

Fødselsdepression - et hav af muligheder



Et sociologisk perspektiv på jordemoderens sundhedsfremmende arbejde

Bachelorprojekt af

Camilla Beckmann 63080116, Katrine Pilgaard Møller 63080157 og

Helene Anja Kousgaard Kristensen 63080541

14. modul, maj 2013

Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol

Anslag: 99.070

Vejleder: Vibeke de Lichtenberg

Dette projekteksemplar er ikke rettet eller kommenteret af Jordemoderuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.

I henhold til "Bekendtgørelsen om prøver og eksamen i erhvervsrettede uddannelser nr. 1016 af 24/08/2010 bekræfter undertegnede med min underskrift, at opgaven er udfærdiget uden uretmæssig hjælp, jf. § 19, stk. 6".

Camilla Beckmann

Camilla Beckmann

Katrine Pilgaard Møller

Katrine Pilgaard Møller

Helene Anja Kousgaard Kristensen

Helene Anja Kousgaard Kristensen

Resumé

Bachelorprojektet er et litteraturstudie, som undersøger forskellige aspekter af jordemoderens muligheder for at arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide i konsultationen. Gennem et sociologisk perspektiv belyses niveau 1-gravide i det moderne samfund samt den gravides oplevelse af egne forventninger til forældreskabet. Med udgangspunkt i Giddens' *modernitetsteori*, Wackerhausens *åbne sundhedsbegreb* og Hestbæks brug af *livsformsbegrebet*, finder projektet at flere aspekter kan influere på jordemoderens sundhedsfremmende arbejde. Det tyder på, at jordemoderen med en bevidsthed om tendenser og udfordringer i det moderne samfund kan styrke det sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide.

Indholdsfortegnelse

1. Problemstilling	1
1.1 Problemformulering	3
2. Begrebsafklaring	4
2.1 Sundhedsfremme	4
2.2 Fødselsdepression	4
2.3 Niveau 1-gravide.....	4
3. Problemafgrænsning	5
4. Metode	6
4.1 Videnskabsteoretiske overvejelser.....	6
4.2 Forforståelse.....	8
4.3 Litteratursøgning	9
4.4 Projektets metode	10
4.4.1 Samfundet	11
4.4.2 Sundhedsvæsenet.....	11
4.4.3 Individet	11
4.4.4 Analysens struktur – herunder præsentation af teori og empiri	11
5. Analyse	15
5.1 Jordemoderen som repræsentant for ekspertsystemet af <i>Camilla Beckmann</i>	15
5.2 Information og tillid af <i>Katrine Pilgaard Møller</i>	16
5.3 Ontologisk sikkerhed af <i>Katrine Pilgaard Møller</i>	19
5.4 Livsformsbegrebet og niveau 1-gravide af <i>Camilla Beckmann</i>	21
5.5 Det åbne sundhedsbegreb af <i>Helene Anja Kousgaard Kristensen</i>	24
5.6 Risici i det moderne samfund af <i>Helene Anja Kousgaard Kristensen</i>	26
5.7 Forventninger til graviditeten og forældreskabet af <i>Camilla Beckmann</i>	29
6. Diskussion	32
6.1 Niveauinddeling af gravide af <i>Katrine Pilgaard Møller</i>	32
6.2 Tillid mellem den gravide og jordemoderen af <i>Camilla Beckmann</i>	35
6.3 Det moderne samfunds indflydelse på graviditeten af <i>Helene Anja Kousgaard Kristensen</i>	36
7. Metodekritik	39
8. Konklusion	43
Litteraturliste	
Bilag 1 – Søgestrategi	

1. Problemstilling

At være gravid, føde et barn og være barslende kvinde er ofte blevet forbundet med en øget psykisk sårbarhed. Dette ses som en naturlig proces i forbindelse med familieførøgelse, og ofte betegnes denne tilstand efter fødslen som 'maternal blues' (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 181). Ifølge Sundhedsstyrelsen oplever omkring 10 pct. af disse kvinder dog, at denne tilstand er vedvarende og udvikler sig til en fødselsdepression (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 185).

Tidligere blev graviditet og fødsel betragtet som en social begivenhed, hvor der i fællesskabet var ressourcer til at støtte op om den nydannede familie. I dag ses det oftere, at de kommende og nybagte forældre står alene med de problematikker, de møder såvel under graviditeten, som efter fødslen af det nye barn. Høje forventninger til egne kompetencer, ressourcer og muligheder kan være med til at øge følelsen af belastning hos den enkelte (Petersen 2009, s. 11).

Gennem de senere år har der været en øget opmærksomhed på, at der ligger et stort pres på gravide. Der er høje forventninger til den enkelte kvinde i forbindelse med graviditet og fødsel, og den moderne kvindes håndtering af disse forventninger omtales bl.a. i en artikel i dagspressen. Her belyses det, at der er et stigende antal anbefalinger til gravide, hvilket kan betyde, at den gravide oplever et øget forventningspres fra omgivelserne (Jung 2010).

Ifølge nyere litteratur er den direkte årsag til, at nogle kvinder udvikler fødselsdepression, endnu ikke klarlagt, men ifølge adskillige undersøgelser tyder det på, at det er en kombination af mange forskellige indre og ydrefaktorer. De ydre faktorer kan som tidligere nævnt ses som påvirkninger fra omgivelserne. De indre faktorer er eksempelvis indre sårbarhed samt svigt og familiær disposition (Ammitzbøll et al. 2012, s. 56).

Fødselsdepression optræder under betegnelsen psykisk sygdom i WHO's internationale sygdomsklassifikationssystem ICD-10 og er således ikke en selvstændig diagnose (Ammitzbøll et al. 2012, s. 26, 39). WHO forventer, at depression vil være den hyppigste sygdomsårsag i den udviklede del af verden i 2020 og påpeger i denne forbindelse vigtigheden af en samlet indsats mod denne tendens fra fagpersonale (Ammitzbøll et al. 2012, s. 123).

Depression anslås til at have indflydelse på samfundsøkonomiske forhold, idet tabt arbejdskraft, sygemeldinger og behov for behandling estimeres at koste samfundet 5-7 milliarder kr. (Dansk Psykiatrisk Selskab 2001, s. 17).

I Danmark er det sundhedspersonalets opgave at være opmærksom på at opspore fødselsdepression tidligt, da længerevarende depression hos forældre i graviditeten og barselsperioden kan påvirke barnet negativt samt have omfattende konsekvenser for familielivet (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 186-187). Opsporingen kan blive besværliggjort af, at kvinder, som rammes af en fødselsdepression, oplever tilstanden som skamfuld og tabubelagt. Kvinderne oplever ofte ikke deres tilstand som sygelig eller behandlingskrævende, men i højere grad som selvforskyldt (Ammitzbøll et al. 2012, s. 152).

Jordemoderen er som fagperson den, der hyppigst har kontakt til den gravide gennem graviditet, fødsel og barsel. Det er jordemoderens opgave at være opmærksom på at opspore psykiske problemstillinger hos den gravide, hos partneren samt i den nære familie (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 43).

Ifølge vejledning til 'Cirkulære om jordemodervirksomhed' kan jordemoderen *"i forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser foretage behovsundersøgelser under svangerskab og undersøgelser med henblik på at diagnosticere svangerskab med øget risiko"*. Ligeledes kan jordemoderen *"vejlede om familieplanlægning, svangerskabsforebyggelse, sundhedsfremme og forebyggelse, amning samt forberede de fremtidige forældre til fødslen, barselsperioden og rollen som forældre"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001, 2.1).

Sundhedsstyrelsen anbefaler en niveauinddeling i svangreomsorgen, hvor de gravide ved første jordemoderkonsultation inddeles i niveau 1-4. Denne niveauinddeling foretages med henblik på at sikre, at den enkelte gravide modtager optimal støtte og omsorg. Niveau 2-4 omfatter kvinder, der vurderes at have risikofaktorer indenfor det obstetriske, sociale eller psykiske område. Disse modtager herefter udvidet behandlingstilbud. Kvinder, der vurderes til at befinde sig i niveau 1, anses for at have en graviditet uden en forøget risiko. Kvinderne i niveau 1 modtager de basale tilbud på det enkelte fødested i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 28).

Efter klinisk erhvervet erfaring opleves det, at kvinder, der bliver vurderet til at befinde sig i niveau 1, ikke bliver spurgt til deres psykiske velbefindende i de efterfølgende konsultationer. Dermed er indtrykket, at der ikke gives plads til og mulighed for, at kvinden kan udtrykke sig om sin psykiske tilstand, medmindre hun selv åbner op for det.

Som tidligere beskrevet i sammenhæng med den moderne kvindes håndtering af graviditet, fødsel og barsel er det ofte kvinder med høje forventninger til sig selv og deres omgivelser, der føler en øget belastning i forbindelse med den nye forælderrolle. Disse kvinder er karakteriseret ved at være pligtopfyldende, ansvarsfulde, stræbsomme samt ved at have et øget behov for kontrol og virker ikke sarte eller skrøbelige (Ammitzbøll et al. 2012, s. 41). Kvinderne vil af jordemoderen i konsultationen umiddelbart blive defineret som tilhørende niveau 1, hvis ikke andre faktorer såsom diabetes, rygning, forhøjet BMI m.m. er til stede (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 28).

Da de fleste forskere er enige om, at fødselsdepression opstår som en kombination af flere forskellige faktorer; hormonelle, biokemiske, psykosociale og omgivelsesmæssige forhold kan alle kvinder være disponeret for at udvikle en fødselsdepression (Ammitzbøll et al. 2012, s. 56). Dermed også de kvinder, der vurderes at befinde sig i niveau 1, som er *”den raske kvinde med en ukompliceret graviditet.”* (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 40).

Da jordemoderen er forpligtet til at udføre sit arbejde med omhu og samvittighedsfuldhed for alle grupper af gravide (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001, 4), ønsker projektet at undersøge problematikken omkring det sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide nærmere. Derfor findes det væsentligt at belyse, hvorledes jordemoderen, i kontakten med gravide tilhørende niveau 1, kan være i stand til at have øget opmærksomhed på disse gravidets psykiske velbefindende.

1.1 Problemformulering

Hvordan kan jordemoderen i konsultationen arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide?

2. Begrebsafklaring

2.1 Sundhedsfremme

Anbefalinger for svangreomsorgen definerer sundhedsfremme som "en sundhedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgeres ressourcer og handlekompetencer" (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 18). I projektet anvendes denne definition af sundhedsfremme.

2.2 Fødselsdepression

Da begrebet fødselsdepression ikke er entydigt formuleret i litteraturen, vil fødselsdepression i projektet forstås som en depressionstilstand, der opstår i forbindelse med graviditet, fødsel eller barsel. Karakteristiske symptomer ved tilstanden er blandt andet manglende selvtillid, skyldfølelse, selvbebrejdelse, appetitændring og søvnproblemer. Symptomerne skal have en varighed af mindst to uger (Ammitzbøll et al. 2012, s. 15, 40). Fødselsdepression adskiller sig fra andre depressioner ved, at symptomer som angst og tvangstanker er særligt hyppigt forekommende (Videbech 2012). I projektet arbejdes ikke med grader af fødselsdepression; både fødselsdepression og efterfødselsreaktion betegnes i projektet som fødselsdepression.

2.3 Niveau 1-gravide

I projektet anvendes definitionen fra *Anbefalinger for svangreomsorgen* om kvinder i niveau 1. Deres graviditet er vurderet som værende uden øget risiko for obstetriske, sociale og psykiske problemstillinger. Kvinderne modtager det basale tilbud om graviditetsundersøgelser, fødselshjælp og barselspleje (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 28). I projektet refereres til 'niveau 1-gravide', når 'den gravide', 'kvinden' eller 'kvinder' omtales, medmindre andet er angivet.

3. Problemafgrænsning

I dette afsnit redegøres der for til- og fravalg i forhold til besvarelse af projektets problemformulering.

For at afgrænse emnet er der valgt ikke at behandle aspekter såsom kvindernes religion og etnicitet. Ydermere fravælges det i projektet at beskæftige sig med gravide i niveau 2-4, da disse formodes at modtage et udvidet tilbud. Ej heller belyses det, hvorledes tilbuddet tilrettelægges i konsultationen i forhold til niveau 1-gravide på de enkelte fødesteder i Danmark. Ligeledes er det fravalgt at belyse det sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødsels- og barselsperioden, da dette vil være for omfattende i forhold til projektets rammer. Desuden er det i projektet fravalgt at behandle problematikken omkring gravide i antidepressiv behandling, da det ikke er jordemoderens ansvarsområde.

I projektet vælges det at belyse problemformuleringen ud fra, hvilken indflydelse det moderne samfund og sundhedsvæsenet har på gravide i niveau 1 samt kvindens oplevelse af egne forventninger til forældreskabet. Dette valg findes relevant, da disse aspekter formodes at kunne have en indflydelse på jordemoderens sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide i konsultationen.

4. Metode

I dette afsnit præsenteres og begrundes de videnskabsteoretiske overvejelser, som projektet tager udgangspunkt i, herunder forfatterens forforståelse. Derefter følger en præsentation af projektets litteratursøgning og metode, herunder den anvendte teori og empiri og en begrundelse herfor.

4.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

Humanvidenskaben er en overordnet betegnelse for videnskaber, som undersøger eller beskæftiger sig med mennesket. De humanistiske videnskaber tilstræber gennem indlevelse at forstå det unikke menneske, som er en del af en helhed, der er kulturelt betinget (Rønn 2006, s. 179).

Hermeneutik og fænomenologi er humanistiske videnskabsteorier, der tager afsæt i humanvidenskaben (Rønn 2006, s. 177). Disse videnskabsteorier er relevante, da projektets problemformulering har mennesket som omdrejningspunkt. Hermeneutikken er helheds- og meningsorienteret, hvilket betyder, at hermeneutikken søger at forstå det enkelte individ gennem en placering af det i meningsfulde sammenhænge og helheder (Rønn 2006, s. 179). Hermeneutikken ønsker at fortolke humane fænomener (Rønn 2006, s. 178). Grundbegreberne indenfor hermeneutikken er forståelse og forforståelse eller fordomme. Mennesket skaber en forståelse af fænomener ud fra dets forforståelse eller fordomme. Disse kan være bevidste eller ubevidste og ligger til grund for menneskets forståelse. Det er på baggrund af forforståelsen og forståelsen, at mennesket tilegner sig ny viden. Mennesket fortolker den verden, som det er en del af, ud fra sin forforståelse (Birkler 2005, s. 96-97). Det er ikke muligt for mennesket at fralægge sig forforståelsen. For at mennesket kan tilegne sig ny viden, må det sætte sin forforståelse i parentes og have en ydmyghed i forhold til det, det endnu ikke ved. Det handler ikke om at fralægge sig sin forforståelse, men om at sætte den i spil, og skal det lykkes må mennesket bevidstgøre sig omkring sin forståelseshorisont. Med forståelseshorisont menes alle de forskellige forståelser, mennesket har tillagt sig og altid fortolker verden ud fra. Herefter opstår den nye viden hos mennesket ved at be- eller afkræfte dets forforståelse (Birkler 2005, s. 96-102).

Fænomenologien ønsker at forstå fænomenet, sådan som fænomenet viser sig – den umiddelbare oplevelse af fænomenet (Rønn 2006, s. 180). Fænomenet skal forstås indenfor rammerne af den

sammenhæng, hvori det befinder sig (Rønn 2006, s. 181). I fænomenologien er det centralt, at mennesket altid står i relation til noget andet end sig selv. Det giver ingen mening i fænomenologien at se på mennesket som isoleret fra sine omgivelser. Mennesket er i kraft af sin relation til omgivelserne (Rønn 2006, s. 182-183). I fænomenologien undersøges det, hvordan det enkelte menneske oplever et fænomen ud fra egne betingelser, i den virkelighed, det enkelte menneske befinder sig i. Den fænomenologiske tilgang søger at begribe det, som undersøges, indtil det viser sig meningsfuldt, og søger ikke efter en bekræftelse på teorier (Rønn 2006, s. 181).

Ved at arbejde med både den hermeneutiske og fænomenologiske tilgang opnås en sammenhængende forståelse af mennesket i relation til dets omgivelser gennem iagttagelse og fortolkning. Iagttagelsen er som tidligere nævnt betinget af menneskets forforståelse (Rønn 2006, s. 191). Den hermeneutisk fænomenologiske tilgangs syn på iagttagelse forstås således, at iagttageren bliver klogere på det fænomen, som iagttages, og samtidig øger sin viden om sig selv. Dette sker ved, at mennesket relaterer det iagttagne til sig selv (Rønn 2006, s. 192).

Ved den hermeneutisk fænomenologiske tilgang benyttes en kvalitativ metode til at undersøge et givent fænomen (Birkler 2005, s. 108). Ved den kvalitative forskningsmetode benyttes interviews, fortællinger fra og observationer af de mennesker, som studiet omhandler, for at opnå viden (Birkler 2005, s. 95-97). Metoden interesserer sig for at skabe helhed, sammenhæng og mening gennem fortolkning og forståelse af materialet inden for det område eller fænomen, som undersøges. Den kvalitative metode er velegnet til sammenhænge, som er komplekse og metoden lægger op til, at der i fortolkningsarbejdet kan inddrages forskellige teoretikere (Rønn 2006, s. 271-273).

Da projektet interesserer sig for, hvordan jordemoderen kan arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide, lægges der op til at projektet udarbejdes ud fra en hermeneutisk fænomenologisk tilgang. Gennem en sociologisk fortolkning og forståelse af det udvalgte empiriske materiale belyses fænomenerne: den gravide i niveau 1 i relation til det moderne samfund og det sundhedsvæsen, som indbefatter jordemoderen, samt kvindens oplevelse af egne forventninger til forældreskabet. Herigennem ønsker projektet at opnå en ny viden om, hvordan jordemoderen kan arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression

hos niveau 1-gravide. Projektet er et litteraturstudie, som udarbejdes ud fra en hermeneutisk fænomenologisk tilgang med henblik på at kunne besvare projektets problemformulering.

4.2 Forforståelse

I den hermeneutiske fortolkning, hvor mennesket fortolker verden på baggrund af dets forforståelse anses det for væsentligt, at menneskets er bevidst om sin forforståelse for at kunne sætte den i spil og dermed tilegne sig ny viden (Birkler 2005 s. 97). Projektets forfattere har derfor klarlagt sig deres forforståelse.

Da projektet tager udgangspunkt i niveau 1-gravide, er det vigtigt at påpege, at forfatterne antager, at der også blandt niveau 1-gravide optræder fødselsdepression. Samtidig antages det, at der ved niveau 1-gravide ikke bliver lagt lige så stor vægt på, hvordan den gravide håndterer graviditeten og det kommende forældreskab, som det er tilfældet med de øvrige niveauer, i jordemoderkonsultationen. Forfatterne mener dermed, at der ved niveauinddeling kan være gravide, der overses og ikke modtager optimal omsorg i forbindelse med jordemoderkonsultationen.

Disse antagelser kan have indflydelse på projektets udformning, udvalg af materiale samt behandling af dette. Derfor er forfatterne sig denne forforståelse bevidst og vil gennem projektet arbejde med at stille spørgsmål til denne gennem vurdering af materiale samt vurdering af kvinders evne og ressourcer til at håndtere graviditeten.

Anbefalinger for svangreomsorgen (2009) er anbefalinger til jordemoderens arbejde og er udformet af Sundhedsstyrelsen. Svangreomsorgen formulerer niveauinddelingen, og dermed bliver jordemoderens opgaver i forbindelse med graviditeten formuleret. Dermed arbejdes der gennem projektet med udgangspunkt i, at jordemoderens arbejde i graviditeten ikke er et personligt præget arbejde, men udføres på grundlag af anbefalingerne. Forfatterne vil derfor gennem projektet fokusere på, at jordemødre er forskellige, og at dette kan have indflydelse på konsultationen samt kvindens oplevelse af denne.

Forfatternes udgangspunkt er, at projektet er en bacheloropgave, og dermed er forfatterne nået til afslutningen af deres uddannelse til jordemødre. Uddannelsen til jordemoder er i høj grad baseret på klinisk erfaring fra fødesteder i Danmark. Derfor har forfatterne i kliniske perioder oplevet forskellige håndteringer af gravide. Hermed menes, at både kliniksted samt den enkelte

jordemoders holdning til eget arbejde spiller en rolle i forfatterens erfaringer. Som studerende bliver problematikker hos de gravide ofte meget synlige, da den studerende i perioder vælger specifikke fokuspunkter. Dermed kan forfatterens syn på klinikken og jordemødrenes arbejde blive påvirket, da der undertiden ikke fokuseres på hele det tilbud, som de gravide modtager, men kun på dele af tilbuddet. Derfor forsøges der i dette projekt at tage udgangspunkt i hele det tilbud, som den gravide modtager, og i, hvilken indflydelse sammensætningen af tilbuddet til gravide i niveau 1 har på udvikling af fødselsdepression.

Med dette gør forfatterne sig det klart, at deres forforståelse kan påvirke projektet. Med denne bevidsthed er det derfor hensigten med projektet at udfordre denne forforståelse for at skabe en dybere forståelse af håndteringen af de gravide i konsultationen.

4.3 Litteratursøgning

Jordemoderforeningen afholdt den 26. februar 2013 en faglig dag med overskriften '*Perinatal depression – Om depression i graviditeten og barselsperioden*', hvor der er opnået kendskab til værket *Fødselsdepression – der er hjælp at få!* af Janni Ammitzbøll et al. Herfra er hentet inspiration til søgeord, der benyttes til at foretage en struktureret søgning i databaserne CINAHL og PsycINFO, da de databaser indeholder mange fulltext-artikler fra internationale tidsskrifter. Databasen CINAHL dækker blandt andet det jordemoderfaglige område, hvor PsycINFO indeholder materiale, der dækker det psykologiske område. Begge databaser har deres styrke indenfor det kvalitative forskningsområde. Søgningen i databaserne er foretaget med det formål at indhente relevant empiri til projektet (der henvises til bilag 1 for uddybning af søgestrategi).

Efter læsning i bogen *Fødselsdepression – der er hjælp at få!* af Janni Ammitzbøll et al. opnås kendskab til psykiater Poul Videbech og stifter af GAIA-instituttet¹ cand.psych. Kirsten Lindved. På <http://www.gaia-instituttet.dk> udvælges 'Dorthes beretning' og 'Marias beretning'.

For at indhente viden om fødselsdepression søgte forfatterne på www.bibliotek.dk på navnet 'Poul Videbech', og fandt således hans publikation *Fødselsdepression*. Den er fundet relevant som empirisk materiale.

¹ GAIA-instituttet er "en tværfaglig, selvejende interesseorganisation, en forening med egen bestyrelse og med det formål at danne en organisatorisk ramme om initiativer og projekter, som kan medvirke til at forebygge, behandle og forske i psykiske reaktioner i efterfødselsperioden." (GAIA-instituttet).

I april-nummeret 2013 af Tidsskrift for jordemødre fra Jordemoderforeningen er temaet fødselsdepression. Heri findes artiklen 'Fødselsdepressionens dybe rødder' af journalist Connie Mikkelsen, og den anvendes som empirisk materiale i projektet.

Ydermere er artiklen 'Forældreskab i det moderne samfund' af cand.scient.pol Anne-Dorthe Hestbæk, fundet ved en systematisk søgning i Jordemoderuddannelsens kompendier på <https://fronter.com/metropol>, efter at projektets problemstilling skabte inspiration til at se på forældreskabet.

Gennem undervisning i sociologi på Jordemoderuddannelsen er opnået kendskab til forskellige teoretikere, blandt andre sociologerne Anthony Giddens og Steen Wackerhausen. Med henblik på at fremskaffe primærværker af disse teoretikere er foretaget en søgning på teoretikernes navne i PH Metropol Biblioteks database <https://www.phbibliotek.dk/index.html/> og på www.bibliotek.dk. Ved denne søgning fremkom primærværket *Modernitetens konsekvenser* af Anthony Giddens og ligeledes sekundærlitteratur af sociolog Lars Bo Kaspersen, som beskriver Anthony Giddens modernitetsteori.

Ved en bachelorworkshop er der opnået kendskab til Steen Wackerhausens teori om 'det åbne sundhedsbegreb'. Derfor søges der på *Steen Wackerhausen – det åbne sundhedsbegreb*, på databasen <https://www.phbibliotek.dk/index.html/>, hvor værket *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*, med kapitlet 'Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme' skrevet af Steen Wackerhausen blev fundet relevant at medinddrage.

Ved samme workshop er opnået kendskab til artiklen 'The Midwifery Model of Care', som blev fundet på Jordemoderuddannelsens kompendier <https://fronter.com/metropol/main.phtml> ved at søge på artiklens navn. Denne er fundet relevant at inddrage som empirisk materiale.

4.4 Projektets metode

Det er fundet relevant - for at kunne besvare projektets spørgsmål - at inddrage følgende aspekter: samfundet, sundhedsvæsenet og individet, da disses indflydelse på graviditetens forløb, tænkes at være medvirkende årsager til, at kvinder i niveau 1 kan udvikle en fødselsdepression. Projektet vil med udgangspunkt i disse aspekter undersøge, hvorledes jordemoderen kan arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide i konsultationen.

I det følgende vil aspekterne: samfundet, sundhedsvæsenet og individet blive uddybet, og ligeledes vil teori og empiri blive præsenteret. Der vil blive redegjort for relevansen af det valgte materiale samt for, på hvilken måde materialet vil blive inddraget. Ydermere vil der blive argumenteret for opdelingen af analysen i temaerne: Jordemoderen som repræsentant for ekspertsystemet, information og tillid, ontologisk sikkerhed, livsformsbegrebet og niveau 1-gravide, det åbne sundhedsbegreb, risici i det moderne samfund samt forventninger til graviditeten og forældreskabet.

4.4.1 Samfundet

Dette aspekt vil blive inddraget, da den gravide er en del af det moderne samfund, hvor der formodes at være en diskurs i form af krav og forventninger til håndtering af graviditeten samt forældreskabet. Denne diskurs formodes at kunne påvirke den gravide, hvorfor det findes relevant at belyse, på hvilken måde denne påvirkning kan influere på både den gravide og jordemoderens arbejde.

Det findes væsentligt at belyse det moderne samfund, for at kunne forstå det udgangspunkt som mennesket har for at navigere i forhold til information samt informationsniveauets påvirkning af den enkelte.

4.4.2 Sundhedsvæsenet

Et andet aspekt er sundhedsvæsenet. Dette belyses, da kontakten til jordemoderen gennem graviditeten også er en kontakt med det sundhedsvæsen, som jordemoderen er en del af. Dermed er det fundet relevant at se på jordemoderens rolle og forpligtigelser i forhold til mødet med den gravide, samt hvordan den gravide kan opleve kontakten til sundhedsvæsenet. Samtidig er det væsentligt at undersøge, på hvilken måde jordemoderen, indenfor de rammer og strukturer hun befinder sig i, kan arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression.

4.4.3 Individet

Endelig inddrages individet, da det er af relevans for projektet at belyse i hvor høj grad jordemoderens arbejde kan influere på den gravide, samt om jordemoderen kan styrke det sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression.

4.4.4 Analysens struktur – herunder præsentation af teori og empiri

Det vil i det følgende blive uddybet, hvorledes analysen er opbygget, og med hvilket fokus teori og empiri bliver inddraget. De temaer, som analysen er bygget op om, vil optræde som overskrifter i

analysen, hvorunder aspekterne: samfundet, sundhedsvæsenet og individet vil blive inddraget for at kunne anskue de enkelte temaer.

Nogle af temaerne belyses med udgangspunkt i den engelske professor i sociologi Anthony Giddens (f. 1938) modernitetsteori (Giddens 1994). Denne findes relevant at anvende for at belyse det moderne samfund og sundhedsvæsenet i relation til den gravide i niveau 1. Derfor inddrages Giddens' teori om moderniteten med udgangspunkt i værket *Modernitetens konsekvenser* (Giddens 1994).

Giddens (Kaspersen 2001, s. 9-11) er en moderne samfundsteoretiker og en af de mest produktive sociologer, der er kendt for at arbejde med, hvad der karakteriserer samfundet i dag. I 1990'erne definerede Giddens det karakteristiske ved moderniteten og de konsekvenser, det moderne samfund har for det enkelte menneske. Giddens (Kaspersen 2001, s. 19) belyser mennesker og deres relation til den verden, de lever i, og dermed, i hvor høj grad mennesker påvirkes af den udvikling, som samfundet undergår. Ydermere arbejder Giddens med informationsniveau, menneskets refleksioner, ekspertsystemer, risiko, og hvilken betydning nære omsorgspersoner har for individets udvikling.

Projektet ønsker at belyse, på hvilken måde det moderne samfund har indflydelse på kvindens forventninger til håndtering af forældreskabet og hermed den nye rolle, samtidig med at hun stadig håndterer andre roller i sit liv, herunder karriere og fritid. Ligeledes vil det blive undersøgt, hvordan kvindens egne tilknytningsmønstre har indflydelse på forberedelsen til forældreskabet samt jordemoderens arbejde med den enkelte gravide.

Da jordemoderen i konsultationen niveauinddeler de gravide, vil der projektet belyse, hvilken indflydelse denne niveauinddeling har på den gravides opfattelse af egne ressourcer. Samtidig ønskes det at se på jordemoderens håndtering af de gravide i forhold til niveauinddelingen. Det vil blive undersøgt, om der er forskellige samfundsgrupper repræsenteret i niveau 1 for at kunne tydeliggøre problematikken. Samtidig vil det blive belyst, i hvor høj grad jordemoderens kendskab til inddelinger i samfundet kan have indflydelse på individet. Derfor inddrages artiklen 'Forældreskab i det moderne samfund' (2001) af cand.scient.pol. Anne-Dorthe Hestbæk(f. 1960). På baggrund af et forskningsprojekt fra 1995 foretaget som en interviewundersøgelse blandt

forældrepar belyser Hestbæks artikel (Hestbæk 2001, s. 169-175) karakteristika i forskellige samfundsgrupper.

Overstående materiale formodes dermed at kunne bruges til at skabe en forståelse for de forskelligheder, der er repræsenteret hos niveau 1-gravide. Derfor forekommer det rimeligt at forståelsen af de gravides individuelle ressourcer kan belyses ved at benytte Hestbæks (Hestbæk 2001, s. 162) udlægning af livsformsbegrebet. Livsformsbegrebet definerer, hvorledes grupper i samfundet kan opdeles, og ud fra denne opdeling, hvilke idealer og handlekompetencer der kendetegner den enkelte gruppe.

Endvidere ønsker projektet at opnå en øget viden om jordemoderens arbejde omkring den gravides levevis og psykiske velbefindende. I den gravides møde med sundhedsvæsenet antages det, at fokus hovedsageligt er på den gravides fysiske udvikling. Derfor er det fundet relevant at undersøge, om jordemoderens kendskab til 'det åbne sundhedsbegreb' kan understøtte den gravide i egen sundhed og dermed øge følelsen af at kunne magte graviditeten og det kommende forældreskab. For at undersøge, hvilke forudsætninger den enkelte gravide har i forbindelse med egen sundhed, benyttes kapitlet 'Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme' af professor i filosofi på institut for kultur og samfund på Aarhus Universitet Steen Wackerhausen (f. 1954) fra værket *Sundhedsbegreber filosofi og praksis* (1994) af Uffe Juul Jensen (red.). Wackerhausens 'åbne sundhedsbegreb' (Wackerhausen 1994, s. 52) omhandler, hvorledes sundhedsprofessionelle kan styrke det sundhedsfremmende arbejde hos individet gennem kendskab til dets ressourcer, livsbetingelser og mål. 'Det åbne sundhedsbegreb' synes derfor relevant at inddrage for at kunne belyse, hvorledes jordemoderen kan styrke den enkelte gravides sundhed.

For at kunne foretage en analyse med disse teorier som grundlag inddrages forskelligt empirisk materiale. Med dette ønsker projektet at opnå en forståelse af aspekterne: samfundet, sundhedsvæsenet og individet, og på hvilken måde disse spiller ind på kvindens oplevelse og håndtering af graviditeten samt på jordemoderens sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide.

Det er valgt at inddrage to forskellige beretninger fra kvinder, som begge har haft en fødselsdepression. De skriftlige beretninger er forfattet af kvinderne Dorthe og Maria, som hver

især beskriver deres oplevelse af at have en fødselsdepression. Disse beretninger vil udgøre dele af det empiriske materiale for at belyse kvindernes oplevelse af og forventninger til graviditet samt det kommende forældreskab i det moderne samfund.

I artiklen 'Fødselsdepressionens dybe rødder' fra Tidsskrift for jordemødre (2013) af journalist Connie Mikkelsen interviewes cand.psych. Lise Gullestrup om, hvad der karakteriserer de kvinder, der udvikler en fødselsdepression, samt om jordemødres arbejde med disse kvinder.

I samarbejde med Psykiatrisk Videntcenter i Aarhus har speciallæge i psykiatri, dr.med. og professor Poul Videbech udgivet informationshæftet *Fødselsdepression*. Heri beskrives tegn på fødselsdepression samt muligheder for forebyggelse og opsporing. Informationen er henvendt til sundhedspersonale, kvinderne selv samt pårørende for at skærpe fokus omkring fødselsdepression.

Artiklen og hæftet inddrages i projektet for at underbygge, hvordan jordemoderen kan skærpe sin opmærksomhed i forhold til gravide og fødselsdepression samt understøtte kvindens muligheder for kommunikation omkring problematikken.

I artiklen 'The Midwifery Model of Care' (1999) skrevet af jordemoder og epidemiolog Judith P. Rooks sammenkædes forfatterens egen mening, oplevelser samt en række studier fra forskellige jordemødre. Til grund for artiklen ligger også forskning omhandlende omsorg og behandling givet af henholdsvis jordemødre og læger.

Artiklen belyser problematikken omkring den medicinske tilgang overfor den jordemoderfaglige omsorg, og hvilken betydning dette har for de gravide. Artiklen lægger vægt på den jordemoderfaglige omsorg i forbindelse med kontakten til de gravide. Det beskrives i artiklen, hvordan jordemødrene varetager en del af obstetrikernes arbejdsområde, og ligeledes beskrives det, hvilke forskellige udgangspunkter henholdsvis obstetrikeren og jordemoderen møder den gravide med. Artiklen inddrages i projektet for at belyse jordemoderens arbejde og risikotænkning i forhold hertil.

5. Analyse

I de nedenstående analyseafsnit redegøres for projektets teoretiske grundlag. På baggrund af dette samt det udvalgte empiriske materiale foretages en analyse med henblik på besvarelse af projektets problemformulering.

5.1 Jordemoderen som repræsentant for ekspertsystemet

af *Camilla Beckmann*

Ifølge Giddens (Kaspersen 2007, s. 424) er det moderne samfund karakteriseret ved sin dynamiske karakter. Hermed menes, at det moderne samfund forandrer sig hurtigt, hvilket er specielt for den moderne tid. Denne dynamik skabes blandt andet af ekspertsystemer, som indgår i det, Giddens betegner som udlejringsmekanismer. Ligeledes indgår modernitetens reflektive karakter som en del af den dynamik, som Giddens modernitetsteori består af. Ifølge Giddens forgår refleksiviteten i det moderne samfund på to niveauer, både på et personligt og et institutionelt plan.

Ifølge Giddens (Giddens 1994, s. 31) er ekspertsystemer systemer, hvor individer er i besiddelse af teknisk eller faglig ekspertise, som andre har brug for. Når mennesket befinder sig i det moderne samfund, er det afhængig af systemernes ekspertviden, som repræsenteres af individer. Derfor vil mennesket i det moderne samfund hele tiden møde andre, der besidder en ekspertise. Denne ekspertise definerer Giddens som ekspertsystemer, og de er organisatorer for de sociale og materielle omgivelser, som mennesket befinder sig i. I teorien om ekspertsystemerne arbejder Giddens (Kaspersen 2001, s. 142) med begrebet adgangsporte. Adgangsporte er indgange til samt repræsentanter for ekspertsystemet og er det individ, mennesket møder i kontakten med ekspertsystemet.

Ud fra Giddens forståelse af ekspertsystemer kunne det således se ud, som om sundhedsvæsenet kan defineres som et ekspertsystem, da sundhedsvæsenet besidder en faglig viden omkring forskellige sundhedsområder. Jordemoderen er en del af sundhedsvæsenet og er uddannet specialist på området inden for graviditet, fødsel og barsel (Jordemoderforeningens etiske retningslinjer 2010) og er den fagperson, som den gravide hyppigst har kontakt med gennem graviditet, fødsels- og barselsperioden (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 30). I forbindelse med graviditeten møder den gravide sundhedsvæsenet gennem de adgangsporte, der er i besiddelse af en ekspertise. Da jordemoderen er den person, som kvinden hyppigst har kontakt med i

graviditetsforløbet, og besidder en ekspertise, kan det således se ud, som om jordemoderen er en adgangsport.

Jordemoderen er den, som har den primære kontakt til niveau 1-gravide, da disse som udgangspunkt ikke har kontakt til andre specialister inden for området (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 43). Dermed er det primært jordemoderen, der har mulighed for at arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide i konsultationen.

5.2 Information og tillid

af *Katrine Pilgaard Møller*

Foregående afsnit omhandlede jordemoderen som en adgangsport og repræsentant for det ekspertsystem, kvinden bliver en del af, når hun bliver gravid. Det kan være af betydning, at der skabes tillid mellem jordemoderen og kvinden, således at der kan være opmærksomhed på kvindens psykiske velbefindende, hvilket belyses i det følgende.

Giddens (Kaspersen 2001, s. 142) definerer, at der er en sammenhæng mellem adgangsporte og tillid. Han uddyber dette med, at tillid til adgangsporte, mennesker møder i ekspertsystemet, er af afgørende betydning for det moderne samfund. Adgangsporten har mulighed for at opbygge eller opretholde tillid mellem mennesket og ekspertsystemet.

Jordemoderens opgave i forbindelse med svangreomsorgen synes at betyde, at jordemoderen for den gravide er en adgangsport til sundhedsvæsenet. Dette betyder, at jordemoderen har mulighed for gennem sin relation til den gravide at opbygge og opretholde kvindens tillid til i første omgang jordemoderen og i et overordnet perspektiv til sundhedsvæsenet.

Det kan tænkes at have en betydning for den gravide i niveau 1, hvorvidt hun har en tillid til jordemoderen, da den gravide som udgangspunkt er vurderet til ikke at have nogen psykiske problemer, og jordemoderen derfor ikke nødvendigvis har fokus på kvindens psykiske tilstand. Dermed formodes det at være af betydning for den gravide, at hun har et tillidsforhold til jordemoderen, da dette kan bidrage til, at den gravide bliver tryk ved at give udtryk for sit psykiske velbefindende.

Poul Videbech uddyber dette i informationshæftet *Fødselsdepression*, hvor han opfordrer kvinden til at tale med en fagperson, hvis hun får det psykisk dårligt: *"Skulle der begynde at dukke nogle af de nævnte symptomer op, er det meget vigtigt, at du hurtigst muligt taler ud med*

sundhedsplejersken og med din egen læge om dem. Der er al mulig grund til at tro, at hvis man sætter tidligt ind, kan man forhindre depressionen i at udvikle sig” (Videbech 2003, s. 24). Videbech lægger i citatet vægt på kvindens udvikling af psykiske reaktioner efter fødslen, hvor hendes primære kontakt til sundhedsvæsenet er via sundhedsplejersken og egen læge. Psykiske reaktioner kan også forekomme under graviditeten, hvilket underbygges af følgende citat: *”Jeg havde det virkelig psykisk dårligt med at være gravid, og jeg blev ved med at sige til mig selv at alt ville blive godt når bare babyen var blevet født og jeg igen fik min krop for mig selv”* (’Marias beretning’, GAIA-instituttet).

Denne kvinde udtrykker i citatet, at hun i graviditeten oplever at have det dårligt. I denne periode, hvor jordemoderen har den primære kontakt til kvinden, er det af betydning, at jordemoderen har opnået kvindens tillid. Videbech understreger, i hvor høj grad kommunikation samt det at sætte tidligt ind kan forhindre udvikling af fødselsdepression. Dermed kan det tænkes, at kommunikation omkring den gravides psykiske velbefindende kan være en del af jordemoderens sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression hos gravide i niveau 1.

Mennesket har ifølge Giddens (Giddens 1994, s. 31) en tro på autenticiteten af ekspertviden, hvilket betyder, at mennesket har en tiltro til den kompetence og viden, som eksperten besidder. Tiltroen er nødvendig for mennesket, da det moderne samfund tilbyder adgang til store mængder information. Mennesket bliver derved konstant præsenteret for information gennem selverhvervet viden og fra ekspertsystemer (Kaspersen 2001, s. 141). Dette medfører ifølge Giddens (Kaspersen 2001, s. 125), at der stilles krav til menneskets evne til at reflektere over de valg, som skal træffes af den enkelte. Mennesket handler ikke længere udelukkende på grundlag af traditioner, men også med udgangspunkt i viden og refleksioner. Evnen til og muligheden for at reflektere skaber en usikkerhed, da mennesket ikke længere er bundet af traditioner, men selv skal formulere behov og ønsker.

Den øgede informationsmængde skaber en følelse af øget usikkerhed, da det moderne samfunds udvikling betyder at der hele tiden og i hastigt tempo skabes ny viden (Kaspersen 2001, s. 126). Med dette mener Giddens (Giddens 1994, s. 40), at mennesket ikke kan være sikker på den viden, det har, men er bevidst om, at denne viden hele tiden er til diskussion, og at sandheden kan vise sig at være en anden. Derfor skaber dette en grundlæggende usikkerhed hos mennesket, da det

ikke længere kan føle sig sikker på den opnåede viden. Dette stiller samtidig krav til den enkelte i forhold til refleksivitet og erhvervelse af den nyeste viden.

Som niveau 1-gravid i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 27) modtager man et basistilbud i graviditeten, der omfatter 4-7 jordemoderkonsultationer. Ved besøgene hos jordemoderen modtager kvinden en stor mængde information om, hvordan hun bør leve, og hvordan hun bør forholde sig til sin graviditet samt det kommende forældreskab.

Jf. Giddens (Kaspersen 2001) synes det at forholde sig sådan, at kvinderne igennem graviditeten kan komme til at opleve en usikkerhed via den information, som jordemoderen giver dem, og den information, som de selv tilegner sig. Samtidig stilles der krav om, at den enkelte kvinde skal forholde sig til den øgede informationsmængde, og ofte skal hun ligeledes træffe vanskelige beslutninger ud fra den givne information i forhold til sin graviditet. De beslutninger, som kvinden træffer, har konsekvenser, da det at træffe valg også indbefatter et fravalg, som kvinden selv er ansvarlig for.

Ifølge Sundhedsstyrelsens (Sundhedsstyrelsen 2009, s.49) anbefalinger bør jordemoderen informere om blandt andet hensigtsmæssig levevis under graviditeten. Dermed kan det se ud, som om de mange informationer kan være medvirkende til, at kvinden oplever et forventningspres i forbindelse med graviditeten. Dette kan skyldes, at hun har et ønske om at kunne efterleve de anbefalinger, hun præsenteres for, og samtidig kan mængden af anbefalinger virke uoverskuelig. Dette underbygges af psykolog Lise Gullestrup i artiklen 'Fødselsdepressionens dybe rødder', hvor hun udtaler: *"Kvinderne er styret af, hvad andre mener og kæmper til det yderste for at spille rollen som 'den gode mor', mens de inderst inde føler sig afmægtige i forhold til det store ansvar."* (Mikkelsen 2013, s.8).

Da Giddens (Kaspersen 2001, s. 124) påpeger, at det moderne samfund har gjort det muligt for mennesket at indhente og få informationer, kan det tænkes, at kvinderne får adgang til denne information ved blandt andet besøg hos jordemoderen samt fra medier og omgivelser, som kan være familie og venner.

Af en beretning af Maria, der udviklede en fødselsdepression under graviditeten, fremgår det, at hun modtog og indhentede information fra mange kilder. I beretningen fortæller Marias mand hende, at det ikke er alle kvinder, som er lige lykkelige under graviditeten. Maria udtaler i den

forbindelse: *”Hvorfor kunne jeg så ikke læse om nogle af dem i de utallige magasiner og blade for gravide?. Der stod intet om at det kunne være en blandet fornøjelse at være gravid. Til gengæld stod der uge for uge, hvordan jeg skulle føle mig og omkring uge 20 hvor jeg altså befandt mig skulle jeg være ”meget lykkelig og forventningsfuld”.* (’Marias beretning’, GAIA-instituttet).

I citatet giver kvinden udtryk for, at hun har fået en viden om, hvordan graviditeten vil forløbe, og hvilke følelser, der vil være forbundet med den.

I de to ovenstående citater bliver der lagt vægt på, at kvinderne fokuserer på at håndtere graviditeten og forældreskabet korrekt. I det første citat gør Gullestrup opmærksom på, at kvinderne kæmper til det yderste for at være ’den gode mor’, og hermed påpeger hun behovet for at være perfekt. Ligeledes ses det i citatet af Maria, at hun har et ønske om at være ligesom de andre, og at hun undrer sig over, hvorfor hun ikke føler som dem.

Med udgangspunkt i ovenstående samt Giddens teori (Kaspersen 2001, s. 125) om, at information stiller krav til det enkelte menneske om at reflektere, kan det se ud, som om kvinden bringes til at reflektere over, om hun håndterer sin graviditet korrekt, samt om hun føler, som man skal, når man er gravid. Dette kan medføre, at hun bliver usikker på de valg, hun træffer ud fra den information, hun får, hvilket kan tænkes at medføre en psykisk usikkerhed.

Dermed kan det tænkes, at jordemoderen i det sundhedsfremmende arbejde kan have gavn af et øget fokus på kommunikation i forhold til de valg og beslutninger, som den gravide skal træffe gennem graviditeten, da dette formodentlig har en indflydelse på den gravides oplevelse af egen styrke samt tryghed i de valg, hun træffer.

5.3 Ontologisk sikkerhed

af Katrine Pilgaard Møller

I det foregående afsnit blev det fundet, at jordemoderen bør skabe tillid til den gravide for at klarlægge hendes psykiske tilstand, og for at det bliver muligt for hende at navigere i de mange informationer, det moderne samfund tilbyder. I det følgende belyses, hvilken betydning ontologisk sikkerhed, der går forud for tillid, har for mennesket i det moderne samfund.

Ifølge *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 181) er graviditeten en omvæltende begivenhed, hvor kvinden gennemgår en psykologisk forberedelse hen imod det kommende forældreskab, og dette kan give kvinden mulighed for at reflektere over de erfaringer, hun har med sig fra barndommen.

Det kan derfor tænkes, at nogle af de gravide i niveau 1 også gennemgår denne psykologiske proces som forberedelse til det kommende forældreskab, hvilket kan medføre en refleksion hos den gravide over sin egen barndom.

Giddens (Giddens 1994, s. 82-84) beskriver, hvorledes tillid er uløseligt forbundet med den ontologiske sikkerhed. Denne tillid, som mennesket har med sig, er en grundlæggende tillid til verden, der er udviklet helt fra spædbarnsperioden. Denne grundlæggende tillid kalder Giddens den ontologiske sikkerhed. Med den ontologiske sikkerhed menes en tillid, som er opbygget i forholdet til nære omsorgspersoner, som for de flestes vedkommende er forældrene. Den ontologiske sikkerhed optræder ubevidst hos mennesket. Giddens (Kaspersen 2001, s. 146-147) beskriver, at spædbarnet kan opnå en ontologisk sikkerhed ved, at der skabes en tiltro til de nære omsorgspersoner, og at denne tiltro er forudsigelig. Ved at spædbarnet gentagende gange erfarer at få tilgodeset sine behov fra de nære omsorgspersoner, opnår det en grundlæggende tillid til, at verden er et trygt sted at være. Den ontologiske sikkerhed i barndommen skaber en grundlæggende tillid, der fungerer som beskyttelse for mennesket, når det skal navigere i og tage stilling til de mange informationer, der er til rådighed for individet i det moderne samfund.

Med udgangspunkt i ovenstående kan det formodes, at den gravide kan være i stand til at have en fundamental tillid til jordemoderen som repræsentant for sundhedsvæsenet, når den gravide er i besiddelse af en ontologisk sikkerhed, der er blevet opbygget gennem spædbarnsperioden.

Giddens (Kaspersen 2001, s. 147) påpeger, at hvis den ontologiske sikkerhed er mangelfuld, kan mennesket opleve frygt og angst, når det interagerer med omverdenen, hvilket kan medføre en manglende tiltro til dets omgivelser.

Dermed forekommer det sandsynligt, at hvis den gravide ikke besidder en ontologisk sikkerhed, kan det være vanskeligt for jordemoderen at opbygge en tillid i relationen med den gravide. Dette kan tænkes at have en betydning i forhold til jordemoderens sundhedsfremmende arbejde omkring fødselsdepression, idet manglende ontologisk sikkerhed kan formodes at vanskeliggøre jordemoderens sundhedsfremmende arbejde, da der ikke skabes en tillidsrelation mellem den gravide og jordemoderen. Dermed bør jordemoderen være sig bevidst om, at der kan være gravide i niveau 1, der besidder en ontologisk sikkerhed, og gravide, som har en mangelfuld ontologisk sikkerhed, således at hun over for gravide med en manglende ontologisk sikkerhed kan forsøge at etablere en tillid.

Ligeledes kan det tænkes, at den gravide, når hun ikke besidder en ontologisk sikkerhed, kan have oplevelsen af manglende tillid til de kilder, hvorfra hun henter sin viden omkring graviditeten og forældreskabet, samt opleve det som angstfuldt at skulle håndtere de mange informationer, som hun bliver præsenteret for under graviditeten. Denne angst kan opstå, når den gravide skal forholde sig til samt navigere i de mange informationer.

5.4 Livsformsbegrebet og niveau 1-gravide

af Camilla Beckmann

Efter behandling af, hvordan Giddens' teorier om ekspertsystemer, tillid, information og ontologisk sikkerhed kan tænkes at påvirke den gravide i niveau 1, vil projektet inddrage niveauinddeling. Der vil i dette afsnit blive arbejdet med Anne-Dorthe Hestbæks livsformsbegreb. Det er fundet relevant at inddrage dette, da projektets problemformulering forholder sig til niveau 1-gravide, og det derfor er af betydning for projektet at se på, hvilke grupper af kvinder der befinder sig i niveau 1. Dette antages at kunne belyse, hvordan gravide i niveau 1 håndterer graviditeten, samt hvilke handlemuligheder de er i besiddelse af.

Ifølge *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 28) er det hensigtsmæssigt at inddele de gravide i konsultationen i forskellige niveauer. Dette gøres med henblik på, at tilbuddet i graviditeten tilpasses den enkelte kvinde. Denne inddeling finder sted ved den første jordemoderkonsultation. Dette sker for at give den gravide det bedst mulige tilbud i forhold til støtte og omsorg i graviditeten, hvorfor kvinden efterfølgende behandles ud fra denne inddeling. I den forbindelse kan det tænkes at være en fordel for jordemoderen at have et kendskab til de forskelligheder, som optræder hos gravide i niveau 1, for at jordemoderen kan give den enkelte kvinde den omsorg og støtte, hun har brug for under graviditeten.

For at jordemoderen kan få et kendskab til disse forskelligheder, anvendes Hestbæks livsformsbegreb. Dette gøres for at undersøge, om der er forskellige livsformer repræsenteret i niveau 1, samt hvilke handlemuligheder og idealer der findes i de forskellige grupper under livsformsbegrebet. Dette er fundet relevant, da livsformsgruppernes oplevelse af handlemuligheder og idealer kan have betydning for håndteringen af graviditet og forberedelse til forældreskabet. Det belyses, hvorledes familierne i det moderne samfund er struktureret, og hvilken indflydelse det kan have på den enkelte gravide i niveau 1 samt dennes handlemuligheder. Dermed anses det for at være relevant, at jordemoderen har et kendskab til Hestbæks

livsformsbegreb, da dette eventuelt vil kunne bidrage til jordemoderens sundhedsfremmende arbejde med niveau 1-gravide.

Ifølge Hestbæk (Hestbæk 2001, s. 160-163) er der de seneste årtier sket store ændringer i forudsætningerne for forældreskabet. Dette gælder de strukturelle, ideologiske og kulturelle rammer. Med de strukturelle rammer menes der, at kvinden forbliver på arbejdsmarkedet på trods af forældreskabet. Hovedansvaret for børn og de praktiske opgaver i hjemmet ligger i de fleste familier stadig hos kvinden. Nogle kvinder kan have en oplevelse af, at rollen som forælder kan være vanskelig at forene med livet på arbejdsmarkedet.

Med udgangspunkt i ovenstående kunne det dermed tænkes, at nogle kvinder, når de er gravide, kan være udsat for en stressfaktor, når de både skal magte et arbejde og samtidig skal leve op til egne forventninger i forhold deres graviditet og det kommende forældreskab. Dette underbygges af følgende citat: *"Jeg havde en god graviditet, hvor jeg gjorde alt for at bevise for alt og alle, at man sagtens kan være meget aktiv, samtidig med at man er gravid. I mit stille sind begyndte jeg dog at glæde mig til at få en "undskyldning" for at geare ned efter mange år med et meget aktivt arbejds- og fritidsliv"* ('Dorthes beretning', GAIA-instituttet).

I citatet giver kvinden udtryk for at have høje krav til sit aktivitetsniveau under graviditeten, selvom hun i virkeligheden synes at have et ønske om at være mindre aktiv. Kvinden ser frem til at kunne begrænse sit aktivitetsniveau, hvorved hun må formodes at kunne få en mindre stresset hverdag.

Hestbæk (Hestbæk 2001, s. 174) mener, at forventningerne til det at være gode forældre er forskellige og afhænger af forældrenes ideologiske og kulturelle rammer. Hestbæk påpeger dermed vigtigheden af at være opmærksom på de forskelligheder, der er omkring forældreskabet i samfundet, og dermed, hvilke ønsker der er til forældreskabet.

Hestbæk (Hestbæk 2001, s. 160-163) søger at belyse variationen i befolkningen ved at arbejde med livsformsbegrebet, hvilket indbefatter tre forskellige livsformer. I den selvstændige livsform, hvor der er en flydende overgang mellem arbejde og fritiden, ejes og administreres den virksomhed hvori en person er beskæftiget, af vedkommende selv. Til forskel herfra er arbejde og fritid opdelt i lønarbejderlivsformen, og målet er at optjene til frihed. Ved den karrierebundne

livsform vægtes indholdet i arbejdet, der er ingen faste arbejdstider, og den enkelte ønsker at opnå øget indflydelse på arbejdet.

Ud over denne synsvinkel på livsformsbegrebet, som Hestbæk (Hestbæk 2001, s 162) kalder den objektive, inddrager hun også den subjektive. Den subjektive del af livsformsbegrebet forstås ifølge Hestbæk som det enkelte menneskes forståelse og oplevelse af sig selv i forhold til det samfund, det befinder sig i.

Ud fra Sundhedsstyrelsens definition (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 28) visiteres de gravide til niveau 1, hvis deres graviditet er vurderet til at være uden øget risiko for obstetriske, sociale og psykiske problemstillinger.

Sundhedsstyrelsens definition af niveaudeling fastlægger ikke, hvilke typer af kvinder der er repræsenteret i niveau 1, men bygger på et fravær af obstetriske, sociale og psykiske problematikker. Det kan dermed formodes, at såvel den karrierebundne som den selvstændige livsform og lønarbejderlivsformen er repræsenteret i niveau 1, da det formodes, at denne gruppe af gravide er et bredt udsnit af samfundet.

Ifølge Hestbæk (Hestbæk 2001, s. 170-171) har de tre livsformer forskellige handlemuligheder og idealer i forhold til forældreskabet. Det kan vise sig ved enten at være en følelse af frihed til at handle, eller en opfattelse af at have begrænsede handlemuligheder alt afhængig af livsform. I forhold til idealer har de tre livsformer forskellige opfattelser af, hvorvidt de kan realisere disse, og samtidig oplever alle tre livsformer en udfordring og stress i forbindelse med at skulle leve op til idealerne.

Det kan hermed tænkes, at når de tre livsformer er repræsenteret i niveau 1, så har de gravide i dette niveau dermed forskellige handlemuligheder og idealer i forhold til graviditeten og det kommende forældreskab. Det lader derfor til, at de gravide i niveau 1 håndterer deres graviditet samt forventninger til forældreskabet forskelligt på baggrund af deres respektive handlemuligheder og idealer. Det kan tænkes, at jordemoderen - med viden om, at de gravide i niveau 1 har forskellige handlemuligheder og idealer - kan bidrage til, at den gravide opnår en afstemning af forventninger ud fra sine handlemuligheder og idealer.

Ifølge Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 43) bør jordemoderen tilpasse information og omsorg ud fra en vurdering af den enkelte gravides behov. Det kan formodes at være en fordel

for jordemoderen, i mødet med den gravide, at være bevidst om de gravides handlemuligheder og idealer for at kunne differentiere informationen og omsorgen til de gravide i niveau 1. Samtidig kan det tænkes at være problematisk, hvis niveauinddelingen medfører, at gravide i samme gruppe modtager et ensrettet tilbud, da disse kvinder formodes at være forskellige og have forskellige handlemuligheder og idealer.

5.5 Det åbne sundhedsbegreb

af Helene Anja Kousgaard Kristensen

Af ovenstående afsnit fremgår det, at det kan være en fordel, at jordemoderen er sig bevidst om at de gravide i niveau 1 er forskellige, for dermed at kunne differentiere omsorgen med udgangspunkt i kvindernes forskelligheder. Med udgangspunkt i denne forståelse forekommer det derfor relevant at forholde sig til, hvordan jordemoderen kan tilbyde en differentieret omsorg.

I det følgende afsnit belyses, hvorledes jordemoderen kan arbejde differentieret gennem et kendskab til 'det åbne sundhedsbegreb' (Wackerhausen 1994, s. 44). Dette belyses, da kvindens mål, handlekompetencer og livsbetingelser kan tænkes at have en indflydelse på hendes håndtering af graviditeten samt forventninger til forældreskabet. Derfor formodes jordemoderen at kunne differentiere tilbuddet i graviditeten med kendskab til 'det åbne sundhedsbegreb' og dermed være i stand til at kommunikere individuelt med den gravide ud fra hendes forudsætninger. På denne måde tænkes jordemoderen at kunne arbejde sundhedsfremmende over for den gravide i niveau 1 i relation til fødselsdepression.

Wackerhausen (Wackerhausen 1994, s. 43-44) har på baggrund af sundhedsvæsenets fokus på sundhed formuleret et alternativ til det, han beskriver som et medicinsk-biologisk orienteret sundhedsbegreb, og som er den dominerende opfattelse af sundhed inden for sundhedsvæsenet. Wackerhausens måde at definere begrebet sundhed på, kalder han 'det åbne sundhedsbegreb'. Med 'det åbne sundhedsbegreb' mener Wackerhausen, at det er den enkelte patients mål, værdier, fysiske og psykiske handlekompetencer samt livsbetingelser, som afgør, hvad den enkelte patient definerer som egen sundhed. Ifølge Wackerhausen (Wackerhausen 1994, s.43) vil 'det åbne sundhedsbegreb' skabe en respekt for patientens værdier og dermed give den enkelte patient en følelse af autonomi. I denne forbindelse er det væsentligt, at den sundhedsprofessionelle indgår i et dialogisk sammenspil med patienten for at forstå og klarlægge dennes mål, livsbetingelser og handlekompetencer for derigennem at kunne styrke patienten til

en individuel sundhedsdefinition (Wackerhausen 1994, s. 66). Det er derved ikke den sundhedsprofessionelles forståelse af sundhed, som kommer i spil, men patientens egen forståelse af sundhed og af, hvad der er rigtigt for denne (Wackerhausen 1994, s. 69).

Den sundhedsprofessionelle (Wackerhausen 1994, s. 69-70) skal i dialogen med patienten forsøge at inddrage sociologisk og kulturel viden og sidestille denne med den medicinske viden. At være sundhedsprofessionel består ikke kun i at være fokuseret på sygdomme, men også i at have fokus på kultur og humanisme. Wackerhausen argumenterer for, at et samlet helhedssyn er nødvendigt i den sundhedsprofessionelles møde med patienten.

Med udgangspunkt i ovenstående kan det tænkes, at jordemoderen som den sundhedsprofessionelle bør have indsigt i den gravides kulturelle baggrund og medtænke et sociologisk perspektiv, for at den gravide kan formulere egne mål og værdier. Ligeledes kan det formodes, at jordemoderen gennem dialogen med den gravide bør forsøge at synliggøre hendes mål og værdier i forhold til hendes graviditet. Dermed kan det se ud som om, at jordemoderen ved at inddrage både sociologisk, kulturel og medicinsk viden kan arbejde ud fra et helhedssyn i sit møde med den gravide i niveau 1.

Dette beskrives i artiklen 'Midwifery Model of Care', hvor jordemoder Judith P. Rooks giver udtryk for nødvendigheden af, at jordemoderen arbejder ud fra et helhedssyn for at forberede kvinden på graviditeten og forældreskabet: *"A large part of the midwife's attention focuses on the pregnant woman as a unique person, in the context of her family and her life."* (Rooks J.P., 1999 s. 372). Ydermere peger Rooks (Rooks JP, 1999 s. 372) på vigtigheden af at inddrage kvindens viden, muligheder, ønsker, tro og bekymringer i dialogen med kvinden for at underbygge kvindens udvikling af egne kompetencer i forhold til forældreskabet.

Ud fra viden om 'det åbne sundhedsbegreb' kan det derfor formodes, at jordemoderen i sit møde med den gravide i niveau 1 arbejder helhedsorienteret, hvilket kan betyde, at jordemoderen bør medtænke forskellige aspekter, alt afhængig af hvilken gravid hun møder. Dette kan jf. Wackerhausen medføre, at kvinden føler sig bedre rustet til det kommende forældreskab, da kvinden ved hjælp af 'det åbne sundhedsbegreb' formodes at have mulighed for at formulere egne mål og ønsker, der er forbundet med graviditet og forældreskab, og dermed opnå en større autonomi. Da kvinden selv formulerer mål og ønsker, styrkes hun i egne kompetencer i forhold til

graviditet og forældreskab. Det kan tænkes, at kvinden, når hun erhverver denne kompetence, vil opleve tillid til egen formåen. Det kan formodes, at kvinden, når hun har denne tillid til egen kompetence, vil føle sig styrket, og dermed kan det tænkes at mindske risikoen for en fødselsdepression.

Ifølge Wackerhausen (Wackerhausen 1994, s. 66) er en dialog dog sjældent ligeværdig og tvangsfri, og den foregår aldrig adskilt fra de omgivende forhold, som er de institutionelle rolle- og kompetenceforskelle, der kan være mellem den sundhedsprofessionelle og patienten. I dialogen skal disse forskelle med hensyn til roller, magt og status bevidst medtænkes for derved at kunne give mest mulig plads til patientens egne værdier og selvstændige mål.

Med udgangspunkt i ovenstående kan det se ud, som om jordemoderen som sundhedsprofessionel er i besiddelse af en viden og kompetence, som den gravide ikke har. Da jordemoderen sidder i en position, hvor hun i kraft af sin viden og kompetence besidder en magt, bør hun være bevidst om, hvordan hendes rolle kan påvirke dialogen med den gravide. På baggrund af dette ulige magtforhold kan det formodes, at kvinden kan opleve en usikkerhed omkring, hvorledes hun bliver modtaget og forstået af jordemoderen. Det kan derfor synes at stille krav til jordemoderen om at spørge ind til individuelle forhold, hvilket kan være en hjælp til at få indsigt i, hvordan den enkelte gravide har det, og hvordan hun oplever sin graviditet.

Dette underbygges i artiklen 'Fødselsdepressionens dybe rødder' (Mikkelsen 2013, s. 8), hvor psykolog Lise Gullestrup udtaler, at jordemoderen ikke opnår dybere viden om kvindens velbefindende ved at presse den gravide til at tale. I stedet skal jordemoderen tage udgangspunkt i den gravides hverdag med en respekt for den enkelte gravides grænser. Dermed mener Gullestrup, at jordemoderen muligvis kan få den gravide til at åbne sig omkring sine tanker og problematikker i forhold til graviditet og forældreskab. Dermed påpeger Gullestrup, at jordemoderen kan øge sine muligheder for at få indsigt i kvindens psykiske velbefindende.

5.6 Risici i det moderne samfund

af Helene Anja Kousgaard Kristensen

Efter analyse af hvorledes jordemoderen bør møde den enkelte gravide kan det tænkes, at være af betydning at inddrage samfundets risikotænkning. Dette belyses, da et øget fokus på risiko formodes at have en indflydelse på de gravides valg, tillidsforhold samt hendes psykiske velbefindende. Med 'risiko' menes der en sandsynlighed for udvikling af komplikationer i

forbindelse med graviditet og fødsel. Dermed kan det være af betydning at uddybe, hvilken indflydelse risikosamfundet har på jordemoderens sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression, da det kan tænkes, at risikotænkning kan påvirke den gravides tanker under graviditeten i en negativ retning.

Ifølge Giddens (Kaspersen 2001, s.142) er der i forbindelse med det moderne samfund opstået en ny opfattelse af risici. Disse risici er blevet mere tydelige i forbindelse med øget viden, og refleksionen over denne viden bidrager dermed til frygt og tvivl. I det moderne samfund lever mennesket med en viden om, at der er en risiko ved alle de handlinger og valg, som foretages.

Det moderne samfund tvinger mennesket ind i en risikotilstand, samtidig med at det reducerer den fare, som mennesket ellers oplevede i det traditionelle samfund. Dette sker i kraft af globaliseringen, som medfører en øget mulighed for at indhente viden gennem information (Giddens 1994, s. 13).

Med udgangspunkt i ovenstående kunne det tænkes, at sundhedsvæsenet som ekspertsystem i det moderne samfund har et øget fokus på risici, på grund af at globaliseringen har gjort det muligt at indhente information og derigennem få kendskab til flere risici. Dette kan uddybes med, at det moderne samfund har gjort det muligt at kommunikere på tværs af grænser og fag og dermed indhente informationer fra mange kilder. Sundhedsvæsenet er som en del af det moderne samfund ligeledes præget af denne øgede mængde viden om risici, som kan tænkes at have en indflydelse på jordemoderens sundhedsfremmende arbejde.

Ifølge Cirkulære om jordemodervirksomhed har jordemoderen *"pligt til at holde sin uddannelse ved lige, følge udviklingen inden for jordemoderfaget og gøre sig fortrolig med ny viden af betydning for erhvervsudøvelsen"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001, 4.). I forhold til citatet om, at jordemoderen er forpligtet til at holde sin viden opdateret, må man formode, at jordemoderen opnår en øget viden om de risici, der er forbundet med graviditeten. Da jordemoderen arbejder inden for et system, hvor vurdering af risiko vægtes højt, kan det tænkes, at når jordemoderen har et øget fokus på risici, kan det til en vis grad fjerne opmærksomheden fra psykologiske aspekter i graviditeten. En jordemoder udtaler i artiklen 'Fødselsdepressionens dybe rødder': *"Igennem hele graviditeten leder vi efter fejl og mangler. Signalet er, at 'det her går nok ikke godt.' Så vi dobbeltkommunikerer: På den ene side siger vi, at alt er normalt, men for en*

sikkerheds skyld tjekker vi lige alligevel. Skaber vi ikke unødigt angst på den måde?” (Mikkelsen 2013, s. 9).

Jordemoderen i citatet fortæller, at hun oplever det som problematisk, at der forgår en dobbeltkommunikation mellem jordemoderen og kvinden. Dette påpeger jordemoderen, da hun mener, at der ikke er overensstemmelse mellem de handlinger, hun foretager, og det, hun fortæller kvinden. Hun mener, at det er problematisk, at jordemoderen til tider kan have et overdrevent fokus på risici. Dette gælder også hos gravide i niveau 1. Ifølge *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 43) bør jordemoderen have fokus på risikooopsoring, samtidig med at hun bør have fokus på, at graviditeten forløber så normalt så muligt.

Med jordemoderens viden om anbefalingerne og den viden, hun selv har pligt at indhente, er der fare for at skabe en dobbeltkommunikation mellem jordemoderen og kvinden. Dermed kan det se ud, som om jordemoderen i kraft af sit fokus på risici kan medvirke til, at den gravide bliver i tvivl om, hvorvidt hendes graviditet forløber normalt. Det kan derved virke, som om kvinden, når jordemoderen oplyser hende om den anbefalede levevis under graviditeten, bringes at reflektere over informationen. Dette kan tænkes at skabe en tvivl hos kvinden samt bevidstgøre hende om, at der er en risiko forbundet med de handlinger og valg, hun foretager. Derfor kan det være vigtigt, at jordemoderen, når hun informerer kvinden, er klar over, på hvilken måde denne information kan opfattes.

Jordemoderen er forpligtet til at overgive mange informationer til kvinden, herunder også informationer angående risici. Derfor kan det være af betydning, at jordemoderen er bevidst om den indflydelse, som information om risiko kan have på kvinden, da denne viden kan øge kvindens fokus på de problematikker, der kan opstå under graviditeten. Derfor kan det tænkes, at den gravide kan have gavn af, at jordemoderen tilpasser den information, som hun giver hende så det er muligt at bibeholde trygheden i graviditeten. Det underbygges af Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 17) om, at jordemoderen bør leve op til forpligtelsen om at bidrage til, at graviditeten bliver en naturlig livsproces, som kvinden kan føle sig tryk ved.

Giddens (Giddens 1994, s. 13) omtaler, at muligheden for at indhente information er øget, da globaliseringen har gjort det muligt at søge viden fra en større mængde kilder. Det kan dermed se ud til, at jordemoderen i kraft af globaliseringen har mulighed for at tilegne sig information om

risici forbundet med graviditeten, som tidligere ikke var så let tilgængelig. Det kan dermed tænkes, at jordemoderen får et større fokus på risici i sit daglige arbejde og dermed i mødet med den gravide. Dette underbygges af følgende citat fra jordemoder Judith P. Rooks: *“The desire to identify complications early has led to use of a sequence of preemptive interventions (to prevent complications or to treat them before there is evidence that they exist) and a focus on “risk factors” (conditions that are not pathologic but are associated with an increased incidence of complications).”*(Rooks JP. 1999, s. 371).

Med dette citat peger Rooks på problematikken ved tendensen i sundhedsvæsenet til at have fokus på risiko. Jordemoderen bør forholde sig til dette i det sundhedsfremmende arbejde, da det kan tænkes at opsporing af risici hos den gravide, kan påvirke hendes tanker i graviditeten. Den gravide kan dermed opleve en øget usikkerhed omkring, hvorvidt hendes graviditet udvikler sig normalt. Da den gravide i niveau 1 også risikovurderes, kan det tænkes, at dette kan påvirke hendes psykiske velbefindende.

5.7 Forventninger til graviditeten og forældreskabet

af Camilla Beckmann

Giddens (Kaspersen 2001, s. 146) beskriver, at risikobegrebet er uløseligt forbundet med begrebet tillid. Tillidsrelationer er afgørende, da evnen til at reflektere hos mennesket medfører usikkerhed samt en bevidsthed om risici i forhold til alle de valgmuligheder, mennesket har gennem tilværelsen. For at mennesket i det moderne samfund kan udvikle sig og handle i forhold til de risici, det møder, er tillidsrelationen fundamental.

Det virker således, som om der må skabes en tillid mellem jordemoderen og kvinden, for at kvinden kan blive i stand til navigere i de risici, hun bliver bevidst om via det ekspertsystem, hun er en del af, når hun er gravid.

Giddens (Kaspersen 2001, s.125) beskriver, at mennesket selv skal formulere ønsker og behov, da det ikke længere er bundet af traditioner. Derfor er det nødvendigt for mennesket at kunne reflektere over de muligheder, det har.

Den mulighed (Kaspersen 2001, s. 136), mennesket har for at reflektere over sine handlinger, øger dets bevidsthed om, at det altid er muligt at foretage et nyt valg og træffe nye beslutninger. Ifølge Giddens (Kaspersen 2001, s. 138) kan muligheden for selv at vælge opleves som en frisættelse af

mennesket, da muligheden for at vælge selv kan være forbundet med følelsen af frihed. Samtidig stiller det dog krav til mennesket om at forholde sig til udformningen eget liv.

Med udgangspunkt i ovenstående kan det tænkes, at det moderne samfund har gjort det muligt for den gravide selv at formulere, hvordan hun vil tilrettelægge og leve sit liv som gravid og mor. En gravid kvinde formulerer sine ønsker og forventninger til moderskabet i følgende citat: *"Mens jeg paradoksalt nok i andre øjeblikke forestillede mig alt det, jeg ville gøre med babyen under armen: Starte baby-rytmik op lokalt, arbejde som frivillig medarbejder på et Røde Kors Center, arrangere diverse foredrag og skrive for lokalavisen."* ('Dorthes beretning', GAIA-instituttet)

I citatet beskriver den gravide sine overvejelser og ønsker omkring, hvordan hun gerne vil tilrettelægge sit liv som mor. Under sin graviditet har hun et ønske om at skulle være meget aktiv, når hun lige er blevet mor.

Dette kan jf. Giddens give hende en form for frihed, da den gravide har friheden til selv at kunne bestemme, hvordan hun ønsker at være mor. Dette kan synes at medføre, at den gravide selv har ansvaret for at definere indholdet af det kommende moderskab.

Samtidig kan det tænkes, at kvinden skaber forventninger til sig selv, når hun har friheden til at formulere sine ønsker og behov. Dermed kan det virke, som om den gravide muligvis kan have svært ved at leve op til de forventninger.

Ligeledes kan det tænkes, at den gravides formulerede ønsker og behov i forhold til graviditeten og moderskabet ikke kan virkeliggøres, som gravid og forælder hvilket kan betyde, at hun dermed kommer til at bebrejde sig selv, hvis det ikke går som ventet. Dette underbygges af følgende citat, hvor en gravid har skabt nogle forventninger ud fra andres oplevelser, som ikke er blevet indfriet under hendes graviditet. *"jeg havde jo læst om kvinder, der bare blomstrede op og blev rigtig smukke når de blev gravide. Der skete bare det mærkelige, at det ikke var lykken og jeg følte mig helt anderledes end jeg have regnet med. Jeg var ikke så overlykkelig og følte på ingen måde at jeg strålede og var "en smuk gravid" som så mange sagde."* ('Maria beretning', GAIA-instituttet)

Det kan dermed synes relevant, at jordemoderen i sit arbejde med at sundhedsfremme i forhold til fødselsdepression taler med den gravide om de forventninger, hun har til sig selv som gravid og forælder, for dermed at hjælpe den gravide til at opnå et realistisk billede af egne forventninger. Dette kan muligvis tænkes at medføre, at den gravide bedre kan leve op til de forventninger, hun skaber under graviditeten. Videbech beskriver i hæftet *Fødselsdepression* (Videbech 2003, s. 24)

nogle mulige gode råd til forebyggelse af fødselsdepression, og i den forbindelse nævner han, at det gælder om for kvinden at have realistiske forventninger, for således at undgå, at presset bliver for stort.

Dermed kan det formodes, at når jordemoderen støtter den gravide i at få sine forventninger afstemt, kan det tænkes at have en positiv indvirkning på det sundhedsfremmende arbejde i forhold til udviklingen af psykiske reaktioner hos den gravide i niveau 1.

6. Diskussion

På baggrund af fundene i analysen fremkommer tre centrale temaer, som menes at kunne have en indflydelse på jordemoderens sundhedsfremmende arbejde i forhold til udvikling af fødselsdepression hos gravide i niveau 1. Den kommende diskussion tager udgangspunkt i disse temaer, som er følgende: 'Niveauinddeling af gravide', 'Tillid mellem den gravide og jordemoderen' og 'Det moderne samfunds indflydelse på graviditeten'. Disse temaer vil blive diskuteret med henblik på besvarelse af projektets problemformulering. Vedrørende temaet 'Niveauinddeling af gravide' diskuteres for og imod Sundhedsstyrelsens niveauinddeling af gravide, herunder hvilke konsekvenser niveauinddeling kan have for gravide i niveau 1 og de strukturelle rammer for jordemoderens arbejde i mødet med den gravide i niveau 1. I forbindelse med temaet 'Tillid mellem den gravide og jordemoderen' diskuteres, hvad der kan henholdsvis fremme og hæmme tilliden mellem den gravide og jordemoderen. Vedrørende det sidste tema, 'Det moderne samfunds indflydelse på graviditeten', diskuteres, hvorvidt friheden i det moderne samfund påvirker den gravides forventninger, samt hvordan risiko kan influere på den gravides oplevelse af at skulle træffe vigtige valg i graviditeten.

I det følgende diskuteres analysens fund vedrørende de tre ovenstående temaer. Der refereres til Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen*, Poul Videbechs informationshæfte *Fødselsdepression* samt en udtalelse af cand.psych Kirsten Lindved i bogen *Fødselsdepression – der er hjælp at få!* af Ammitzbøll et al. i diskussionen.

6.1 Niveauinddeling af gravide

af *Katrine Pilgaard Møller*

Da jordemoderen (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 43) ofte er den fagperson, der har den primære kontakt til den gravide, kan det være jordemoderen, der har mulighed for at arbejde sundhedsfremmende i forhold til gravide i niveau 1. Dette kan begrundes med, at den gravide i niveau 1 jf. Sundhedsstyrelsen ikke som udgangspunkt har den samme kontakt til andre fagpersoner i sundhedsvæsenet, som hun har til jordemoderen.

Ifølge *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 28) anbefales det, at de gravide inddeles i niveauer efter behov for eventuel behandling, øget overvågning eller omsorg. Dette argumenterer Sundhedsstyrelsen for med henblik på at sikre den rette omsorg i forhold til

obstetriske, sociale og psykiske risikofaktorer. Dermed kan niveauinddelingen være med til at identificere de gravide, som har behov for et udvidet tilbud eller et tilbud om støtte fra flere faggrupper i sundhedsvæsenet samt kommunen og endelig et tilbud, som inddrager specialiserede institutioner. Denne niveauinddeling kan være en fordel for den gravide, da hun derved kan opnå en specialiseret omsorg i form af en jordemoderkonsultation, som beskæftiger sig med den gravides specifikke problemstilling.

Sundhedsstyrelsens differentiering af gravide i niveauer i konsultationen kan være hensigtsmæssig for de gravide i niveau 2-4, da deres niveauplacering giver mulighed for at synliggøre de behov, som skal tilgodeses.

Samtidig kan det diskuteres, om der kan være ulemper forbundet med denne niveauinddeling for de gravide, som ikke er i niveau 2-4 og derfor ikke modtager et udvidet tilbud. Den gravide i niveau 1 (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 28) er vurderet til at have en ukompliceret graviditet, hvilket betyder, at den gravide ikke har nogen fysiske, psykiske eller sociale problematikker.

Eftersom den gravide ikke har nogen umiddelbare komplikationer kunne man forestille sig, at nogle jordemødre primært er fokuseret på at vejlede den gravide med hensyn til livsstil, screene for risikofaktorer samt vurdere fosterets trivsel. Da Sundhedsstyrelsen påpeger, at de gravide i niveau 1 er uden komplikationer, er dette jordemoderens udgangspunkt i mødet med den gravide i konsultationen.

Det er i analysen fundet, at gravide i niveau 1 jf. Hestbæk er forskellige med hensyn til idealer og handlemuligheder. Denne forskellighed giver de gravide i niveau 1 forskellige måder, hvorpå de håndterer de udfordringer, som de møder under graviditeten. Da der er mange forventninger, der kan påvirke graviditeten, vil gravide i niveau 1 have forskellige måder at håndtere disse forventninger på. Derfor vil der også være gravide i niveau 1, der vil have oplevelsen af, at deres handlemuligheder ikke er i overensstemmelse med deres idealer, og derfor vil føle, at det bliver en belastning for dem at leve op til egne forventninger. Der vil dermed også være gravide i niveau 1, som kan have nogle psykiske problematikker. Derfor kan det ses som problematisk i forhold til det sundhedsfremmende arbejde, at niveauinddelingen fastslår, at kvinderne placeret i niveau 1 ikke har nogle psykiske komplikationer.

Det kan derfor diskuteres, om det ikke kan være en ulempe for den gravide i niveau 1, at Sundhedsstyrelsen har denne definition, da man derved ser bort fra muligheden af at de gravide i niveau 1 også kan have nogle psykiske problemstillinger.

Det kan endvidere diskuteres, om tidsrammen for jordemoderens arbejde i konsultationen kan have indflydelse på arbejdet med de gravide i niveau 1. I kliniske uddannelsesperioder er det erfaret, hvilke forhold jordemoderen arbejder under, herunder hvilke tidsbegrænsninger jordemoderen er underlagt. For nogle jordemødre kan denne tidsramme opleves som en begrænsning i forhold til at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 43) for indholdet af konsultationen. Jordemoderen skal jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger både vurdere fosterets vækst, graviditetens udvikling og den gravides helbredstilstand i form af screening for diabetes, præeklampsi m.m. Ofte ser jordemoderen mange gravide i konsultationen i løbet af en dag. Programmet kan derfor opleves at være tilrettelagt således, at jordemoderen føler, at hun ikke har den tid, der skal til for at komme omkring anbefalingerne for indholdet af konsultationen.

Dette kan medføre, at jordemoderen bør foretage en prioritering, i forhold til hvilke emner hun drøfter med den gravide. Dette underbygges af Poul Videbech (Videbech 2003 s. 15), der i sit informationshæfte *Fødselsdepression* nævner, at de sundhedsprofessionelle kan have en meget travl hverdag, hvilket kan betyde, at de ikke har overskud til at beskæftige sig med psykiske problemstillinger, da de kan være af den opfattelse, at det er meget tidskrævende.

Det kan tænkes at være problematisk, at jordemoderen arbejder under et tidspres, da den gravide kan have nogle psykiske problematikker, som der derfor ikke bliver kommunikeret omkring i konsultationen. Det kan være problematisk, at kommunikationen er mangelfuld, da kommunikation omkring den gravides psykiske velbefindende ifølge Videbech kan være medvirkende til at forhindre, at en fødselsdepression udvikles. Dermed synes det tidspres som jordemoderen arbejder under, at være medvirkende til, at jordemoderen er nødsaget til at prioritere indholdet i samtalen med den gravide i niveau 1.

Da jordemoderen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om niveauinddeling, hvor det defineres, at den gravide ikke har psykiske problemer, kan dette dermed være et emne, som jordemoderen ikke kommer omkring i konsultationen.

6.2 Tillid mellem den gravide og jordemoderen

af Camilla Beckmann

Den gravides møde med sundhedsvæsenet sker jf. Giddens gennem jordemoderen, da hun er en adgangsport til sundhedsvæsenet. Jf. Giddens bør der skabes tillid mellem den gravide og jordemoderen, for at den gravide kan opnå en sikkerhed med hensyn til at navigere i de mange informationer, som hun dels selv tilegner sig, dels får af jordemoderen.

Derfor findes det interessant at diskutere de problemer, der kan være i forhold til at skabe tillid mellem kvinden og jordemoderen. Ifølge fundet fra analysen er en dialog mellem kvinden og jordemoderen jf. Wackerhausen præget af et ulige magtforhold, da jordemoderen er i besiddelse af viden og kompetence, som den gravide ikke har. Denne ulighed i magtforholdet kan skyldes, at jordemoderens daglige arbejde tager udgangspunkt i de anbefalinger, der findes for svangreomsorgen, og som jordemoderen bør følge, samt den lovgivning og de retningslinjer, som jordemoderen er forpligtet til at følge. Ud fra ovenstående kan det diskuteres, om jordemoderen, i kraft af de forpligtelser, hun arbejder under, kan komme til at miste fokus på, i hvor høj grad det ulige magtforhold kan påvirke den gravides følelse af tillid til jordemoderen.

Det er oplevelsen fra klinikken, at en anden hindring for tillidsrelationen kan være, at mange gravide i niveau 1 indhenter informationer fra mange forskellige kilder, hvis validitet de ofte tvivler på. De informationer, som den gravide indhenter, kan til tider opleves som værende i strid med den information, de modtager i jordemoderkonsultationen. Dermed har jordemoderen en udfordring i forhold til at hjælpe den gravide med at sortere og navigere i den information, hun henter udefra. Dette underbygges af *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 148), hvori der står, at mange kommende forældre oplever, at virkeligheden er anderledes end det, der er beskrevet i bøger, blade og på internettet, hvorfra de selv henter informationer. Sundhedsstyrelsens anbefalinger påpeger, at der derved stilles nye krav til fødsels- og forældreforberedelsen, som jordemoderen også bør varetage i konsultationen.

En anden hindring for, at jordemoderen kan opnå de gravides tillid, kan være, at de føler, at det er tabubelagt at skulle bekende over for jordemoderen, at de har nogle følelser og tanker under graviditeten, som ikke er positive eller forventningsfulde. Dette underbygges af cand.psych Kirsten Lindved, som i bogen *Fødselsdepression – der er hjælp at få!* (Ammitzbøll et al. 2012, s. 143)

beskriver, hvorledes det at have det psykisk dårligt som kvinde er et tabubelagt problem i samfundet.

Dermed kan disse kvinder ofte komme til at signalere over for jordemoderen, at de ingen problemer har og er glade for deres graviditet. Dette underbygges af psykolog Lise Gullestrup, der forklarer, at disse kvinder opstiller en slags facade, idet de er imødekommende og venlige over for jordemoderen, men ikke giver udtryk for, om de har det godt eller dårligt med deres graviditet.

Når den gravide har en oplevelse af, at der i samfundet er et tabu forbundet med at have det psykiske dårligt i sin graviditet, kan det formodes, hun dermed heller ikke har tillid til, at hun kan fortælle jordemoderen, om hvordan hun har det.

Det kan samtidig være interessant at diskutere en fremmede faktor for tillidsrelationen. Det kan være fremmede, at der er kontinuitet i konsultationen. Det er en erfaring fra klinikken, at de gravide ofte er glade for at møde en jordemoder, som de har mødt tidligere. Dette underbygges af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som påpeger at kontinuitet i svangreomsorgen har vist sig at øge tilfredsheden hos de gravide.

Det anbefales (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 30), at den gravide tildeles en fast kontaktjordemoder, som skal sikre den gravide kontinuitet og sammenhæng i graviditeten.

Kontinuiteten kan give jordemoderen mulighed for at opnå og opretholde et kendskab til den gravides behov for omsorg. Samtidig kan den gravide opleve at modtage ensartet og sammenhængende information, når hun møder den samme jordemoder kontinuerligt gennem graviditeten.

6.3 Det moderne samfunds indflydelse på graviditeten

af Helene Anja Kousgaard Kristensen

Som det fremgår af analysen, er gravide præget af det moderne samfund, et samfund, der jf. Giddens har givet handlefrihed og dermed de gravide muligheden for at definere det liv, som de ønsker at leve. Dette kan medføre, at de gravide oplever, at der ikke er nogen fastsatte rammer i forhold til nye beslutninger i livet, da mulighederne i det moderne samfund ikke i samme grad er begrænset af traditioner.

Som Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 181) påpeger, er det at få et barn en af de største omvæltninger og en radikalt anderledes oplevelse i et menneskes liv. Derfor er denne nye situation, som en kvinde i forbindelse med graviditeten kommer til at stå i, noget som hun skal

forholde sig til på en for hende ny og derfor ukendt måde. I den forbindelse vil den gravide som følge af det moderne samfund jf. Giddens selv skulle formulere ønsker og behov, da hun ikke længere i samme grad er bundet af traditioner.

Der kan være fordele forbundet med ophør af det traditionelle samfund, hvor mange forventninger var givet på forhånd. Den gravide i det moderne samfund kan jf. Giddens formulere egne ønsker og forventninger og dermed opnå en fornemmelse af frihed. Dette kan ses som en fordel for den gravide, der dermed bliver i stand til at opnå større autonomi i eget liv og større frihed til at ændre tidligere mønstre, som var funderet i traditionen.

Jf. Giddens er den gravide i stand til at opnå en meget højere grad af viden i kraft af de muligheder, der er for at indhente information. Den gravide kan dermed få en viden omkring graviditet og forældreskab, og dermed kan hun blive i stand til at skabe sine egne forventninger til graviditeten og forældreskabet. I det moderne samfund er de gravide i stand til at skaffe sig oplysninger om eksempelvis livsstil, fødsler, parforhold og børneopdragelse. De gravide indhenter informationer gennem medier og ved kommunikation med andre mennesker, som deler deres erfaringer og holdninger med de gravide.

Ifølge analysen er de gravide i niveau 1 forskellige, og dette betyder jf. Hestbæk, at mennesker er forskellige med hensyn til handlemuligheder og idealer. Som følge af den mængde information, som de gravide kan skaffe sig i det moderne samfund, kræves der, at de gravide forholder sig til den information og handler ud fra denne, da det jf. Giddens er information, som mennesker træffer sine valg ud fra. De gravides handlemuligheder vil kunne influere på, hvordan de er i stand til at håndtere de valg, som de skal træffe i deres graviditet som en konsekvens af det moderne samfunds udvikling.

Det kan ligeledes diskuteres, om der kan være ulemper forbundet med, at de gravide har opnået så stor frihed i forhold til at opbygge egne forventninger. Den gravide modtager (Sundhedsstyrelsen 2009, s. 44) i forbindelse med graviditeten mange nye informationer angående graviditet og forældreskab. Dette kan være et problem for hende, da hun jf. Giddens ud fra alle disse informationer selv skal definere ønsker til sin graviditet og sit forældreskab. Dette kan tænkes at være en problematisk proces for den gravide, da hun dermed selv skaber de idealer, hun har til graviditeten og forældreskabet, og således kan komme til at have urealistiske

forventninger. De gravide kan dermed opleve et større ansvar og en usikkerhed forbundet med de valg, som de skal træffe. De gravide, som jordemoderen møder i konsultationen, kan derfor tænkes at have forskellige forventninger og forskellige handlemuligheder, som vil have indflydelse på, om de er i stand til at leve op til egne forventninger. Dermed kan nogle gravide opleve, at den frihed, som det moderne samfund tilbyder, kan have indflydelse på deres psykiske velbefindende.

At det moderne samfund jf. Giddens har gjort det muligt at indhente og modtage informationer, kan samtidig antages at bidrage til risikotænkningen i sundhedsvæsenet, og dermed kan det tænkes, at den gravide oplever et større fokus på risiko. Jf. Giddens kan det virke uoverskueligt for gravide at reflektere over alle de informationer, som de modtager under graviditeten, og dette kan bidrage til en usikkerhed. Her kan det være problematisk for den gravide, at hun modtager denne information om risiko forbundet med graviditet og fødsel, da dette bliver endnu et aspekt, som den gravide skal forholde sig til samt navigere ud fra, og det kan ses som et resultat af den frihed, den gravide har opnået i det moderne samfund. Ydermere vil der i den forbindelse være mange valg, som den gravide skal træffe, som omhandler risiko, såsom stillingtagen til screening, levevis m.m., og det kan bevirke at den gravide kommer til at føle et stort ansvar i forhold til de valg, som hun skal træffe, og dermed kan hun opleve en usikkerhed.

På den anden side kan jordemoderen jf. Wackerhausen ved at have et helhedssyn i dialogen med den gravide give mulighed for, at den gravide formulerer sine egne mål og værdier, hvilket kan give hende en følelse af autonomi. Med helhedssyn menes, at jordemoderen i sit arbejde jf. Wackerhausen inddrager både sociologisk, kulturel og medicinsk viden.

Autonomien kan være med til at styrke kvindens oplevelse af tillid til egen formåen i forhold til graviditet og forældreskab. Det kan dermed diskuteres, om jordemoderen ved at arbejde ud fra et helhedssyn kan være medvirkende til at reducere usikkerheden omkring risici hos den gravide i niveau 1.

7. Metodekritik

Det har været hensigten med projektet at undersøge forskellige måder, hvorpå jordemoderen kan arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide. Projektet har taget udgangspunkt i aspekterne: samfundet, sundhedsvæsenet og individet. I det følgende afsnit vurderes projektets metode, herunder hvorledes projektets videnskabsteoretiske overvejelser har bidraget til at synliggøre problemstillingen, samt om forfatternes forforståelse har haft en indflydelse på projektets udformning. Endvidere vurderes styrker og svagheder ved projektets teoretiske og empiriske materiale, samt hvorledes samspillet mellem disse har været i stand til at bidrage til en besvarelse af problemformuleringen. Med et kritisk blik på projektets metode ønskes det at undersøge, om denne har bidraget til at besvare, hvordan jordemoderen i konsultationen kan arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide.

I projektet anvendes en hermeneutisk fænomenologisk tilgang, hvilket har bidraget til en hensigtsmæssig forståelse af mennesket i relation til samfundet og dermed sundhedsvæsenet. Gennem fortolkning af projektets materiale har det været muligt at opnå en sammenhængende og meningsfuld forståelse af forskellige aspekter, som kan tænkes at have en indflydelse på jordemoderens sundhedsfremmede arbejde i forhold til fødselsdepression.

For at kunne arbejde objektivt omkring projektets problemformulering har udgangspunktet for arbejdet været at anskue problematikken med en bevidsthed om egen forforståelse. Derfor anses det for betydningsfuldt at vurdere, om denne forforståelse har influeret på det endelige projekts udformning samt resultat. Projektets forfattere har løbende gennem udformningen af projektet bestræbt sig på at sætte deres forforståelse omkring projektets problemformulering til diskussion for dermed at kunne skabe ny viden. Dette har dog været en udfordring, og dermed kan det se ud, som om projektets fund til en vis grad kan være blevet påvirket af forfatternes forforståelse.

Da projektet har haft til hensigt at undersøge, hvordan de gravide er funderet i det moderne samfund, og hvordan jordemoderen kan forholde sig til dette, har det været vigtigt for forfatterne at opnå en dybere forståelse for den virkelighed, som jordemoderen arbejder i. Hertil har Anthony Giddens' teori om det moderne samfund bidraget betragteligt til at opnå en forståelse for dette.

Giddens' teori om moderniteten har været anvendelig i beskrivelsen af, hvilke udfordringer den gravide i det moderne samfund møder, samt hvorledes den gravide påvirkes af det samfund, der omgiver vedkommende. Endvidere beskriver Giddens, hvilken tilstand det enkelte menneske i kraft af de udfordringer, som det moderne menneske møder i samfundet, kan befinde sig i. Giddens' teori synes ikke at være tilstrækkeligt nuanceret med henblik på at opnå en dybere forståelse af den gravides oplevelse af at være en del af det moderne samfund.

Da projektet har ønsket at belyse forskelligheden blandt niveau 1-gravide, har Anne-Dorthe Hestbæks udlægning af livsformsbegrebet vist sig anvendelig. Hestbæks tese har været velegnet til at belyse de gravides individuelle ressourcer, herunder handlemuligheder og idealer. Da projektet som udgangspunkt har ønsket at påpege, at gravide i niveau 1 er forskellige, har Hestbæks teori vist sig brugbar. Hestbæk har som udgangspunkt undersøgt handlemuligheder og idealer i og omkring forældreskabet. Hermed har Hestbæk ikke belyst idealer og handlemuligheder i graviditeten. På trods af dette har Hestbæks tese vist sig anvendelig i forhold til at uddybe forståelsen for forskelligheder blandt gravide. Dermed har Hestbæk bidraget til at kunne give et indblik i, på hvilken måde jordemoderen kan forholde sig til de gravides individuelle behov med henblik på at arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression. Det ses som en styrke, at Hestbæk anvender Giddens som forståelsesramme i sin undersøgelse, og dermed kan brugen af Hestbæk nuancere dette projekt.

Steen Wackerhausen er blevet inddraget i projektet, da det som udgangspunkt var ønsket at undersøge jordemoderens mulighed for at hjælpe den gravide med at opretholde egen sundhed. 'Det åbne sundhedsbegreb' er fundet brugbart for at konkretisere jordemoderens arbejde i konsultationen. 'Det åbne sundhedsbegreb' har tilført projektet det synspunkt, at det er af betydning for det sundhedsfremmende arbejde at være i stand til at møde den gravide som et individ. Formålet med at inddrage Wackerhausen har været at belyse jordemoderens tilgang til at samtale med den gravide omkring dennes mål, handlekompetencer og livsbetingelser.

Det har været udfordrende at inddrage Wackerhausen, da han hovedsageligt arbejder ud fra det standpunkt, at individet skal definere egen sundhed, hvilket ikke har været projektets formål. Alligevel har Wackerhausen ved at advokere for at inddrage sociologisk, kulturel og medicinsk

viden været brugbar i forhold til at argumentere for, at jordemoderen har kendskab til den gravides individuelle behov.

Der er i projektet anvendt empirisk materiale fra førende eksperter inden for området fødselsdepression, fra jordemødre samt fra kvinder, der har oplevet en fødselsdepression. Dermed har det anvendte materiale været alsidigt og nuanceret. Den anvendte empiri har bidraget til at kunne belyse, hvordan gravide oplever og håndterer de udfordringer, som de møder under og efter graviditeten. Samtidig har empirien kunne fortælle om, på hvilken måde graviditeten influerer på den gravides velbefindende, samt om, hvorvidt de forventninger, som den gravide har til graviditeten og forældreskabet, kan påvirke dennes opfattelse af egne ressourcer. Derudover har det empiriske materiale bidraget med en viden om de muligheder, som jordemoderen har for at arbejde sundhedsfremmende i konsultationen. I projektet er inddraget beretninger fra kvinder, der har oplevet psykiske komplikationer efter graviditet og fødsel. Dette er fundet hensigtsmæssigt, da det har været af stor betydning at forstå kvinder ud fra den virkelighed, som de befinder sig i. Dermed er dette materiale fundet betydningsfuldt, på trods af at det er personlige fortællinger, som dermed kunne tænkes at være unuancerede. Det kunne tænkes at have bidraget yderligere til forståelse af problematikken, hvis der var blevet inddraget et større antal beretninger. Projektet har ikke været i stand til at få personlige oplysninger om de pågældende kvinder, hvilket eventuelt kunne have perspektiveret deres individuelle beretninger. Dog har forfatterne fundet beretningerne brugbare, da det er kvindernes egen forståelse, der har været i fokus. At der er inddraget materiale, som er udarbejdet af eksperter inden for fagområdet, har både haft betydning for udformning af projektet og også gjort det muligt at underbygge de personlige beretninger.

Det valgte materiale er fundet brugbart til at opnå yderligere viden i forhold til at kunne svare på projektets problemformulering. Materialet har bidraget til et klarere blik på problematikken. Det er fundet, at det valgte materiale har understøttet hinanden godt. Dette har også været problematisk, da det indebærer en risiko for, at billedet ikke er blevet nuanceret nok og dermed har svagheder i forhold til at danne grundlag for en diskussion. Det samlede materiale har påpeget aspekter, som jordemoderen kunne have fordel af at have en viden om, men projektet har dog ikke lagt vægt på, om jordemoderen er i stand til at inddrage denne viden i sit

sundhedsfremmende arbejde. Det kunne dermed have været en fordel for projektet at have gjort brug af teorier omkring implementering af viden.

Som følge af projektets metode er der ikke fundet noget entydigt svar på problemformuleringen. Flere forskellige aspekter synes at have indflydelse på, om gravide udvikler en fødselsdepression. Dermed kan der også være mange forskellige tilgange til det sundhedsfremmende arbejde, som jordemoderen kan tage udgangspunkt i. Dette projekt har haft en sociologisk tilgang, men problemstillingen kunne også tænkes at have været anskuet fra en psykologisk eller en kommunikativ synvinkel. Alligevel giver projektet et indblik i nogle af de forhold, der kunne have betydning for det sundhedsfremmende arbejde i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide.

8. Konklusion

Hermed afrundes projektet med en besvarelse af problemformuleringen. Med jordemoderens bevidsthed om nedenstående forhold, kan det tænkes at hun kan arbejde sundhedsfremmende i forhold til fødselsdepression hos niveau 1-gravide.

Niveauinddelingen af gravide i konsultationen kan have en indflydelse på niveau 1-gravide. Da de gravide er vurderet til at tilhøre niveau 1, anses de for at have en graviditet uden komplikationer, hvilket kan medføre manglende fokus på den gravides psykiske velbefindende. Niveau 1-gravide synes at være forskellige med hensyn til idealer og handlemuligheder, hvilket kan betyde, at nogle gravide kan have oplevelsen af, at der ikke er overensstemmelse mellem deres handlemuligheder og deres idealer. Dette kan tænkes at have en indflydelse på den enkelte gravides psykiske velbefindende.

Den tidsramme, som jordemoderen arbejder under, formodes at være en hindring for det sundhedsfremmende arbejde, hvorfor jordemoderen kan være nødsaget til at foretage en prioritering, med hensyn til hvilke emner der kommunikeres om i konsultationen. Kontinuitet i konsultationen tænkes at have en betydning for jordemoderens kendskab til den enkelte gravide.

Da jordemoderen besidder en viden og kompetence, som den gravide ikke har, kan der være et ulige magtforhold mellem den gravide og jordemoderen. Jordemoderen bør derfor for at fremme tillidsrelationen være bevidst om dette i mødet med den gravide.

Det tænkes, at tillidsrelationen mellem den gravide og jordemoderen kan påvirke måden, hvorpå den gravide navigerer i de informationer, hun selv tilegner sig og modtager gennem graviditeten. Det synes i samfundet at være tabubelagt, at en gravid giver udtryk for at have det dårligt psykisk, hvilket kan medføre, at nogle gravide over for jordemoderen signalerer, at de ingen problemer har.

Den gravide i det moderne samfund har opnået en frihed til at formulere sine egne ønsker, hvilket kan tænkes at influere på hendes forventninger til graviditet og forældreskab. For nogle gravide kan det opleves som positivt at have frihed, og for andre kan det tænkes at være en hindring. Det kan være af betydning, at jordemoderen er bevidst om dette, da ubalance mellem forventninger og handlemuligheder kan påvirke den gravides psykiske velbefindende.

Det moderne samfunds opmærksomhed på risici kan medføre, at den gravide kan opleve en usikkerhed i forhold til de valg, som skal træffes under graviditeten. Det kan være af betydning, at jordemoderen møder den gravide med et helhedssyn, hvilket indbefatter en inddragelse af sociologisk, kulturel og medicinsk viden, da dette kan tænkes at bidrage til, at den gravide kan opnå en følelse af sikkerhed i de valg, hun træffer omkring graviditeten og forældreskabet.

Litteraturliste

Bøger

- Ammitzbøll, J et al. 2012, *Fødselsdepression - der er hjælp at få*. Frydenlund, Frederiksberg.
 - Birkler, J 2005, *Videnskabsteori – en grundbog*. Munksgaard, København.
 - Giddens, A 1994, *Modernitetens konsekvenser*. Hans Reitzels Forlag, København.
 - Hestbæk, A 2001 `Forældreskab i det moderne samfund` I: Dencik L, Schultz Jørgensen, P *Børn og familie i det postmoderne samfund*, Hans Reitzels Forlag, København
 - Kaspersen, LB 2007, `Anthony Giddens` I: Andersen H & Kaspersen LB (red), *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels forlag, København.
 - Kaspersen, LB 2001, `Modernitetsanalyse: Globalisering og intimitetens forandring` I: LB Kaspersen, *Anthony Giddens - introduktion til en samfundsteoretiker*. Hans Reitzels Forlag, København.
 - Rønn, C 2006, `Videnskabsteorier med afsæt i individ og humanvidenskaber` I: C Rønn, *Almen videnskabsteori for professionsuddannelserne – lagttagelse, viden, teori og refleksion*. Forlaget Altea, København.
 - Sundhedsstyrelsen 2009, *Anbefalinger for svangeromsorgen*. Komiteen for Sundhedsoplysning, København.
 - Videbech, P 2003, *Fødselsdepression, - informationshæfte til patienter, pårørende og andre*. PsykInfo Forlaget, Risskov.
 - Wackerhausen, S 1994, `Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme` I: Jensen, UJ & Andersen, PF (red.), *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Forlaget PHILOSOPHIA, Århus.
-

Tidsskriftsartikler

- Mikkelsen, C 2013, 'Fødselsdepressionens dybe rødder', *Tidsskrift for jordemødre*, årg. 123, nr. 4, s. 8.
- Petersen, A 2010, 'Depression, selvrealisering og antidepressiv medicin', *Tidsskrift for jordemødre*, årg. 119, nr. 1, s. 11.
- Rooks, JP et al. 1999, 'The Midwifery Model of Care', *Journal of Nurse-Midwifery*, vol 44, nr. 4, juli/august, s. 370-374,

Internetadresser

- Dansk Psykiatrisk Selskab 2001, *Behandling af psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*, Dansk Psykiatrisk Selskab, Lokaliseret 03.04.2013 på:
http://www.dpsnet.dk/fileadmin/user_upload/menu/publikationer/rapporter/ikkepsykose_010102.pdf
 - GAIA-instituttet 2002, *Dorthes beretning: Da lykken gik i sort*, Lokaliseret 30.04.2013 på:
<http://www.gaia-instituttet.dk/gaia/Forside/andres-historier/dorthes-beretning.html>
 - GAIA-instituttet, Lokaliseret 21.05.2013 på: <http://www.gaia-instituttet.dk/gaia/hvem-er-vi/om-gaia-instituttet.html>
 - GAIA-instituttet, *Marias beretning: Mig og Emilie*, Lokaliseret 23.04.2013 på:
<http://www.gaia-instituttet.dk/gaia/Forside/andres-historier/marias-beretning.html>
 - Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2001, *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt mv.* Lokaliseret 03.04.2013 på:
<https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=21704>
 - Jung, E 2010, *Moderne kvinder får fødselsdepression*, Lokaliseret 03.04.2013 på:
<http://www.b.dk/danmark/moderne-kvinder-faar-foedselsdepression>
 - Iversen, R et. al. 2010, *Etiske retningslinjer for jordemødre*, Jordemoderforeningen, København, Lokaliseret 30.04.2013 på: <http://www.jordemoderforeningen.dk/fag-forskning/etiske-retningslinjer/>
-

- Poul Videbech 2012, Lokaliseret 07.04.2013 på:
<http://www.videbech.com/fdep/page1/index.html>

Forside billede, Lokaliseret 21.05.13 på:

<http://www.happiness-project.com/wp-content/uploads/2013/01/Labyrinth-300x225.jpg>

Bilag 1 – Søgestrategi

Søgning i databasen CINAHL

Søgningen startes i CINAHL, da denne database indeholder mange full text-artikler fra internationale tidsskrifter. Databasen dækker desuden jordemoderfaget og har sin styrke inden for det kvalitative område. Der blev benyttet advanced search, og kriterierne for søgningen var følgende:

- materiale publiceret 2000 - 2013
- engelsksproget materiale
- full text-artikler
- undersøgelser fra skandinaviske lande, eller andre vestlige lande såsom England og USA
- kvalitative og kvantitative undersøgelser, artikler eller studier
- materiale omhandlende temaer relateret til, eller følgende emner:
 - Jordemødres oplevelse med opsporing af kvinder, der kunne udvikle en fødselsdepression
 - Kvindernes oplevelse af at få en fødselsdepression
 - Kvinders oplevelse af og erfaringer med sundhedspersonalets måde at håndtere kvinder med fødselsdepression
 - Jordemødres arbejde med fødselsdepression før fødslen

På temadagen *Perinatal depression – Om depression i graviditeten og barselsperioden* afholdt af jordemoderforeningen den 26. februar 2013 er stiftet bekendtskab med bogen *Fødselsdepression – der er hjælp at få!* af Janni Ammitzbøll et al. Heri er fundet relevante ord, der dannede grundlag for den strukturerede søgning i databaserne. De anvendte søgeord fremgår af nedenstående skema.

Søgning i databasen PsycINFO

Efter søgning i CINAHL blev der desuden foretaget en struktureret søgning i PsycINFO med samme søgekriterier som dem, der blev anvendt i CINAHL. Søgefeltet blev udvidet, og der udvælges søgeord inden for følgende temaer: samfundet og graviditet, samfundet og fødselsdepression, fødselsdepression og familie.

I nedenstående skema præsenteres de anvendte søgeord og søgekombinationer, databaser samt antal fremkomne resultater. Resultater, der er markeret med "fed" skrift, indikerer, at der ved denne søgekombination er fremkommet relevant materiale.

Søgeord/søgekombinationer	CINAHL	PsycINFO
Postpartum depression	<i>(ikke udført)</i>	618
Postpartum depression AND expectations	<i>(ikke udført)</i>	13
Postpartum depression AND family	<i>(ikke udført)</i>	169
Postpartum depression AND society	<i>(ikke udført)</i>	16
Midwife* AND information AND pregnancy	<i>(ikke udført)</i>	116
Midwife* AND postpartum depression	37	<i>(ikke udført)</i>
Midwife* AND postpartum depression AND experience	5	<i>(ikke udført)</i>
Midwife* AND depression AND experience	14	<i>(ikke udført)</i>
Midwife* AND depression in pregnancy AND experience	3	<i>(ikke udført)</i>
Midwife* AND depression AND pregnancy	43	<i>(ikke udført)</i>
Pregnant AND expectations	<i>(ikke udført)</i>	48
Pregnant AND low risk AND midwife*	<i>(ikke udført)</i>	5

Der gennemlæses titler samt abstracts på materialet, hvor titlen ansås for at være relevant for problemstillingen.

Resultat af søgning i CINAHL og PsycINFO

Ud fra ovenstående kriterier er fremkommet fire studier af relevans for problemstillingen. Efter gennemlæsning af abstracts udvælges studierne til yderligere gennemlæsning. Studierne er som følger:

1. *Role of midwives in depression screening* af Tully et al.
(fremkommet ved søgekombinationen: midwife* AND postpartum depression i databasen CINAHL)
2. *Lack of Preparation, Physical Health After Childbirth, and Early Postpartum Depressive Symptoms* af Howell et al.
(fremkommet ved søgekombinationen: postpartum depression AND expectations i databasen PsycINFO)
3. *The Taboo of Motherhood: Postpartum Depression* af Pierre et al.
(fremkommet ved søgekombinationen: postpartum depression AND society i databasen PsycINFO)
4. *Living on the Edge of Being Overstretched – A Norwegian Qualitative Study of Employed Pregnant Women* af Alstveit et al.
(fremkommet ved søgekombinationen: pregnant AND expectations i databasen PsycINFO)

Argumentation for fravalg af studier

Efter gennemlæsning af materialet fravalgtes studiet *Living on the Edge of Being Overstretched – A Norwegian Qualitative Study of Employed Pregnant Women* af Alstveit et al. Studiet blev ved nærmere gennemlæsning ikke fundet relevant, fordi det ønsker at undersøge oplevelsen af og sammenhængen mellem at være arbejdende kvinde og gravid. Da projektet ikke har dette fokusområde fravalgtes dette studie.

Studiet *Role of midwives in depression screening* af Tully et al. fravalgtes, da dette studie ikke er relevant for projektet, da det ikke interesserer sig for jordemoderens forskellige screeningsmetoder til opsporing af depression, hvilket var formålet med dette studie.

Studiet *The Taboo of Motherhood: Postpartum Depression* af Pierre et al. fravalgtes, da der i studiets metode ikke er oplyst, hvilke typer kvinder der indgik i undersøgelsen, eller hvilket land studiet er foretaget i.

Efter nærlæsning af studiet *Lack of Preparation, Physical Health After Childbirth, and Early Postpartum Depressive Symptoms* af Howell et al. fravalgtes dette også, da studiet i diskussionen finder, at det ikke kan sige noget om, hvorvidt der er en sammenhæng mellem manglende forberedelse på tiden efter fødslen og udviklingen af fødselsdepression. Dermed findes studiet ikke relevant for dette projekt, da det var dette resultat i studiet, som formodes at kunne være anvendt til at belyse kvinders forventninger til forældreskabet og jordemoderens arbejde med at forberede kvinden på dette.
