fra 1. oktober 2001.
<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=21704>

Tidsskrift for Jordemødre, (2009) (*Retningslinier for sectio on maternal request og fødselsplaner*, Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2009, nr. 1)

9.0 Bilag

9.1 Empiri

1. Kukla, Rebecca, (2007) How do Patients know? Hastings Center Report 37, no.5:27-35, lokaliseret d. 28.05.2012
2. Dandanell, Bente; Lebech Morten; Hansen Skjødt, Karen; Schulze Bradt, Stine. (2008) *Fødselsaftaler giver tryghed*, Tidsskrift for Jordemødre, Årgang 2008, nr. 8,
3. Sakala, Carol. (2007) *Letter from North America: Understanding and minimizing Nocebo effects in Childbearing Women*, Carol Sakala, PhD MSPH, Director of Programs at Childbirth Connection, NY
4. Herlev Hospital, Kliniske vejledninger: *Fødselsaftale eller sectio på materne/ request, mors ønske*. (20 juli 2009)

9.2 Søgestrategi