

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning.....	3
1.1 Problemformulering.....	6
1.2 Problemafgrænsning.....	6
1.3 Begrebsafklaring.....	7
2.0 Metode.....	7
2.1 Søgestrategi.....	7
2.2 Projektets disponering samt begrundelse for valg af teori og empiri.....	9
3.0 Videnskabsteoriske overvejelser.....	11
3.1 Hermeneutik.....	11
3.2 Fænomenologi.....	12
4.0 Anbefalinger for svangreomsorgen.....	13
4.1 Barselsperioden.....	14
5.0 Teori.....	14
5.1 Margareta Brodén.....	14
5.1.1 Raphael-Leffs udviklingsteori.....	15
5.1.2 Forestillinger om barnet.....	15
5.1.3 Når graviditetens psykologiske udvikling hindres.....	16
5.2 Antonovskys teori: oplevelsen af sammenhæng.....	16
5.2.1 Oplevelsen af sammenhæng.....	17
5.2.2 Mestring.....	18
6.0 Præsentation og metodeanalyse af empiri.....	18
6.1 Parental Liminality: a way of understanding the early experiences of parent who have a very preterm infant.....	18
6.1.1 Baggrund og formål.....	19
6.1.2 Studiedesign og dataindsamling.....	19
6.1.3 Databearbejdning og analysestrategi.....	21
6.1.4 Resultater og konklusion.....	22
6.1.5 Refleksivitet og forforståelse.....	24
6.1.6 Intern validitet.....	24
6.1.7 Ekstern validitet.....	25

Præmature mødre

Jordemoderens mulighed for at støtte kvinder, der har født meget præterm

6.2 Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention	26
6.2.1 Baggrund og formål.....	26
6.2.2 Studiedesign og dataindsamling.....	27
6.2.3 Inklusions- og eksklusionskriterier	28
6.2.4 Databearbejdning og analysestrategi.....	29
6.2.5 Resultater	29
6.2.6 Konklusion og diskussion.....	31
6.2.7 Intern validitet	31
6.2.8 Ekstern validitet	33
7.0 Analyse	34
7.1 Første del.....	34
7.1.1 Kvindernes oplevelse	35
7.1.2 Sundhedsstyrelsens niveauinddeling og differentiering.....	37
7.1.3 Opsummering	37
7.2 Anden del	38
7.2.1 Præterm fødsel - en stressfaktor.....	38
7.2.2 Interventionsprogram	39
7.2.3 Opsummering	41
8.0 Diskussion.....	41
8.1 Interventionsprogrammets implementering i efterfødselssamtalen	41
8.2 Jordemoderens selvstændighed vs. tværfagligt samarbejde.....	44
9.0 Kritisk refleksion af vores projekt	47
10.0 Konklusion	48
11.0 Perspektivering	50
12.0 Litteraturliste	52
13.0 Bilagsliste	56

1.0 Indledning

Præterm fødsel er en af de hyppigste årsager til perinatal mortalitet og –morbiditet (DSOG 2001) og er derfor en vigtig obstetrisk problemstilling. I en årrække har prævalensen af præterme fødsler i Danmark ligget stabilt på omkring 5-6%, svarende til knap 4000 fødsler sidste år. Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG) beskriver, at der kan være flere årsager til, at antallet af præterme fødsler ligger stabilt. Dels kan det skyldes, at der er en række faktorer, der gør fødslerne uundgåelige, dels at profylaksen mod disse fødsler ikke er effektiv nok (DSOG 2001; Sundhedsstyrelsen 2012:8). Årsagerne, til de præterme fødsler, er mange, bl.a. kan nævnes tungt og stressende arbejde, tidligere præterm fødsel, rygning, flerfolds graviditet, tidligere conisation, cervixinsufficiens samt urinvejs - og vaginale infektioner. Hertil kommer et antal, hvor fosteret forløses på føtal eller maternal indikation (DSOG 2001; Cunningham et al. 2010:810-811) fx pga. intrauterine growth retardation (IUGR) eller præeclampsi.

Det kan have mange og store konsekvenser for barnet at blive født prætermt, afhængigt af barnets gestationsalder. Flere organer kan være umodne, det kan have problemer med at opretholde stofskiftet, mave-tarm-systemet kan være umodent og sutteevnen kan være nedsat (Peitersen, Arrøe & Pryds 2008:66-69). Desuden har præmature børn, født før uge 34 umodne lunger, hvilket udløser et behov for hjælp til vejrtrækningen – der typisk kræver, at barnet kommer i CPAP-behandling og i svære tilfælde i respiratorbehandling (DSOG 2006).

Disse konsekvenser har ikke nødvendigvis kun indflydelse på barnet, men også dets forældre. Der er gennem de senere år sket en stigning i antallet af præmature børn, der overlever, bl.a. pga. en forbedret teknologisk udvikling på landets neonatalafdelinger. Dette betyder, at flere forældre vil opleve konsekvenserne ved at få et præmaturnt barn (Villadsen & Mortensen 2009). Bl.a. beskriver Brodén, at disse forældre kan opleve en svær start ift. tilknytning: *"Hvis barnet bliver født præmaturnt [...] kan der være stor afstand mellem det indre billede af barnet og det undervægtige, sårbare barn, der bliver født [...] Så kan det være svært umiddelbart at*

tage det virkelige barn, som viser sig at være lille, undervægtigt og præmaturt, til sig.” (Brodén 2010:87).

Forældre til præmature børn oplever ofte en psykisk belastning (Jotzo & Poets 2005:915; Forcada-Guex et al. 2010:21; Madu & Roos 2006:877) fx i form af stress, depression og/eller traume. Den psykiske belastning og præmaturiteten kan have betydning for tilknytningen til barnet (Forcada-Guex et al. 2010:21). Vi ser det derfor relevant, at have fokus på moderens psykiske tilstand for at fremme tilknytningen til barnet. Brodén beskriver hvordan forståelse, omsorg og hjælp kan bidrage til, at der bliver plads til at tage barnet til sig og dermed fremme tilknytningen (Brodén 2010:87).

I vores kliniske uddannelse, på henholdsvis Kolding og Sønderborg sygehus, har vi fået indblik i, hvor svært det kan være for disse forældre at håndtere, at deres barn er præmaturt. Vores oplevelse har været, at forældrene og særligt mødrene til de præmature børn følte sig tilsidesatte og følte, at de skulle opnå en form for bemyndigelse for at deltage aktivt i omsorgen af deres barn. Kendetegnene for tiden på neonatalafdelingen er ofte præget *”[...] af en kaotisk start på forældreskabet, som har ført forældrene igennem et traumatisk forløb, som en for tidlig fødsel ofte udløser.”* (Dansk præmatur forening 2007:3).

Når et præmaturt barn indlægges på neonatalafdelingen, er det typisk, at moderen medindlægges. Under medindlæggelse forventes det, at moderen deltager aktivt i plejen af og omsorgen for barnet (Sygehus Sønderjylland 2009:4; Kolding Sygehus 2010:5). Vi antager, at dette er generelt for alle landets neonatalafdelinger. Vi undrer os over, at mødrene har disse oplevelser, da sygehusene faktisk lægger op til, at de skal deltage i plejen af og omsorgen for deres barn. Til trods for at moderen medindlægges, tilknyttes en afdeling og opfordres til at være en aktiv omsorgsperson, så er det primært barnet, dets tilstand, behov og behandling, der er i fokus. Mødrene til præmature børn oplever ofte, som tidligere nævnt, en psykisk belastning i form af stress, depression og/eller traume og vi finder det derfor problematisk, at disse kvinder, deres tilstand og behov, ikke også er i fokus. Dette understøttes af følgende citat: *”På et tidspunkt var der en sygeplejerske, der*

spurgte, om jeg havde behov for at snakke. Jeg sagde straks ja, og hun ville så sørge for, at der kom en for at tale med mig. Desværre skete der bare aldrig mere [...] jeg havde slet ikke overskud til selv at bede om hjælp." (Mødrehjælpen 1998:15). På trods af citatets ældre dato, finder vi det aktuelt og lig de indtryk, vi har fået i vores kliniske uddannelse på neonatalafdelingerne.

Jordemoderen kan møde kvinder med præterme forløb på svangreafsnittet, på fødegangen, i barselsperioden samt i konsultationen ved en eventuel næste graviditet. I løbet af barselsperioden, beskriver Sundhedsstyrelsen, at alle bør tilbydes en efterfødselssamtale. Gennem samtalen kan der skabes mulighed for at bearbejde graviditet, fødsel og barsel, samt at få afklaret eventuelle spørgsmål (Sundhedsstyrelsen 2009:178-179). Vi mener, at efterfødselssamtalen er særlig vigtig for mødre til præmature børn, da disse mødre, i følge Brodén, oplever tab, traume og ængstelse, hvilket kan føre til depression (Brodén 2010:87). Spørgsmålet er, om medindlagte mødre til præmature børn har et yderligere behov for opfølgning i barselsperioden.

En del af baggrunden for at skabe dette fokus er, at Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* lægger op til, at sundhedsvæsnets indsats skal være differentieret i ydelsen til den enkelte, med henblik på at mor og barn kommer bedst muligt gennem graviditet, fødsel og barsel. I følge Sundhedsstyrelsen er målet " *[...] at perioden skal opleves som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed*" (Sundhedsstyrelsen 2009:17). Desuden bør jordemoderen arbejde sundhedsfremmende, forbyggende og risikosporende i mødet med kvinderne. Dette med henblik på at opspore øget behov for psykologisk støtte til at afhjælpe de psykiske og sociale problemer, som kvinden kan erfare i forbindelse med at blive mor til et præmaturo barn (Sundhedsstyrelsen 2009:17, 25).

På baggrund af ovenstående finder vi det jordemoderfagligt relevant at undersøge, hvilke oplevelser kvinder, der har født prætermt, har, samt hvordan jordemoderen, via kendskab til disse oplevelser, kan støtte kvinderne under medindlæggelsen.

Vi finder det særligt relevant at undersøge ovenstående med udgangspunkt i kvinder, der har født meget præterm, for at sikre os, at konsekvenserne af præmaturiteten har afgørende betydning ift. kvindernes forløb og oplevelse.

Dette leder os frem til følgende problemformulering.

1.1 Problemformulering

Hvilke oplevelser synes gennemgående for kvinder, der har født meget præterm?

Hvordan kan jordemoderen anvende denne viden til, at støtte disse kvinder under medindlæggelsen, gennem en sundhedsfremmende indsats?

1.2 Problemafgrænsning

I projektet har vi fokus på kvinder, der har født meget præterm, og begrænser os derfor til barselsperioden.

Vi afgrænser os fra meget præmature børn der ikke overlever, meget præmature børn med misdannelser og andre komplikationer, som ikke alene kan tilknyttes præmaturitet. Desuden er vi opmærksomme på, men afgrænser os fra, at barnets tilstand og behandlingstiltag påvirker kvindernes oplevelse af at have født meget præterm.

Vi berører tilknytningsteori i det omfang, det er nødvendigt ift. kvindernes oplevelser, på baggrund af, at tilknytningen til barnet kan påvirkes af moderens psykiske tilstand (Brodén 2010:87).

Vi er bevidste om, at:

- etnicitet og kultur
- paritet
- partner og pårørende

kan have indflydelse på kvindernes oplevelse af at have født meget præterm og dermed også på, hvordan jordemoderen kan støtte disse kvinder, jf. problemformuleringens anden del. Af hensyn til projektets omfang afgrænser vi os

fra disse aspekter. Vi er opmærksomme på, at det økonomiske aspekt har indflydelse på jordemoderens mulighed for at støtte kvinderne. Vi mener dette er udenfor projektets rammer og vi afgrænser os derfor herfra.

1.3 Begrebsafklaring

Meget præmature børn: Vi definerer meget præmature børn, som børn født før uge 32 (Peitersen, Arrøe & Pryds 2008:59). Disse inkluderer derfor også ekstremt præmature børn født før uge 28 (ibid.).

Medindlæggelse: Hermed mener vi den periode, hvor barnet er indlagt og hvor moderen følger barnet.

Sundhedsfremme: Når vi i projektet anvender begrebet sundhedsfremme, henviser vi til, at *"[i] det sundhedsfremmende arbejde vendes opmærksomheden væk fra sygdom og risici og over mod sundhed. Sundhedsfremmende indsatser er deltagerorienterede og dialogbaserede [...]"* (Sundhedsstyrelsen 2009:18). Dette finder vi i overensstemmelse med Aaron Antonovskys teori om *oplevelsen af sammenhæng* (Antonovsky 2000). I forbindelse med sundhedsfremme er det også relevant at nævne forebyggelse. Herved forstår vi indsatser, der forsøger at forhindre udvikling af sygdom, psykosociale problemer og ulykker - hvorigennem den enkeltes sundhed fremmes. Derfor mener vi, at det sundhedsfremmende arbejde også er en form for forebyggelse.

Psykisk belastning: Med psykisk belastning forstår vi, den belastning kvinderne udsættes for, når hun føder meget prætermt. Denne belastning kan medføre stress, depression og traume (Jotzo & Poets 2005:915; Forcada-Guex et al. 2010:21; Madu & Roos 2006:877).

2.0 Metode

2.1 Søgestrategi

Henriette

Vi har valgt kun at redegøre for de søgninger, som ledte os frem til vores valgte empiri. For at få et bredere indblik i vores søgeord og generelle søgning, se da Bilag 1.

I vores første søgning ønskede vi at opspore empiri til besvarelse af første del af problemformuleringen. Formålet med denne søgning var således at finde et kvalitativt studie, som omhandlede kvinders oplevelser efter at have født prætermt. Denne søgning fandt vi relevant at foretage i PsycINFO, som er en søgedatabase for psykologiske perspektiver (American Psychological Association 2012). Vi foretog først en fritekstsøgning for at danne et billede af, hvor stort et område vi søgte på. Vi søgte på "premature birth AND experiences", som gav 437 hits. Herefter benyttede vi databasens emneord, kaldet Thesaurus. Herunder fandt vi ordene "premature birth" og "life experiences" og søgte videre på disse (se bilag 1). Herigennem fandt vi frem til artiklen *Parental Liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant* (se Bilag 2).

I anden søgning ønskede vi at opspore empiri til besvarelse af anden del af problemformuleringen og formålet var således at finde et kvalitativt studie, som handlede om, hvordan jordemoderen kan støtte de kvinder, der har født prætermt. Denne søgning syntes relevant at foretage i søgedatabasen CINAHL, som bl.a. dækker over sygepleje og en humanvidenskabelig vinkel (Ebsco 2012). Dog ledte CINAHL ikke frem til relevant litteratur, hvorfor vi ikke redegør for denne søgning. I stedet søgte vi den ønskede empiri i PubMed, som er en bred database (NCBI u.å). Igen lagde vi ud med en fritekstsøgning, denne gang på "premature birth AND coping", som gav 164 hits. Vi benyttede herefter databasens emneord, kaldet MeSH. Herunder fandt vi ordene "premature birth" og i stedet for coping, kom vi frem til "adaptation, psychological". Via denne søgning fandt vi frem til artiklen *Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery* (Libera, Darmochwal-Kolarz & Oleszcuk 2007), som vi fandt relevant ift. vores valg af teori. Dog fandt vi ikke metoden særlig godt uddybet og vurderede, at dette kunne have betydelig indflydelse på validiteten, hvorfor vi fravalgte artiklen.

Vi foretog herefter en ligendende søgning i samme database på emneordene "premature infant" og "adaptation, psychological", hvilket gav en meget bred søgning, hvorfor vi tilføjede emneordet "counseling". Dette ledte os frem til artiklen *Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of trauma-preventive psychological intervention* (se Bilag 3).

På baggrund af ovennævnte fandt vi artiklerne *Parental Liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant* og *Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of trauma-preventive psychological intervention*. Uddybende begrundelse for valg af disse følger i nedenstående afsnit.

2.2 Projektets disponering samt begrundelse for valg af teori og empiri

Anne

Vores problemformulering lægger op til et ønske om at forstå de kvinder, der har født meget prætermt, hvorfor vi tager videnskabsteoretisk afsæt i hermeneutikken og fænomenologien. Dette afsæt præsenterer vi med udgangspunkt i *Videnskabsteori - en grundbog* af Jacob Birkler (Birkler 2007) og *Videnskabsfilosofi af videnskabsteori for sundhedsfagene* (Thornquist 2006). Det videnskabsteoretiske afsæt har betydning for valideringen af vores empiri. Vores empiri består af henholdsvis et kvalitativt og et kvantitativt studie og præsenterer dermed to forskellige videnskabsteoretiske retninger. Vi vil argumentere for, at vores projekt har sit fundament i det hermeneutisk-fænomenologiske. Dette argument vil vi folde ud i præsentationen af videnskabsteoretiske overvejelser.

Jordemoderens rolle i forbindelse med barselsperioden præsenteres herefter ud fra Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2009). Kilden bidrager til analysens første og anden del, samt til diskussionen. Vi anser disse anbefalinger som en central kilde, da de bidrager til udfærdigelse af retningslinjer og procedurer i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel (Sundhedsstyrelsen 2009:9-10).

Videre præsenteres vores udvalgte teori. Vi har valgt at præsentere dele af Margareta Brodén's bog *Graviditetens muligheder – en tid hvor relationer skabes og udvikles* (Brodén 2010), da Brodén i vores optik bidrager til at øge vores forståelse, for de kvinder, der føder meget prætermt.

Herefter præsenteres Aaron Antonovsky (2000), som inddrages, da hans teori *oplevelsen af sammenhæng* retter fokus mod det sundhedsfremmende arbejde. Vi ser hans teori som anvendelig til besvarelsen af vores problemformulering.

Dernæst præsenteres og metodeanalyseres vores empiri. Vi har valgt to studier, der kan bidrage til hver sin del af problemformuleringen:

En kvalitativ artikel - *Parental liminality: a way of understanding the early experience of parents who have a very premature infant* (Watson 2010), der bidrager til en forståelse af kvindernes oplevelse, og dermed er relevant for besvarelsen af første del af vores problemformulering. Artiklen analyseres på baggrund af *Kvalitative metoder i medicinsk forskning* (Malterud 2008) samt *Vurdering af kvalitative artikler* (Lindahl & Juhl 2002).

En kvantitativ artikel - *Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of Trauma-Preventive Psychological Intervention* (Jotzo & Poets 2005), som undersøger effekten af et traume-forebyggende, psykologisk interventionsprogram udviklet til forældre til meget præmature børn, hvorfor vi anvender denne artikel som en del af besvarelse af anden del af problemformuleringen. Artiklen analyseres ud fra *Epidemiologi og evidens* (Juul 2012).

I analysen tager vi udgangspunkt i resultaterne fra vores empiri. Resultaterne fra det kvalitative studie analyseres teoretisk gennem *Graviditetens muligheder – en tid hvor relationer skabes og udvikles* (Brodén 2010) og gennem Antonovskys teori *oplevelsen af sammenhæng* (2000). Anden del af analysen tager udgangspunkt i det kvantitative studie og analyseres også gennem Antonovskys teori. Vi supplerer begge analyser med Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2009),

med det formål dels at analysere, hvilket behov mødrene til de meget præmature børn har og hvad de bør tilbydes, dels for at tage udgangspunkt i klinisk praksis.

I diskussionsafsnittet diskuterer vi de temaer, der bringes frem i analysen og dens resultater op imod problemformuleringen. Vi vil i diskussionen vurdere analysens resultater og muligheden for anvendelse/implementering af disse i klinisk praksis. I diskussionen inddrages yderligere artiklen *Jordemoderen som maieutiker* (Birkler u.å.) og arbejdsrapporten *Professionsteori og tværprofessionelt samarbejde* (Hulgård 2008). Afslutningsvis laves en kritisk refleksion af vores projekt.

Desuden anvendes relevant lovstof gældende for jordemødres arbejdsområde løbende i projektet.

3.0 Videnskabsteoriske overvejelser

Henriette

Da vores projekt tager udgangspunkt i kvindernes oplevelser og hvordan jordemoderen kan arbejde ud fra disse, har det en humanistisk tilgang. Vi finder det derfor relevant at redegøre for hermeneutik og fænomenologi, hvilke danner grundlag for humanvidenskaben (Birkler 2007:47).

3.1 Hermeneutik

"Hermeneutik betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse [...]" (ibid:95). Et vigtigt begreb ift. læren om forståelse er "for-forståelsen", hvilket hentyder til en forståelse (fordom), som går forud for selve forståelsen. Det vil sige, at vi i mødet med en anden allerede har dannet os en mening/fordom og dermed en forforståelse, som vil præge vores tilgang til den anden eller fortolkningen af et givet fænomen (ibid:97). Denne forforståelse kan imidlertid i mødet med den anden blive be- eller afkræftet - en proces, der kan forklares gennem forståelsens cirkularitet eller *Den hermeneutiske cirkel* (ibid:98).

Den hermeneutiske cirkel er en betegnelse for, at man kun kan forstå det man skal forstå, på baggrund af det man allerede forstår. Grundtanken er, at man forstår delene ud fra helheden og helheden ud fra delene (ibid.). Cirklen er en beskrivelse

af en dynamisk erkendelsesproces, som bevæger sig mellem del og helhed i forsøget på at forstå dele og helhed bedst muligt. Når man forstår en del, påvirker det opfattelsen af helheden, som be- eller afkræftes. Den nye helhedsforståelse kan give en ny forståelse af enkeltdelene, som så igen påvirker helhedsforståelsen og dermed ens forståelseshorisont, som er det synsfelt, den enkelte fortolker og forstår alt igennem (Thornquist 2006:163; Birkler 2007:97-98). Når dette sker, er der tale om horisontsammensmeltning – en forståelse er delt og en forståelseshorisont er udvidet (Birkler 2007:101).

Første del af problemformuleringen, som lyder: *Hvilke oplevelser synes gennemgående for kvinder, der har født meget præterm?*, kræver, at vi får en forståelse for disse kvinders oplevelser, hvilket kan ske gennem en horisontsammensmeltning. Anden del af problemformuleringen, som lyder: *Hvordan kan jordemoderen anvende denne viden til, at støtte disse kvinder under medindlæggelsen, gennem en sundhedsfremmende indsats?*, lægger op til, at vi får en forståelse for, hvordan kvinden bedst støttes under medindlæggelsen med et meget præmaturnt barn samtidig med, at vi opnår en ny delforståelse og dermed en ny helhedsforståelse, som er med til at udvide vores forståelshorisont.

3.2 Fænomenologi

Fænomenologi, som er tæt knyttet til hermeneutikken, betyder læren om et fænomen (ibid:103). I fænomenologien rettes opmærksomheden mod verden, som den erfares af subjektet (den enkelte) og ikke af verden uafhængigt af subjektet. Desuden påpeges, at subjektet er en forudsætning for forståelse overhovedet (ibid:103). Hvis vi igen kigger på første del af vores problemformulering, kan vi således ikke nøjes med en hermeneutisk tilgang, men har også behov for en fænomenologisk tilgang.

I forbindelse med fænomenologi er livsverden et centralt begreb. Birkler beskriver menneskets livsverden, som den levede verden, som er udgangspunktet for enhver menneskelig aktivitet. Livsverdenen er den verden, man oplever i et førstepersonligt perspektiv (ibid:105). Målet med en fænomenologisk

tilgangsvinkel er at opnå viden om den menneskelige erfaring, som subjektet gør sig i livsverdenen (ibid:108). I vores forsøg på at forstå kvindernes oplevelser i forbindelse med at have født præterm, må vi også være opmærksomme på os selv som subjekter. Vi vil forstå deres oplevelser gennem vores egen livsverden. Målet er at give en beskrivelse af fænomenet selv – dvs. oplevelsesfænomenernes egenart. Det er altså afgørende, at fænomenet ikke påvirkes eller "forurenes" af den, der forsøger at forstå fænomenet (ibid:103, 109).

På trods af at vores problemformulering udelukkende lægger op til en humanvidenskabelig tilgang, har vi valgt at benytte en kvantitativ artikel i besvarelsen af denne. Men fordi vores problemformulering ikke lægger op til en naturvidenskabelig tilgang, vælger vi kun at redegøre for videnskabsteoretiske overvejelser herom i forbindelse med metodeanalysen af den kvantitative artikel.

4.0 Anbefalinger for svangreomsorgen

Anne

I dette afsnit præsenteres hvad Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* (2009) lægger op til, af relevans for vores problemformulering.

Formålet med svangreomsorgen er at bidrage til, at kvinden får et så godt og sammenhængende forløb som muligt gennem graviditet, fødsel og barsel. Der skal arbejdes ud fra et sundhedsfremmende, forbyggende og behandlende princip – differentieret og tilpasset den enkeltes behov (Sundhedsstyrelsen 2009:17).

Formålet er, at perioden skal opleves som en sammenhængende livsproces, hvor kvinden har mulighed for en personlig udvikling (ibid.). Særligt er det vigtigt, at sundhedsvæsenet kan opspore hos hvem, der kan blive et ekstra behov for ekstra støtte, fx ved mistanke om en kompliceret graviditet, fødsel eller barsel (ibid:17-18).

Sundhedsstyrelsen lægger op til tværfaglige forløb, således at kvinden får den optimale støtte i det omfang, det er aktuelt. Dette kan fx gøres ved at indgå i et samarbejde mellem jordemødre, psykologer og sundhedsplejersker (ibid:17).

4.1 Barselsperioden

I barselsperioden skal det forbyggende og sundhedsfremmende arbejde forsætte, med det fokus at styrke parrets forældrekompetencer, samt at sikre barnets og moderens fysiske og psykiske tilstand. Moderens psykiske restitution er et af barselsperiodens vigtigste elementer (ibid:171). Indsatsen skal være målrettet og tage udgangspunkt i den enkelte kvindes og families behov (ibid.).

For de, der bliver forældre til et præmaturnt barn, er det vigtigt, at der fra sundhedsvæsnets side ydes støtte til, at de kan få hjælp til at løse de psykiske og sociale problemer, det kan medføre (ibid:25).

En del af fødestedets rolle er, i barselsperioden, at få arrangeret en efterfødselssamtale. I tilfælde, hvor der er opstået fødselskomplikationer eller patologiske tilstande i barselsperioden, bør kvinden vejledes om de specifikke komplikationer og tilbydes mere tid og evt. flere samtaler, dette med henblik på at kvinden kan tage barnet til sig (ibid:175, 178-179).

5.0 Teori

I det følgende afsnit beskrives vores teori. Dette med henblik på at kunne anvende denne til at belyse problemformuleringen og analysere vores empiri.

5.1 Margareta Brodén

Anne

Margareta Brodén er psykoterapeut og børnepsykolog. Brodén arbejder særligt for at udvikle forebyggende arbejdsmodeller indenfor sit felt (Brodén 2010). I bogen *Graviditetens muligheder - en tid hvor relationer skabes og udvikles*, beskriver Brodén graviditetens betydning ift. tilknytningen, samt de udfordringer der kan være i denne udviklingsproces, som graviditeten er (ibid:9-10).

Brodén beskriver flere forskellige teorier omkring graviditetens psykologiske udvikling, samt hvordan forestillingerne om barnet udvikles løbende. Først præsenteres Raphael-Leffs udviklingsteori, herefter forestillingerne om barnet, og til sidst konsekvenserne af at udviklingen af disse forestillinger hindres.

5.1.1 Raphael-Leffs udviklingsteori

Brodén præsenterer Raphael-Leff udviklingsteori, som et brugbart og konstruktivt instrument, når den normale graviditet skal forstås og forhindringer skal identificeres. Udviklingsteorien er inddelt i tre faser svarende til graviditetens tre trimestre; fusion, differentiering og separation (ibid:52-53). Her præsenteres anden og tredje fase, da disse er relevante for vores projekt.

Differentiering

I andet trimester begynder differentieringen, der er en proces, hvor kvinden skiller sig ud fra barnet (ibid:55-56). Dette sker i takt med, at kvinden begynder at mærke fosterbevægelser. Graviditeten opleves som to individer i en krop. Kvinden begynder i denne fase at lave "bygge rede aktiviteter" og gør sig klar til moderskabet. Kvinden står mellem to roller; hun er endnu ikke helt mor, men heller ikke bare sig selv (ibid:56).

Separation

I første trimester oplevede kvinden ambivalens, som vender tilbage i sidste trimester, hvor kvinden både kan være angst for, hvordan hun vil klare fødslen og være bekymret for, om barnet bliver født med misdannelser eller handicap. Men samtidigt glæder hun sig til fødslen og til at få sin egen krop tilbage (ibid:58-59). Fra fantasier omkring barnet, vendes tanker nu til det barn, hun skal føde (ibid:58).

5.1.2 Forestillinger om barnet

"Moderens forestilling om barnet er yderst kompleks og består af ubevidste tanker og følelser [...]" (Brodén 2010:84).

I andet trimester bliver forestillingerne om barnet konkrete. På dette tidspunkt bliver forældrene sensitive overfor deres ufødte barn og bliver opmærksomme på barnets bevægelser, søvnmønstre og rytme. Ofte begynder forældrene at tale til barnet og tale omkring deres forestillinger. Der fantaseres omkring dets udsendende, køn og fremtid (ibid:86).

Når kvinden når syvende graviditetsmåned er fantasierne meget intense (ibid:87). Herefter bliver forestillingerne igen vage og ukonkrete - dette sker formentlig ubevidst for, at der ikke skal opstå en alt for stor uoverensstemmelse mellem det indre billede af barnet og det barn, der bliver født (ibid.).

5.1.3 Når graviditetens psykologiske udvikling hindres

De forestillinger, kvinderne har gjort sig omkring det ufødte barn, har betydning for tilknytningen til barnet. Føder kvinden fx i syvende måned hvor billedet af barnet er meget konkret og intenst, vil der være stor afstand mellem det fantaserede billede af barnet og det barn, der bliver født (ibid.). Desuden har kvinden på dette tidspunkt endnu ikke nået separations fasen, hvilket kan betyde, at kvinden oplever det som et tab af sit fantasibarn. Dette kan påvirke tilknytningen, da det kan være svært for kvinden at tage barnet til sig (ibid.). Tabet *"[...] kan sammen med det traume og den ængstelse, en præmatur fødsel indebærer, medføre en depression"* (Brodén 2010:87). For at skabe plads til barnet og fremme tilknytningen er det vigtigt, at kvinden mødes med forståelse for den skuffelse, hun føler over at have født prætermt, og modtager den hjælp, hun behøver for at skabe mental plads til det barn, hun har født. Dette gøres bl.a. ved at sørge over det fantaserede barn (ibid.).

5.2 Antonovskys teori: oplevelsen af sammenhæng

Henriette

Aaron Antonovsky (1923-1994), som er professor i medicinsk sociologi, har bidraget til at flytte fokus fra sygdom til sundhed – den salutogenetiske orientering. Denne går ud på, at man, i stedet for at se på hvad der gør mennesker syge, ser på, hvad der gør, at mennesker (for)bliver sunde. Antonovsky beskriver, at den salutogenetiske orientering er en forudsætning for mestring. Grundlæggende for denne orientering er, at sygdomme, kriser og konflikter, også kaldet stressfaktorer, er normale og almindelige i livet (Antonovsky 2000:11-13, 31). Stressfaktorer defineres som *"Krav, der ikke er nogen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på."* (ibid:46). At være udsat for stressfaktorer kan

under rette vilkår virke udviklende og på længere sigt øge menneskets modstandskraft (ibid:46-47).

5.2.1 Oplevelsen af sammenhæng

Personer der har en stærk oplevelse ift. begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed, definerer Antonovsky, som personer med en stærk oplevelse af sammenhæng (OAS). Disse er derfor hovedelementerne i OAS og beskrives i det følgende (ibid:34).

Begribelighed handler om, hvordan man oplever indre og ydre stimuli som fornuftsmæssigt begribelige. En person med en stærk oplevelse af begribelighed forventer, at de stimuli, som vedkommende i fremtiden vil møde, er forudsigelige og hvis de ikke er, at de så i det mindste kan passes ind i en sammenhæng og forklares (ibid: 34-35).

Håndterbarhed handler om, i hvilken udstrækning man opfatter de ressourcer, man har til rådighed (selv har kontrol over) i mødet med forskellige stimuli, som tilstrækkelige. Ved en stærk oplevelse af håndterbarhed føler man ikke, at man er offer for omstændighederne, eller at livet har behandlet én uretfærdigt (ibid:36).

Meningsfuldhed handler om, hvorledes man føler, at livet er følelsesmæssigt forståeligt og at visse problemer og krav er værd at investere energi og engagement i – at de ses som udfordringer, man glæder sig over og ikke som byrder, man helst var foruden (ibid:36-37). Meningsfuldhed er motivationselementet og opnås ved delagtighed/deltagelse. Ved en stærk oplevelse af meningsfuldhed tager den enkelte "[...] villigt udfordringen på sig, er besluttet på at finde en mening med den og gør sit bedste for værdigt at klare sig igennem den." (ibid:37).

For at opsummere gør det sig gældende, at forudsigelighed er grundlæggende for begribelighed, at tilgængelige/kontrollérbare ressourcer er grundlæggende for håndterbarhed og at delagtighed/deltagelse er grundlæggende for meningsfuldhed.

Antonovsky beskriver, at noget tyder på, at de tre hovedelementer ikke alle er lige vigtige. Motivationselementet, som meningsfuldhed bidrager med, er centralt. Uden denne faktor vil man ikke kunne ligge stabilt, højt ift. begribelighed og håndterbarhed. Begribelighed er næst vigtigst, da håndterbarhed afhænger af forståelse. Dog er håndterbarhed vigtig, da de tilgængelige ressourcer er afgørende for meningsfuldheden og forsøget på at mestre en situation. Mestring afhænger altså af OAS som helhed (ibid:40).

5.2.2 Mestring

Antonovsky taler om fire livssektorer: ens egne følelser, relationerne til ens nærmeste, ens primære rolleaktivitet og ens forhold til eksistentielle fænomener, som alle må forekomme begribelige, håndtérbare og meningsfulde, for at man kan have en stærk OAS (ibid:41). Mennesker med en stærk OAS er bedre til at håndtere stressfaktorer – de er bedre til at mestre de situationer, de vælger at stå i eller som de ufrivilligt havner i (ibid:153).

En OAS-stærk person vil ikke reagere med stærke, negative følelser på stressfaktorer, men vil have lettere, end en OAS-svag person, ved at udtrykke disse følelser i stedet for at undertrykke dem og det er dermed mindre sandsynligt, at stressfaktoren udvikles til stress (ibid:166). Den OAS-stærke person kan ved vellykket håndtering af stressfaktoren forbedre sin helbreds-/sundhedsstatus (ibid:167).

6.0 Præsentation og metodeanalyse af empiri

6.1 Parental Liminality: a way of understanding the early experiences of parent who have a very preterm infant

Anne

Dette studie er en kvalitativ undersøgelse af forældrenes oplevelse af at få et meget præmaturnt barn (Watson 2010:1462). Artiklen tager udsping i Gill Watsons doktorafhandling, hvor Watson er blevet superviseret af to professorer Julie Taylor og Norma Baldwin (ibid:1470). Artiklen blev i 2010 publiceret i Journal of Clinical

Nursing (ibid:1464). Watson underviser på skolen for sygeplejersker og jordemødre i Dundee, Skotland. Watson er desuden BSc, MSc, PhD, RN, Diplom i HV, PG Cert in Higher Education (ibid:1462). Studiet er godkendt af den lokale etik-medicinske komite (ibid:1466). Der er ingen interesseorganisation bag dette studie (ibid:1470).

6.1.1 Baggrund og formål

Studiet henviser til, at forældre til meget præmature børn ofte oplever en udfordrende overgang til forældreskabet. Dette skyldes bl.a. de komplikationer, det medfører for barnet at blive født meget prætermt og uvisheden omkring barnets fremtid (ibid:1462). Det forklares, at dette kan skyldes, at man i vestlige samfund har en forventning om, at man som forældre selvstændigt kan tage sig af barnet og er forpligtet hertil - dette kan forældrene til meget præmature børn ikke efterleve, da barnets situation medfører et øget behov (ibid.). Studiet opstiller en præsentation af de fysiske konsekvenser, det kan medføre at få et meget præmaturnt barn (ibid:1463). Studiets formål er at forstå den tidlige oplevelse hos forældre til meget præmature børn, og udforske deres oplevelse af den tidlige periode efter fødslen af et meget præmaturnt barn (ibid.). Den tidlige periode dækker over de første fire uger post partum (ibid:1464). Studiets baggrund og formål er klart beskrevet, hvilket giver læseren indsigt i problemstillingens omfang, hvilket styrker studiets relevans (Malterud 2008:23).

6.1.2 Studiedesign og dataindsamling

Studiet bygger på et kvalitativt design, som er velegnet til undersøgelser, hvor forskeren ønsker at opnå en viden omkring oplevelser, tanker og erfaring (Malterud 2008:32). Der er anvendt *interpretive interactionism*, som er en relativ ny metode til analysering af kvalitative studier med udgangspunkt i kritisk teori. Denne metode er anvendelig, da den kan bruges til at forstå alle slags erfaringer og oplevelser uanset køn, alder, religiøse og etniske overbevisninger (Watson 2010:1463). I studiet redegøres for, at denne metode er anvendt i andre studier med ønsket om at udforske patienters oplevelse, hvorfor det konkluderes, at dette er en acceptabel *teoretisk referenceramme* for dette studie (ibid:1463-1464).

I studiet redegøres ikke for det videnskabsteoretiske udgangspunkt. Dog lægger studiedesignet op til en hermeneutisk-fænomenologisk tilgang, da der benyttes *interpretive interactionism*. Dette harmonerer med, at studiet er kvalitativt.

Udvælgelsen af informanter er foregået gennem en strategisk målrettet udvælgelsesproces, *purposive sampling* (ibid:1464). Denne udvælgelsesproces er relevant, hvis formålet er at undersøge en bestemt gruppes oplevelse af noget konkret (Malterud 2008:58-60). I et kvalitativt studie forsøger forskeren at opnå kvalitativt repræsentativitet, hvorfor forskeren nøje overvejer udvælgelsen af informanter (Lindahl & Juhl 2002:18). Vi vurderer, at der er god sammenhæng mellem forskningsspørgsmålet og udvælgelsesprocessen.

Studiet inkluderer tre grupper af informanter; 20 forældre til meget præmature børn, fem senior-neonatalsygeplejersker og syv neonatal-intensivsygeplejersker, udvalgt på to hospitaler i Storbritannien (Watson 2010:1464). Idet der præsenteres tre grupper af informanter, er der mulighed for kildetriangulering, dette giver forskeren mulighed for at belyse forskellige nuancer og aspekter, hvilket øger validiteten (Lindahl & Juhl 2002:18-19). Informanterne præsenteres i tre tabeller (Watson 2010:1465), hvilket giver et overskueligt billede med mulighed for at indhente relevante informationer (Lindahl & Juhl 2002:18). Til trods for at hver informant figurerer med et nummer, henviser studiet ikke til dette nummer efter et citat, hvilket er begrænsende, idet man som læser ikke har mulighed for at vurdere citatet ud fra deltagernes baggrund og situation (ibid:19).

Inklusionskriterierne er tydeligt beskrevet. For forældrene til meget præmature børn var kriterierne følgende: gestationsalder under 30 uger, fødselsvægt under 1500g, indlagt på Neonatal Intensive Care Unit (NICU) og kvalificeret til intensivpleje ifølge BAPM, British Association and Perinatal Medicine. Ligeledes er der i studiet også redegjort for inklusionskriterierne for de to grupper af sygeplejersker (Watson 2010:1464). Der beskrives ingen eksklusionskriterier, hvilket kan svække den kvalitative repræsentativitet, idet forskeren skal forsøge at belyse forskellige aspekter, gennem informanternes karakteristika (Lindahl og Juhl 2002:18).

Der blev udvalgt 24 forældre som informanter - fire fravalgte deltagelse pga. stress. 17 informanter opfyldte alle inklusionskriterierne, tre ekstra blev godkendt, selvom de blev interviewet efter fire uger. Disse blev inkluderet, da det ansås for relevant også at se på oplevelsen efter de første fire uger post partum (Watson 2010:1464). Det er legalt, at forskeren undervejs i undersøgelsen fastlægger gruppen af informanter (Lindahl & Juhl 2002:18).

Indsamling af data bestod af semi-strukturerede interviews. Alle interviews blev optaget og transskriberet (Watson 2010: 1464). Det er vigtigt, at der redegøres for transskriptionsproceduren, idet den har betydning for pålideligheden (Malterud 2008:78). Dette beskrives ikke i studiet, hvilket vi vurderer mindsker validiteten. Da der i studiet findes gennemgående temaer, vurderer vi, at datamætningen er tilstrækkelig og dermed, at antallet af deltagere er tilstrækkelig.

Studiet beskriver tydeligt, hvilket materiale forældrene blev tildelt, og hvilken information de modtog, inden de blev interviewet. Der redegøres samtidigt for omgivelserne ved interviewet (Watson 2010:1464). Det kan fx have betydning, hvor interviewet foretages. I dette studie blev forælderen interviewet i et stille rum, væk fra den intensive neonatalafdeling (ibid.). Dette højner reliabiliteten (Lindahl & Juhl 2002:18-19). Der præsenteres ikke nogen interviewguide, temaer eller beskrivelse af forløbet med interviewene, hvilket svækker gennemsigtigheden og dermed reliabiliteten (ibid:19).

6.1.3 Databearbejdning og analysestrategi

Der redegøres for, at alle interviews er undersøgt systematisk, at indsamlet data er kodet og kategoriseret (Watson 2010:1464). Data fra forældrene til de meget præmature børn og sygeplejerskerne fra neonatalafdelingerne blev bearbejdet gennem krystallisering, hvorved alle oplysninger bringes sammen, og dermed bidrager til den bedste forståelse af forældrenes oplevelse (ibid:1465) Der redegøres fyldestgørende for analysestrategien, hvilket øger validiteten, ligesom det også højner validiteten, at der kildetriangleres (Lindahl & Juhl 2002:18-19).

6.1.4 Resultater og konklusion

Studiet kommer frem til tre gennemgående temaer, der beskriver forældrenes oplevelser i forbindelse med det at få et meget præmaturnt barn; *crisis, uncertainty* og *powerlessness* (Watson 2010:1466). I det følgende beskrives de tre temaer.

Crisis (kriser) betegner en hver form for begivenhed som opfattes som en trussel eller en følelse af at være i fare (ibid.). For forældrenes vedkommende var dette relateret til deres barns overlevelse, udvikling og sikkerhed (ibid.). Forældrene beskrev kriserne med følelserne frygt og angst. Kriserne resulterede i en følelse af stress (ibid.). Fundet understøttes i studiet af Lazarus¹, som også identificerer frygt og angst som et resultat af ens egen eller en nært beslægtedes sikkerhed, der er truet (ibid.).

De utallige skift mellem krise og bedring resulterede i *uncertainty* (uvished) og følelse af kontroltab. Termen bruges til at beskrive enhver form for manglende evne til at forudse eller garantere hvornår, der ville opstå en *event*. Et eksempel på dette kan være uvisheden om, hvorvidt barnet vil overleve (ibid:1467). Dette understøttes af tidligere studier (ibid.). Watson peger på, at uvished kan medføre en følelse af utilpashed, stress og påvirke ens tiltro til sig selv.

Powerlessness (magtesløshed) betegner forældrenes psykiske status. Termen dækker over tab af handlekraft, tab af kontrol og uvished (ibid.). Nogle af senior neonatalsygeplejerskerne identificerede en del af deres pleje, som medvirkende til denne følelse, idet deres viden og ekspertise gjorde, at de ekskluderede forældrene delvist fra at tage aktivt del i deres barns pleje (ibid.). Forældrenes oplevelse af dette beskrives i studiet med følgende citat: "*it's just, every day we'll say to each other, 'I wonder if we'll get to hold them today' and that's how sometimes you feel you're not a mum [...]*" (Watson 2010:1467).

Resultaterne er opstillet overskueligt, der er udvalgt relevante citater, samtidig med der inddrages viden fra andre studier og teoretikere. Citaterne giver en god

¹ Richard Lazarus (1922-2002) var en amerikansk professor i psykologi (Lazarus 2006).

indsigt i forældrenes oplevelse og svarer dermed på forskningsspørgsmålet. Præsentation af resultaterne lever op til de krav, der kan stilles, fraset at der ikke er nogen form for identifikation på citaterne.

Studiet peger på en sammenhæng mellem kvindernes oplevelse af krise, uvished og magtesløshed og *liminality* (liminalitet) (Watson 2010:1468). Sammenhængen kendes fra andre sundhedsmæssige tilstande og kan være et dækkende begreb for den overordnede oplevelse hos forældrene til meget præmature børn. Liminalitet beskrives således: "[...] [*Liminal people*] possess nothing, have no status, property [...] indicating rank or role [...] their behaviour is normally passive or humble; they must obey their instructors orders implicitly [...]" (Watson 2010:1468). *Parental liminality* (forældre liminalitet) dækker over den overordnede oplevelse blandt forældrene til meget præmature børn (Watson 2010:1469).

Studiet antager, at der er to strukturer af liminalitet - den akutte og den vedvarende (ibid.). Den akutte liminalitet opstår fx i forbindelse med barnets fødsel, mens den vedvarende liminalitet begynder i takt med troen på barnets overlevelse. Den er vedvarende, idet der forsat er bekymringer for barnets fremtid (ibid.). Den vedvarende liminalitet er udenfor dette studies perspektiv, men studiet påpeger dette som en aktuel mulighed for videre forskning, da forældre til meget præmature børn måske altid vil leve med følelsen af liminalitet, da der vil være vedvarende uvished omkring barnets udvikling og fremtid (ibid.).

Det fremhæves i studiet, at resultaterne ikke kan generaliseres til andre intensiv neonatalafdelinger (ibid.). Det styrker studiets validitet, at forskeren forholder sig kritisk til eget arbejde, resultater og nye sammenhænge (Lindahl & Juhl 2002:20). Resultaterne kan i et vist omfang overføres til andre sammenhænge, hvilket er studiets styrke. Forståelsen af forældre liminaliteten giver mulighed for at tilpasse, vurdere og støtte forældrene bedst muligt (ibid:1469-1470). Dermed kan resultaterne få betydning i klinisk praksis (ibid:1469).

6.1.5 Refleksivitet og forforståelse

Refleksivitet kræver, at forskeren erkender betydningen af egen indflydelse på forskningsprocessen og har forholdt sig til sin forforståelse (Malterud 2008:47). I dette studie har forskeren ikke præsenteret sin forforståelse og vi kan derfor ikke vide, hvordan det påvirker resultatet. Vi ved dog, at forskerens forforståelse uundgåeligt bringes ind i et kvalitativt design (ibid:26, 47). Forskerens forforståelse er ofte, den der gør, at han/hun overhovedet finder en problemstilling interessant til nærmere udforskning, hvilket kan påvirke de valg, der tages i forskningsprocessen (ibid:43). Vi er bekendte med, at denne mangel kan skyldes begrænsninger til artiklens længde (Lindahl & Juhl 2002:21).

6.1.6 Intern validitet

Intern validering skal klarlægge studiets muligheder og begrænsninger (Malterud 2008:178). Vi har løbende gennem ovenstående redegjort for studiets validitet, vi vil nu sammenfatte den interne validitet.

Den teoretiske baggrund for studiet præsenteres fyldestgørende, ligesom vi vurderer studiets design er passende til forskningsspørgsmålet, hvilket styrker den interne validitet (Malterud 2008:23, 32). Dataindsamlingen er acceptabel og relevant ift. formålet med studiet - dette øger igen validiteten (Malterud 2008:58-60; Lindahl & Juhl 2002:18). De tre grupper af informanter bidrager til kildetriangulering, hvilket øger validiteten (Lindahl & Juhl 2002:18-19). Databearbejdningen er ikke tydelig præsenteret, bl.a. vurderer vi, at det er manglefuldt, at der ikke er redegjort for transskriptionen, hvilket påvirker den interne validitet (ibid). Dog højner det validiteten, at studiet er systematisk gennemarbejdet og at der kildetrianguleres (ibid). Resultaterne præsenteres overskueligt, hvilket bedrer gennemsigtigheden. Det forventes i et kvalitativt studie, at citaterne kan identificeres (ibid:20), dette er ikke muligt i dette studie, hvilket vi vurderer svækker validiteten, da man som læser ikke har mulighed for at gå tilbage og se citatet ift. baggrund og situation. Der redegøres for studiets overførbarhed og forskeren stiller sig kritisk overfor studiet, dets resultater og begrænsninger (ibid.), hvilket øger den interne validitet. Det er væsentligt, at

forskerens forforståelse ikke præsenteres, da det påvirker læserens mulighed for at vurdere refleksiviteten (Malterud 2008:26). Vi forholder os til, at det kan skyldes problemer ift. pladsmangel (Lindahl & Juhl 2002:21). Vi vurderer, at den interne validitet er acceptabel.

6.1.7 Ekstern validitet

Den eksterne validitet beskriver studiets mulighed for at overføre resultatet til andre sammenhænge (Malterud 2008:25, 64). Gennem præsentationen af studiets resultater præsenteres forældre liminalitet, som må anses som et afgørende fund, der i studiet vurderes at kunne danne en ramme, hvori det er muligt at vurdere forældrenes behov, og støtte dem bedst muligt (Watson 2010:1469). Dette er et fund, der potentielt kan overføres til fx forældre med kronisk syge børn. Liminalitet er et kendt begreb i andre sammenhænge, hvorfor dette studie kan sammenlignes med andre studier og åbne mulighed for flere sammenfald, der kan vise sig anvendelige. Studiet kan ikke generaliseres, men resultaterne sætter fokus på en problemstilling, der kræver yderlig udforskning (ibid:1469-1470).

Informanterne er veldefinerede og fremgår af en tabel. Der er ikke redegjort for paritet, hvilket vi skønner både kan have en negativ og en positiv virkning på resultatet. Fx forestiller vi os, at en fleregangsfødende, der har erfaring med forælderrollen er bedre stillet ved en præterm fødsel end en førstegangsfødende, men at hun måske oplever problemer ift. afsavn og forandret forælderrolle ift. ældre børn, mens hun er medindlagt. Modsat forestiller vi os, at en førstegangsfødende ikke har erfaring med forælderrollen, til gengæld har hun ingen ældre børn hjemme at skulle bekymre sig om. Desuden tager vi i projektet kun udgangspunkt i mødrene, hvor studiet tager udgangspunkt i begge forældre, og studiet kan dermed ikke almengøres til gruppen af mødre til meget præmature børn, da det ikke vides hvorvidt fædrene måske har haft en værre oplevelse end mødrene eller omvendt.

Alt i alt skønner vi den eksterne validitet acceptabel og vurderer resultaterne valide. Vi kan derfor i et vist omfang anvende studiet til at belyse kvindernes oplevelse af at have fået et meget præmaturo barn.

6.2 Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention

Henriette

Artiklen *Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of trauma-preventive psychological intervention* er forfattet af Martina Jotzo og Christian F. Poets, som begge er tilknyttet *the Department of Neonatology, University Children's Hospital* i Tyskland (Jotzo & Poets 2005). Studiet blev i 2005 publiceret i tidsskriftet *PEDIATRICS*.

6.2.1 Baggrund og formål

Forskerne beskriver, at en præterm fødsel kan have en traumatiserende effekt på forældrene og at en stor del af mødre har vist symptomer på traume længe efter udskrivelsen fra hospitalet. Følelsesmæssige forhold er afgørende ift. forældrenes selvtillid, hvilket har signifikant indflydelse på forældre-barn-tilknytningen.

Forskerne har desuden fundet data, som peger på, at det vil være fordelagtigt at udarbejde et tidligt forebyggelses program baseret på principper om forebyggelse af traume (ibid:915).

Studiet har til formål at konstatere, om et traume-forebyggende, psykologisk interventionsprogram for forældre til præmature børn, i løbet af en hospitalsindlæggelse, kan reducere sværhedsgraden af symptomer på den traumatiske virkning af præterm fødsel. Interventionsprogrammet er omfangsrigt, men indebærer bl.a. at informere om stress- og traumereaktioner, at yde support ved følelsesudbrud, at undersøge muligheder for problemløsninger (fx praktisk støtte i hjemmet), at arrangere opfølgende samtaler, at rekonstruere selve oplevelsen, at undersøge/klarlægge forældrenes opfattelse af barnets tilstand for at opspore og evt. behandle *avoidance*-strategier, at behandle forældrenes

reaktioner ift. afdelingens miljø og personale, samt at opmuntre dem til at ytre sig om eventuel kritik (ibid:916).

Forskerne har dertil den hypotese, at interventionsprogrammet kan reducere udstrækningen af symptomer på traume hos disse forældre. Dette fremgår tydeligt i studiet (ibid:915).

6.2.2 Studiedesign og dataindsamling

Studiet er et kontrolleret ikke-randomiseret studie, som bygger på et sekventielt kontrolgruppe design (ibid.), og ligger hermed næsthøjest i evidenshierakiet (Juul 2012:189). Et sekventielt kontrolgruppe design henviser umiddelbart til fremgangsmåden i studiet, hvor evalueringen starter med kontrolgruppen. Først efter afsluttet dataindsamling for denne, installeres interventionsgruppen (Jotzo & Poets 2005:915). Studiet er således opbygget i sekvenser. Herved forsøger man at besvare, hvordan det går personerne i kontrolgruppen (uden intervention) og personerne i interventionsgruppen (med intervention).

Forskerne redegør ikke for deres videnskabsteoretiske udgangspunkt. Dog lægger studiedesignet op til en positivistisk tilgang, hvor udgangspunktet er, at alt i naturen har en årsag og målet er at finde den lovmæssighed, der forbinder årsag og virkning (Birkler 2007, 55-56). Dette harmonerer med, at studiet er kvantitativt.

Forskerne beskriver, at studiet af etiske årsager ikke blev randomiseret med den begrundelse, at det virkede uretfærdigt kun at tilbyde interventionen til nogen (Jotzo & Poets 2005:915). Vi har svært ved at følge denne begrundelse, da det oprindelige basistilbud, i form af vejledning fra sygehusets præst, stadig var tilgængeligt for kontrolgruppen.

Studiet blev godkendt af den institutionelle etiske komité og forældrene gav skriftligt, informeret samtykke (ibid:915).

Efter rekruttering af grupperne blev interventionsprogrammet samt yderligere psykologisk støtte udført af afdelingens psykolog. Denne opsøgte forældrene inden

for fem dage post partum (ibid:916). I artiklen beskrives meget nøje hvornår og hvorledes interventionsprogrammet udføres (ibid.), hvilket styrker studiets validitet. Da programmet er meget udspecificeret, vælger vi ikke at redegøre fyldestgørende for det.

6.2.3 Inklusions- og eksklusionskriterier

Det fremgår tydeligt i studiet, hvorledes studiepopulationen udvælges. Inklusionskriterierne var fødsel af præmaturo barn (<37 uger), ingen medfødte misdannelser, nyfødte født på og/eller tilknyttet NICU på Tuebingen University Hospital i Tyskland de første to dage af barnets levetid, hospitalsindlæggelse i længere end 14 dage, tysktalende mødre, samt samtykke fra forældrene (ibid:915-916).

Eksklusionskriterierne for studiepopulationen var fødsel af firlinger eller flere, psykiske lidelser hos forældrene, maternal stofmisbrug eller lignende samt spædbarnsdød i løbet af indlæggelsen (ibid:916).

Både kontrol- og interventionsgruppe rekrutteredes over en periode på syv måneder. Begge blev udvalgt i henhold til inklusions- og eksklusionskriterier (ibid.). I kontrolgruppen blev 100 mødre screenet ift. deltagelse, hvoraf 54 opfyldte inklusionskriterierne. Syv ønskede ikke at deltage og 16 blev overflyttet til et andet hospital. Af de 31 tilbageværende returnerede 25 et færdiggjort spørgeskema (ibid.) I interventionsgruppen blev 117 mødre screenet ift. deltagelse, hvoraf 48 opfyldte inklusionskriterierne. Syv ønskede ikke at deltage og 11 blev overflyttet til et andet hospital. Af de 27 tilbageværende returnerede 25 et færdiggjort spørgeskema (ibid.). Der blev således 25 i hver gruppe.

Fædre kunne deltage i interventionen, hvis de ønskede, men typisk blev kun mødre optaget sammen med deres nyfødte og derfor blev fædre ikke inkluderet i studiets data (ibid.).

Vi finder studiets inklusions- og eksklusionskriterier relevante ift. studiets formål. Dog kunne det være interessant at vide, hvorledes forskerne har udvalgt

henholdsvis kontrol- og interventionsgruppe. Der er imidlertid redegjort for karakteristika af de to grupper og dermed forskelle imellem de to, hvilket styrker studiets validitet. Der opfølges på dette i forbindelse med redegørelsen af studiets resultater.

6.2.4 Databearbejdning og analysestrategi

Den traumatiske påvirkning af præterm fødsel og de tilknyttede omstændigheder på udskrivelsestidspunktet blev undersøgt ved hjælp af *the Impact of Event Scale* (IES), som indeholder skalaerne *intrusion*, *avoidance* og *hyperarousal*, som kan påvise klinisk signifikant traume (se Bilag 4). Skalaens relevans og validitet er blevet demonstreret (ibid.). Også *the Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire* (PDEQ), som er pålidelig ift. at indhente information om oplevelser i forbindelse med traumatiske situationer, blev anvendt i studiet (ibid.). Desuden blev et spørgeskema udarbejdet til at indhente oplysninger om bl.a. graviditet og fødsel, samt komplikationer og indlæggelse. Ydermere blev oplysninger om personlige og familiære forhold indhentet samt journaloplysninger fra hospitalet (ibid.). Spørgeskemaerne blev analyseret af en blindet psykologstuderende (ibid.). Denne har således ikke mulighed for at snyde fx ift. interventionens fordel og blinding kan således være af betydning for reliabiliteten (Juul 2012:106-107).

Data blev analyseret ved hjælp af SPSS for Windows, version 10,2. Forskelle ift. karakteristika af de to grupper, samt PDEQ score blev testet ved hjælp af en χ^2 -test eller 2-sidet t test, som passende. Den 2-sidede t test blev også brugt til analysen af gruppeforskelle mht. interventionens effekt. $P < 0,05$ blev anset som statistisk signifikant (Jotzo & Poets 2005:916).

6.2.5 Resultater

Som en del af resultaterne redegøres der i studiet først for karakteristikkene og dermed forskellene mellem mødrene i henholdsvis kontrol- og interventionsgruppen samt deres nyfødte i henholdsvis kontrol- og interventionsgruppen (ibid:917). Der ses ingen forskelle mellem de to grupper ift.

Præmature mødre

Jordemoderens mulighed for at støtte kvinder, der har født meget præterm

mødrene og der ses således heller ingen forskel imellem de to grupper ift. PDEQ (ibid:916).

I interventionsgruppen var der signifikant flere drengebørn og de nyfødte havde signifikant længere C-PAP-behandling. Desuden redegøres for, at disse nyfødte også oftere blev diagnostiseret med sepsis og patent ductus arteriosus. Disse resultater vises imidlertid med en P-værdi på 0,05 og opfylder dermed ikke helt forskernes egen grænse, hvilken er sat til $P < 0,05$ (ibid.). Dette kan dog indikere, at forskerne er ekstra opmærksomme på, at grupperne på flere punkter er tæt på at være signifikant forskellige.

I følgende tabel ses niveauet af traume-symptomer i de to grupper.

Tabel 3. Traumatic impact of premature birth.	Control (n=25), Mean (SD)	Intervention (n=25), Mean (SD)	Mean Difference	95% Confidence Interval	P Value
Overall symptoms	37,5 (19,2)	25,2 (13,9)	12,28	2,74 – 21,82	0,013
Intrusion	15,6 (7,4)	11,6 (7,2)	4,04	-0,10 – 8,18	0,055
Avoidance	12,4 (8,4)	7,7 (5,3)	4,68	0,67 – 8,89	0,023
Hyperarousal	9,5 (5,7)	5,9 (4,7)	3,56	0,61 – 6,51	0,019

(Jotzo & Poets 2005:917)

I tabellen ses, at mødre i interventionsgruppen viste signifikant lavere traumatisk påvirkning af præterm fødsel, som angivet ved færre symptomer på traume generelt (Jotzo & Poets 2005:917). Dette på baggrund af $P=0,013$. Effekten af interventionen fremgår også i form af færre symptomer på *intrusion*, *avoidance* og *hyperarousal* (ibid.). Dog er forskellen på *intrusion* mellem grupperne ikke signifikant, da $P=0,055$. Dette kan muligvis grunde i stikprøvens størrelse.

I kontrolgruppen viste 19 (svarende til 76%) mødre symptomer på klinisk signifikant traume, sammenlignet med 9 (svarende til 36%) i interventionsgruppen. Dette er statistisk signifikant med $P < 0,01$ (ibid.).

Resultaterne viste ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem effekten af intervention og sværhedsgraden af sygdom hos barnet eller gestationsalder (ibid:917). Ift. dette nævner forskerne, at tidligere studier har vist, at sværhedsgraden af sygdom hos barnet *er* sammenhængende med traumeniveauet hos forældrene, skønt de ikke kunne bekræfte dette. De overvejer, om dette kan skyldes utilstrækkelig stikprøvestørrelse (ibid:918).

6.2.6 Konklusion og diskussion

I studiet konkluderes det, at interventionsprogrammet, som kombinerer en tidlig kriseintervention, psykologisk støtte indtil barnets udskrivelse samt intens støtte på kritiske tidspunkter, reducerede symptomer på traume, relateret til præterm fødsel (ibid:915). Dette konkluderes på baggrund af, at forekomsten af klinisk signifikant traume svarede til ca. 1/3 af mødrene i interventionsgruppen sammenlignet med ca. 2/3 af mødrene i kontrolgruppen (ibid:918).

I diskussionsafsnittet redegør forskerne for, at de har været opmærksomme på at måle på de rigtige faktorer ift. at kunne besvare deres hypotese. De redegør for at have kendskab til andre studier, som har evalueret på traume ud fra en teoretisk referenceramme omhandlende stress. Som læser informeres man om, at de har brugt et passende "instrument" til at måle på interventionens effekt (ibid:918). Forskerne gør således deres overvejelser gennemsigtige for læseren, hvilket er tilfredsstillende.

6.2.7 Intern validitet

I det følgende vil vi vurdere studiets interne validitet ud fra informations- og selektionsbias, herunder compliance samt confounding. Dette gøres med henblik på at undersøge studieresultaternes gyldighed ift. den repræsenterede målpopulation - om resultaterne kan generaliseres (Juul 2012:106).

Informationsbias

Der er tale om informationsbias, hvis informationen i studiet er fejlagtig, fx forkert information fra deltagerne. Derved kan estimatet blive ukorrekt (ibid:106, 281).

Man kan aldrig vide sig sikker ift. "sandhedsværdien" af et udsagn. Det kan derfor være svært at koble en kvantitativ analyse med de kvalitative udsagn, hvor det, der bliver sagt, uanset sandhedsværdien, er et udtryk for noget. Dog ser vi ikke nogle umiddelbare tegn på, at der skulle være særlig risiko for informationsbias.

Desuden nævner forskerne heller ikke noget omkring risikoen for dette.

Selektionsbias

Selektionsbias kan opstå, hvis forskerne selv udvælger deres eksponeringsgruppe, da der således er risiko for, at de udvælger en population, der gavner undersøgelsen, samt ved frafald af deltagere. Dette vil skævvride resultaterne således, at der vil være sammenhæng mellem eksponeringen og udfaldet (Juul 2012:106, 286). Da der i artiklen ikke redegøres for, hvorledes de to grupper er udvalgt, ser vi derfor en mulighed for bias. Vi ved ikke, om forskerne fx har udvalgt personer, de fandt psykisk stærke – dette kunne måske give læseren et bedre indtryk end reelt af deres interventionsprogram. I studiet forekom også frafald (Jotzo & Poets 2005:916), hvilke der tydeligt er redegjort for. I hver gruppe ønskede syv mødre ikke at deltage (ibid.) og da dette er ens for begge grupper vurderer vi derfor, at det ikke har betydning for resultaterne. Dog er der seks mødre i kontrolgruppen, mod to i interventionsgruppen, som ikke returnerede et færdigt spørgeskema. Disse frafald begrundes ikke. Dog redegøres der, som tidligere nævnt, for karakteristika i hver af de to grupper, hvilket styrker validiteten. Nyfødte i interventionsgruppen viste højere niveauer ift. sværhedsgraden af sygdom. Forskerne er selv opmærksomme på dette (ibid:918) og beskriver, at dette kan have mindsket effekten af interventionen, hvis det gælder, at den traumatiske virkning af præterm fødsel stiger ift. sværhedsgraden af sygdom (ibid.).

Interventionsprogrammet er meget bredt, hvilket får os til at overveje muligheden for compliance. Vi sætter spørgsmålstegn ved, om alle i interventionsgruppen er

blevet tilbudt alle dele af interventionen i løbet af perioden. Dette kan have resulteret i en undervurdering af effekten af interventionsprogrammet (Juul 2012:278). Dog har den samme psykolog vartaget interventionsprogrammet gennem hele studiet og vi formoder derfor, at denne er præcis i sin udførelse af programmet.

Confounding

I studiet peger forskerne selv på, at der er en mulighed for årsagsforveksling, idet det ikke har været muligt for dem at undersøge hvorvidt effekten skyldtes den specifikke intervention eller blot tilstedeværelsen af og den emotionelle støtte fra psykologen (Jotzo & Poets 2005:918). Forskerne redegør for, at de ikke har undersøgt kontrolgruppens brug af sygehusets præst, hvilket de tilskriver at kunne have mindsket effekten af interventionen (ibid.) Dog oplyser de ikke, om interventionesgruppen har haft mulighed for at benytte denne, hvilket i så fald også kan have medført confounding.

Da forskerne selv har været opmærksomme på mange af ovennævnte bias, finder vi den interne validitet acceptabel.

6.2.8 Ekstern validitet

Ved vurdering af den eksterne validitet, vurderes muligheden for generalisering til andre populationer end den udvalgte gruppe af kvinder, der deltager i studiet (Juul 2012:134-135).

I studiet indeholder begge grupper 25 personer, hvilket vi finder akkurat acceptabel ift. at kunne vurdere statistisk ud fra. Vi mener, der kan opnås en acceptabel mætningsgrad. Det havde dog været ideelt med en større studiepopulation, da muligheden for at generalisere til målpopulationen ville være endnu større (ibid:19-20). Studiet er udført i Tyskland og vi antager, at den tyske og den danske befolkning er sammenlignelige ift. fx etnicitet, livsstil og arbejdsmæssige forhold.

Studiepopulationen består af kvinder, der har født før uge 37 (Jotzo & Poets 2005: 915), hvor vi i projektet kun har inkluderet kvinder, der har født før uge 32. Vi kunne forestille os, at dette betyder, at vi i vores projekt har inkluderet sværere tilfælde af præmaturitet og dermed ikke kan forvente, at samme intervention vil have samme effekt ift. vores inkluderede kvinder. Dog er vores gruppe af kvinder, der har født før uge 32 også inkluderet i dette studie, så vi ser en mulighed for at benytte resultaterne i et vist omfang. Studiet foregår på NICU og det vides ikke om mødrene er medindlagte – dette formoder vi dog. Vores projekt tager udgangspunkt i medindlagte kvinder og vi ser derfor mulighed for generalisering.

Forskerne beskriver, at dette studie er i overensstemmelse med andre lignende studier (ibid:918). Dog beskrives, at de forekommende forskelle i traumesymptomernes sværhedsgrad, imellem dette studie og tidligere studier, sandsynligvis skyldes forskelle i gestationsalder, fødselsvægt samt forekomsten af komplikationer.

Dette studie tager udgangspunkt i et interventionsprogram, som varetages af en psykolog. Vi mener dog at kunne argumentere for, at en jordemoder kan varetage størstedelen af programmet. Vi mener således at studiet kan bruges i besvarelsen af vores problemformulering.

På baggrund af ovenstående vurderer vi den eksterne validitet begrænset og er derfor opmærksomme på, at resultaterne herfra kun kan bruges delvist i vores projekt.

7.0 Analyse

I det følgende vil vi analysere vores empiri og teori op imod vores problemformulering. Analysen er opdelt i to i henhold til problemformuleringen.

7.1 Første del

Henriette

Først vil vi fokusere på problemformuleringens første del: *Hvilke oplevelser synes gennemgående for kvinder, der har født meget præterm.* Vi vil analysere med

udgangspunkt i resultaterne fra Watson (2010): krise, uvished, magtesløshed og liminalitet. Herefter vil vi analysere fundene herfra op imod *Anbefalinger for svangreomsorgen* (Sundhedsstyrelsen 2009). Analysen foretages med udgangspunkt i Antonovskys teori og Brodés værk.

7.1.1 Kvindernes oplevelse

Krise

Ifølge det kvalitative studie var en karakteristisk oplevelse, for forældrene til meget præmature børn, krise. Dette kan ifølge studiet relateres til den trussel og den fare der er ift. barnets overlevelse, udvikling og sikkerhed og kan desuden knyttes til følelserne frygt og angst. Denne krise resulterede også i en følelse af stress (Watson 2010:1466). Denne oplevelse stemmer overens med Antonovskys definition på stress, som et krav, der ikke er nogen umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på (Antonovsky 2000:46), hvilket også kan genfindes i Brodés værk ift. at blive forældre til et meget præmaturot barn (Brodén 2010:87). Hun redegør for hvorledes kvinder, der føder præterm og endnu ikke er indstillet på separation fra barnet, kan opleve at miste sit forestillede barn. Hun forklarer, at det kan være svært for disse mødre at tage det virkelige barn til sig, da det ikke stemmer overens med deres fantasi og forestillinger. Dette tab kan føre til traume og ængstelse. Således er dette i overensstemmelse med de følelser, frygt og angst, som i Watsons artikel er tilknyttet oplevelsen af krise. Disse oplevelser ser vi således også som gældende ift. kvinder, der har født meget præterm.

Uvished

En anden karakteristisk oplevelse i forbindelse med en meget præterm fødsel er ifølge Watson 2010 uvished, som dækker over forældrenes manglende evne til at forudse videre forløb, samt uvisheden ift. barnets overlevelse (Watson 2010:1467). Set gennem Antonovskys optik har disse forældre en svag oplevelse af begribelighed, i kraft af at de mangler forudsigelighed, jf. afsnittet *Oplevelsen af sammenhæng*. Igen kan dette også relateres til et af Brodés udsagn: *"Det faktum, at den vordende mor kan forestille sig, at barnet vil overleve, hvis det bliver født, er*

udgangspunkt for graviditetens sidste fase, separationsfasen." (Brodén 2010:58). Netop fordi disse kvinder føder før separationsfasen og dermed før deres forestilling om separation fra barnet, har de sværere ved at forestille sig, at barnet vil overleve, hvis det bliver født og derfor oplever de uvished, bl.a. ift. barnets overlevelse. I Watsons artikel understøttes dette bl.a. med følgende citat: *"the whole thing is just uncertainty [...] uncertainty of whether it [barnet] will live, uncertain if it does how long will it be here, uncertainty is it going to be okay at the end of it [...]"* (Watson 2010:1467). På baggrund af ovenstående mener vi igen, at denne oplevelse kan overføres til kvinder, der har født meget prætermt.

Magtesløshed

Et andet resultat fra Watson 2010 er, at magtesløshed også findes som en karakteristisk oplevelse for forældre, der har fået et meget præmaturnt barn. Denne oplevelse betegner nedsat handlekraft og tab af kontrol (Watson 2010:1467). Dette tab af kontrol, mener vi, kan give anledning til manglende forudsigelighed på samme måde som ovennævnte oplevelser og kan derfor også understøttes af Antonovsky. Desuden fortolker vi nedsat handlekraft som nedsat deltagelse. Hvis oplevelsen af magtesløshed er stor, og deltagelsen dermed er nedsat, vil oplevelsen af meningsfuldhed derfor være svag jf. afsnittet *Oplevelsen af sammenhæng*. At føde prætermt kan ifølge Brodén indebære, at moderen efter fødslen er mindre åben overfor barnet, stadig er meget optaget af sine forestillinger og tilknytningen til barnet er derfor svær (Brodén 2010:87). Af dette kan udledes, at mødrene kan have nedsat, psykisk, handlekraft i forbindelse med tilknytningen til barnet, hvilket bidrager til en oplevelse af magtesløshed. Ydermere understøtter citatet, *"[...] you've got to wait on the nurses saying you can hold them."* (Watson 2010:1467), forældrenes oplevelse af magtesløshed ved at give indblik i en form for nedsat, fysisk, handlekraft. Også her mener vi at kunne overføre resultaterne fra Watsons artikel til kvinder, der har født meget prætermt pga. ovenstående.

Liminalitet

Liminalitet viste sig som en sammenhæng mellem oplevelserne af krise, uvished og magtesløshed. Begrebet blev beskrevet som dækkende for den overordnede

oplevelse hos forældre til meget præmature børn – en overgang i ingen-mandsland (Watson 2010:1468). En liminal person har intet ståsted/ingen status. Manglen på social status influerer på fysisk og psykisk adfærd og medfører adskillelse fra normale begivenheder og oplevelser (ibid:1468-1469). Af ovenstående kan udledes, at liminalitet kan have indflydelse på opfattelsen af tilgængelige ressourcer i og med, at en liminal person i en eller anden grad er psykisk adskilt fra omverdenen. Liminalitet kan således have en negativ indflydelse på, hvordan man opfatter de ressourcer, man har tilgængelige. Da tilgængelige ressourcer er grundlæggende for håndterbarhed, som er afgørende ift. OAS, er liminalitet således medvirkende til en svag OAS.

7.1.2 Sundhedsstyrelsens niveauinddeling og differentiering

Ovenstående fund vil vi nu analysere ift. Sundhedsstyrelsens niveauinddeling og differentiering af dele af svangreomsorgen.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at niveauintdele svangreomsorgen og det tværfaglige samarbejde for at sikre kvinderne den nødvendige støtte og omsorg bl.a. ift. psykiske risikofaktorer (Sundhedsstyrelsen 2009:28). Denne inddeling foregår på fire niveauer, hvor vi på baggrund af ovenstående kategoriserer kvinder, der har født meget prætermt, som niveau to. Dette niveau kan fx dreje sig om kvinder med dårlig fødselsoplevelse (ibid.). Dette eksempel finder vi på samme niveau med kvinder, der har født meget prætermt. Niveau to indebærer et udvidet tilbud, som kan varetages af faggrupper inden for svangreomsorgen (ibid.). Dette emne tages atter op i følgende afsnit samt i diskussionsafsnittet.

7.1.3 Opsummering

Vi har gennem denne første del af analysen fundet frem til, at kvinder, der har født meget prætermt, har svært ved at forholde sig til deres barn, samt har svært ved at knytte sig til barnet. Ydermere at oplevelserne krise, uvished og magtesløshed synes gennemgående for kvinderne og at liminalitet er et dækkende begreb for disse oplevelser. Sundhedsstyrelsen lægger op til en mulighed for at arbejde

tværfagligt ift. kvinder, der har født meget præterm. Desuden har disse kvinder, i teorien, vist sig at have en svag OAS. Dette leder os videre til anden del af analysen.

7.2 Anden del

Anne

I det følgende analyseres det traume-forebyggende, psykologiske interventionsprogram (Jotzo & Poets 2005) op imod problemformulerings anden del: *Hvordan kan jordemoderen anvende denne viden til, at støtte disse kvinder under medindlæggelsen, gennem en sundhedsfremmende indsats? Analysen foretages med udgangspunkt i Antonovskys teori og Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for svangreomsorgen.*

7.2.1 Præterm fødsel - en stressfaktor

I Jotzo og Poets artikel beskrives den præterme fødsel som en *stressor* (Jotzo & Poets 2005:918). Dette kan sættes i relation til Antonovskys udlægning af en stressfaktor, der kendetegnes ved et krav, man som person ikke har nogen umiddelbar løsning på eller ved, hvordan man skal håndtere. At en præterm fødsel kan opfattes som en *stressor* eller en stressfaktor, synes vi er i overensstemmelse med Antonovskys beskrivelse, der peger på, at en stressfaktor ofte forekommer i forbindelse med sygdom og kriser hos enten personen selv, eller hos dens nærmeste. Jotzo og Poets artikel viser at 19 af de 25 kvinder (svarende til 76%), der har deltaget i kontrolgruppen, havde symptomer på traume ved udskrivelsen (Jotzo & Poets 2005:917). Vi udleder heraf, at den meget præterme fødsel kan påvirke kvindens psykiske helbred. Dette er i overensstemmelse med, at vi i analysens første del finder frem til, at disse kvinder i teorien har en svag OAS. En stressfaktor vil, ifølge Antonovsky, opleves forskelligt afhængig af den enkelte kvindes OAS, hvoraf vi udleder, at en kvinde med en stærk OAS lettere vil kunne finde mening og ressourcer til at håndterer sin situation. Mens en kvinde med en svag OAS vil opleve den meget præterme fødsel, som en forhindring, som hun ikke kan finde mening med, og dermed heller ikke selv har de ressourcer, der kræves. Vi udleder ud fra Antonovskys teori, at det ved en meget præterm fødsel er væsentligt, at kvinden støttes og gives muligheder, der kan bidrage til en positiv

udvikling. På denne måde vil kvinden få en stærkere OAS. Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* kan anvendes til at understøtte dette, da de lægger op til, at der tilbydes den rette hjælp og således, at kvinden styrkes gennem forløbet – dette eventuelt gennem et tværfagligt samarbejde, jf. analysens første del.

7.2.2 Interventionsprogram

Ved at Jotzo og Poets har fundet signifikant effekt af deres interventionsprogram (Jotzo & Poets 2005:915), udleder vi, at de ligeledes har undersøgt kvindernes mulighed for at mestre forløbet, efter at have født meget præterm.

Interventionsprogrammet er særligt relevant for vores problemformulering, da det lægger op til et handlingsorienteret tiltag. I det følgende analyseres de dele af interventionsprogrammet, vi finder relevante for besvarelsen af problemformuleringen. De præsenteres under temaerne; *genfortælling af oplevelsen, oplysning og planlægning*.

Genfortælling af oplevelsen

Rekonstruktionen af oplevelsen, indhentningen af anamnese, og undersøgelsen af kvindernes opfattelse af barnets tilstand (Jotzo & Poets 2005:916), sammenligner vi med indholdet i den efterfødselsamtale, som Sundhedsstyrelsen lægger op til, hvor kvinden skal have mulighed for at få talt fødslen igennem og få afklaret særlige bekymringer. Ud fra kvindens beskrivelse, kan jordemoderen danne sig et indtryk af kvindens oplevelse gennem hendes historie om, hvordan hun har oplevet det, at få et meget præmaturo barn. De oplysninger jordemoderen får kan bidrage til, at hun kan danne sig et indtryk af kvindens behov og dermed målrette sin indsats og samtale – med det mål i sigte at øge kvindens oplevelse af begribelighed. Et eksempel på hvordan ovenstående kan anvendes i klinisk praksis kunne være, når jordemoderen skal vurdere, hvordan kvinden omtaler sin situation - er den kaotisk, uordnet og tilfældig kan det ifølge Antonovsky tyde på, at kvinden har en svag OAS, hvilket skal skærpe jordemoderens opmærksomhed. Hvorimod en kvinde med en stærk OAS kan forstå og fortolke sin situation på en måde, hvor hun finder mening og kan forklare situationen.

Oplysning

En anden del af interventionsprogrammet består af oplysning omkring reaktioner på stress og traume (Jotzo & Poets 2005:916). Vi udleder ud fra Antonovskys teori, at oplysning om disse reaktioner kan bidrage til en bedre forståelse af egne reaktioner og kan forberede kvinden på reaktioner, der kan forekomme.

Reaktionerne gøres herigennem forudsigelige, hvilket øger begribeligheden. Dette kan bidrage til, at kvinden er mere bevidst om, at der kan opstå nogle reaktioner, og at der findes en forklaring og sammenhæng mellem hendes situation og reaktionerne. Denne del af interventionsprogrammet kan således bidrage til at styrke kvindens OAS.

Planlægning

Den del af interventionen, som består i at undersøge muligheder for problemløsning, kalder vi *planlægning*. Dette kan fx være praktisk støtte i hjemmet, at danne et overblik over ressourcer og/eller hjælpende hænder. Denne del kan igennem Antonovskys optik medvirke til, at situationen gøres overskuelig og derfor opleves håndterbar. Dette kan i klinisk praksis gøres ved, at jordemoderen sammen med kvinden danner overblik fx over kvindens netværk ift. hjælpende hænder. Ifølge Antonovsky forstås håndterbarhed som den udstrækning, et menneske oplever at have ressourcer til rådighed, der er tilstrækkelige til at klare de krav, man stilles overfor. Det handler ikke blot om egne personlige ressourcer, men dækker også over hvad, man har af relationer, der kan hjælpe én, fx en sundhedsperson, kvinden har tillid til eller en god veninde. Det kan udledes fra Antonovskys teori, at hvis kvinden finder ro, idet hun får hjælp, kan det bidrage til en stærkere oplevelse af håndterbarhed og dermed bidrage til situationen gøres nemmere at mestre.

Ud fra Antonovskys teori udleder vi, at selvom kvinden støttes og dermed gives mulighed for en stærk OAS, er det ikke ensbetydende med, at denne kvinde ikke vil reagere med negative følelser på stressfaktoren, men at hun kan have nemmere ved at udtrykke sine følelser og dermed få dem bearbejdet så den psykiske

belastning ikke udvikler sig. Dette er netop formålet med interventionsprogrammet som Jotzo og Poets præsenterer.

7.2.3 Opsummering

Vi har gennem analysen fundet, at den meget præterme fødsel kan opleves som en stressfaktor. Vores analyse af Jotzo og Poets' interventionsprogram peger på at temaerne: *genfortælling af oplevelsen, oplysning og planlægning*, kan sammenlignes med dele af efterfødselssamtalen, som *Anbefalinger for svangreomsorgen* lægger op til, og at det har en effekt for kvinderne, at der målrettet gøres noget aktivt, idet vi gennem Antonovskys teori kan udlede, at det kan styrke deres OAS og dermed bedre muligheden for at mestre den psykiske belastningen, den præterme fødsel indebærer.

8.0 Diskussion

Vi har gjort os overvejelser om, hvorvidt det er relevant at diskutere specifikt på resultaterne fra analysens første del – kvindernes oplevelser. Vi synes ikke, at oplevelser er til diskussion, idet de altid skal betragtes individuelt og vi vælger derfor at inddrage resultaterne fra analysens første del løbende i diskussionen. I det følgende afsnit vil vi diskutere *Interventionsprogrammets implementering i efterfødselssamtalen* samt *Jordemoderens selvstændighed vs. tværfagligt samarbejde*, som er udledt af analysen.

8.1 Interventionsprogrammets implementering i efterfødselssamtalen

Anne

Vi vil i det følgende diskutere resultaterne af analysens anden del med fokus på, hvordan jordemoderen kan anvende viden om kvindernes oplevelser til at støtte dem under medindlæggelse, gennem en sundhedsfremmende indsat. Jotzo og Poets' interventionsprogram resulterer i en signifikant reduktion af symptomer på traume efter en præterm fødsel (Jotzo & Poets 2005:917). Det peger på, at der findes en mulighed for at støtte kvinderne og dermed også optimere mulighederne for at fremme tilknytningen til barnet. Vi mener derfor, at

interventionsprogrammet er anvendeligt og vil nu diskutere, hvordan det kan implementeres indenfor Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

Gennem analysen af Watsons studie fandt vi frem til tre gennemgående oplevelser; krise, uvished og magtesløshed. Watson skriver, at flere studier påpeger, at den psykiske belastning, kvinderne oplever, kan få betydning for tilknytningen mellem mor og barn, hvilket også understøttes af Brodén og Sundhedsstyrelsen. Vi mener derfor, at det er relevant at arbejde sundhedsfremmende med denne problemstilling for både at støtte kvinden og forebygge disse tilknytningsproblemer.

Det er en del af jordemoderens virksomhedsområde at rådgive, observere, pleje og behandle kvinderne i barselsperioden (VEJ nr 151 af 08/08/2001, 2.1). Vi vurderer derfor, at jordemoderen har mulighed for, at støtte kvinden under medindlæggelsen. Med udgangspunkt i *Anbefalinger for svangreomsorgen* forventes det, at fødestedet gennemfører en efterfødselssamtale (Sundhedsstyrelsen 2009:175). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at jordemoderen i efterfødselssamtalen med kvinder, der har haft et patologisk eller traumatisk forløb, bl.a. har fokus på kvindens oplevelse af fødslen, og at kvinden gives mulighed for at få udtrykt og afklaret sine bekymringer. Sundhedsstyrelsen peger på, at efterfødselssamtalen er et vigtigt element, da den kan være afgørende for, om kvinden kan tage barnet til sig. Der er mulighed for at anvende mere tid og eventuelt tilbyde flere samtaler, jf. afsnittet *Anbefalinger for svangreomsorgen*.

Vi mener, at dele af Jotzo og Poets' interventionsprogram er lig det Sundhedsstyrelsen lægger op til efterfødselssamtalen skal indeholde, bl.a. fødselsoplevelsen samt afklaring af bekymringer og konsekvenser. Vi mener dog, det kan diskuteres, hvorvidt elementerne i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen* er specifikke nok ift. den specialiserede støtte, de selv lægger op til (Sundhedsstyrelsen 2009:17). Vi skønner derfor, at de dele af interventionsprogrammet, som præsenteres i analysen; *genfortælling, oplysning og planlægning*, med fordel kan inddrages/udspecificeres, som vejledning og model

for efterfødselssamtalen og opfølgende samtaler under medindlæggelsen for at optimere den indsats, Sundhedsstyrelsen lægger op til.

Vi mener, at det er aktuelt, at jordemoderen opretholder en kontakt til kvinden i barselsperioden, og på den måde kan følge hendes psykiske tilstand, da det er jordemoderens pligt, også i barselsperioden, at henvise kvinden til en læge ved mistanke om komplikationer, herunder også psykiske komplikationer (CIR nr 149 af 08/08/2001 §7). Vi er opmærksomme på, at dette kan lægge op til et tværfagligt samarbejde, hvilket vi diskuterer uddybende i næste afsnit.

Da vi i besvarelsen af problemformuleringen søger at finde jordemoderens mulighed for at arbejde sundhedsfremmende, finder vi det relevant at inddrage den maieutiske metode, da denne tager udgangspunkt i den enkelte. Den maieutiske metode kan føres helt tilbage til Sokrates². I artiklen *Jordemoderen som maieutiker* (Birkler u.å.), har Birkler fortolket metoden til at omhandle fødslen af andres tanker. Målet med denne metode er, at jordemoderen kan indtage en "ubemærket" positionen i samtalen med kvinden og hjælpe den viden på vej, der allerede er til stede. Dermed skabes der rum for, at kvinden bliver klogere på sin egen situation og opnår erkendelse (ibid:1-2). Vi ser maieutik sammenhængende med hermeneutikken, idet jordemoderen har mulighed for at opnå en dybere forståelse af kvindens oplevelser. Vi mener, at efterfødselssamtalen med fordel kan tage udgangspunkt i den maieutiske metode.

For at jordemoderen kan anvende viden om kvindernes oplevelse i sit arbejde, må jordemoderen nødvendigvis tage udgangspunkt i den enkelte kvinde og i den enkelte situation. Dét at tage udgangspunkt i den enkelte, er særligt karakteristisk for sundhedsfremmende indsatser (Sundhedsstyrelsen 2009:18). Vi mener derfor, at dét, at jordemoderen anvender kvindernes individuelle oplevelser i sit arbejde, nødvendigvis må bidrage til at gøre indsatsen sundhedsfremmende. Dette lægger op til, at det er kvinden selv, der skal mestre sin situation, hvilket afhænger af

² Sokrates (469 f.Kr- 399 f.Kr) var græsk filosof (Gyldendal 2009-2012c).

kvindens oplevelse af begribelig, håndterbarhed og meningsfuld (OAS som helhed), ligesom den maieutiske metode lægger op til, at kvinden selv skal nå til erkendelse af sin situation.

Watson anvender begrebet liminalitet, som den tilstand kvinderne befinder sig i (Watson 2010:1468). Liminalitet anvendes i forskellige sammenhænge, ofte i forbindelse med religiøse ritualer og i sygdomssammenhænge (Wæhle u.å.). Vi formoder derfor, at man som jordemoder kan anvende resultaterne fra andre studier om liminalitet til at forbedre indsatsen for mødre til meget præmature børn.

8.2 Jordemoderens selvstændighed vs. tværfagligt samarbejde

Henriette

Vi har tidligere redegjort for, hvad Sundhedsstyrelsen lægger op til af muligheder for jordemoderen ift. vores problemstilling, jf. afsnittet *Anbefalinger for svangreomsorgen*, samt diskuteret dette i ovenstående. Vi vil i dette afsnit diskutere jordemoderens selvstændige muligheder versus et tværfagligt samarbejde.

Med tværfagligt samarbejde, forstår vi følgende: et team sammensat af forskellige fag/professioner, som samarbejder, som en helhed og dermed har *fælles* mål (Hulgård 2008:4). Herved forstår vi, at fagene/professionerne godt kan overlappe hinanden, hvis nødvendigt for at bevare det fælles mål.

Som tidligere nævnt, anbefaler Sundhedsstyrelsen, at kvinderne tilbydes en efterfødselssamtale, samt evt. mere tid og flere samtaler. Dette mener vi umiddelbart er inden for jordemoderens kompetenceområde. Dog sætter vi spørgsmålstegn ved, om jordemoderen selvstændigt vil kunne varetage opfølgningen af kvinder, der har født meget præterm, eller om der er en grænse, fx ift. størrelsen af behovet for ekstra samtaler og støtte. Hvornår er der et behov for et tværfagligt samarbejde?

Ift. Sundhedsstyrelsens niveauinddeling, som vi analyserede op imod i analysens første del, lægger niveau to, som vi mener repræsenterer kvinderne, der har født

meget prætermt, ikke entydigt op til, at der skulle være et behov for et tværfagligt samarbejde. Dog åbnes der op for muligheden af et sådant (Sundhedsstyrelsen 2009:17, 28). Dette får os igen til at sætte spørgsmålstegn ved, om der skulle være en grænse for, hvornår et tværfagligt samarbejde er nødvendigt.

Ifølge *Cirkulære om jordemodervirksomhed*, må jordemoderen varetage ukomplicerede graviditets-, fødsels- og barselsforløb (CIR nr 149 af 08/08/2001 §7). Jordemoderen har således pligt til at henvise til en læge ved komplikationer, som fx psykiske komplikationer i forbindelse med kvinders oplevelse af en meget præterm fødsel. Dette åbner op for et tværfagligt samarbejde mellem jordemoder og læge, idet jordemoderen selvfølgelig fortsat skal være en del af dette forløb, med henblik på den kontinuitet, som Sundhedsstyrelsen anbefaler (Sundhedsstyrelsen 2009:17). Men er det således først nødvendigt med et tværfagligt samarbejde, når forløbene kompliceres?

For at diskutere denne problemstilling nævnes Esben Hulgård, som har udarbejdet arbejdspapiret *Professionsteori og tværprofessionelt samarbejde* (Hulgård 2008). Heri redegør han for to forskellige vinkler, hvormed man kan anskue et tværfagligt/tværprofessionelt samarbejde. Han taler om en neo-weberiansk tilgang³, som ift. tværprofessionelt samarbejde har fokus på barrierer. Med denne tilgang er der vægt på "[...]professionernes optimering af deres egeninteresse i gennem samarbejdet [...]" (Hulgård 2008:8). Den anden tilgang er funktionalistisk⁴ og har fokus på arbejdsdeling og fælles værdier. Desuden vægtes hver enkelt professions nødvendige bidrag til samarbejdet og de fælles værdier er bærende for samarbejdet (Hulgård 2008:8).

³ Denne tilgang bygger på Max Weber, tysk sociolog, jurist og økonom, som har et negativt syn på professionerne (Hulgård 2008:3; Gyldendal 2009-2012a).

⁴ Denne tilgang bygger på Talcott Parsons, amerikansk sociolog, som har et positivt syn på professionerne (Hulgård 2008:3; Gyldendal 2009-2012b).

Vi mener at kunne tale for, at jordemoderens virke bærer præg af den funktionalistiske tilgang. Dette bl.a. på baggrund af Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for svangreomsorgen*, som på flere punkter åbner for muligheden for tværfagligt samarbejde. Der er allerede gennem uddannelsen for jordemødre (BEK nr 43 af 26/01/2009 §1), samt mange andre sundhedsuddannelser, skabt fokus på tværfaglighed. Dette giver anledning til at anskue professionsbegrebet på ny og skaber desuden mulighed for nye samarbejdsrelationer. Ift. jordemoderens virke, er der fra fagpolitisk side, skabt fokus på jobglidning, bl.a. via Jordemoderforeningens pjece *Ansæt jordemødre – de kan andet og mere end du tror* (Jordemoderforeningen 2010).

I en tid med fokus på arbejdsløshed er vores indtryk, at flere faggrupper er bekymrede for bevarelsen af deres arbejdsområde og vi er bevidste om, at en magtkamp mellem professioner er eksisterende. Vi mener dog ikke at den neo-weberianske tilgang er karakteristisk ift. jordemoderens virke, netop på baggrund af ovennævnte. Set ud fra en funktionalistisk tilgang, kan et tværfagligt samarbejde bidrage til at sætte fokus på jordemoderens virksomhedsområde, som værende nødvendigt og afgørende i et samarbejde.

Hvis vi udelukkende skal se på opfølgningen af kvinden tilstand og hendes oplevelse som et fælles mål, mener vi, at det kan være positivt at udvikle et tværfagligt samarbejde – også uden at kvinden behøver at have psykiske komplikationer og måske har behov for psykologhjælp. Vi mener, at forskellige professioner kan bidrage bedst til at støtte kvinderne, der har født meget præterm, under medindlæggelsen. Dette mener vi bl.a. på baggrund af, at kvinderne er tilknyttet fx en neonatalafdeling, hvor vi formoder, at der på landsplan primært arbejder sygeplejersker, og jordemoderen således ikke er en primær fagperson for disse kvinder. Der kan dog være tilfælde, hvor jordemoderen er den primære fagperson, fx hvis kvinderne er medindlagt på et barselsafsnit. Vi formoder, at kvinderne ikke under et helt forløb vil være medindlagt på et barselsafsnit, da Sundhedsstyrelsen anbefaler, at det nyfødte barn så vidt muligt ikke adskilles fra moderen (Sundhedsstyrelsen 2009:37). Da vi tager

udgangspunkt i, at jordemoderen ikke er den primære fagperson for disse kvinder under medindlæggelsen, mener vi ikke at kunne tale for, at jordemoderen selvstændigt kan varetage opfølgingsarbejdet for disse. Vi ser derimod, at et tværfagligt samarbejde mellem fx neonatalsygeplejerske og jordemødre kan være gavnligt med udgangspunkt i den enkelte kvindens oplevelse. Dette er bl.a. på baggrund af jordemoderens tidligere rolle som primær fagperson under graviditet og fødsel, hendes kendskab til hvilke oplevelser, der synes gennemgående for kvinden og dermed kendskab til hendes samlede forløb, samt neonatalsygeplejersken som primær fagperson under medindlæggelsen.

9.0 Kritisk refleksion af vores projekt

I vores projekt har vi haft fokus på kvindernes oplevelser i forbindelse med at få et *meget* præmaturo barn. Vi har valgt denne gruppe af kvinder ud fra formodningen om, at der ved fødsel af et barn mellem 32 og 37 uger ikke nødvendigvis er den samme grad af bekymringer, som når barnet fødes før uge 32. Samtidig hermed tænker vi, at følelser og oplevelser naturligvis ikke lader sig adskille ved en skarp grænse af gestationsalder og at vores resultater derfor kan tænkes at være overførbare til nogle af de kvinder, der føder mellem 32 og 37 uger.

I projektet anvendes Antonovskys teori om oplevelsen af sammenhæng, som bl.a. bidrager til en forståelse af sundhedsfremme, samt til analysen af kvindernes oplevelser. Vi er bevidste om, at vi på dette punkt kunne have nuanceret projektet ved at benytte flere teoretikere.

I projektet anvendes Brodés værk, som tager udgangspunkt i en ukendt trimesterinddeling. Hun inddeler fusion, differentiering og separation svarende til graviditetens tre trimestre, som ikke udspecificeres. Da vi ikke kender hendes trimesterinddeling, kan vi ikke garantere, at vi har anvendt hendes værk korrekt. Vi er bevidste om, at vores forståelser af trimesterinddelingen kan være forskellige og at vi dermed laver en fejlfortolkning i analysen.

Vi er bevidste om, at vi gennem vores analyse og diskussion har udvalgt de elementer fra begge studier og fra vores teori, der var anvendelige for besvarelsen af vores problemformulering. Der er risiko for, at dette kan påvirke resultatet.

Ethvert kvalitativt studie vil bære præg af forskerens forforståelse. Vi er bevidste om, at vores forforståelse også kan have præget de valg, vi har foretaget gennem projektet. Det er muligt, at andre ville komme frem til en anden konklusion. Dette er helt acceptabelt, da kvalitativ forskning ikke har som mål, at kunne reproducere, men at skabe ny viden eller forståelse, hvilket vi mener at have opnået.

10.0 Konklusion

På baggrund af projektets analyse og diskussion, kan vi konkludere, at oplevelserne krise, uvished og magtesløshed kan være et billede på de gennemgående oplevelser hos kvinder, der har født meget præterm. Idet kvinden føder præterm, adskilles hun fra barnet, før hun psykisk er indstillet på det, hvilket resulterer i, at hendes forestillinger om barnet og det virkelige barn ikke nødvendigvis stemmer overens. Det kan være svært for de kvinder at forholde sig til deres nyfødte barn, hvilket kan påvirke tilknytningen til barnet.

Desuden kan vi konkludere, at de psykiske belastninger, som oplevelserne medfører, påvirker kvindernes oplevelse af sammenhæng. Liminalitet anvendes i projektet som et overordnet begreb for kvindernes oplevelser. Vi har fundet frem til, at liminalitet kan medvirke til en svag OAS.

Ift. anden del af problemformuleringen kan vi konkludere, at den maieutiske metode kan anvendes til at støtte kvinder, der har født meget præterm. Denne metode tager udgangspunkt i kvinderne og dermed kan jordemoderen løbende anvende viden om kvindernes oplevelser. Når jordemoderen tager den "ubemærkede" position i samtalen med kvinden, kan hun indirekte lede samtalen og dermed åbne for ny erkendelse hos kvinden.

Vi konkluderer, at jordemoderen med fordel kan tage udgangspunkt i efterfødselssamtalen og inddrage dele af interventionsprogrammet fra Jotzo og Poets' studie. Gennem analyse og diskussion finder vi frem til, at man gennem en målrettet indsats kan gøre en forskel ift. de psykiske belastninger hos kvinderne. Vi har udledt tre temaer, *genfortælling af oplevelsen*, *oplysning* og *planlægning*, af interventionsprogrammet, som vi konkluderer er vigtige i efterfødselssamtalen. Vi mener, at det med fordel kan være jordemoderen, der følger kvinden under medindlæggelsen for at sikre kontinuitet. Desuden konkluderer vi, at jordemoderen med fordel kan indgå i et tværfagligt samarbejde med relevante faggrupper med henblik på at skabe en sammenhængende oplevelse for kvinden.

Med udgangspunkt i ovenstående fremlægger vi derfor følgende forslag til handleplan:

Vi foreslår, at det som udgangspunkt er jordemoderen, som enten har fulgt kvinden i graviditeten eller forestået fødslen, der opsøger kvinden - hvor hun er, for at belaste hende mindst muligt. Målet er ikke én enkelt efterfødselssamtale, men løbende, opfølgende samtaler under medindlæggelsen. Disse skal tage udgangspunkt i jordemoderens faglige vurdering og tilpasses kvindens ønsker. Der skal derfor ikke være fastlagt et antal samtaler, men skabes fleksibilitet ved fx at gøre det legalt at tilkalde en ekstra jordemoder i vagt. En anden løsning kunne være, at der i jordemoderens vagtskema blev afsat fx en time dagligt til opsøgende virksomhed. Vi mener, der skal være fokus på samtalerne, som en naturlig del af kvindernes forløb uden faste rammer for, hvor samtalen afholdes. Fx ser vi en mulighed for, at samtalerne foregår således, at kvinden kan sidde ved barnet, kvinden kan komme i konsultation, eller at jordemoderen og kvinden kan gå en tur sammen ned af gangen, hvis det er det, kvinden har brug for.

Samtalerne skal indeholde:

- Kvindens behov på samtaletidspunktet
- Genfortælling af oplevelsen
- Dialog om naturlige reaktioner samt komplikationer

- Planlægning fx ift. ældre søskende og opgaver i hjemmet
- Opfølgning og aftaler

Samtalen skal bygge på en maieutisk tilgang.

Da vi overordnet finder begrebet liminalitet dækkende for kvindernes oplevelser, konkluderer vi, at handleplanen også kan anvendes i andre sammenhænge, fx i tilfælde hvor kvinden har haft en dårlig fødselsoplevelse eller fået et sygt barn.

Gennem projektet har vi nærmet os en større forståelse af kvindernes oplevelser og derigennem, hvordan jordemoderen kan støtte kvinderne under medindlæggelse, med udgangspunkt i den enkelte kvinde. Som led i konklusionen har vi udarbejdet et forslag til en handleplan, som netop tager udgangspunkt i den enkelte kvindes behov. Vi er blevet bevidste om, at der er behov for yderligere forskning for at kunne optimere støtten til kvinder, der har født meget præterm med henblik på at begrænse den psykiske belastning.

11.0 Perspektivering

Som beskrevet i indledningen er præterm fødsler en vigtig obstetrisk problemstilling, som der er fokus på ift. de konsekvenser, det kan have for barnet og for tilknytningen mellem barnet og dets forældre. Vores ønske har imidlertid været at sætte fokus på mødrene til de meget præmature børn, da vores opfattelse er, at de er oversete i ovennævnte problematik. Gennem projektet er vi blevet opmærksomme på, at kvinderne har ekstra behov for støtte, samt at et målrettet interventionsprogram kan være gavnligt for at begrænse den psykiske belastning, som en meget præterm fødsel medfører. Derfor kommer vi i konklusionen med et bud på en handleplan, som, vi mener, kan bidrage til at begrænse symptomerne på traume efter en præterm fødsel.

Vi er bevidste om, at det økonomiske perspektiv er afgørende for implementeringen af et sådant handleforslag og særligt i en tid med økonomisk krise, hvor man hellere taler besparelse frem for investering. Vi mener at kunne argumentere for, at man på sigt kan opnå besparelser ved at indføre

Præmature mødre

Jordemoderens mulighed for at støtte kvinder, der har født meget prætermt

sundhedsfremmende tiltag – dette på baggrund af cost-effectiveness analyser, hvor man beregner det sundhedsmæssige udbytte ift. omkostningerne (Kamper-Jørgens, Almind & Jensen 2010:276-277). Vi er bevidste om, at der vil være ekstra omkostninger, idet vi foreslår flere løbende samtaler med kvinderne og dermed udvider et eksisterende tilbud. Dog forestiller vi os, at det afsatte budget til efterfødselssamtalerne skal benyttes til dette og dermed kan dække en del af omkostningerne. Omkostningerne vil forekomme ved implementeringen af handleforslaget, til gengæld antager vi, på baggrund af Jotzo og Poets' resultater, at effekten også vil ses tidligt, idet de i deres studie allerede ved udskrivelsen af børnene kan måle færre symptomer på traume hos mødrene. Vi forestiller os, at det på sigt vil resultere i, at færre af kvinderne, der har født meget prætermt, vil få psykologiske komplikationer og at tilknytningsmæssige problemer således forebygges.

12.0 Litteraturliste

Artikler

Forcada-Guex, Margarita et al. (2010): Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early human development*. 2011 (87), s. 21

Jotzo, Martina; Poets, Christian F (2005): Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention. *PEDIATRICS*. 2005 (115), s. 915-919.

Libera, Aneta; Damochwal-Kolartz, Dorota & Oleszuck, Jan (2007): Sense of coherence (SOC) and styles of coping with stress in women after premature delivery. *Med.Sci.Monit*. 2007 (13).

Lindahl, Marianne; Juhl, Carsten Bøgh (2002): Vurdering af kvalitative artikler. *Nyt om Forskning*. 2002 (1), s. 18-21.

Madu, Sylvester N.; Roos, Johannes J. (2006): Depression among mothers with preterm infants and their stress-coping strategies. *Social behavior and personality*. 2006 (34), s. 877.

Watson, Gill (2012): Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant. *Journal of clinical nursing*. 2010 (20), s. 1461-1471.

Bøger

Antonovsky, Aaron (2000): *Helbredets mysterium*. København, Hans Reitzels Forlag, s. 11-13, 31, 34-37, 40-41, 46-47 og 166-167.

Birkler, Jacob (2007): *Videnskabsteori – en grundbog*. 4. oplag, København, Munksgaard Danmark, s. 47, 55-56, 95, 97-98, 101, 103, 105 og 108-109

Brodén, Margareta (2010): *Graviditetens muligheder - en tid hvor relationer skabes og udvikles*. 2. udgave, 1. oplag. København, Akademisk Forlag, s. 9-10, 52-53, 55-56, 58-59, 84 og 86-87.

Cunningham et.al. (2010): *Williams obstetrics*. 23rd edition, USA, McGraw-Hill Companies, s. 810-811.

Dansk præmatur forening (2008): *Født for tidligt, til forældre ved udskrivelse fra hospitalet*. Prinfo Holbæk, s. 3.

Juul, Svend (2012): *Epidemiologi og evidens*. 2. udgave, 1. oplag, København, Svend Juul og Munksgaard, s. 19-20, 106-107, 134-135, 189, 278, 281 og 286.

Kamper-Jørgensen, Finn; Almind, Gert; Jensen, Bjarne Bruun (2010): *Forebyggende sundhedsarbejde*. 5. udgave, 2. oplag. København, Munksgaard Danmark, S. 276-277

Kolding Sygehus (2010): *Velkommen til neonatalafdelingen*. Region Syddanmark, s. 5

Lazarus, Richard S. (2006): *Stress og følelser - en ny syntese*. København, Akademisk Forlag.

Malterud, Kirsti (2008): *Kvalitative metoder I medicinsk forskning*. 4. oplag, Oslo, Universitetsforlaget, s. 23, 25, 32, 47, 58-60, 64, 78 og 178.

Mødrehjælpen (1998): *Sårbar men stærk - en brugsbog om for tidligt fødte børn*. København, Komiteen for Sundhedsoplysning, s. 15

Peitersen, Birgit; Arrøe, Mette; Pryds, Ole (2008): *Neonatologi - det raske og det syge nyfødte barn*. 3. udgave. Aarhus, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 59, 66-69.

Sundhedsstyrelsen (2009): *Anbefalinger for svangreomsorgen*. København, Sundhedsstyrelsen, s. 9-10, 17-18, 25, 28, 37, 171, 175 og 178-179.

Sundhedsstyrelsen (2012): *Fødselsstatistikken 2011*. København, Sundhedsstyrelsen, s. 8

Sygehus Sønderjylland (2009): *Velkommen til Mor-Barn*. Region Syddanmark, s. 4

Thornquist, Eline (2006): *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*. Gads Forlag, s. 163

Internetsider

American Psychological Association (2012): *PSYCHinfo*. Lokaliseret [201112] på <http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>

Birkler, Jacob (u.å.): Jordemoderen som maieutiker. Lokaliseret [151212] på <http://dialektik.dk/jordemoderen.pdf>, s. 1-2.

DSOG (2006): *Patientinformation*. Lokaliseret [151112] på <http://www.dsog.dk/sandbjerg/Patientinformation%20prterm%20fdsel.pdf>

DSOG (2001): *Præterm fødsel*. Lokaliseret [311012] på <http://www.dsog.dk/files/Praeterm.htm>

Ebsco (2012): *The CINAHL database*. Lokaliseret [201112] på <http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/the-cinahl-database>

Gyldendal (2009-2012a): *Max Weber*. Lokaliseret [071212] på http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sociologi/Sociologer/Max_Weber

Gyldendal (2009-2012b): *Talcott Parsons*. Lokaliseret [071212] på http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sociologi/Sociologer/Talcott_Parsons

Gyldendal (2009-2012c): *Sokrates*. Lokaliseret [151212] på http://www.denstoredanske.dk/Sprog,_religion_og_filosofi/Filosofi/Oldtidens_filosofi/Sokrates

Hulgård, Esben (2008): *Professionsteori og tværprofessionelt samarbejde*. VIA univeristy college. Lokaliseret [071212] på <http://up.ppch.dk/?id=1448> - klik herefter på øverste link, s. 3-4 og 8.

Præmature mødre

Jordemoderens mulighed for at støtte kvinder, der har født meget prætermt

Jordemoderforeningen (2010): *Ansæt jordemødre - de kan andet og mere end du tror*. Lokaliseret [151212] på

http://www.jordemoderforeningen.dk/fileadmin/Nyheder/Nyheder_2011/9477_pjece_web.pdf

NCBI (u.å): *PubMed*. Lokaliseret [201112] på

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Serenity Programme (u.å.): *Impact of event scale*. Lokaliseret [151212] på

<http://serene.me.uk/tests/ies-r.pdf>, s. 1-3.

Villadsen, Sarah Fredsted; Mortensen, Laust Hvas (16.07.09): *For tidlig fødte børns dødelighed -Flere børn fødes for tidligt men har større chance for at overleve*. Statens Institut for Folkesundhed. Lokaliseret [251012] på http://www.sifolkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/05_2008.aspx

Wæhle, Espen (u.å): *Liminalitet*. Store Norske Leksikon. Lokaliseret [121212] på

<http://snl.no/liminalitet>

Lovstof

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i jordemoderkundskab.

BEK nr 43 af 26/01/2009.

Cirkulære om jordemodervirksomhed. CIR nr 149 af 08/08/2001.

Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt,

indberetningspligt mv. VEJ nr 151 af 08/08/2001.

13.0 Bilagsliste

Bilag 1 – Søgestrategi, s. 1-5

Bilag 2 – Parental liminality: a way of understanding the early experiences of parents who have a very preterm infant, s. 1461-1471

Bilag 3 – Helping parents cope with the trauma of premature birth: an evaluation of a trauma-preventive psychological intervention, s. 915-919

Bilag 4 – Impact of event scale, s. 1-3