

**Dårlige / blandede
fødselserfaringer.
Når balancen glipper.**

En kvalitativ analyse af
dårlige / blandede
fødselserfaringer med
henblik på et forbedret
tilbud til gravide og
fødende kvinder.

Forfattere:
Kirsten Østergård og
Anette Frederiksen,
jordemødre i
Fødselsbetjeningen, Fyns
Amt.

Tid og sted:
1998 – 2002 Fyns Amt.

Dårlige / blandede fødselserfaringer.

En kvalitativ analyse af dårlige / blandede fødselserfaringer med henblik på et forbedret tilbud til gravide og fødende kvinder.

Forfattere:

Kirsten Østergård og Anette Frederiksen, jordemødre i Fødselsbetjeningen, Fyns Amt.

Tid og Sted: 1998 - 2002 , Fødselsbetjeningen, Fyns Amt.

Resume:

Formål: Forskning har vist, at 5-15 % af fødende kvinder har dårlige fødselsoplevelser, som sætter dybe spor.

Målet for undersøgelsen var at belyse, hvad fødende kvinder betragter som dårlige fødsler og at opstille forslag til præventive procedurer.

Design: En kvalitativ undersøgelse med anvendelse af Spradleys etnografiske interview-metode. Data blev indsamlet via interviews i kvindernes hjem. Interviews blev optaget på bånd og udskrevet ordret. Kvinderne blev udvalgt på baggrund af en besvarelse af et anonymt spørgeskema. Alle de kvinder, der svarede, at de havde haft en dårlig fødsel, eller så på deres fødsel med blandede følelser, blev interviewet.

Analyse: Etnografiske temaer blev fundet efter hvert interview, hypoteser opstillet og afprøvet i næste interview.

Deltagere: 9 dansktalende kvinder, heraf 7 første-gangsfødende og 2 fleregangs-fødende , som har haft såvel ukomplicerede som komplicerede fødsler.

Konklusioner: Smerte fører til dårlige fødsels-erfaringer, især når den kombineres med angst og følelsen af at være alene.

Kvinder, som beskriver, de ikke havde en god fødsel , oplever at have mistet kontrol. De har savnet selv at have styr på situationen, eller at andre havde styr på den.

Kvinden opbygger en tillid til jordemoderen, som er nødvendig for at hun kan overlade kontrollen til hende.

Jordemoderens handlekraft og evne til at påtage sig rollen som ”mor” for en kriseramte fødende kvinde er afgørende.

De personer, som kvinden selv har med som fødselshjælpere og finder tryghed hos, er meget vigtige ressourcer.

Forslag til procedurer:

Gravide kvinder forberedes på, at de kan få brug for at overlade kontrollen over fødslen til andre.

Fødende kvinder sikres professionelt nærvær efter deres ønske.

Personalet er opmærksomme på scene-skift, således skal tillidspersoner følge med fra den ene situation til den anden. F.eks. fra normal til patologisk fødsel.

Jordemoderen skal påtage sig ansvar for kvinder, som frembyder krisesyntomer : Angst, aggression, afhængighed m.m.

Jordemoderen indleder en dialog med den fødende og hendes partner omkring deres ønsker og anskueliggøre egne holdninger.

Barn og barnefader skilles ikke fra moderen, men opfattes som ressource personer.

Bearbejdning af oplevelsen sikres.

Dårlige fødselsoplevelser kan have vidtrækkende konsekvenser. Tab af selvværd, nedsat sensitivitet overfor det nyfødte barn, skyldfølelse og ringe evne til at føle kærlighed og glæde er beskrevne og anerkendte følger. (Brudal 1983, Kitzinger 1992). Simpkin påviste i 1992 at disse følelser følger de pågældende kvinder resten af livet.(Simpkin 1992).

En statistisk undersøgelse i Fyns Amt i 1993 viste, at 5 % af de adspurgte havde haft en dårlig fødsel, og 15 % så på deres fødsel med blandede følelser. (Rasmussen 1993)

Målet for dansk svangre-omsorg er at forene kvindens mulighed for at føde et sundt barn og selv forblive rask med hendes ønske om en god fødselsoplevelse. Dette afspejles i Den Danske Sundhedsstyrelses " Svangre-omsorg, retningslinier og redegørelse, 1998 ". Heri vægtes:

Citat: "1: At tilbyde en sundhedsfremmende indsats med henblik på at bevare kvindens og barnets liv og helbred.

2: At skabe grundlag for kvindens / familiens positive oplevelse af graviditet, fødsel og barselperiode." (Sundhedsstyrelsen 1998).

Også Den Danske Jordmoderskole og Den alm. Danske Jordmoderforening har i fællesskab defineret jordemoderfaglig omsorg. Her omtales bl.a. indlevelse og intuition udført med baggrund i traditionsrig jordemodererfaring og moderne fødselsvidenskab kombineret med relevant viden fra samfunds- og humanistiske videnskaber. (Danmarks Jordmoderskole 1999) Den gode fødsel er beskrevet i bøger og tidsskrifter. (Melchior 1998, Forældre og Fødsels månedsblade). Hvad der for kvinderne karakteriserer og er indeholdt i en dårlig fødsel, er ikke vel beskrevet. Vi kan som sundhedspersonale have en mening om, hvad en dårlig fødsel er, men vi ved ikke, om det stemmer overens med den fødende kvindes opfattelse.

To nyere nordiske forskningsprojekter omhandler fødselserfaringer ved komplicerede fødsler (Brunstad 1999, Berg 1998).

Vi kan som sundhedspersonale have en mening om, hvad en dårlig fødselsoplevelse er, men vi ved ikke, om de fødende kvinder har samme mening. Målet for undersøgelsen er at belyse, hvad fødende kvinder betragter som dårlige fødsler og at opstille forslag til præventive procedurer.

Fig.1: Forfatterens definition af hhv. fødselsoplevelse og fødselserfaring.

Fødselsoplevelse: Kvindens oplevelse i situationen. Fødselserfaring grundlægges i oplevelsen, bearbejdes derefter og er en del af kvindens personlige bagage, når hun skal føde næste gang.
--

Baggrund og teoretisk inspiration.

Psykoanalytiker J. Raphael-Leff beskriver to forskellige typer fødende kvinder, hvor den ene oplever graviditeten som følelsesmæssig integreret, og fødslen som en gensidig gennemrejse. Den anden type oplever graviditeten som en trussel mod deres personlige identitet, oplever følelsesmæssig omvæltning og ser fødslen som en smertefuld begivenhed, som skal gennemleves så civiliseret som muligt (Raphaell-Leff 1991). Ligesom forfatteren mener vi, at fødsels-hjælpere skal kende og respektere alle "typer" kvinder for at være i stand til at yde dem støtte lige der, hvor de er. En anden teoretisk inspiration er folkloristen Hodne. Ifølge ham glemmer vi meget den første tid efter en hændelse, derefter er hukommelsen forholdsvis stabil. At huske er en aktiv proces, idet mennesker søger kongruens i livet .(Hodne 1981)

Det er denne bearbejdede og huskede fødselsoplevelse, kvinden har med sig som erfaring, når hun evt. skal føde igen. Det er hendes individuelle erfaring, men den er "høstet" og husket under betingelser, som er fælles for danske fødende kvinder. Kvinder, som angiver at have haft en dårlig fødsel eller ser på deres

fødsel med blandede følelser repræsenterer således noget generelt, og deres erfaring er vigtig viden, hvis man ønsker at gøre fødslerne bedre.

Vi opfatter alle kvinder som bærere af en ”fødselskultur”. De har en viden erhvervet fra medier, samtaler, familietraditioner m.m., som allerede ved graviditetens start har betydning for kvinders forventning til fødslen.

Erfaringer handler bl.a. om mestrings-evner, krise og bearbejdning under en fortløbende livsproces, som det er svært at undersøge ved hjælp af faste spørgsmål og svarkategorier. Når vi søger den enkelte kvindes individuelle oplevelse og erfaring må vi forske kvalitativt.

Metode og materiale.

Vi har valgt The Developmental Research Sequence Method, i teksten omtalt som ”DRSM”. Det er en etnografisk, kvalitativ metode, som sikrer en afgrænsning af problemfeltet samt retningslinier for interviews og analyse (Spradley 1979).

I den denne metode er sproget og det sagte ord det primære, og etnografiens opgave er at ”afkode” ordenes betydning.

Fokus er kvindens subjektive oplevelse kombineret med konkrete hændelser. F.eks. er definitionen af ”dårlig fødsel” forskellig fra menneske til menneske og søges afdækket ved at undersøge, hvilke sammenhænge ordene optræder i, ved stille spørgsmålet:

”Hvilke hændelser førte til en dårlig fødsel ?

I en begrænset periode i 1998 blev barselkvinder på Fyn bedt om at besvare et anonymt spørgeskema, hvori de bl.a. blev spurgt:

Hvordan oplevede du din fødsel?

Svarmulighederne, som kunne krydses af:

1. *Det var en god fødsel*
2. *Jeg tænker på den med blandede følelser*
3. *Det var en dårlig oplevelse*

Skemaerne blev uddelt af barselpersonale 1-3 dage efter fødslen. Kvinderne vidste ikke, at vi ønskede viden om dårlige oplevelser, idet vi ønskede information om såvel gode som dårlige hændelser i forløbet. Samtidig fik de udleveret deltagerinformation, og kunne via den tilmelde sig som interesserede i at blive interviewet.

Alle tilmeldte blev ringet op, og de som angav at have haft en dårlig eller blandet fødselsoplevelse blev herefter interviewet 4 – 8 måneder efter fødslen i deres eget hjem.

Vi valgte at interviewe kvinderne på det tidspunkt, fordi vi ønskede viden om de erfaringer kvinderne skabte af deres oplevelser under fødslen, og de spor de satte på længere sigt.

I DRSM kaldes de personer, der interviewes, for informanter. Intervieweren tager udgangspunkt i informantens egne ord, søger verificering og gentager dem i uddybende spørgsmål. Metodens mål er at søge kvindens egen viden og oplevelse, via hendes eget sprog.

Der foreligger ikke en egentlig interview-guide – før første interview forelå en temaliste med faktorer, der ifølge et pilotinterview kunne have betydning for fødselsoplevelsen.

Citater fra interviews markeres i teksten: (*iw nr.*).

Indledende spørgsmål er et bredt, *deskriptivt spørgsmål*: ”Fortæl om det konkrete graviditets- og fødselsforløb”. Informantens svar afgør, hvilke temaer, der spørges nærmere til.

Strukturelle spørgsmål anvendes til at udvide eller afgrænse *domains* (kategorier). Alle kvinder blev f.eks. bedt om at belyse alle såvel gode som dårlige oplevelser under fødslen.

Kontrast spørgsmål søger forskelligheder, f. eks: ”Kan du fortælle hvilke forskelle der var på fødestuen og operationsstuen ?”

Tolkninger på meningsudsagn søges undgået ved at bygge interviews op om handlinger frem for meninger.

Hvert interview optages og udskrives ordret.

Analyse foregår umiddelbart efter, idet hovedtemaer og undertemaer afdækkes.

Enkeltstående udsagn vægtes på linie med gen- tagne, der søges ikke statistisk belæg for kon- klusioner. F.eks. fylder ”at være alene” og ”smertefuld fødsel” lige meget i analysen, uden hensyn til antallet af kvinder, der udtrykker disse følelser.

Analysen foregår på flere planer. I *domain-* analysen søges temaer, som er inkluderede i større kategorier i kraft af nogen ensartethed. *Komponentiel* analyse involverer søgning efter egenskaber, som signalerer forskelle mellem symboler i en *domain*, f. eks. at miste eller af- give kontrol, at være eller føle sig alene.

Hypoteser opstilles og afprøves i hele forsk- ningsprocessen.

Ved at undersøge det samlede materiale af- dækkes endelig *fælles kulturelle opfattelser* og etnografen udvælger *domains* = kategorier - til nærmere uddybning og beskrivelse.

Samtlige udskrifter og resultater er gennemgået af begge forfattere samt projektvejleder.

Informanter og interview.

9 kvinder blev interviewet om i alt 13 fødsler.

Informanterne fordelte sig således:

7 var førstegangsfødende, 2 havde født hhv. 1 og 3 gange før. Alle havde fulgt almindelige graviditetsundersøgelser. 3 fødsler var spon- tane, ukomplicerede fødsler, 3 blev forløst med sugekop, 3 med kejsersnit, 1 fødsel var alt for tidlig og 3 fik ve-stimulerende drop.

En kvinde var alene med barnet, 8 levede sam- men med barnefaderen, og faderen var i disse tilfælde med til fødslen.

Uddannelsesmæssigt var 1 ufaglært, 1 leder i rengøringsbranchen, 2 pædagoger, 4 sygeple- jersker, 1 kontoruddannet.

Interviews varede 1 – 1½ time. En af forskerne interviewede, den anden observerede og kunne til slut stille uddybende spørgsmål. Kun dansk- talende kvinder uden psykiske lidelser og kvin- der, som vi ikke har været jordemødre for, er indgået i projektet. Kvindernes partnere kunne

have bidraget med vigtig information, men vi har ikke set os i stand til at inddrage dem. Deres oplevelser er således kun med som en del af konteksten i kvindernes historier.

Vi erkender, at et interview er en gensidig pro- ces, at vores viden om fødsler og ansættelse i fødselshjælpen kan have påvirket såvel spørgs- mål som svar. Vores viden har på den anden side sat os i stand til at stille uddybende og op- følgende spørgsmål.

Kvindernes fortællinger er ikke sammenholdt med evt. journalmateriale.

Fund.

Vi fandt følgende hovedtemaer:

Smerte.

Jordemoderens rolle.

Forbundet med begge temaer var følgende domains (kategorier):

Forventninger

Kontrol

Ressourcer

At være / føle sig alene

Angst

Bearbejdning

Vild **smerte** som årsag til ”at man ikke har styr over situationen” er et gennemgående tema i fortællingerne. Kvinderne forholder sig til smerte før, under og efter fødslerne.

Smerteoplevelse er også relevant for de kvinder, som pga. indgreb ikke oplevede ”vild smerte”, f.eks. fordi de har ønsket at gennemleve den.

Jordemoderens rolle knytter sig til kontrol over situationen. Jordemoderens nærvær og opmærksomhed er afgørende for, hvordan angst, ensomhed, smerte og det øvrige personale opleves

I følgende skema søger vi at illustrere forskellen på, hvornår fødselsoplevelser fører til en erfaring, hvor kvinden svarer, at det var en dårlig oplevelse, eller en erfaring, som gør, at hun tænker på den med blandede følelser.

Fig. 2: Illustrerer hhv. fælles og forskellige oplevelser hos kvinder med dårlige / blandede fødselsoplevelser.



Forskellige oplevelser i henhold til spørgeskemaet.

Jeg tænker på den med blandede følelser

Det var en dårlig oplevelse

Oplevelse under fødsel

- Nærværende personale
- Fysisk kontakt
- Psykisk kontakt

- Er forladt, fysisk eller psykisk
- Bange for at blive forladt

- Partner tilstede
- Afhængighed tilladt, som i mor-barn-forhold

- Kaotisk ensomhed, partner sendt ud
- Kan ikke kommunikere
- Tør ikke kommunikere
- Dårlig stemning

- Personalet har styr på situationen
- Jordemoder tager initiativ
- Medbestemmelse
- Ukontrolleret opførsel tilladt

- Har personalet styr på det her ?
- Jordemoderen fumler, maskiner bipper
- Dur jeg ikke ? Kan ikke tage initiativ
- Dyrisk opførsel, kender ikke sig selv
- Aggression mod partner/personale
- Aggression, indadvendt mod sig selv

- Information

- Personalet taler med hinanden
- Jeg forstår ikke samtalen

bearbejdning efter fødsel

- Søger og får forklaring,
- Revurderer oplevelserne
- Stolt over at have gennemført

- Kan / ønsker ikke at tale med jordemoder
- Gentager, holder fast i historien
- Ked af forløbet, skuffet over egen indsats

erfaring

- Formulerer håb til evt. ny fødsel

- Vil ikke opleve det samme igen.....

Smerte.

Kvinder, som beskriver smerten som det værste ved fødslen, oplever en smerte, de ikke har ressourcer til at tackle. ”Vild smerte” beskrives både af kvinder med fødsel uden indgreb og af kvinder, som havde komplicerede fødsler.

Citat: Interviewer: ”Der var tre ting, hvor: Følelsen af at være alene, feberen og smerten fører til, at du ikke har kontrol. Af de tre ting, hvad vil du sige var det værste ?”

Informant: ”Det var smerten.” (iw 1)

Forventninger før fødsel.

Kvinderne forventede at føde med smerte, fordi ”smerte er en del af fødslen”, noget ”man skal igennem”. For nogen var smerteoplevelsen en udfordring, de så frem til.

Som udgangspunkt ønskede alle at klare sig med ikke medicinsk smertelindring, så længe som muligt. Af angst for at medicin kan skade barnet, siger nogen helt fra på forhånd, andre ”er skide-bange” og ønsker alt det, de kan få, hvis det bliver nødvendigt.

Medicinsk smertelindring forventer nogle af kvinderne at få, hvis de beder om den. Andre har funderet over, hvordan de kan overtale fødestedet til at give en evt. ønsket behandling. Vejtrækning og vand som smertelindring er primært smertelindringsønske.

Kvinderne var uforberede på, at der kunne være faglige grunde til, at de ikke kunne bruge vandet. De, der kom i vandet, beskriver at de havde glæde af det.

At frygte smerten på tackles forskelligt og med større eller mindre succes. Manden forberedes på at skulle stå model til lidt af hvert, og kvinderne håber at kunne opføre sig nogenlunde civiliseret overfor personalet. Nogle fortæller jordemoderen, at de frygter smerten.

Citat: ”Jamen jeg var sgu så bange, det ved du

også.....man ved aldrig hvor ondt man får, når man skal føde.....den sidste uge da tænkte jeg bare, ah men det går jo nok, han kan bare blive derinde.” (iw 6)

Denne kvinde fik ikke bearbejdet sine følelser m.h.p. hvordan hun evt. kunne tackle fødslen. En anden kvinde fik via samtaler med en jordemoder styrket sig selv i troen på, at hun kunne og ville klare det.

Citat: ”men så, jo mere gravid jeg blev, så tænkte jeg, selvfølgelig kan jeg klare det her...” (iw 1)

Smerteoplevelse under fødsel.

Smerte under fødslen kan inddeles i kvindens egne følelser, personalets holdninger og hendes egne og omgivelsernes ressourcer .

Kvindens følelser i forbindelse med smerte.

Under fødsel beskrives den konkrete, forståelige smerte - f.eks.forbundet med kopforløsning som mere acceptabel end den angstprovokerende, ensomme, kaotiske smerte.

Citat: ” og så var det selvfølgelig også lækkert, at hun blev taget med kop --ja.....ja Selvfølgelig gjorde det vanvittigt ondt, og jeg sprak også flere steder.....men det blev opvejet af den kolossale lettelse at det lykkedes ham at få koppen sat på ” (iw 1)

Smerte fører til at kvinderne mister kontrol over situationen og det gør dem afhængige af omgivelserne, ”som i en mor- barn-rolle” .De beskriver at de ikke kender sig selv og at de opfører sig dyrisk.

Citat: ”Jeg følte mig lidt lille ved det, fordi det var sådan den der: Nej du må ikke gå, vel ligesom et lille barn, der trygler sin mor om at blive inde hos sig om aftenen, når det skal puttes eller et eller andet.....jeg tænkte der, ah, det er altså lidt vildt, ikke også, at blive der, hvor du, hvor du ikke kan ta hånd om dig selv” (iw 8)

Smerte forbindes af kvinderne og deres partnere med usikkerhed på, om fødslen forløber normalt, angst for at miste barnet eller dø selv .

Citat: ”...så lå jeg og tænkte på, at det kan kraftedderraseme ikke passe, at jeg skal ha så ondt.....der er noget galt, der er noget galt, og der var sgtte nogen, der fortalte mig noget” (iw 6)

”Så han sagde, jeg ville hellere have dig, end jeg ville have ham. Jeg var så bange for, at der skulle ske dig noget, så hvis det var, så ville jeg hellere have dig ud igen. Og så kunne vi glemme det barn.....” (iw 6)

Når situationen opleves kaotisk søger nogle kvinder styr på kaos ved tiltagende aggressivt at kræve kontakt og information.

Den udadvendte aggression kan medføre at man mister respekt, accept og den omsorg, man higer efter.

Citat: ” jeg spurgte hele tiden og der var ingen der fortalte mig noget, vel. Jeg har nok råbt højt fordi jeg ville have et eller andet at vide.....da var stemningen måske lagt, fordi jeg synes stemningen under hele kejsersnittet var dårlig....

Jeg følte i hvert fald, at hvorfor fanden skal hun ligge der og spørge hele tiden.....” (iw 3)

Nogle kvinder vender aggressionen indad, fordi de frygter, at hjælperne ellers forlader dem.

Den indadvendte aggression kan opleves meget ensomt.

Citat: ”- jeg lå bare der og tænkte det hele,jeg ku jo have valgt at råbe ud i hovedet på dem, hvor dumme, jeg syntes, de var...men jeg mener jo ikke de er dumme, det er bare noget, man siger, fordi man er så gal, fordi smerten er så stor”(iw 2)

Denne kvinde beskriver store humørsvingninger under fødslen, som kun hun selv kender til.

Hun holdt sin desperation for sig selv. Citat:

Interviewer: ”Hvad gjorde smerten ved dig ?”

Informant: ”Jeg kunne simpelthen ikke tænke fremad og tænke at det skulle nok stoppe, men jeg var desperat, det tror jeg egentlig var det ord.....ja.” (iw 2)

Irritation på kæreste og andre hjælpere vendes til dårlig samvittighed over ikke at kunne kommunikere, når de nu vil det bedste for én.

Personalets holdning til smerte.

Kvinderne har oplevet forskellige holdninger fra personalet til medicinsk smertelindring. Fra tilbageholdende til overtalende:

Citat: ”Jeg snakkede hele tiden om, at jeg gerne ville have noget smertelindring, men fik at vide at det kunne vi se, når jeg kom op af badet ” (iw 7)

En kvinde blev overtalt til ikke at gennemleve smerten, som hun havde ønsket.

Citat: ”men da rokkede hun altså ved min selv-tillid, og så tænkte jeg, jamen hun må jo vide.....

og så fik jeg nogle piller ...hun sagde det var slumrepiller.....så du har kræfter til at presse, jamen så må det jo for fanden være rigtigt. Og så fik jeg en sprøjte og jeg fik aldrig fat i, at det var pethidin, jeg fik.” (iw 9)

Ressourcer .

Kvinderne har undervejs beskrevet følgende delaspekter af fødslen, som har gjort, at de følte de fik ressourcer til at klare smerten.

- 1 : Ret til at være barnet i en ”mor-barn”-lignende relation.
- 2 : Viden om at man har mulighed for at have jordemoderen på stuen, når man har brug for hende .
- 3 : En jordemoder, som informerer, tager initiativ og beslutninger , når man ikke selv kan.
- 4 : Fysisk berøring på kvindens præmisser . Kvinderne husker små fysiske berøringer, en hånd på ryggen, blide hænder, at have lov til at sætte sin fod på jordemoderens ben.
- 6 : Viden om, at jordemoderen har hørt, hvad man siger og har det med i sine beslutninger
- 7 : Partner / venner / familie er en ressource

og sendes ikke bort.

Citat: ”...plus at de var ved mig, og de syntes at det var synd for mig. Det var jo rart at vide..... og de tog det halve af smerterne, når jeg holdt dem i hånden ” (iw 3)

Bearbejdning efter fødsel.

At være alene eller føle sig alene med smerten medfører følelser, som følger kvinden til næste fødsel.

Citat: ”Men jeg tror også at det har spillet ind, at jeg var alene, der var ikke nogen til at hjælpe mig med at bære det her..... hvis min mand havde været der, så havde jeg nok alligevel mere overskud til at acceptere den smerte, -- så havde jeg kunnet råbe lidt af ham eller hænge lidt i ham eller..... jeg havde kunnet glemme den lidt mere, for det har jeg ikke kunnet.” (iw 1)

De, der havde ønsket at bruge vand som smertelindring, men ikke fik tilbudt det, undrer sig. Nogen mener, at jordemoderen ikke var glad for vandfødsler og at de derfor ikke kom i vand.

Citat: ... så var der jo det med det badekarsvand, det blev bare aldrig rigtigt med det. Så var det bare ligesom for sent altså, Jeg ved ikke om hende nat-jordemoderen der, hun var måske ikke så forhuppet på det badekar der, det ved jeg ikke rigtigt.” (iw 8)

Ingen af kvinderne har grundlæggende ændret holdning til medicinsk smertelindring i forløbet. At have opfyldt egne mål er vigtigt. De kvinder som havde født før, havde dog inden næste fødsel revideret deres forventninger til fødslen og til sig selv. De ville i højere grad overveje at tage imod smertelindring, hvis det føltes nødvendigt.

Citat: ”.....kan du se det, nogen af mine mål var jo, at jeg ville føde selv...og at jeg ikke ville have smertestillende, og de to dem indfrieede jeg.....men altså der var stor angst i det, den kunne måske have været mildnet lidt, hvis jeg havde fået sm...altså jeg har tænkt på bagefter, at jeg måske skulle have ladet være med at være så stædig...” (iw 5)

I samtalerne med partneren har kvinderne

behov for, at hans version af historien ligner hendes.

Citat : ”så for ham, han har også to fødsler ud af det, det er ikke kun mig, han synes heller ikke, det var sjovt” (iw 3)

Der er stor forskel på kvindernes vurdering af personalet efter fødslerne. De fleste har talt med føde-jordemoderen et stykke tid efter fødslen, vrede mod denne har afholdt enkelte fra at tale med hende.

En kvinde, som havde ønsket at opleve smerten og så fødslen som det ultimativt kvindelige, føler tab efter et akut kejsersnit, fordi hun ikke oplevede fødslen. Følelsen er ensom, fordi omgivelserne synes hun skal være glad for at have fået et barn. Hun kan stadig 6 måneder efter ikke udtale ordene: ”Jeg har født”.

At have følt sig respekteret under fødslen gør det muligt for kvinden at bearbejde oplevelsen og integrere den som en modningsfase i livet. Citat: ”Jeg synes sådan set, at det væsentligste i det her, det er at jeg er kommet fornuftigt igennem. Jeg er kommet overens med det ikke også, og altså det synes jeg da også er, hvad skal man sige, er en sejr. Og det ligger lagret på en måde, at jeg sagtens kan holde ud at tænke på det....og jeg kan tage min beskrivelse frem og læse i den, trods alt det frygtelige der, så ku du gøre det, ikke også. Og komme ovenpå igen og fungere nogenlunde fornuftigt. Det synes jeg faktisk var godt klaret” (iw 8)

Fig. 3: Kvinderne beskriver forskellige former for smerte:

<p>Den smerte, man frygter på forhånd. Den smerte, man ser som en udfordring. Den konkrete, forståelige, overkommelige smerte , f.eks. kopforløsning. Den smerte, som fratager en kontrollen over sig selv og medfører afhængighed af andre. Den smerte, som gør angst. Den smerte, man ikke kan glemme / komme sig over = den ensomme. Den smerte, man ikke fik lov at gennemleve.</p>
--

Jordemoderens rolle.

Alle informanternes fortællinger indeholdt jordemoderens funktioner som en vigtig del af fødselsoplevelsen. Kvindernes muligheder for at tackle smerte, angst, ensomhed, overgreb, kontroltab osv. hænger nøje sammen med den tillid, de kan have til jordemoderen.

Citat: *"..men hun pillede al selvtilliden ud af mig, så jeg følte, at jeg ikke kunne presse en skid."* (iw 9)

Dårlig fødsel /

Jeg tænker på den med blandede følelser.
Der ses en tydelig forskel på indholdet af disse to svarkategorier.

De kvinder, der angiver at tænke på fødslen med blandede følelser, synes at have haft tillid til omgivelserne, og har dermed kunnet afgive kontrollen – andre udenfor dem selv havde styr på situationen. Nogle har kunnet og har haft brug for at kunne læne sig op ad jordemoderen, som et barn, der har brug for sin mor.

De har søgt og har fået kendskab til jordemoderen, og oplevet hende som en nærværende, kompetent myndighed med fagligt initiativ.

Citat: *"Jeg spurgte lidt om, hvor længe hun havde været der. Og hvor hun havde været før, og sådan noget. Ja så synes jeg egentlig, at så lærte vi hinanden hurtigt at kende"* (iw 1)

De kvinder, som direkte siger, at de havde en dårlig fødselsoplevelse, synes at have tabt kontrol over situationen.

De har manglet kontakt til et kendt menneske – jordemoderen – f.eks. under "sceneskift", fra fødestue til operationsbord.

De har følt sig fejlinformeret, manipuleret eller ikke informeret – og har oplevet uoverensstemmelser personalet imellem.

De har følt sig ensomme med en ikke nærværende eller passivt vurderende jordemoder, eller har rent faktisk været alene.

Nærvær / tilstedeværelse.

Vi ser, at fysisk tilstedeværelse ikke nødvendigvis er det samme som at være nærværende. En passiv, vurderende jordemoder på stuen kan tage energien fra den fødende:

Citat: *"...så stillede hun sig bare i døren, sagde ikke noget, det var ikke sådan øh, det var ikke nogen positiv stemning, man ved ikke sådan rigtig, om hun stod og vurderede, eller hvad hun gjorde...."* (iw 9)

- Og at man kan være nærværende uden at være fysisk tilstede: Det er vigtigt at få at vide, at jordemoderen kommer, hvis man har brug for det, at have snakket ønskerne for fødslen igennem med hende, at mærke, at hun har ønskerne i tankerne. At føle sig velkommen på fødegangen.

Kvinderne beskriver, at i starten er det rart at være alene med manden eller andre ledsagere, en enkelt overnattede på fødegangen uden at være i rigtigt i fødsel, den oplevelse styrkede tilliden og trygheden senere i fødslen.

Citat: *"Og jeg havde det sådan, at jordemoderen, hun skulle også være der, og det kan jeg huske tit, man har snakket om, jeg synes det var rart i starten, at hun ikke var der, at vi var os selv, men da det var på sit højeste, så ville jeg godt ha, at hun var der. Så brød jeg mig ikke om, at hun gik fra stuen."* (iw 5)

Kvinder, der oplever deres jordemoder forlade dem, føler sig alene, oplever smerterne forværres, mister kontrollen eller føler situationen meningsløs og utryg.

Citat: *"Og det har nok været et meget, meget kort øjeblik, hun lige er gået, men da følte jeg, jamen, hvorfor skal jeg ligge og presse, når hun lige er gået, så sker der jo ikke noget."* (iw 7).

Nærværet har betydning for at tillidsforholdet kan opbygges, og uden tillid kan kvinden ikke overgive kontrollen, men føler, at den tabes.

Citat: *"Og jeg følte mig tryk ved hende. Så tryk, at da hun på et tidspunkt skal ud og ringe, kunne jeg faktisk ikke have, at hun gik. ... Nu*

skal du være her, jeg vil fandme ikke ha, at du går. Altså ellers kan jeg ikke klare det her vel.”
(iw 8)

Afhængighed.

For nogle af de kvinder, der angiver at se på fødslen med blandede følelser er der en relation, som minder om en mor/barn relation - den findes ikke hos dem, der angiver fødslen som dårlig.

Citat: ”*hun vidste jeg havde brug for tryghed For hun gav mig det, det var helt klart voksen/barn rolle.tog mig i hånden, aede den, så jeg kunne få lov til at være lille det gav mig tryghed og ro.*” (iw 8)

Nogle af kvinderne opnår igennem denne relation en form for kontrolafgivelse – en slags fundamental tillid. Kvinderne angiver en accept af at relationen mellem den fødende og jordemoderen ændrer sig til en mor/barn relation.

Sceneskift.

Fra at være midtpunkt i en normalt forløbende fødsel til at være sat ud af spillet i en akut risikofødsel beskrives som et kaotisk ”sceneskift”. Afhængigheden af kendte personer stiger. Det kan være umuligt i en krise at opfatte nye, ukendte personer som en styrke.

Ved et akut kejsersnit, hvor jordemoderen var ude af syne, forsøgte kvinden forgæves at få kontakt med dem omkring sig.

Citat: ”*Jeg følte mig som Palle Alene i Verden.”*
”*Jeg gik i panik – mistede styringen. Det kejsersnit havde været okay, hvis jeg havde sovet, for så kunne de godt stå og snakke om deres ferier, og hvad de handlede i Netto i går. ... Der var sådan lidt MASH-feltlejr over det. ... Jeg følte jeg var irriterende, og jeg følte at de manglede respekt for, at jeg var vågen.*”
(iw 3)

En kvinde fik sin fødsel sat i gang på grund af overbåren graviditet, og overnattede i den forbindelse på fødegangen, hvor hun følte sig tilpas indtil hun fik spontan vandafgang af

Citat: ”*...mosevand, sort, grønt og ulækkert, og jeg skød næsten helt over på væggen,.....lige pludselig var der ikke nogen hjertelyd mere...da havde jeg heller ikke den røde snor ved mig, så jeg var ved at smadre det hele, jeg var ved at flå alle instrumenterne, jeg blev fuldstændig panikslagen, fordi jeg troede, han var død*”. (iw 6)

På det tidspunkt hvor hendes ”scene” skiftede fra tryghed til angst, kunne hun altså ikke kontakte omgivelserne.

Tillid

Der er en sammenhæng mellem nærvær, at få sine ønsker respekteret og være i stand til at føle tillid til jordemoderen. En kvinde havde planlagt hjemmefødsel, men endte med at skulle føde på sygehuset. Hun beskriver, at hun og manden opbyggede tillid til at det skulle gå godt ved at tale deres ønsker om fødslen igennem med de forskellige jordemødre, de mødte. De endte i en skak/-mat situation, fordi hun i en fase i fødslen følte sig overtalt til at få pethidin som smertelindring. Citat: ”*...det næste der skete er decideret imod min vilje, det er at jeg får smertestillende.....Og da vi endelig skal føde og jeg har presseveer, bliver det ikke i vand. Da mener jeg hun burde have sagt, du som ønsker at føde i vand, får du den sprøjte der, får du ikke lov til at føde i vand, for så ville jeg aldrig have taget den.*” (iw 9)

Det lykkedes ikke at genoprette tilliden til jordemoderen – og i næste citat fra samme fødsel spores bitterheden:

Citat: ”*Jeg synes godt nok, at hun skøjtede alle vores ønsker. Og min mand sikrede sig endda, da hun kom om morgenen og sagde: jamen du har vel hørt fra nat-jordemoderen, alle ønskerne. Ja, ja det var skrevet ned, det hele.*”
(iw 9)

Adskillelse.

De tre kvinder, der har fået lavet kejsersnit, beskriver adskillelsen fra faderen og barnet

efter kejsersnittet som en faktor, der har betydning for opretholdelsen af kontrol over situationen samt har betydning for den personlige identitet.

Citat: ”Så startede mareridtet - ... også fordi så var de alle sammen bare ved at rydde op, og jeg skulle også ryddes op.” (iw 3)

Adskillelsen medfører for den ene kvinde, der i forvejen føler sig som ”Palle alene i Verden”, at hun går i panik – hendes selvopfattelse ændrer sig fra at være fødende kvinde, over en kvinde, der nylig er blevet mor til at være en ting.

Citat: ”For det første mistede jeg kontrollen, for det andet følte jeg mig som en klump kvæg midt i det hele.” (iw 3)

Overgreb.

Kvinderne beskriver et dilemma mellem at kunne lide jordemødrene og at måtte tåle overgreb fra samme.

Nogle jordemødre har undskyldt, at ”de var nødt til at være hårde”.

Der er flere af kvinderne, der oplever voldsomme situationer bl.a. i forbindelse med anlæggelse af sugekop og klip i mellemkødet – den her citerede kvindes fødsel er kompliceret af et langvarigt forløb med grønt fostervand og ve-stimulation.

Citat: ”Nåh – overgrebet – det har ikke været på grund af de kvinder – jordemødre, der har undersøgt mig, bestemt ikke. ... Det har været en voldsom oplevelse- at få en hånd op i sit underliv ... mange gange samtidig med at jeg fik veer.” ”..... Deres job, fordi de skulle se, hvor langt – men det var et overgreb, fordi det blev gjort så tit, altså man kunne jo godt som jordemoder ikke have gjort det så mange gange.” (iw 5)

Hvad overgrebet betyder for fødslen fortæller informanten ikke, og hun spørges heller ikke derom, men hun beskriver, at hun tillægger overgrebet en del af skylden for et ændret samliv efter fødslen - .

Psykiske overgreb, hvor kvindens ønsker og

blufærdighed ikke respekteres kan være svære at komme sig over, at føle sig nedgjort er nedbrydende for selvtilliden.

Citat: ”At hun overhovedet ikke respekterede de ting, vi havde ønsket, var næsten det værste, for der var et rend af mennesker..... man bliver placeret på en fødeskammel ovre ved døren og man sidder og presser..... døren går ... man sidder med røven bar og den bliver stående åben sygehjælperen kommer ind og snakker, det virker totalt kikset” (iw 9)

Bearbejdning.

Efter fødslen søger kvinderne en bearbejdning, som gør at oplevelsen kan passes ind i deres almindelige selvopfattelse. For nogle kvinder er det vigtigt, at partneren version stemmer med deres egen, og det kan være nødvendigt at fastholde personalet som ansvarlig for en dårlig fødselsoplevelse.

Citat: ”Snakket om det hundrede gange, ikke osse, snakket med jordemoderen også..... Det bli ´r ved med at irritere mig, at stemningen skulle være så dum, til sidst. Hvor jeg sån meget prøver på at minde mig selv om alt det gode, der var også” (iw 3)

Kvinderne udtrykker behov for at få talt fødslen igennem med den jordemoder, de fødte med.

For en kvinde, der har fået lavet akut kejsersnit, blev barselsamtalen med fødejordemoderen aflyst af denne. Barnet var meget uroligt den første tid, og som tiden gik føltes det meningsløst at kontakte jordemoderen igen .

Citat: ”så ville hun ikke kunne huske episoden ordentligt mere. ”... ”det er jeg ked af nu, for det kunne måske have hjulpet mig, dengang.” (iw4)

Denne kvinde er stadig mere end 6 mdr. efter fødslen usikker og forvirret over, hvor alvorlig situationen havde været, og meget bekymret for en evt. ny graviditet. Hvorledes hun håndterer personalet så hun undgår en lignende situation. Hun føler sig skuffet og afvist og ikke taget alvorligt af jordemoderen.

En kvinde ønsker ikke at tale med sin fødejordemoder – det fremgår ikke i interviewet, om hun er blevet det tilbudt – hun taler forløbet igennem med en kendt jordemoder . Citat: *”Hvis jeg havde stået overfor hendeom hun var irriteret over, at man havde ønsker passede det hende dårligt at føde i vand. Var det irriterende ...at stå med armene nede i det kar, eller hvad var det.Jeg ved ikke, om hun havde to, tre andre stuer. Eller om hun bare ikke kunne huske, at vi gerne ville føde i vand, men jeg ville nok ... allerhelst råbe hende ud i hovedet, men jeg ved, at jeg højst sandsynligt ville give mig til at tude.”* (iw 9). Kontakt til fødejordemoderen blev efter kvindens eget ønske aldrig etableret. Fødselsoplevelsen var ikke på interview-tidspunktet en integreret oplevelse. Hun græd flere gange, og gav udtryk for stor skuffelse og frustration over jordemoderens manglende evne til at engagere sig.

De kvinder, der har haft en barselsamtale med deres fødejordemoder har forskellige oplevelser heraf. Nogle får opsummeret kontinuiteten og sammenhængen i fødslen, hvornår og hvorfor hvad skete. En oplever at få en forklaring på, hvorfor jordemoderen var henholdende med at tage hende i badekarret, og har det godt med det. En anden får en form for ”garanti” for, at næste gang bliver det sandsynligvis ikke så slemt. Fælles for de kvinder, der har haft en barselssamtale er, at de føler det har været til gavn.

Diskussion.

Projektet tager udgangspunkt i en intensiv lytten til nogle få kvinders dårlige fødselsoplevelser. Formålet med projektet har været at finde ud af, hvad fødende kvinder karakteriserer som dårlige fødsler, og fremsætte forslag til fødselshjælpen, med henblik på at undgå disse.

En begrænsning for analysen er at kun få kvinder angav at have haft dårlige fødselsoplevelser. Færre end vi forventede på baggrund af de statistiske undersøgelser. Det er måske lettere at indgå anonymt i en statistik end at tilbyde sig til en interviewundersøgelse. De temaer, som informanterne bragte frem, blev gentaget og testet i de følgende interviews, så de 9 kvinder er fælles om en karakteristik af negativ fødselsoplevelse.

At undgå de dårlige fødselsoplevelser stiller store krav til de professionelle. Anne Brunstad konkluderer, at jo større forskel der var på kvindernes forventninger og virkeligheden, des mere negativ blev deres opfattelse af fødslen (Brunstad 1999). Marie Berg m.fl. skriver: ”Behovet for anerkendelse og ”at blive set” viser sig at være det mest betydningsfulde for hele fødselsoplevelsen”(Berg 1998). J. M. Walker m. fl. undersøgte fødselsoplevelser i et jordemoderledet fødeafsnit og fandt som hovedkategori balancen mellem personlig kontrol og professionel støtte, når parret havde brug for den. Citat: ”..alle de interviewede pointerede det faktum, at det var muligt at nyde den periode man var alene med sin partner, fordi de var sikre på at nogen ville komme i samme øjeblik de trak i snoren, og give den hjælp, som var nødvendig” (Walker 1995). Et Cochrane review om personalets støtte til kvinder i fødsel fandt at støtte skulle inkludere kontinuerlig tilstedeværelse, fysisk kontakt og opmuntring (Hodnett 2002). Disse 4 artikler konkluderer i overensstemmelse med de fund, vi har gjort, at forberedelse, nærvær og tid er fundamentale elementer i gode fødsler. At skulle påtage sig moderrollen for nogle fødende er et stort krav i en ofte travl arbejdsdag. Det er ikke muligt at have sine tanker koncentreret om den enkelte kvinde for den jordemoder, der skal passe flere i aktiv fødsel. Projektet viser, at en dårlig fødselsoplevelse ikke er betinget af, om fødslen er normal eller kompliceret. Det handler om smerte,ensomhed, angst, kontroltab – den fundamentale tillid

skabes ved at kvinden bliver respekteret, set og hørt af en nærværende jordemoder.

Det vil være relevant at forske yderligere i, om elimination af smerte eller kejsersnit på maternal request fører til færre dårlige fødselsoplevelser. Kvinder som fra starten ønskede epiduralblokade eller kejsersnit blev ikke mødt i vores undersøgelse.

Tendensen mod større fødeenheder med forventet mere effektiv ressourceudnyttelse indbygget i normeringerne er tydelig. Det er blevet stadig sværere at kunne tilbyde de fødende jordemodernærvær, fra det tidspunkt, de føler behov herfor. De eneste grupper af fødende, der i dag er sikre på en jordemoder fast hos sig, er de kvinder, der vælger at føde hjemme, og de kvinder, der får anlagt epiduralblokade.

Fund – og forskningens betydning for praksis

Informanterne beskrev følgende elementer i negative fødselsoplevelser:

- **Kontroltab – manglende styr på situationen.** Hvis kvinden ikke har fundamental tillid til de professionelle, kan hun ikke overgive kontrollen til dem.
- **Vild smerte** – forbundet med ensomhed og angst.
- **At være alene**, når kendte personer forlader scenen : Partner, barn, de professionelle.
- **At føle sig alene**, når de tilstedeværende personer opleves som ikke nærværende.
- **Manglende bearbejdning.** At være alene og at være i krise gør det svært at komme videre efter en dårlig fødselsoplevelse.

Interviewene peger på nogle enkle forslag. Såvel afdelingsprocedurer som forslag til den enkelte jordemoders handlinger.

Afdelingen:

Gravide forberedes på, at de kan få brug for at overlade kontrollen over fødslen til andre.

Procedurer garanterer den fødende professionelt nærvær under fødslen på de tidspunkter, hun ønsker det.

Rutiner sikrer, at jordemoderen følger synligt med under sceneskift, f.eks. fra fødestue til operationsstue og til mor, far og barn er forenet.

Barn og barnefader skilles ikke fra moderen. Det prioriteres, at familien kan forblive samlet.

De personer, som kvinden selv har med som fødselshjælpere betragtes som vigtige ressourcer.

Bearbejdning af oplevelsen sikres ved at kvinderne tilbydes en samtale med jordemoderen.

Den enkelte jordemoder:

Jordemoderen skaber trykthed for parret ved at præsentere sig selv, gå i dialog om parrets ønsker, fortælle hvad hun tænker om disse, og om de er mulige at tilgodese.

Jordemoderen skal have øget opmærksomhed på krise-symptomer: angst, aggression, afhængighed, handlingslammelse.

Jordemoderen skal kunne rumme, at kvinden regredierer og har brug for en mor-barn relation til jordemoderen.

Jordemoderen skal yde kvinden den form for nærvær, hun har behov for, og være opmærksom på, at nærvær er forskellig fra tilstedeværelse.

Referencer.

1. Berg M. and Dahlberg K. A Phenomenological Study of Womens´ Experience of Complicated Childbirth. *Midwifery*. 1998; **14**: 23–9
2. Brudal, LF. Fødselens psykologi [Psychology of Birth] Oslo: Aschehoug. 1983
3. Brunstad, A. Fødselsoplevelser ved brug af tang eller vacuum [Birthing Experience in deliveries by Forceps and Vacuum Extraction] *Jordmorbladet*, 1999; **6**
4. Forældre & Fødsel´s tidsskrift. [Parents & Birth, monthly consumers magazine]
5. Hodne B, Kjeldstadil K og Rosander G (Red.) Mundtlige kilder [Oral sources] Oslo-Bergen-Tromsø : Universitets Forlaget.1981
6. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software
7. Kitzinger, S. Birth and violence against women: generating hypotheses from womens´ accounts of unhappiness after childbirth. *Women´s health Matters* (Edited by Helen Roberts) New York: Routledge. 1992
8. Melchior, E. Den Gode Fødsel.[The Good Birth] København: Frydenlund .1998
9. Raphael-Leff, J. Processes of Childbearing. London: Chapman and Hall. 1991
10. Rasmussen, ABW . En kvalitetsanalyse af den fødselsforberedende undervisning og barselsbesøg ved fødselsbetjeningen, Fyns Amt. [An Analysis of Quality in Antenatal Courses and Postnatal Visits within Delivery Care Center in the County of Funen] Center for helsetjeneste-forskning og socialpolitik, Odense Universitet. 1993
11. Simkin, P. Just Another Day in a Woman´s Life ? *Birth* 1992; **19**: 2 June.
12. Spradley, J.P. The Ethnografic Interview. USA :Holt, Rinehart and Winston Inc. 1979
13. Sundhedsstyrelsen i Danmark. Svangreomsorg. Retningslinier og redegørelse [Antenatal Care. Guidelines and Review] København: Sundhedsstyrelsen.1998
14. Walker, J.M. et al . The Experience of Labour: A perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*. 1995; **11**: 120-9

Acknowledgements.

Personal acknowledgements are given to the women, who shared their experiences with us. Several colleagues have listened, read and re-read the manuscript and we acknowledge their active participation.

The authors owe thanks to the following funding institutions and organisations:

- The Danish Ministry of Education, Institutionsstyrelsen [Institutional Board]
- The Danish Ministry of Health, Sundhedspuljen [Health Foundation]
- The Health Insurance Foundation , Sygekassernes Helsefond
- The Danish Assosiation of Midwives
- The Funen Department of Delivery Care

