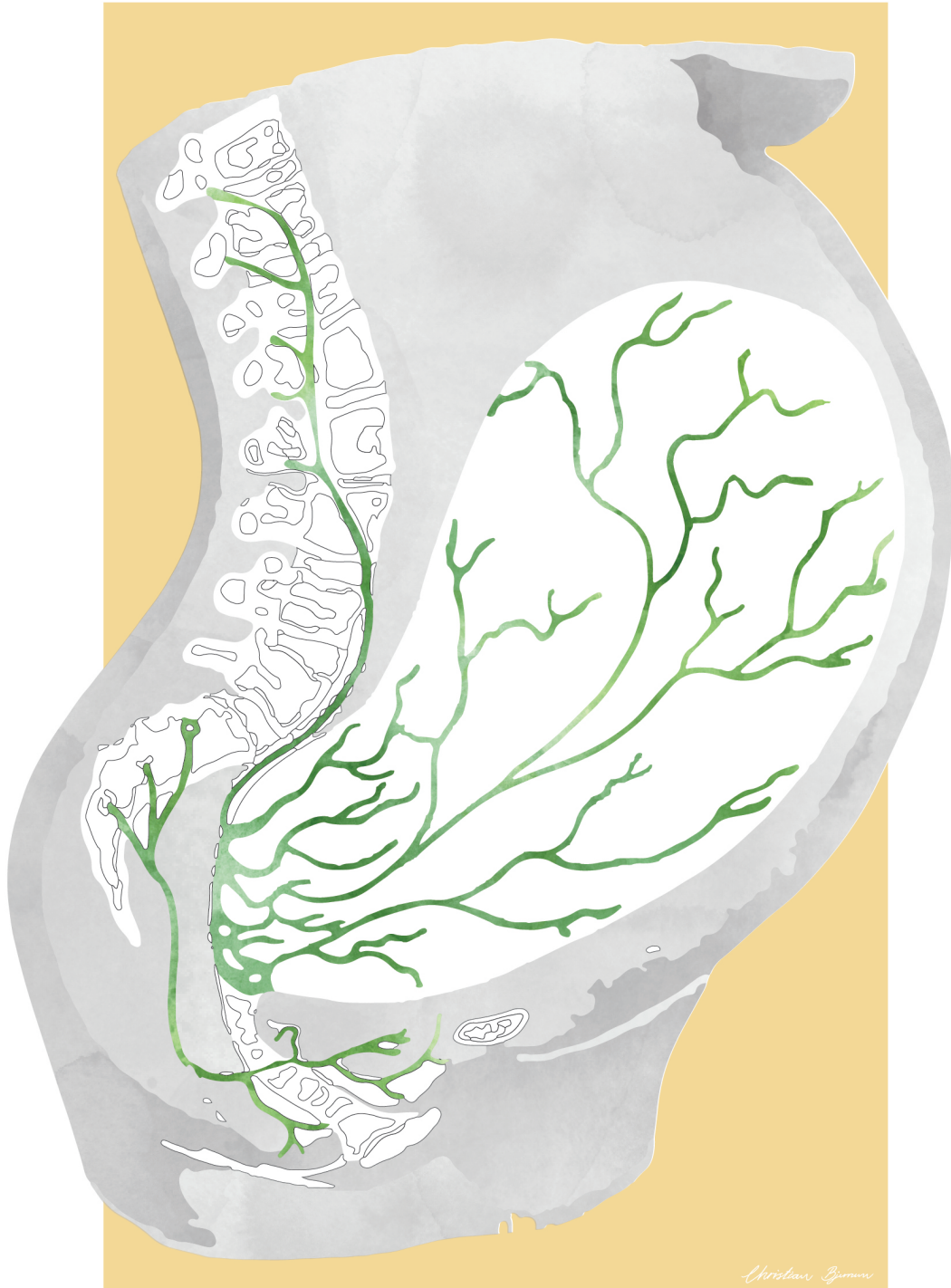


Magten, æren og epiduralen

Et bachelorprojekt om jordmødres holdning til epidural analgesi og hvordan omsorgen opleves hos kvinder med epidural analgesi



Ida Riiskjær Johannsen & Lærke Weber Pedersen
Professionsbacheloropgave, 7. semester
Jordmoderuddannelsen, UCN, J19S
Antal tegn inkl. mellemrum: 93.837
Vejleder: Lene Toxvig
Dato: 10.11.2022

Resumé

Titel: Magten, æren og epiduralen – et bachelorprojekt om jordemødres holdning til epidural analgesi og hvordan omsorgen opleves hos kvinder med epidural analgesi

Problemfelt: Studier viser, at kvinder der anvender epidural analgesi under fødslen, generelt rapporterer om dårligere fødselsoplevelser. Samtidig ønskes det undersøgt, om jordemoderens holdning til epidural analgesi påvirker kvindens oplevelse.

Problemformulering: Hvilke holdninger har jordemødre til epidural analgesi under den ukomplicerede fødsel og hvordan kan dette påvirke oplevelsen af omsorg hos kvinder med epidural analgesi? Afledt heraf, hvordan kan jordemoderen med udgangspunkt i viden om fødselsparadigmer, tilpasse omsorgen for kvinder med epidural analgesi?

Teori og metode: Projektets metode er et litteraturbaseret projekt. Problemformuleringen tager afsæt i en humanvidenskabelig tilgang, med inddragelse af sundhedsvidenskaben, hvorfor der anvendes to kvalitative artikler. Endvidere inddrages teori om fødselsparadigmer af Robbie Davis-Floyd.

Resultater: Jordemødre har forskellige holdninger til epidural analgesi under fødslen og påvirker kvinders oplevelse af omsorg i varierende grad. Jordemødrene paradigmatisk tilgang, stemmer ikke overens med kvindernes omsorgsbehov efter anlæggelsen af epidural analgesi. For at tilpasse omsorgen, må jordemoderen inddrage viden om kvindens behov, og kombinere alle tre fødselsparadigmer.

Diskussion: Det diskuteres hvordan jordemoderens holdning, påvirker kvindernes oplevelse af omsorg. Endvidere diskuteres hvordan jordemoderen kan opnå indsigt i egen holdning om paradigmatisk tilgang via refleksion. På baggrund heraf, diskuteres hvordan bevidstheden kan bidrage til tilpasning af omsorgen i praksis.

Konklusion: Jordemødres holdninger til brugen af epidural analgesi påvirker oplevelsen af omsorg hos kvinder med epidural analgesi i varierende grad. Endvidere hersker der en uoverensstemmelse mellem jordemoderens paradigmatisk tilgang i omsorgen og kvindernes omsorgsbehov. Jordemoderen kan, med inddragelse af viden om kvindens behov samt viden om fødselsparadigmer, understøtte en refleksion om egen praksis, som kan bidrage i tilpasningen af omsorgen for kvinder med epidural analgesi.

Perspektivering: Der perspektiveres til hvordan konklusionen implementeres i praksis.

Abstract

Title: The power, the honor and the epidural – a bachelor project about midwives' attitudes regarding epidural analgesia and how women with epidural analgesia experience the maternity care.

Field of interest: Former studies have found that women who use epidural analgesia as a pain relief method during labour, in general report lower satisfaction with the experience of giving birth. In addition, women's experience of support, is affected by the midwife's attitude towards epidural analgesia.

Research question: Which attitudes do midwives have to epidural analgesia during the uncomplicated labour, and based on this, how might this affect the experience of care in women using epidural analgesia? In addition, how can the midwife, based on knowledge of birth paradigms, adjust the care for women using epidural analgesia?

Theory and method: The literature-based project is used as the method in the project. The research question is based on a human science perspective, but also in part a health science perspective. To answer the research question, the project includes two qualitative articles. Furthermore, a theory of birth paradigms is included.

Results: Midwives have different attitudes towards epidural analgesia during labour and affect women's experience of care in varying degrees. Midwives paradigmatic approach does not match the women's needs after administration of epidural analgesia. To adjust the care, the midwife must include knowledge about the woman's needs and combine aspects from all three paradigms.

Discussion: It is discussed how the midwife's attitude affect the women's experience of care. Furthermore, how it is possible for the midwife to gain insight into own paradigmatic approach using reflection as a tool. Based on this, it is discussed how this insight might contribute to adjust care.

Conclusion: Midwives' individual attitudes towards the use of epidural analgesia, affect the experience of care to varying degrees. Furthermore, there is a discrepancy between the midwife's paradigmatic approach in care and the women's care needs. By including the knowledge of the women's needs and knowledge of the birth paradigms, it is possible for the midwife to reflect upon her own practice, which can contribute to the adjustment of care for women with epidural analgesia.

Perspectivation: The perspectivation contributes to implementation in practice.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
2. Problemformulering	7
2.1 Afgrænsning	7
2.2 Begrebsdefinition	7
3. Mål og formål	8
3.1 Mål	8
3.2 Formål	8
4. Metodiske overvejelser	9
4.1 Projektets struktur	9
4.2 Overvejelser om problemformuleringens videnskabelige tilgang	9
4.3 Redegørelse og begrundelse for valg af metoder	10
4.4 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning	11
4.5 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur	12
4.5.1 "Epidurals during normal labour and childbirth – Midwives' attitude and experience"	12
4.5.2 "The experience of giving birth with epidural analgesia"	13
4.5.3 "The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth"	13
5. Redegørelse og analyse	15
5.1 "Epidurals during normal labour and birth – midwives' attitudes and experiences"	15
5.1.1 Vurdering af artiklens kvalitet	15
5.1.2 Redegørelse af artiklens resultater	17
5.2 "The experience of giving birth with epidural analgesia"	19
5.2.1 Vurdering af artiklens kvalitet	19
5.2.2 Redegørelse af artiklens resultater	21
5.3 Analyse af "Epidurals during normal labour and birth – Midwives attitudes and experiences" og "The experience of giving birth with epidural analgesia"	22
5.3.1 Holdning til fødselssmerter	23
5.3.2 Indflydelsen på fødselsforløbet	24
5.3.3 Opfyldelse af kvindens ønsker og behov	24
5.3.4 Substitut for kontinuerlig omsorg	25
5.3.5 Opsummering af analysefund	26
5.4 Redegørelse og analyse af "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth"	27
5.4.1 Krop og sind	28
5.4.2 Relation mellem patient og professionel	29
5.4.3 Strukturering af omsorg	30
5.4.4 Opsummering af analyseresultater	31
6. Diskussion	32
6.1 Resultatdiskussion	32
6.1.1 Jordemoderens holdning til kvindernes omsorgsbehov	32
6.1.2 Jordemoderens tilpasning af omsorgen	33
6.2 Metodediskussion	35
7. Konklusion	38
8. Perspektivering	40
9. Referencer	41
10. Bilag	44
10.1 Bilag 1 DOSIS-guide	44

1. Indledning

Fødslen er for mange forbundet med den værst tænkelige smerte, en kvinde kan blive udsat for (Lally et al, 2014, s. 1). Smerter er komplekse at forstå, da de er påvirket af både fysiologiske, psykologiske og sociokulturelle faktorer (Macdonald & Johnson, 2017, s. 628). I mange henseender, forbindes smerter med noget negativt, men under fødslen, tillægges smerterne en anden og mere meningsfuld betydning (ibid.) Ifølge sundhedspsykolog Mette Kold Jensen (2002), kan smerter under fødslen, være en kilde til vækst for kvinden. Omvendt påpeger hun, at smerterne kan tage magten fra kvinden, hvis hun oplever dem, som noget negativt. Smerterne tillægges dermed en psykologisk betydning, og kan ifølge Jensen, have indflydelse på kvindens oplevelse af fødslen (ibid.).

I takt med den teknologiske og medicinske udvikling, er mulighederne for at lindre smerter under fødslen blevet stadig flere. En af mulighederne for medicinsk smertelindring, er epidural analgesi (herefter benævnt EDA), som aktuelt er den mest effektive form for smertelindring (Sundhed.dk, 2022). Kort sagt, er EDA en lokalbedøvelse der anlægges mellem ryghvirvlerne og bedøver nervebanerne fra livmoderen (ibid.). Ifølge Macdonald og Johnson (2017) er konsekvensen af de mange medicinske muligheder, at flere ukomplicerede fødsler bliver medikaliseret (Macdonald & Johnson, 2017, s. 628). Medikaliseringen kan også ses i Danmark, hvor EDA i 2001 blev brugt ved 1,1 procent af alle fødsler, sammenlignet med 2021, hvor EDA blev brugt ved 25 procent af alle fødsler. Det betyder at ca. hver fjerde kvinde i dag, får EDA, hvilket gør os nysgerrige på, at undersøge kvindernes oplevelser i disse forløb.

Den norske læge Arne Rosseland, mener at den stigende brug af EDA, er en positiv udvikling i svangreomsorgen (Femina, 2016). Han mener, at EDA kan bidrage til at den fødende oplever fødslen mindre smertefuld, og dermed kan opnå større kontrol over fødslen (ibid.). Han påpeger, at nogle kvinder opgiver at gennemføre en vaginal fødsel igen, fordi at den forrige fødsel var så smertefuld, at de beder om et kejsersnit næste gang (ibid.). Rosseland mener, at vi kan forebygge antallet af kejsersnit, ved at give bedre smertelindring (ibid.) I henhold til Rosselands argument, om at EDA kan føre til bedre fødselsoplevelser, så viser et kvantitativt studie af Kannan et al (2001, s. 468), at kvinderne med EDA overordnet set var tilfredse med den smertelindrende effekt af EDA. Dog viste studiet også, at 88 procent af kvinderne rapporterede om en mindre tilfreds fødselsoplevelse, sammenlignet med dem som ikke fik EDA (ibid.)

I modsætning til disse resultater, viste et islandsk studie fra 2021, at kvinder som fik EDA under fødslen, havde en *fantastisk oplevelse* (Símonardóttir & Rúdólfsdóttir, 2021). Studiet tog udgangspunkt i kvinders oplevelse af at få EDA, på baggrund af en dominerende diskurs om at føde naturligt (ibid.).

Resultaterne viste desuden at brugen af EDA under fødslen var enormt hjælpsom, da mange af kvinderne oplevede at have urealistiske forventninger til smerterne under fødslen (ibid.). Med afsæt i de to studier, tyder det på divergerende evidens for, hvorvidt kvindernes oplevelse af at føde med EDA, er tilfredsstillende. I forbindelse med vores litteratursøgning har vi oplevet, at der er begrænset viden om danske kvinders oplevelse og omsorgsbehov ved brug af EDA. Vi er derfor nysgerrige på, hvordan danske kvinder oplever brugen af EDA i praksis, samt hvad der bidrager til god jordemoderfaglig omsorg for denne gruppe af kvinder.

I et antropologisk studie, undersøger Berthelsen og Gohr (2006) den danske fødselskultur, på baggrund af danske kvinder og deres partners, fødselsfortællinger. Det antropologiske studie udleder, at nogle kvinder har den overbevisning, at fødslen bliver god, såfremt fødslen foregår naturligt (Berthelsen & Gohr, 2006, s. 102). Flere af kvinderne mener ikke EDA er en del af den naturlige fødsel. Desuden påpeger en af kvinderne, at EDA ikke er noget som jordemødre billiger og at EDA ofte bliver refereret til som *prinsesse-blokade* og *som den absolut sidste løsning* (Ibid., s. 105). Nogle af kvinderne oplevede under fødselsforberedelsen, at informationen om EDA, ville være på baggrund af jordemoderens personlige holdning. En kvinde oplevede en jordemoder fortælle: *"(...) at nogle vil føle sig snydt ved at få en epiduralblokade, fordi så oplever de ikke en rigtig fødsel"* (ibid., s. 132). Vi er nysgerrige på hvordan jordemoderens holdning kan komme til udtryk i vejledningen om EDA. I henhold til lovgivningen kapital 5, så må ingen behandling indledes uden patientens informerede samtykke. Ved brug af EDA, har kvinden dermed ret til at blive informeret om risiko for komplikationer, samt bivirkninger ved behandlingen (Sundhedsloven, 2022, § 15). Blandt de mest almindelige bivirkninger til EDA, kan følgende nævnes; blodtryksskud, temperaturforhøjelse, motorisk blokade og urintension (Obstetrisk udvalg, DASAIM, 2021). Jordemoderen skal altså inddrage viden om bivirkninger i vejledningen om EDA, som en forudsætning for at kvinden kan træffe et informeret valg. Vi er nysgerrige på, om jordemoderens individuelle holdning til EDA kan påvirke vejledningen og dermed kvindens informerede valg.

I henhold til vores egne erfaringer med EDA, så oplever vi, at jordemoderens omsorg ikke er tilstrækkelig, hvis kvinden har brug for EDA. Dette bakkes op af Lis Munk, forkvinde for jordemoderforeningen, som udtaler i en onlineartikel: *"For år tilbage var der en holdning om, at man ikke var en lige så god jordemoder, hvis ens fødende havde brug for en epidural."* (ALT.dk, 2010).

Selvom Munks udtalelse var i 2010, så er vores oplevelse, at denne holdning stadig kan forekomme på fødegangene i 2022. Modsat oplever vi også, at nogle jordemødre er mere tilbøjelige til at anbefale EDA, fordi de ikke ser nogen grund til at kvinden skal have ulidelige smerter. På baggrund heraf, er vores oplevelse, at jordemødrene er splittede i deres holdninger til EDA.

Ifølge Line Hansen (2017), pædagogisk antropolog, kan jordemoderens holdninger opstilles på et spektrum. Jordemoderens placeringen på dette spektrum er forbundet til den enkeltes holdning og faglige syn, særligt på baggrund af holdning til smertelindring under fødslen. Yderpolerne på spektret er i den ene ende, *det naturvidenskabelige* og i den anden *det alternative/naturlige* (ibid.). *Vi er interesserede i, om jordemoderens placering på spekteret potentielt set kan påvirke den omsorg hun yder overfor kvinderne.* Gennem de seneste år har jordemødre indtaget førstepladsen af faggrupperes troværdighed (Radius, 2021). Vi antager, at jordemødres troværdighed, er baseret på befolkningens store tillid til jordemoderens faglighed. Det synes udfordrende, at jordemødre kan være påvirket af deres holdninger til EDA, og kvinderne samtidig har stor tiltro til jordemoderens vejledning.

Med udgangspunkt i ovenstående perspektiver udlægges det, at fødende kvinder med EDA har forskellige oplevelser af fødslen. Det skaber en nysgerrighed over, hvad der har påvirket kvindernes oplevelse. Desuden udledes det, at der er begrænset viden om kvinders oplevelse med EDA under fødslen, hvilket skaber en nysgerrighed omkring, hvad der bidrager til en god oplevelse for kvinder med EDA. Med afsæt i ovenstående perspektiver, udledes det at jordemødre har mange forskellige holdninger, og vi undrer vi os over hvorvidt jordemoderens holdning til EDA, kan påvirke kvindernes oplevelse. Denne undren leder op til følgende problemformulering:

2. Problemformulering

Hvilke holdninger har jordemødre til epidural analgesi under den ukomplicerede fødsel og hvordan kan dette påvirke oplevelsen af omsorg hos kvinder med epidural analgesi? Afledt heraf, hvordan kan jordemoderen med udgangspunkt i viden om fødselsparadigmer, tilpasse omsorgen for kvinder med epidural analgesi?

2.1 Afgrænsning

Der tages udgangspunkt i kvinder som tilvælger EDA som smertelindring under fødslen, og ikke som et led i en behandling.

2.2 Begrebsdefinition

Epidural analgesi: Der tages udgangspunkt i en fødeepidural, som er epidural analgesi til smertelindring under vaginal fødsel (Obstetrisk udvalg, DASAIM, 2021).

Omsorg: Omsorgsbegrebet vil i projektet forstås bredt, og tager ikke udgangspunkt i en konkret definition. Dette med henblik på at skabe nuancer af omsorgsbegrebet.

Fødselsparadigmer: Der tages udgangspunkt i Robbie Davis-Floyds definition af fødselsparadigmer, fra artiklen: "The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth" (2001).

Ukompliceret fødsel: Vi tager afsæt i vejledning om jordemoderens virksomhedsområde (2001), som definerer den ukomplicerede fødsel som, ét barn til termin (37+0 - 41+6) i baghovedpræsentation. Fødslen indsætter, forløber og afsluttes spontant uden brug af vefremmende medicin, hindsprængning, eller instrumentel forløsning (vejledning om jordemødres virksomhedsområde, 2001, § 2.2)

3. Mål og formål

I følgende afsnit vil der redegøres for projektets mål og formål.

3.1 Mål

Målet med projektet er at undersøge, hvilke holdninger jordemoderen har til EDA under den ukomplerede fødsel, og hvordan denne holdning, kan påvirke oplevelsen af omsorg hos kvinder med EDA. Dette for at belyse sammenhænge og uoverensstemmelser mellem jordemoderens holdning og kvindernes omsorgsbehov. Med afsæt i denne forståelse, inddrages viden om fødselsparadigmer, som kan bidrage til en forståelse af, hvilken paradigmatisk tilgang jordemoderens omsorg for kvinder med EDA, kan være påvirket af. Målet med denne forståelse er at undersøge, hvordan jordemoderen, med inddragelse af viden om fødselsparadigmer, kan tilpasse omsorgen hos kvinder med EDA.

3.2 Formål

Formålet med projektet er at skabe en øget opmærksomhed på, hvordan jordemoderen hvordan jordemoderen kan tilpasse omsorgen hos kvinder med EDA, på baggrund af kvindernes individuelle behov. Endvidere er formålet at skabe øget refleksivitet om jordemødres egen praksis. Det findes relevant at øge refleksiviteten om jordemødres omsorg for kvinder med EDA, da dette område er sparsomt belyst i litteraturen.

4. Metodiske overvejelser

Dette afsnit indledes med en præsentation af projektets struktur. Efterfølgende præsenteres metodiske overvejelser i projektet.

4.1 Projektets struktur

Projektet er struktureret således, at der i følgende afsnit præsenteres overvejelser i forbindelse med problemformuleringens videnskabelige tilgang. Herefter følger en redegørelse og begrundelse for projektets metode. Dernæst findes en beskrivelse af den systematiske litteratursøgning i forbindelse med udvælgelsen af projektets litteratur. Metodeafsnittet afsluttes med en præsentation og begrundelse af de litterære kilder i projektet.

Det efterfølgende punkt 5, indeholder projektets analyse. I det første afsnit findes en vurdering af den ene videnskabelige artikel (Aune et al., 2021), hvorefter der redegøres for artiklens resultater. Dernæst findes en vurdering af den anden videnskabelige artikel (Jepsen & Keller, 2014), hvorefter der redegøres for artiklens resultater. De to videnskabelige artikler vil indgå i en samlet analyse i afsnit 5.3. Herefter findes en integreret redegørelse og analyse af Davis-Floyds teori om fødselsparadigmer (2001), som vil blive sammenholdt med resultaterne af den første analyse.

I projektets punkt 6 findes en diskussion af analysernes resultater, hvor der inddrages perspektiver fra indledningen, samt ny litteratur af Steen Wackerhausen (2008) og Jakob Birkler (2021). Efterfølgende findes en methodediskussion, som har til formål at diskutere projektets valgte metode, problemformuleringens videnskabelige tilgang samt den udvalgte litteraturs relevans.

I punkt 7 findes projektets konklusionen, som har til hensigt at besvare projektets problemformulering. Slutteligt findes, i punkt 8, en perspektivering som relaterer konklusionen til et implementeringsperspektiv.

4.2 Overvejelser om problemformuleringens videnskabelige tilgang

Første del af problemformuleringen er forankret i den humanvidenskabelige tilgang, da den undersøger jordemødres holdning til EDA samt hvordan dette påvirker kvindernes oplevelse af omsorg. Ifølge Thisted (2019), tager humanvidenskaben afsæt i en forståelse af nogle menneskelige forhold, hvilket problemformuleringen er inspireret af (s. 57). Indenfor det humanvidenskabelige perspektiv, er den ontologiske antagelse, at den verden vi forholder os til, er verden for os, som mennesker (Thisted,

2019, s. 18-19). Med andre ord betyder det, at det genstandsfelt der undersøges, er en menneskelig forment virkelighed (ibid., s. 57). Den epistemologiske antagelse er hvilken adgang man mener, man har til viden om verden (Fuglsang & Olsen, 2009). Indenfor humanvidenskaben er den epistemologiske antagelse, at vores forståelse af verden, må ske gennem fortolkning (Thisted, 2019, s. 19). Ifølge Thisted (2019), så har vi ingen viden, uden at der ligger en fortolkning forud for denne. Problemformuleringens afsæt i humanvidenskaben synes fordelagtig, da den søger at fortolke jordemødres holdning og kvinders oplevelse, med henblik på at opnå en større forståelse.

Anden del af problemformuleringen er også forankret i den humanvidenskabelige tilgang, da den intenderer at undersøge, hvordan jordemoderen med inddragelse af viden om fødselsparadigmer, kan tilpasse omsorgen hos kvinder med EDA. Begrebet fødselsparadigmer tager afsæt i definitionen beskrevet i projektets afsnit 2.2. Ifølge Birkler (2021) er paradigmet et fælles videnskabeligt arbejdsmønster, som former nogle standarder for bedømmelse af viden. Med andre ord har praktikere altid et mønster 'med' når der skabes ny viden (s. 145-146). Teorien om fødselsparadigmer tager udgangspunkt i tre forskellige tilgang til fødselsomsorgen, som bør kombineres med henblik på at yde en optimal omsorg. Der ses en sammenhæng mellem de tre forståelser og de klassiske videnskabsteoretiske tilgange: natur-, human- og samfundsvidenskab. En syntese af disse tre videnskabsteorier, vil ifølge Birkler (2021), karakteriseres som en sundhedsvidenskabelig tilgang. Med afsæt i denne definition, vurderes fødselsparadigmebegrebet at være forankret i en sundhedsvidenskabelig tilgang.

4.3 Redegørelse og begrundelse for valg af metoder

I henhold til vores problemformulering, har vi valgt at arbejde med et litteraturbaseret projekt. Metoden er inspireret af det systematiske litteraturstudie, som indbefatter at fremsøge alt litteratur indenfor et givent område, og udvælge samt vurdere denne litteratur på en systematisk måde (Glasdam, s. 53). Med afsæt i det tidsmæssige aspekt for projektet, vurderes det ikke realistisk at fremsøge alt eksisterende litteratur indenfor området. I stedet tages afsæt i at fremsøge relevant litteratur på en systematisk måde. Den systematiske litteratursøgning er en essentiel del af metoden, og vil blive præsenteret i afsnit 4.4. Et af formålene med det systematiske litteraturstudie er, at bidrage med nye perspektiver til et problemfelt, ud fra allerede eksisterende litteratur (ibid., s. 53). Vi har vurderet denne metode anvendelig i besvarelsen af problemformuleringen, da der eksisterer litteratur som kan bidrage til besvarelsen af problemfeltet. Ifølge Glasdam (2015) er det unødigt at bruge tid og penge på at undersøge noget, som allerede er undersøgt (ibid., s. 53).

I besvarelsen af problemformuleringen har vi valgt at inddrage litteratur, som tager udgangspunkt i den kvalitative metode. Den kvalitative metode stræber mod den beskrivelse, der sætter os bedst i stand til at forstå og indleve os i den enkeltes livsverden (Jensen & Vallgård, 2021, s. 42). Metoden er

brugbar til at opnå en dybere forståelse af individet, og skabe en indsigt i hvordan patienter oplever forskellige praksisser, hvilket kan bidrage til forbedringer i praksis (ibid., s. 64). Vi finder den kvalitative metode relevant i besvarelsen af problemformuleringen, fordi vi ønsker at undersøge, hvordan jordemoderens holdning påvirker kvindernes oplevelse af omsorg med EDA. Som led i det litteraturbase-rede projekt ønsker vi at inddrage teori om fødselsparadigmer, som kan bidrage med nye perspektiver på, hvordan jordemoderen kan tilpasse omsorgen for kvinder med EDA under fødslen.

4.4 Redegørelse og begrundelse for litteratursøgning

I den indledende fase af litteratursøgningen, forsøgte vi at spore os ind på et emne ved at søge bredt på internettet og i allerede kendt litteratur. Dette kan ifølge Glasdam (2015), tydeliggøre sprogbruget på området, for at anskueliggøre relevante ord indenfor emnet (s. 37). Som en del af den indledende fase gjorde vi brug af *kædesøgning* som metode. Kædesøgningen bestod i at gennemgå referencer i allerede kendt litteratur, som yderligere kunne bidrage med videnskabelige artikler til projektet. Ifølge Glasdam (2015) kan der være en vis kvalitetssikring i at anvende litteratur som andre har brugt. Dog må man være opmærksom på, at kædesøgningen i længden vil føre til ældre artikler (s. 38). På baggrund af, at vi ønskede at fremsøge nyere litteratur om emnet, blev artiklerne i kædesøgningen med tiden, mindre relevante. Dog var det i mange af artiklerne muligt at finde emneord eller *keywords*, som artiklerne var inddelt efter. De fremsøgte *keywords* bidrog til en yderligere konkretisering af, hvilke *keywords* som var relevante i vores systematiske søgning.

Glasdam (2015) beskriver, at det forud for den systematiske søgning er vigtigt at lave en søgeprofil og søgestrategi (s. 38). Søgeprofilen er de ord som indgår i søgningen, mens søgestrategien er overvejelser om valg af database samt afgrænsninger af søgningen (ibid., s. 38). På baggrund af den indledende fase af vores litteratursøgning, udarbejdede vi en søgeprofil med ordene; 'fødsel', 'jordemoder', 'epidural' og 'oplevelse'. I vores søgestrategi udvalgte vi databaserne *CINAHL* og *PubMed*. *CINAHL* er en database med artikler indenfor sygepleje og emner relateret hertil; herunder jordemodervidenskab (ibid., s. 44). *CINAHL* er særligt god i forbindelse med fremsøgning af kvalitative artikler samt artikler om patientoplevelser. Eftersom vi i projektet ønsker at afsøge både kvindernes oplevelse og jordemoderens holdning, findes databasen brugbar i den systematiske søgning. *PubMed* er en stor sundhedsfaglig database som rummer artikler indenfor biomedicin, samt områder beslægtet hertil; herunder jordemodervidenskab (ibid., 43-44). Databasen opdateres dagligt, hvilket betyder at der findes nye artikler, som netop er udgivet elektronisk (ibid., s. 43). *PubMed* tillader dermed at vi kan fremsøge artikler, som i et nutidigt perspektiv, er mere overførbare. I forlængelse af dette valgte vi i søgestrategien at afgrænse vores søgning til artikler fra 2010–2022.

Den systematiske søgning blev foretaget med afsæt i DOSIS-guiden, som er udarbejdet af UCN Biblioteket (2021). DOSIS-guiden er både et værktøj og en dokumentation for den systematiske søgning, og kan findes i projektets bilag 1. Vi oversatte søgeprofilen til engelsk, og omsatte søgeprofilen til fire blokke i DOSIS-guiden. I hver blok blev der fremstillet synonymer for blokkenes respektive ord i kraft af både emneord og fritekstord. Emneordene er med til at give en mere præcis søgning og forkortes i *PubMed* 'MeSH' og i *CINAHL* 'MM' (Glasdam, 2015, s. 44-45).

Den systematiske søgning blev foretaget ved at kombinere blokkene med boolske operatoren. Først kombinerede vi de enkelte ord i hver blok med operatoren *OR*, hvilket resulterede i en foreningsmængde. Foreningsmængden er et udtryk for at søgningen i hver enkelt blok bredes ud, så der fremkommer flere resultater (ibid., s. 40-41). Derefter kombinerede vi foreningsmængderne i hver enkelt blok, med operatoren *AND*, som resulterer i en fællesmængde. Fællesmængden sikrer at alle blokkene er repræsenteret i de fremsøgte artikler, hvorfor søgningen indsnævres og præciseres på emnet. Slutligt afgrænsede vi søgningen til udelukkende at inkludere artikler fra 2010-2022.

I *PubMed* fremsøgte vi treoghalvtreds artikler, ved at kombinere alle fire blokke og foretage en tidsmæssig afgrænsning. I *CINAHL* fremkom nul artikler ved kombination af alle fire blokke, hvorfor vi valgte at udelade blok fire 'oplevelse' i søgningen. Der fremkom fem artikler, ved kombination af de første tre blokke, samt afgrænsning af artikler til perioden 2010-2022. Vi gennemlæste søgeresultaternes overskrifter samt abstracts og udvalgte to artikler på *PubMed*, henholdsvis nummer tre og nummer ti, som vi vurderede relevante i besvarelsen af projektets problemformulering.

Foruden de to videnskabelige artikler, har vi i projektet valgt at inddrage et teoretisk perspektiv fra artiklen "The technocratic, humanistic and holistic paradigm of childbirth" (2001) af Robbie Davis-Floyd. Teorien indgår som en del af pensum på jordemoderuddannelsen og vurderes relevant i besvarelsen af problemformuleringen.

4.5 Præsentation af og begrundelse for valg af projektets litteratur

4.5.1 "Epidurals during normal labour and childbirth – Midwives' attitude and experience"

I projektet inddrages den videnskabelige artikel "Epidurals during normal labour and childbirth – Midwives' attitude and experience" fra 2021. Forfatterne af artiklen er Ingvild Aune, Siri Brøtmet, Katrine Grytskog og Eldri Sperstad som er henholdsvis underviser på jordemoderuddannelsen i Trondheim og jordemødre på tre forskellige hospitaler i Norge. Artiklen er fra Norge og er udgivet i tidsskriftet *Woman and Birth*, der udgiver videnskabelige artikler indenfor graviditet, fødsel og de første seks uger post partum (ELSEVIER, 2022). Alle artikler i tidsskriftet er double blind peer-reviewed af eksperter indenfor artiklens fokusområde (ibid.).

Artiklen af Aune et al. (2021), tager udgangspunkt i kvalitative interviews med ti jordemødres holdning og erfaring med EDA under den normale fødsel. Baggrunden for den videnskabelige artikel er at undersøge, om jordemødres egne overbevisninger, erfaringer og præferencer med smertelindring under fødslen, kan påvirke kvinders valg af smertelindring. Artiklen inddrages med henblik på at besvare, hvordan holdningen til EDA er blandt jordemødre, og hvordan denne kan påvirke oplevelsen af omsorg hos kvinder med EDA.

4.5.2 “The experience of giving birth with epidural analgesia”

Vi har desuden valgt at inddrage den videnskabelige artikel “The experience of giving birth with epidural analgesia” af Ingrid Jepsen og Kurt Dauer Keller (2014). Begge forfattere er fra Danmark, hvor Jepsen er jordemoder og underviser på Jordemoderuddannelsen, University College Nordjylland, og Keller er underviser ved Institut for Læring og Filosofi på Aalborg Universitet (Jepsen & Keller, 2014, s. 98). Artiklen er udgivet i år 2014 og publiceret i tidsskriftet *Women and Birth*, som er beskrevet i ovenstående afsnit.

Baggrunden for studiet er, at undersøge hvad der konstituerer god jordemoderfaglig omsorg for kvinder med EDA, da et stigende antal kvinder anvender EDA under fødslen. Artiklen undersøger ni danske, førstegangsfødende kvinders oplevelse af EDA under fødslen, samt hvilken jordemoderfaglig omsorg de havde brug for (ibid., s. 98). Den videnskabelige artikel vurderes relevant i henhold til besvarelsen af problemformuleringen, da den giver indsigt i kvindernes perspektiv i forhold til oplevelsen af omsorg når der bruges EDA.

4.5.3 “The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth”

Afslutningsvis inddrages; “The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth”, af den amerikanske antropolog Robbie Davis-Floyd (2001). Teorien er fra en artikel, som er publiceret i tidsskriftet *International Journal of Gynecology & Obstetrics* i 2001. Davis-Floyd beskriver tre modeller, som påvirker fødsler; “the technocratic model of medicine”, “the humanistic model of medicine” og “the holistic paradigm og medicine” (Davis-Floyd, 2001). Modellerne er forskellige fra hinanden, men tager alle udgangspunkt i hvordan sundhedsprofessionelle, primært i den vestlige del af verden, forstår menneskekroppen og dens relation til sindet. Davis-Floyd har gennem mange års forskning interviewet psykologer, jordemødre, sygeplejersker og mødre, for kunne opstille de forskellige modeller (ibid., s. 5). Davis-Floyd argumenterer for at den sundhedsprofessionelle ved inddragelse af alle tre paradigmer, kan optimere kvaliteten af svangreomsorgen. Artiklen tager udgangspunkt i tolv forskel-

lige grundprincipper inden for hver model, og heraf udvælges de grundprincipper, som har mest relevans i besvarelsen af problemformuleringen. Dette med henblik på at opnå en indsigt i, hvordan jordemoderen kan tilpasse omsorgen for kvinder med EDA.

5. Redegørelse og analyse

Følgende afsnit indeholder redegørelse og analyse af projektets tre kilder. Afsnittet er struktureret således, at der først findes en vurdering af Aune et al.'s artikel (2021) og dernæst en redegørelse for artiklens resultater. Herefter følger en vurdering af Jepsen & Kellers artikel (2014) som også følges op af en redegørelse af artiklens resultater. De to artikler vil dernæst indgå i en forenet analyse med henblik på at fremanalysere, hvordan jordemødres holdning påvirker kvinders oplevelse af omsorg ved brug af EDA under fødslen. I det efterfølgende afsnit, vil artiklen af Davis-Floyd (2001) redegøres og analyseres, med inddragelse af resultaterne fra første analysedel. Dette med henblik på at fremanalysere hvordan jordemoderen med inddragelse af viden om fødselsparadigmer, kan tilpasse omsorgen for kvinder med EDA.

5.1 "Epidurals during normal labour and birth – midwives' attitudes and experiences"

5.1.1 Vurdering af artiklens kvalitet

Artiklens kvalitet vurderes ud fra Kvale og Brinkmanns definition i kapitel 15 i bogen *Interview – Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (2015). Kapitlet tager afsæt i begreberne reliabilitet, validitet, og generaliserbarhed, som henholdsvis siger noget om troværdigheden, styrken og overførbarheden af et forskningsinterview (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 313). Desuden er COREQ-tjeklisten anvendt som analyseredskab, til at bevidstgøre væsentlige pointer i vurderingen af artiklens kvalitet (Tong et al, 2007, s.349-357). Vurderingen vil i det følgende opstilles efter henholdsvis reliabilitet, validitet og generaliserbarhed.

Reliabilitet

Reliabilitet vedrører konsistensen og troværdigheden af forskningsresultater. Reliabiliteten behandles ofte i relation til spørgsmålet om, hvorvidt et resultat kan reproduceres på andre tidspunkter og af andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 318). Forfatterne lavede en interviewguide forud for de dybdegående interviews, som skulle sikre at samtalen blev holdt indenfor det valgte emne (Aune, et al., 2021, s. 385). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) må man som interviewer være opmærksom på ikke at stille ledende spørgsmål (s. 318) da dette kan påvirke interviewerreliabiliteten. Interviewguiden i studiet er med til at sikre, at forskerne tog udgangspunkt i de samme spørgsmål. Dette er med til at styrke interviewerreliabilitet og bidrager desuden med gennemsigtighed for læseren.

Interviewene blev optaget og transskriberet ordret. De transskriberede interviews blev analyseret ved brug af *systematic text condensation* (Aune, et al., s. 385), som er en beskrivende og udforskende metode til at analysere kvalitative data (ibid.). Denne metode tager udgangspunkt i fire trin og er udviklet af Kirsti Malterud (2017, refereret i Aune et al., 2021, s. 385). Alle forfatterne af artiklen deltog i analysen af de indsamlede data. Dette medvirker til at så mange detaljer, som muligt indgår i analysen, og er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) med til at gøre dataene mere konsistente og styrke reliabiliteten (ibid., s. 318).

Validitet

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015), henviser validiteten til sandheden, rigtigheden og styrken af et udsagn (s. 318). Validiteten drejer sig om, hvorvidt en metode undersøger det, den har til formål at undersøge. Det beskrives i artiklen, at der ligger en fænomenologisk metode til grunde for studiet og at metoden har til formål at undersøge jordemødres oplevelse og erfaring med EDA under den ukomplicerede fødsel (Aune, et al., 2021). Ifølge Thisted (2019) er fænomenologien forankret i den humanvidenskabelige tradition og lægger vægt på de oplevelsesmæssige sider ved tingene (Thisted, 2019, s. 63). På baggrund af studiets resultater, blev der udledt to temaer; "normal childbirth as the goal" og "challenges to the practice, knowledge, philosophy and experience of midwives" (Aune et al., 2021, s. 384). Temaerne omhandler jordemødrenes oplevelser, erfaringer og holdninger til EDA under den normale fødsel, og studiets resultater er dermed i overensstemmelse med det, som var formålet at undersøge. Dette vurderes at styrke artiklens validitet.

I følge Guldager (2015), bør forskere med et fænomenologisk sigte, sætte sin egen forforståelse i baggrunden, for dermed at kunne belyse "den andens" subjektive opfattelser med åbent sind (s. 81). Det fodrer, at forskeren er bevidst om egen forforståelse, således at denne ikke påvirker forskningens resultater. I artiklen af Aune et al., har forskerne bevidstgjort deres forforståelser ved at fremhæve egen opfattelse af problemfeltet, og hvad de i forvejen vidste om emnet (Aune et al., 2021, s. 384). Desuden skriver forfatterne eksplicit at de var bevidste om denne forforståelse under analysen af data (ibid., s. 385). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015), er denne bevidsthed og åbenhed med til at styrke validiteten.

Generaliserbarhed

Generaliserbarheden er i følge Kvale og Brinkmann (2015) beskrevet i forhold til, om resultaterne primært er af lokal interesse, eller om de kan overføres til andre subjekter, kontekster og situationer (s. 332). I studiet, blev der rekrutteret ti forskellige jordemødrene fra tre forskellige fødeafdelinger, som

hver især havde forskellig erfaring fra at arbejde på større og mindre fødeafsnit (ibid., s. 385). Kvinderne blev hver især, interviewet én gang. Ifølge Kvale og Brinkmann er antallet af interviews, i almindelige interviewundersøgelser typisk omkring femten, plus/minus ti, dvs. mellem fem og femogtyve interviews (ibid., s. 167). Studiets antal af interviews, vurderes passende i forhold til generaliserbarheden. Forfatterne argumenterer for, at på trods af, at studiet tager udgangspunkt i en mindre gruppe, så vurderes jordemødrenes detaljerede beskrivelser af deres oplevelser som relevante (Aune, et al., s. 388-389). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015), kan forskerne ved at eksplicite argumenterne, lade læserne vurdere holdbarheden af generaliseringspåstanden, også kaldet analytisk generaliserbarhed (s. 334). Vi vurderer at argumentet om de detaljerede beskrivelser understøtter generaliserbarheden af studiet.

Da den videnskabelige artikel tager udgangspunkt i norske jordemødres holdning og erfaringer fra norsk praksis, må der sættes spørgsmålstegn ved hvorvidt dette kan overføres til dansk kontekst. I Danmark anvendes EDA ved knap femogtyve procent af alle fødsler (Sundhedsstyrelsen, 2022, s. 221), og i Norge anvendes EDA ved ca. enogfyrre procent af alle fødsler (Det statslige norske radio- og tv-selskab, 2020). Det kan formodes at jordemødre i Norge har et andet erfaringsgrundlag med EDA. Ifølge SST kan Danmark og Norge sammenlignes på baggrund af landenes sundhedssystemer og befolkningens livsstil (Sundhedsstyrelsen, 2010, s. 6), hvilket bidrager til generaliserbarheden til en dansk kontekst.

Ydermere tager den videnskabelige artikel, udgangspunkt i retningslinjer af *The international confederation of midwives* (herfter, ICM) (Aune, et al., 2021, s. 385). Ligeledes er den danske jordemoderforening medlem af ICM, og hvorfor danske og norske jordemoder arbejder ud fra samme retningslinjer. På baggrund af ovenstående vurderer vi, at den videnskabelige artikels resultater (Aune, et al., 2021) i høj grad kan overføres til dansk kontekst.

Samlet vurdering

Ud fra ovenstående afsnit om vurdering af artiklen, samt gennemgangen af begreberne reliabilitet, validitet og generaliserbarhed, vurderes artiklen anvendelig i besvarelsen af problemformuleringens første del om jordemødres holdning til EDA under den normale fødsel.

5.1.2 Redegørelse af artiklens resultater

I følgende afsnit redegøres for artiklens (Aune, et al., 2021) temaer; "normal childbirth as goal" og "challenges to the practice, knowledge, philosophy og experience of midwives".

“Normal childbirth as goal”

“Normal childbirth as goal” omhandler jordemødrenes holdning til smerter og EDA under fødslen, samt hvordan jordemødrene oplever, at EDA påvirker fødslen (Aune, et al., 2021). I undertemaet; “attitudes to labour pain” (Aune et al., 2021) beskrives det at jordemødrene var enige om, at EDA fungerer godt som fysiologisk smertelindringsmetode, men at de var uenige om, hvorvidt EDA kan indgå som en del af den normale fødsel (ibid., s. 386). Desuden beskrives en variation i, hvor aktiv jordemoderen bør være i at arbejde med kvindens smerter under fødslen. Jordemødrene var bevidste om, at deres motivation for at arbejde med fødselssmerterne kunne påvirke, hvorvidt kvinden fik EDA eller ej. Ydermere pointerede jordemødrene, at valget om smertelindring er baseret på kvindens ønske, og ikke på baggrund af jordemoderens holdning (ibid., s. 383).

Jordemødrene var bevidste om at kvinderne havde stor tillid til dem og nogle af jordemødrene havde oplevet, at deres holdninger og erfaringer havde betydning for den smertelindring, kvinderne fik under fødslen (ibid., s. 383). Desuden havde jordemødrene blandet erfaring med, hvorvidt kvindernes fødselsoplevelse med EDA var positiv eller negativ.

I undertemaet “the influence on the course of labour”, fremhævede nogle af jordemødrene at de havde fortsat havde fokus på mobilisering hos kvinder med EDA, uanset om kvinden var liggende eller stående. Jordemødrene oplevede dog, at fokus ofte blev på hvile og afslapning, og at jordemødrene blev mere passive på stuen (ibid., s. 386).

”Challenges to the practice, knowledge, philosophy and experience of midwives”

I undertemaet; “fulfilling the womans wishes and needs”, forklarer flere af jordemødrene at de oplevede, at kvinder nu til dags, forventede at mærke så få smerter som muligt (ibid., s. 387). Der var uenighed blandt jordemødrene om, hvorvidt jordemoderen skulle inddrages i kvindens beslutning om EDA. Nogle jordemødre mente, at de måtte bidrage med deres viden og erfaring om EDA i henhold til kvindens beslutning. Andre mente at de udelukkende skulle følge kvindens ønske om EDA, uden yderligere vejledning og rådgivning. Flere af jordemødrene oplevede, at såfremt de informerede kvinderne grundigt om EDA, var der flere af kvinderne, som fravalgte det. Flere af jordemødrene understregede, at de havde en større viden om smertelindring end kvinderne, og at jordemoderen måtte bruge denne viden til at guide kvinden.

Slutteligt præsenteres undertemaet: “Substitute for continous support” (ibid., s. 387). Flere af jordemødrene italesatte, at kvinder med EDA under fødslen ikke havde samme behov for kontinuerlig om-

sorg. Jordemødrene oplevede at kvinderne blev mere rolige, hvilket betød at jordemødrene ikke behøvede at arbejde med kvinderne i lige så høj grad som før anlæggelsen af EDA (ibid., s. 387). Desuden blev det understreget af flere jordemødre, at omsorgsarbejdet med kvinderne kan være udfordrende, specielt om natten og ved travlhed. EDA kunne derfor være løsningen som en substitut for kontinuerlig omsorg (ibid., s. 387).

5.2 “The experience of giving birth with epidural analgesia”

5.2.1 Vurdering af artiklens kvalitet

Artiklens kvalitet vurderes ud fra samme parametre som i afsnit 5.1.1. I artiklen vurderer forfatterne selv studiets reliabilitet, validitet og generaliserbarhed (Jepsen & Keller, 2014, s. 101). Deres vurderinger indgår i de følgende afsnit.

Reliabilitet

I henhold til reliabilitet forholder forfatterne sig til det aspekt, at studiets forsker selv er jordemoder (ibid., s. 101). Forskeren besad dermed nogle kvalifikationer indenfor det område som skulle undersøges, hvilket muligvis kunne påvirke, hvordan interviewspørgsmålene blev stillet. Som tidligere omtalt, kan ledende spørgsmål påvirke interviewerrelibiliteten. I kraft af at forfatterne eksplicit skriver hvilke spørgsmål de har anvendt i interviewene, nedsættes risikoen for at forskeren har stillet ledende spørgsmål. På baggrund af dette, vurderer vi, at interviewerrelibiliteten er styrket.

Forfatterne har som en del af deres argumentation for studiets resultater, indsat citater fra informanterne i artiklen, hvilket bidrager til studiets konsistens. Det er dog ikke omtalt, hvorvidt interviewene er optaget og transskriberet, ligesom det heller ikke fremgår, hvem der har behandlet studiets data. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015), har det betydning for udfaldet af et studies resultater, hvem og hvor mange der har kodet og behandlet interviewene (ibid., s. 318). Udeladelsen af disse informationer udfordrer studiets gennemsigtighed, samt muligheden for at påvise lignende tendenser i andre situationer. Til gengæld findes der i artiklen en grundig gennemgang af studiets analytiske metode, som tager afsæt i en metodisk rammesætning af Enroth (1984, refereret i Jepsen & Keller, 2014, s. 99). Dette bidrager med transparens i forhold til sammenhængen mellem proces og resultater, og vurderes at styrke reliabiliteten i studiet.

Validitet

Det beskrives i artiklen, at der ligger en fænomenologisk metode til grunde for studiet, og at metoden har til formål at undersøge kvinders oplevelse af at føde med EDA (Jepsen & Keller, 2014, s. 99). I forfatterne egen validering af studiets kvalitet, beskriver de, at studiet havde en beskrivende fænomenologisk tilgang fremfor en fortolkende (ibid., s. 101). Formålet med denne tilgang var at skabe en åbenhed i interviewene, som kunne bidrage med overraskelser og uventede svar (ibid., s. 101). Dermed er det deltagernes subjektive oplevelser af fænomenet, der danner grundlag for forskningen.

Forfatterne har valgt at få indsigt i fænomenet gennem feltobservationer, interviews med henholdsvis jordemødre og kvinder (ibid., s. 99). Denne kombination kan ifølge Kvale og Brinkmann (2015) give en mere valid viden end hvis man blot spørger nogle få udvalgte personer om deres adfærd (ibid., s. 154). På baggrund af dette vurderer vi, at studiets design styrker validiteten. Dog kan det påpeges, at Jepsens tilstedeværelse på fødestuen under feltobservationerne kan have påvirket studiets resultat, da det fratager en del af naturligheden i situationen. Forfatterne påpeger selv, at dette kan have influeret jordemødrenes opmærksomhed på omsorgen (Jepsen & Keller, 2014, s. 102). Man kan derfor overveje om studiet i højere grad undersøger kvinders oplevelse af omsorg ved en fødsel med EDA, når jordemødre gør deres bedste, hvilket svækker validiteten af studiet.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) indebærer kommunikativ validitet, testning af videnspåstande i en samtale (s. 325). I studiet blev kvinderne interviewet to gange - første gang dagen efter fødslen og anden gang to til tre måneder efter fødslen (Jepsen & Keller, 2014, s. 99). Forskeren havde dermed mulighed for at validere sandfærdigheden af kvindernes udtalelser ved andet interview, hvilket styrker den kommunikative validitet. Som læser kan man dog undre sig over, at der ikke er inddraget citater og perspektiver fra interviewene med jordemødrene, hvilket svækker studiets validitet. I dette projekt har vi valgt at inddrage artiklen af Jepsen og Keller (2014) med henblik på at undersøge kvinders oplevelse af omsorg i forbindelse med EDA, hvorfor sidstnævnte perspektiv ikke vurderes at have betydning for studiets anvendelighed i projektet.

Generaliserbarhed

I henhold til generaliserbarheden i studiet, beskriver forfatterne at der på givne hospitalet, blev anvendt en bestemt opløsning af medicin i EDA. De pointerer, at andre hospitaler kan tilbyde en anden dosis og koncentration af medicin, hvilket begrænser studiets generaliserbarhed (ibid., s. 102). Med afsæt i analytisk generaliserbarhed, giver denne eksplicitering, læseren mulighed for selv at vurdere generaliseringspåstanden. Vi vurderer, at studiet kan generaliseres til kvinder der tilbydes sammen koncentration og dosis af medicin, som kvinderne i studiet tilbydes. Dosis og koncentration oplyses dog ikke i studiet, hvilket udfordrer overførbareheden til andre hospitaler.

På baggrund af studiet er foretaget i Danmark, vurderer vi at resultaterne i høj grad kan generaliseres til danske kvinder med EDA. Dette med afsæt i, at danske hospitaler har samme grundlæggende værdier, og at jordemødre i Danmark arbejder under samme lovgivning (Sundhedsloven, 2022) og med afsæt i samme anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2021).

Samlet vurdering

Med afsæt i reliabilitet, validitet og generaliserbarhed vurderes studiet anvendeligt i at belyse kvinders oplevelse af omsorg ved brug af EDA under fødslen. Der er fundet nogle begrænsninger, men overordnet vurderes studiets kvalitet tilstrækkelig for projektet.

5.2.2 Redegørelse af artiklens resultater

Forfatterne har identificeret tre hovedtemaer; “The worried woman and the unworried woman”, “The relation to the midwife” og “The influence of epidural analgesia upon labour” (Jepsen & Keller, 2014, s. 100-101). Vi fandt de to første temaer relevante i henhold til problemformuleringen, hvorfor sidste tema udelukkes fra projektet.

“The worried woman and the unworried woman”

I temaet “the worried woman and the unworried woman” har forfatterne konstrueret to idealtyper med afsæt i studiets analyse; *Den bekymrede kvinde* og *den ubekymrede kvinde* (Jepsen & Keller, 2014, s. 100). De to typer udviste forskellige reaktioner på EDA, som kom til udtryk i fem aspekter. Det første aspekt omhandler beslutningen om EDA. Den bekymrede kvinde havde ikke noget ønske om EDA forud for fødslen og ville have andre til at tage beslutningen om EDA for sig (ibid., s. 100). Den ubekymrede kvinde traf derimod, selv beslutningen om EDA, og opfattede denne som en fordelagtig mulighed (ibid., s. 100).

Det andet aspekt omhandler kontakten til barnet efter anlæggelse af EDA. Den bekymrede kvinde følte sig distanceret til fødslen, fordi hun ikke længere kunne mærke barnets bevægelser, mens den ubekymrede kvinde følte et større overskud til at fokusere på barnet (ibid., s. 100). Det tredje aspekt fokuserer på oplevelsen af kontrol efter EDA. Her adskiller de to typer sig ved, at den bekymrede kvinde oplevede kontroltab, mens den ubekymrede kvinde oplevede at genvinde kontrollen over fødslen (ibid., s. 100).

Fjerde aspekt omhandler bivirkninger ved EDA og beskriver, at den bekymrede kvinde ville forsøge at undgå EDA i en fremtidig situation på baggrund af bivirkninger, mens den ubekymrede kvinde ikke

tillagde bivirkningerne den store betydning (ibid., s. 100). Det sidste aspekt omhandler kvindernes selvværd. Den bekymrede kvinde havde en lav grad af selvværd og havde en følelse af at have fejlet på baggrund af at have fået EDA. Den ubekymrede kvinde havde en høj grad af selvværd, og havde det godt med valget om EDA (ibid., s. 100).

“The relation to the midwife”

I temaet “the relation to the midwife” fremgår det, at jordemoderens rolle, den sociale relation og kvaliteten af omsorgen havde essentiel betydning for kvindens fødselsoplevelse ved brug af EDA (ibid., s. 101). På baggrund af dette har forfatterne udledt tre undertemaer, som fremgår i de følgende afsnit. “The midwives acceptance of the choice of epidural analgesia” og “Communication with the midwife after initiation of epidural analgesia” (ibid., s. 101).

I undertemaet “The continuity and the presence of the midwife ” beskrives det, at jordemoderens fysiske tilstedeværelse de første en til to timer efter EDA-anlæggelsen var særligt vigtigt for kvinderne. Flere følte sig heldige hvis jordemoderen var til stede på stuen, fordi dette var forbundet med en oplevelse af sikkerhed (ibid., s. 101).

I undertemaet “The midwives acceptance of the choice of epidural analgesia “ fremkommer det, at kvinderne følte en ændring i kontakten med jordemoderen efter EDA-anlæggelsen. Kvinderne oplevede, at jordemoderen ændrede karakter fra at være omsorgsfuld, til at blive mere formel og informativ. Flere af kvinderne følte sig alene i valget om EDA, og havde et behov for at kende til jordemoderens holdning til deres valg. Kvindernes selvværd blev desuden påvirket af jordemoderens accept af deres valg (ibid., s. 101).

Det sidste undertema “Communication with the midwife after initiation of epidural analgesia” omhandler kommunikationen mellem jordemoder og kvinde efter EDA-anlæggelsen. Det beskrives, at nogle af kvinderne oplevede, at jordemoderen ikke hørte underliggende bekymringer bag spørgsmål til EDA-behandlingen (ibid., s. 101).

5.3 Analyse af “Epidurals during normal labour and birth – Midwives attitudes and experiences” og “The experience of giving birth with epidural analgesia”

I dette afsnit findes en samlet analyse af artiklerne af Aune et al. (2021) og Jepsen og Keller (2021). Afsnittet er struktureret efter temaerne i Aune et al.’s artikel (2021) med henblik på i de enkelte afsnit

at fremanalysere, hvilken holdning jordemødre har. Efterfølgende vil der i hvert enkelt afsnit inddrages perspektiver fra Jepsen og Kellers artikel (2014) med henblik på at fremanalysere, hvordan jordemødres holdning påvirker kvinders oplevelse af omsorg ved brug af EDA under fødslen.

5.3.1 Holdning til fødselssmerter

Det udledes i temaet “attitudes to labour pain”, at nogle af jordemødrene mente at smerter var en naturlig del af fødslen, og at jordemoderen skulle arbejde sammen med kvinden, fremfor at bruge smertelindring. Andre jordemødre mente at EDA var en god metode til at arbejde med kvindens smerter. Dette skabte en todelt holdning til hvorvidt EDA kunne indgå i den normale fødsel. En af jordemødrenes holdning kommer til udtryk i følgende citat: *“We have almost come to believe that it is normal both to have epidural and to stimulate a birth medically. But it is not normal. I think that a normal birth is a birth without interventions.”* (Aune et al., s. 386). Det fremanalyseres, at jordemødre har forskellige holdninger til hvad den normale fødsel indebærer af smertelindring. Vi tolker at denne forskellighed, kan påvirke den måde jordemoderen yder omsorg på, hvilket blandt andet kan komme til udtryk gennem jordemoderens accept af EDA under den ukomplicerede fødsel.

I henhold til kvindernes oplevelse med EDA under fødslen, kan det i undertemaet “the midwives acceptance of the choice of epidural analgesia” i Jepsen og Keller (2014) udledes, at jordemoderens accept af kvindernes valg om EDA har betydning for kvindernes selvværd. Vi tolker, at jordemoderens accept af kvindens valg om EDA har betydning for kvindens selvværd. I henhold til problemformuleringen, tolker vi, at kvindens grad af selvværd har betydning for hendes oplevelse når der anvendes EDA under fødslen.

Det er dog ikke udelukkende jordemoderens holdning, som har en betydning for kvindens oplevelse. Jf. Jepsen & Keller (2014) udledes to typer kvinder; *den bekymrede* og *den ubekymrede kvinde* (ibid., s. 100). Det udledes af artiklen, at en overvejende ubekymret kvinde vil have en høj grad af selvværd i forbindelse med valget om EDA, hvorimod en overvejende bekymret kvinde vil have et lavt selvværd i forbindelse med valget om EDA. Det udledes derfor, at kvindernes eget selvbillede, i større eller mindre grad, vil blive påvirket af jordemoderens accept. Vi tolker, at jordemoderen må være opmærksom på kvindens grad af selvværd. Med afsæt i de to typer af kvinder tolker vi, at jordemoderen i høj grad må være opmærksom på egen accept af EDA hos den bekymrede kvinde, da accepten i højere grad påvirker hendes selvværd negativt.

Ifølge Aune et al. (2021), påpeger jordemødrene selv, at kvinder er i en sårbar position i valget om EDA, og dermed er mere lydhør overfor jordemoderens råd. Vi tolker, at sårbarheden afhænger af graden af selvværd, som kvinden besidder. I artiklen af Aune et al. giver jordemødrene udtryk for, at de selv er bevidste om, at deres holdning kan påvirke kvindernes valg om EDA. Jordemoder Carina

påpeger: “*But it is obvious, if you inform her well enough, you can get her to do almost anything. So sometimes I offer an epidural simply to reach the goal.*” (Ibid., s. 386). Af dette citat fremanalyserer vi, at jordemoderen besidder en magtposition i relation til kvinden. Vi tolker, at denne magtposition potentielt kan påvirke kvindens valg om EDA under fødslen, dette med afsæt i at jordemoderens egen holdning ikke overskygger kvindens behov.

5.3.2 Indflydelsen på fødselsforløbet

Temaet fokuserer på jordemødres oplevelse af EDA's indflydelse på fødselsforløbet (Aune et al., 2021, s. 386). Med afsæt i redegørelsen udledes det, at jordemødre har forskellige oplevelser af, om EDA forkorter eller forlænger fødslen, samt om EDA leder til flere interventioner hos fødende. Vi tolker disse forskellige oplevelser som et udtryk for, at jordemødres holdning til EDA's indvirkning på fødselsforløbet i høj grad er baseret på individuelle erfaringer med EDA.

Ydermere fremgår det af artiklen (Aune et al.), at der er en variation i hvor meget jordemødre fokuserer på mobilisering af kvinden efter EDA (s. 386). Med afsæt heri, udleder vi, at jordemødre har forskellige holdninger til kvindens behov for mobilisering under fødsel med EDA. Vi tolker, at en jordemoder med fokus på mobilisering i højere grad er til stede på stuen, hvor en jordemoder med fokus på hvile, vil trække sig fra stuen for at give kvinden ro.

Ifølge tema 2, “*The relation to the midwife*” i Jepsen & Kellers (2014) artikel, oplevede kvinderne en ændring i omsorgen efter anlæggelsen af EDA i kraft af, at jordemoderen gik fra at være støttende og omsorgsfuld til at blive mere formelt informerende (s. 101). Dette fik kvinderne til at føle en større distance i relationen til jordemoderen. Af dette tolker vi, at kvinder oplever, at relationen til jordemoderen ændres, når de får EDA. Vi tolker at jordemoderens rolle bliver mere praktisk, i forbindelse med EDA, da hun eksempelvis skal bruge tid på at måle blodtryk og temperatur, hvilket kan opleves mere formelt for kvinden. Vi fremanalyserer en sammenhæng mellem, at kvinder oplever en ændring i relationen, og at nogle jordemødre trækker sig fra stuen på baggrund af en holdning til, at kvinden har brug for hvile. Vi tolker, at jordemoderens holdning påvirker kvindens relationen til jordemoderen og dermed oplevelsen af omsorg. Dette fordrer, at jordemoderen må være opmærksom på at have en støttende og omsorgsfuld tilgang til kvinden, både før og efter anlæggelsen af EDA. Vi tolker, at formelle informationer ikke opfylder kvindens omsorgsbehov.

5.3.3 Opfyldelse af kvindens ønsker og behov

Dette afsnit tager udgangspunkt i jordemoderens vejledning om brugen af EDA under fødslen. Ifølge Aune, et al. (2021) oplevede jordemødrene, at kvinderne ønskede at mærke smerterne under fødslen,

så lidt som muligt. Med afsæt i redegørelsen, fremanalyseres det at der eksisterer to forskellige måder, hvorpå jordemoderen kan vejlede kvinderne under fødslen. Vi tolker, at der er en todelt holdning blandt jordemødre til, hvilken grad de bør inddrage egen viden og erfaring i kvindernes beslutning om EDA.

Ifølge Jepsen og Keller (2014) er der også delte meninger blandt kvinderne i studiet om, hvorvidt jordemoderen skal inddrages i beslutningen om EDA. Den ubekymrede kvinde vil enten på forhånd eller under fødslen tage en selvstændig beslutning om EDA og have det godt med denne (ibid., s. 100). Vores tolkning er, at denne type kvinde er overvejende selvstændig og kun i mindre grad har behov for, og bliver påvirket af jordemoderens holdning. Den bekymrede kvinde vil derimod have andre til at tage en beslutning for sig (Jepsen & Keller, 2014, s. 101). Vores tolkning er, at en overvejende bekymret kvinde er mindre selvstændig i sine beslutninger, og dermed i højere grad efterspørger, og bliver påvirket af jordemoderens holdning. På baggrund af ovenstående, fremanalyseres det, at jordemødre har forskellige holdninger til hvor aktivt de skal inddrages i kvindens valg af EDA. Endvidere tolker vi, at jordemoderens holdning kan påvirke kvindernes oplevelse både positivt og negativt, alt efter hvor selvstændige de er.

Et af temaerne i Jepsen og Keller (2014) var, at kommunikationen mellem jordemoderen og kvinden kunne være udfordrende (s. 101). Et eksempel i artiklen var, at to forskellige kvinder spurgte jordemoderen om, hvornår hun slukkede EDA'en. Det eksplicite spørgsmål var det samme, men kvinderne havde forskellige underliggende spørgsmål. Den ene kvinde spurgte implicit, om hvornår hun kunne blive fri fra EDA'en, mens den anden spurgte for at sikre, at jordemoderen ikke slukkede EDA'en. Vi tolker, at kvinder med EDA har et behov for, at jordemødre er opmærksomme på underliggende spørgsmål. Endvidere forstår vi, at kvinder med EDA kan have bekymringer, som ikke kommer til udtryk, hvilket fodrer at jordemoderen må være nysgerrig på kvindens underliggende behov. Vi tolker, at såfremt kvinden ikke har en oplevelse af at blive mødt i sine bekymringer, kan det påvirke oplevelsen af omsorg.

5.3.4 Substitut for kontinuerlig omsorg

I temaet "Substitute for continuous support" udledes det, at jordemødrene oplevede, at EDA kunne være en substitut for kontinuerlig omsorg (Aune et al., 2021, s. 387). På baggrund af redegørelsen, udledes det, at jordemødre i særdeleshed oplever EDA som en hjælpende hånd i nattevagter og ved travlhed. Aune et al. (2014) påpeger, at en af årsagerne til, at jordemødrene oplever et nedsat behov for kontinuerlig omsorg hos kvinder med EDA er, at kvinderne fremstår mere rolige og i kontrol over situationen (ibid., s. 387). Dette fremgår af følgende citat: "*If you give an epidural, you do not need to work that active, as a midwife either*" (Aune et al., 2021, s. 287).

Citatet tolkes som et udtryk for, at jordemødre har en holdning til, at kvinder med EDA har et mindre behov for kontinuerlig omsorg. Med afsæt i redegørelsen af Jepsen & Keller udledes det, at jordemoderens fysiske tilstedeværelse er særligt vigtig for kvindernes oplevelse af omsorg. Det fremanalyseres, at jordemoderens tilstedeværelse, bidrager med en følelse af sikkerhed. På baggrund heraf tolkes, at der hersker en diskrepans mellem jordemødres holdning til kvindernes omsorgsbehov og kvindernes reelle behov for omsorg. Vi tolker, at kvinders reelle behov for omsorg indebærer jordemoderens fysiske tilstedeværelse på stuen.

Med afsæt i Jepsen og Kellers artikel (2014) udleder vi endvidere, at kvinder med EDA har varierende oplevelse af kontrol under fødslen alt efter hvilke personlighedskarakteristika, de har (Jepsen & Keller, 2014, s. 100). I studiet vil en bekymret kvinde have en oplevelse af at miste kontrollen over fødslen efter EDA, mens en ubekymret kvinde vil have en oplevelse af at genvinde kontrollen over fødslen (ibid., s. 100). Vi tolker, at kvinder har forskellige oplevelser af kontrol under fødslen efter anlæggelse af EDA, hvilket fordrer omsorg med afsæt i individuelle behov. Endvidere udledes det, at for at få indblik i kvindens individuelle behov, kræver det kontinuerlig tilstedeværelse af jordemoderen.

Kvindernes ændrede oplevelse af kontrol, kan ses i relation til at jordemødrene i Aune et al.'s artikel (2021) oplever en ændring i deres omsorgsrolle efter anlæggelsen af EDA. (s. 387). Jordemødrene oplevede at kvinder der fik EDA, blev mere rolige, hvilket gjorde de ikke behøvede at arbejde med kvinden i lige så høj grad som før anlæggelsen af EDA (ibid., s. 387). Vi fremanalyserer, at jordemødre har en tendens til at trække sig fra stuen, når kvinder får EDA, fordi kvinderne fremstår roligere. Vores tolkning er, at denne tilbagetrækning skaber en distancering i relationen til kvinden. I forlængelse af dette udledes det af Jepsen og Keller (2014), at kvaliteten af den sociale relation mellem kvinden og jordemoderen er essentiel for kvindens samlede fødselsoplevelse (Jepsen & Keller, 2014, s. 101). Vi tolker, at kvindernes behov for en social relation til jordemoderen ikke understøttes på baggrund af jordemoderens tendens til tilbagetrækning efter anlæggelse af EDA.

5.3.5 Opsummering af analysefund

På baggrund af ovenstående opsummeres analysefundene, i henhold til første del af problemformuleringen om, hvilke holdninger jordemødre har til EDA og hvordan dette kan påvirke oplevelsen af omsorg hos kvinder med EDA.

Det udledes at jordemødre har forskellige holdninger til EDA under den ukomplicerede fødsel. Dette kommer til udtryk ved, at jordemødre har forskellige holdninger til om EDA kan indgå som en del af den normale fødsel, og at jordemødres individuelle erfaringer påvirker deres holdning til EDA. Endvidere udledes det, at jordemødre har forskellig holdning til hvor meget de skal involvere sig i kvindens

ønske om EDA, samt hvorvidt EDA fordrer mobilisering og tilstedeværelse eller ro og tilbagetrækning. Slutteligt konkluderes det, at jordemødre har en holdning til at EDA kan kompensere for deres tilstedeværelse og den kontinuerlige omsorg for kvinden.

Det udledes, at jordemoderens accept af EDA påvirker kvinders selvværd og selvbillede i varierende grad, alt efter om kvinden er overvejende bekymret eller ubekymret. Endvidere udledes det, at jordemødre besidder en magtposition, som kan påvirke omsorgen for kvinden. De to typer kvinder har en varierende oplevelse af kontrol efter EDA, hvilket fordrer at jordemoderen tager afsæt i kvindens behov fremfor egen opfattelse af kvindens omsorgsbehov. Endvidere udledes det, at kvinder oplever en ændring i den jordemoderfaglige omsorg efter anlæggelsen af EDA, hvilket påvirker relationen mellem kvinden og jordemoder. Relationen har stor betydning for kvinders omsorgsoplevelse, hvilket kræver en fysisk tilstedeværelse fra jordemoderen. Der opstår en diskrepans mellem, at jordemødre har en holdning til, at EDA kan kompensere for den kontinuerlige omsorg, og at kvinderne har et behov for jordemoderens fysiske tilstedeværelse.

5.4 Redegørelse og analyse af “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”

I følgende afsnit vil artiklen “the technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth” af Robbie Davis-Floyd (2001) blive redegjort for og efterfølgende analyseret i henhold til analyseresultaterne i afsnit 5.3. I artiklen bliver paradigmerne omtalt som tre modeller, som hver især bliver præsenteret igennem tolv grundprincipper. De tolv grundprincipper bliver præsenteret i hver model, med udgangspunkt i modellens synspunkt og forståelse heraf. De følgende afsnit tager udgangspunkt i seks forskellige grundprincipper. Grundprincipperne er udvalgt på baggrund af relevans for besvarelsen af problemformuleringen, om hvordan jordemoderen, med inddragelse om viden af paradigmer, kan tilpasse omsorgen hos kvinder med EDA. Formålet med teorien er at give sundhedsprofessionelle kendskab til de tre paradigmer indenfor fødselsomsorgen. I forlængelse af dette bør den sundhedsprofessionelle kombinere elementer fra alle tre paradigmer i praksis, da dette i ifølge Davis-Floyd, kan skabe den mest effektive svangreomsorg. Vi anvender artiklen til at fremanalysere, hvilken omsorg kvinder med EDA efterspørger, samt hvilke paradigmer jordemødrene arbejder under i omsorgen for kvinder med EDA. Dette med henblik på at undersøge hvordan jordemoderen med inddragelse af viden om fødselsparadigmer kan tilpasse omsorgen for kvinder med EDA.

5.4.1. Krop og sind

Modellerne adskiller sig i deres tilgange til krop og sind. I den teknokratiske model anses den menneskelige krop som værende en maskine, der er frigjort fra det menneskelige sind (Davis-Floyd, 2001, s. 6). Kroppen kan dermed gå i stykker, undersøges og reparerer uden, at det påvirker sindet (ibid., s. 6). Den humanistiske model anerkender, at krop og sind er i konstant kontakt, og at man i behandlingshenseender må have fokus på heling af begge (ibid., s. 10). Kroppen anses som en organisme, der kan føle smerte og reagere emotionelt. Modellen tilgodeser både biologi, psykologi og socialt miljø i relationen mellem krop og sind (ibid., s. 11). I den holistiske model er kroppen og sindet forenet (ibid., s. 16). Modellen tillægger sjælen og det åndelige en stor betydning i synet på menneskets helhed. Desuden anses kroppen som et energisystem, der er i konstant kontakt med energier fra andre mennesker (ibid., s. 16). Redegørelsen vil i følgende afsnit, danne grundlag for en analyse, hvor der inddrages resultater fra projektets første analyse, der fremgår af afsnit 5.3.

På baggrund af analyseafsnit 5.3.4 udledes det, at der overordnet set eksisterer to typer kvinder. Dette kommer blandt andet til udtryk i kvindernes oplevelse af kontrol efter anlæggelse af EDA. En bekymret kvinde vil have en oplevelse af at miste kontrollen over fødslen, mens en ubekymret kvinde, vil have en følelse af at genvinde kontrollen. Vi tolker, at kvindens subjektive oplevelse af enten at miste eller genvinde kontrol som følge af EDA, relaterer sig til kvindens sind. På baggrund af dette, tolker vi at kvinder med EDA anser krop og sind som værende tæt forbundet. Det fremanalyseres at der er en sammenhæng mellem kvindens forståelse af krop og sind, og forståelsen indenfor den humanistiske model. Dette med afsæt i, at den humanistiske model anerkender at krop og sind er i konstant kontakt.

Vi fremanalyserede i afsnit 5.3.2, at kvinder oplever en ændring i omsorgen efter at have fået EDA. Omsorgen ændrer karakter fra at være nærværende og støttende til at være mere formel og informerende. Vi forstår, at jordemoderen forud for EDA må have været mere fysisk og psykisk tæt på kvinden, og vi tolker at kvinderne har oplevet denne omsorg som positiv. Heraf tolkes det, at jordemoderen forud for EDA ser krop og sind som værende tæt forbundet, hvilket relaterer sig til forståelsen indenfor den humanistiske model. Ydermere tolker vi, at nærværet også kan opfattes som et energifelt, hvor jordemoderen og kvindens energier influerer hinanden, hvilket tager afsæt i værdier fra den holistiske model. Jf. analysen ændrer jordemoderens omsorg karakter efter anlæggelsen af EDA til at fokusere på praktiske opgaver og formel information. Vores analyse er, at jordemoderens opfattelse af krop og sind efter EDA, bærer præg af en forståelse af kroppen som en maskine, da fokus bliver på at måle blodtryk og temperatur. Heraf tolker vi, at jordemoderens fokus på sindet reduceres efter anlæggelsen af EDA. Dette antyder, at omsorgen i høj grad er påvirket af de værdier som hersker indenfor den teknokratiske model.

Af ovenstående analyse udledes det, at kvinder med EDA foretrækker omsorg indenfor den humanistiske model med afsæt i, at de oplever krop og sind som værende tæt forbundet. Det udledes, at jordemødres omsorg inden anlæggelsen af EDA er påvirket af værdier indenfor den humanistiske og holistiske model, og efter anlæggelse af EDA er påvirket af værdier indenfor en teknokratisk model. På baggrund af dette, tolker vi, at der ved brug af EDA, kan være en uoverensstemmelse mellem kvinders omsorgsbehov og jordemødres holdning til omsorgsbehovet hos kvinder med EDA. Vores analyse er, at denne uoverensstemmelse kan påvirke kvinders oplevelse af omsorg ved brug af EDA. Vi udleder at kvindens behov kan tilpasses ud fra den humanistiske model.

5.4.2. Relation mellem patient og professionel

I de tre modeller ansues relationen mellem patient og professionel forskelligt. Indenfor den teknokratiske model anses patienten som et objekt, hvormed den professionelle frigøres for al ansvar for patientens psyke (ibid., s. 6). Den professionelle forholder sig ikke til patientens følelser, og relationen er dermed distanceret. I den humanistiske model er relationen baseret på en ægte menneskelig kontakt mellem patient og professionel (ibid., s. 11). Den professionelle behandler patienten med empati og respekt, og den gensidige relation er essentiel for behandlingsprocessen (ibid., s. 12). Opfattelsen indenfor den holistiske model er, at patienten, som her omtales klienten, skal ses i relation til hele sin livskontekst (ibid., s. 17). Relationen er karakteriseret ved, at den gensidige interaktion, kan få klienten og den professionelle energifelter til at fusionere (ibid., s. 18).

I analyseafsnit 5.3.2 udledte vi, at den sociale relation til jordemoderen har stor betydning for den samlede fødselsoplevelse hos kvinder med EDA. Endvidere udledte vi, at jordemoderens fysiske tilstedeværelse på stuen er forbundet med en følelse af sikkerhed for kvinder med EDA. Vi fremanalyserer, at sikkerheden bidrager til opretholdelsen af en tryk relation, hvilket afspejler et ønske om en ægte menneskelig kontakt. Det tolkes at kvindernes behov om en ægte menneskelig kontakt, kan tilpasses ud fra den humanistiske model. Kvindernes ønske om jordemoderens tilstedeværelse kan også forstås som, at jordemoderen i kraft af sin tilstedeværelse udsender energier, der understøtter kvindens oplevelse af omsorg. I dette tilfælde, vil kvindernes omsorgsbehov i højere grad blive tilpasset ved at jordemoderen arbejder ud fra den holistiske model.

Ifølge analyseafsnit 5.3.4, er jordemødres oplevelse, at kvinder med EDA er mere rolige og dermed har et mindre behov for jordemoderens fysiske tilstedeværelse. Endvidere fremhæves det, at jordemødre ser EDA som en hjælpende hånd i situationer, hvor der er travlt og i nattevagter. Jf. Første analyse har jordemødre en holdning til, at EDA i nogen grad kan erstatte den kontinuerlige omsorg, hvilket må antages at påvirke relationen til kvinden. Endvidere tolker vi, at jordemødre kan have en tendens til at udvise mindre følsomhed overfor kvinder med EDA, fordi at jordemoderen trækker sig fra

stuen. Dette gør at relationen bliver distanceret, hvilket vi tolker er i overensstemmelse med en teknokratisk forståelse af relationen. Endvidere tolker vi, at jordemoderen forholder sig mindre til kvindens følelser, hvilket også er i overensstemmelse med en teknokratisk forståelse.

Med afsæt i ovenstående tolker vi, at der hersker en uoverensstemmelse i kvindernes og jordemødrenes tilgang til relationen. Det udledes at jordemoderens tilgang er påvirket af en teknokratisk forståelse. Vi udleder at kvindernes behov imødekommes ud fra en humanistisk og holistisk forståelse, hvilket jordemoderen må inddrage i tilpasningen af omsorgen. jordemødres omsorg tager afsæt i den teknokratiske model.

5.4.3. Strukturering af omsorg

De tre modeller adskiller sig fra hinanden i forhold til standardisering og individualisering af omsorg, samt om ansvaret for behandlingen ligger hos den sundhedsprofessionelle eller hos patienten (Davis-Floyd, 2001, s. 7). I den teknokratiske model findes en hierarkisk organisering, hvor ansvaret og autoriteten ligger hos den sundhedsprofessionelle. Omsorgen standardiseres, da fokus er på optimering og på baggrund af retningslinjer (ibid., s. 7-8). I den humanistiske model findes en balance mellem institution og den individuelle. Ansvar er ligeligt fordelt, og fokus er på fælles beslutningstagen (ibid., s. 12-13). I den holistiske model ligger ansvaret hos den individuelle. Omsorgen er i høj grad individualiseret, hvor den sundhedsprofessionelle udelukkende kommer med inputs, som er på baggrund af den sundhedsprofessionelle intuitive fornemmelse af patientens behov (ibid., s. 18-19).

I henhold til analyseafsnit 5.3 udledes det overordnet at der eksisterer to typer kvinder med forskellige behov. Vi tolker, at kvindernes forskellige behov, fordrer at jordemoderen yder individualiseret omsorg. Den individualiserede omsorg, relaterer sig til forståelsen indenfor den holistiske model. Det udledes i analyseafsnit 5.3.3, at det er forskelligt hvordan den bekymrede og ubekymrede kvinde er i stand til at italesætte sine behov og træffe beslutninger. Den bekymrede kvinde, har svært ved at træffe beslutninger, og vil gerne have jordemoderen til at gøre det for sig. Vores tolkning er, at de bekymrede kvinder efterspørger omsorg, som både kan tage afsæt i den teknokratiske eller den holistiske model. Såfremt kvinden ønsker at jordemoderen skal tage beslutningen for sig, må det tage udgangspunkt i den teknokratiske model, hvor ansvaret for behandling ligger hos den sundhedsprofessionelle. Dog kunne det også tolkes, at omsorgen tog udgangspunkt i den holistiske model, hvor jordemoderen skal bruge sin intuition til at fornemme kvindens ønsker og dermed hjælpe hende til at kunne træffe en beslutning. Den ubekymrede kvinde kan selvstændigt tage en beslutning om EDA og have det godt med denne beslutning, hvorfor vi tolker, at dette efterspørger omsorg indenfor den holistiske model, fordi ansvaret ligger hos kvinden.

I analyseafsnit 5.3.3, kommer det til udtryk, at jordemødre har delte holdninger til, hvorvidt de bør inddrages i kvindernes beslutning om EDA. Nogle af jordemødrene mente, at de udelukkende burde tage udgangspunkt i kvindens ønske om EDA. Vores fortolkning er, at jordemoderen vil opfatte det som omsorgsfuldt udelukkende at tage udgangspunkt i kvindens ønsker, og dermed ikke inddrage egne holdninger. Dette tager i høj grad udgangspunkt i den holistiske model, hvor jordemoderen ligger ansvaret hos kvinden. Andre jordemødre mente, at de må tage del i ansvaret om kvindens beslutning om at få en EDA. Vi tolker, at jordemødrene har en overbevisning om, at der kunne være et alternativ, som i deres optik er mere fordelagtig for kvinden. Disse jordemødre bruger deres viden og erfaring til at tilpasse omsorgen, som de forventer kvinderne har brug for. Jordemoderen tager dermed udgangspunkt i den humanistiske model, hvor hun præsenterer kvinden for fordele og ulemper og tager del i en fælles beslutningstagen.

I henhold til problemformuleringens afsæt om, hvordan jordemoderen kan tilpasse omsorgen hos kvinder med EDA, så er kvindernes overordnede behov, at omsorgen bliver individualiseret, som i høj grad tager udgangspunkt i den holistiske model. Det fordrer, at jordemoderen er nysgerrig på den enkeltes kvindes behov og ønsker. Det fremanalyseres at kvindernes behov for at tage ansvar for egen behandling er forskellig, og at jordemødrenes tolkning af kvindernes behov er forskellig. Såfremt at omsorgen for kvinder med EDA skal tage udgangspunkt i individuelle behov, kræver det, at jordemoderen tilpasser at arbejde under den model, som kvinden har behov for.

5.4.4 Opsummering af analyseresultater

Det udledes af ovenstående analyse, at jordemoderens udgangspunkt ikke nødvendigvis stemmer overens med kvindens efterspørgsel af omsorg. På baggrund af Davis-Floyd (2001) kan jordemoderen tilpasse omsorgen for kvinder med EDA, ved at kombinere elementer fra alle tre paradigmer. Det udledes at jordemoderen ikke formår at kombinere alle tre paradigmer, og for det meste har en tilgang med afsæt i et enkelt paradigme. Samtidig udledes det, at kvinderne ikke umildbart efterspørger omsorg indenfor alle tre paradigmer, men i høj grad efterspørger omsorg indenfor det humanistiske og holistiske paradigme. I det sidste afsnit af analysen er resultaterne mere tvetydige i henhold til, hvilket paradigme jordemødrene arbejder under, og hvilke omsorgsbehov kvinden har. Det væsentlige i dette afsnit er, at der eksisterer forskellige kvinder med forskellige behov. Fælles for kvinderne er, at de efterspørger omsorg med afsæt i individuelle behov, hvilket fordrer at jordemoderen udforsker hvilken type kvinden er. Dette med henblik på at tilpasse omsorgen med afsæt i individuelle behov, hvilket relaterer sig til værdier indenfor det holistiske paradigme. Overordnet kræver det, at jordemødre må have en bevidsthed om, hvilket paradigme de skal arbejde under, med henblik på at opfylde kvindens omsorgsbehov.

6. Diskussion

I dette afsnit præsenteres først en diskussion af analysens resultater sammenholdt med relevante teorier. Dernæst fremgår en diskussion af projektets metode.

6.1 Resultatdiskussion

I første afsnit; “jordmoderens holdning til kvindernes omsorgsbehov” præsenteres en diskussion af analysefundene i afsnit 5.2, hvor der inddrages relevante perspektiver fra indledningen. Afsnittet diskuterer første del af problemformulering om, hvordan jordmoderens holdning kan påvirke kvindernes oplevelse af omsorg med EDA under den ukomplicerede fødsel. Andet afsnit “jordmoderens tilpasning af omsorgen” indeholder en diskussion af analysefundene i afsnit 5.4 med inddragelse af teorier af Steen Wackerhausen (2008) og Jakob Birkler (2021), samt relevante perspektiver fra indledningen. Dette med henblik på at besvare anden del af problemformuleringen om, hvordan jordmoderen med viden om fødselsparadigmer kan tilpasse omsorgen for kvinder med EDA.

6.1.1 Jordmoderens holdning til kvindernes omsorgsbehov

På baggrund af analysefundene i afsnit 5.3 fremgår det at jordemødre har mange forskellige holdninger til EDA. Disse holdninger tager bl.a. afsæt i, hvorvidt EDA kan indgå i den normale fødsel, og i hvilken grad kvinderne har behov for hvile og mobilisering. Derudover tager jordmoderens holdning afsæt i hvor høj grad jordmoderen skal inddrages i fælles beslutningstagen, og hvorvidt EDA kan erstatte den kontinuerlige omsorg. Jf. analyseafsnit 5.3 er jordmoderens holdning betinget af egen erfaring. Jordmoderens erfaring danner grundlag for deres holdning til god jordemoderfaglig praksis for kvinder med EDA. Ydermere må det antages, at jordmoderens praksis tager afsæt i at yde bedst mulig omsorg for kvinderne. Det kan diskuteres om jordmoderens egen holdning understøtter en omsorg, som opfylder kvindernes behov, når det jf. indledningen påpeges, at 88 procent af kvinder, som får EDA under fødslen, har en dårligere oplevelse end dem, som ikke får EDA (Kannan, et al., 2001, s. 468). Det lader til, at jordemødres holdning til kvinders omsorgsbehov ikke stemmer overens med kvindernes reelle omsorgsbehov. Det opstiller en diskussion om, hvorvidt jordemødre inddrager kvindernes perspektiv i deres holdning til EDA.

Jf. analysefundene i afsnit 5.3 påtaler jordemødrene ikke noget om de forskellige typer kvinder, som kan fordre forskellige omsorgsbehov. I henhold til analysefundene, udledes det, at kvinders oplevelse af EDA under fødslen er meget forskellig afhængig af om kvinden er en overvejende bekymret eller

ubekymret type. Det fremkom af analyseafsnit 5.3 er, at særligt den bekymrede kvinde vil opleve fødslen med EDA som mindre positiv. Den bekymrede kvinde oplever, at beslutningen om EDA er svær, at hun får et dårligere selvværd, og at hun mister kontrollen over sin krop. Det kan diskuteres om de bekymrede kvinders oplevelse ydermere kan forværres, såfremt jordemoderens holdning bliver tydeliggjort under fødslen. Omvendt efterspørger den bekymrede kvinde også, at få jordemoderens holdning og vejledning i forbindelse med beslutningen om EDA. Desuden har kvinderne i høj grad behov for jordemoderens accept af hendes valg. Disse modstridende behov, gør det vanskeligt at vurdere i hvilken grad holdningerne skal indgå omsorgen. Den ubekymrede kvinde vil derimod ikke have behov for jordemoderens holdning og vejledning i valget om EDA. Dette vidner om, at de ubekymrede kvinder vil opleve jordemoderens inddragelse af viden og egen holdning som overflødig. Kvinderne vil dermed ikke opfatte jordemoderens inddragelse af egen holdning som omsorg, men ønsker derimod at blive anerkendt i sin selvstændige beslutning. Det tyder altså på at kvinderne har forskellige omsorgsbehov, som bliver påvirket af jordemoderens tilgang til omsorgen på forskellige måder.

Det kan diskuteres om det bliver tilfældigt, om kvindens oplevelse af omsorg bliver god eller dårlig afhængig af, hvilken jordemoder de får tildelt under fødslen. Jf. indledningen, så kan jordemoderens professionelle identitet placeres på et spektrum, hvor yderpolerne er det naturvidenskabelige og det naturlige/alternative (Hansen, 2017). Ydermere udledes det, at jordemoderens placering på dette spektrum afhænger af den enkeltes holdninger, særligt i brugen af smertelindring (ibid.). Som udledt i ovenstående afsnit er kvinders omsorgsbehov forskellige, afhængig af, hvilken type de er. Såfremt jordemoderens praksis er betinget af den professionelles holdning, vil det kun være de kvinder som besidder samme overbevisning som jordemoderen, der får deres omsorgsbehov opfyldt. Dermed kan det forekomme tilfældigt, om kvindernes oplevelse af omsorg bliver positiv eller negativ, på baggrund af sammensætningen af jordemoder og kvinde. Dette perspektiv skaber overvejelser om, hvorvidt jordemoderen kan gøre sig fri for egne overbevisninger, eller om den enkeltes holdning er dybt indlejret i underbevidstheden. Dette perspektiv vil blive diskuteret i følgende afsnit med henblik på at besvare hvordan jordemoderen kan tilpasse omsorgen for kvinder med EDA.

6.1.2 Jordemoderens tilpasning af omsorgen

I analysen af Davis-Floyd (2001) fremkom det, at der eksisterer uoverensstemmelser mellem omsorgsbehovet hos kvinder med EDA og den paradigmatisk tilgang jordemoderen yder omsorg ud fra. Uoverensstemmelserne synes problematiske i det perspektiv, at omsorgen ikke tilpasses kvindernes behov. Endvidere fremkom det i analysepunkt 5.3.1, at jordemoderen besidder en magtposition i relationen til kvinden. Magtpositionen kan blandt andet relateres til, at jordemødre har en enormt høj troværdighed blandt borgere, jf. Undersøgelsen af Radius (2021) i indledningen. Dette vidner om at kvinder med EDA, formegentlig har stor tillid til jordemoderens arbejde, hvilket på den ene side er en

enorm anerkendelse, men på den anden side fordrer at jordemødre ikke bruger deres magt uhensigtsmæssigt. I relation til føromtalt uoverensstemmelse, kan det tyde på, at jordemoderen står fast på egen holdning, fremfor at imødekomme kvindens behov hvilket kan ses som et udtryk for, at magten bruges uhensigtsmæssigt. Samtidig fremkom det i analyseafsnit 5.3.1., at jordemødre selv er bevidste om deres magtposition, hvilket leder op, hvordan bevidstheden kan bidrage i tilpasningen af omsorgen for kvinder med EDA. Dette vil i de følgende afsnit blive diskuteret.

Davis-Floyd beskriver i sin artikel, at god praksis indebærer, at den sundhedsprofessionelle inddrager relevante aspekter fra alle tre paradigmatisk modeller i sin omsorg. I henhold til hvordan jordemoderen tilpasser omsorgen for kvinder med EDA, kan Davis-Floyds beskrivelse fremstå som en simpel løsning på problemet. Ifølge Birkler (2021) vil det være en misforståelse at tro, at vi selv kan vælge mellem paradigmer. Birkler anser paradigmer, som værende noget vi er indfanget af i vores arbejde og derfor kun sjældent er bevidste om (Birkler, 2021, s. 124-125). Denne antagelse udfordrer først og fremmest Davis-Floyds teori, men kan muligvis også være med til at forklare, hvorfor det kan være vanskeligt for jordemødre at tilpasse omsorgen for kvinder med EDA. Birkler (2021) påpeger i definitionen, at vi sjældent er bevidste om det paradigme, vi arbejder indenfor, hvorfor det heller ikke er muligt at ændre på den paradigmatisk tilgang arbejdet har. Det er dermed væsentligt at diskutere, hvorvidt det overhovedet er muligt for jordemødre at bevidstgøre, hvilken paradigmatisk tilgang omsorgen er påvirket af.

I modsætning til Birklers (2021) opfattelse, mener Steen Wackerhausen (2008), at det gennem 2. ordensrefleksion er muligt at blive bevidst om sædvanlige handlemønstre i praksis, hvilket bidrager til forandringspotentiale (Wackerhausen, 2008, s. 12-13). Til trods for at Birkler (2021) ikke mener, at det er muligt at bevidstgøre egen paradigmatisk tilgang, kan det overvejes om jordemoderen gennem 2. ordensrefleksion alligevel kan blive bevidst om sædvanlige handlemønstre indenfor det paradigme, omsorgen er påvirket af. Såfremt det er muligt for jordemoderen at blive bevidst om sædvanlige handlemønstre, og dermed paradigmatisk tilgang i omsorgen, vil det formegentlig være muligt at skabe optimale ændringer i omsorgen for kvinder med EDA. Dette ud fra en forståelse af, at såfremt sædvaner i omsorgen kan bevidstgøres, kan disse gøres til genstand for refleksion, hvilket kan bidrage til fordelagtige ændringer i praksis. Jf. analysen af Davis-Floyd vil den optimale omsorg afhænge af, at jordemoderen formår at inddrage relevante aspekter fra alle tre fødselsparadigmer i omsorgen. Tilsyneladende efterspørger kvinder med EDA, jf. analysen, i overvejende grad omsorg med afsæt i en humanistisk og holistisk tilgang. Denne viden leder op til diskussionen af, hvorledes jordemoderen tilpasser omsorgen mest fordelagtigt.

Davis-Floyd opstiller ikke selv konkrete forslag til, hvordan de tre paradigmemodeller kan kombineres i praksis. Dette kan forstås som et udtryk for, at det er vanskeligt at konstruere generelle retningslinjer for, hvordan jordemoderen skal kombinere de tre modeller. Jf. diskussionsafsnit 6.1.1, har kvinder

med EDA forskellige omsorgsbehov. Overordnet, kan det påpeges, at kvinder med EDA efterspørger omsorg med afsæt i den humanistiske og holistiske model. Dette står i modsætning til, at jordemødre primært efter anlæggelsen af EDA, yder omsorg med afsæt i den teknokratiske model, jf. analysen af Davis-Floyd (2001). Det kan diskuteres, hvorvidt jordemødre formår at opfylde kvindernes omsorgsbehov. Derudover kan det diskuteres hvorvidt omsorg af teknokratisk karakter er en forventelig del af omsorgen, og at kvinderne derfor tager det for givet. Jordemoderens teknokratiske tilgang til omsorgen udspringer af at jordemoderen er underlagt Sundhedsloven (2022) og dermed må opspore og behandle eventuelle bivirkninger forbundet med EDA. Jordemoderen kan givetvis ikke afvige fra lovgivningen, men hypotetisk set kan det diskuteres, om kvinderne er bevidst om deres behov for omsorg ud fra den teknokratiske model. Dog kan det formodes, at såfremt jordemoderen udelukker den teknokratiske tilgang i omsorgen, så vil kvinderne blive bevidste om, at omsorgen er mangelfuld. Dette kan forstås som, at kvinderne enten tager for givet eller ikke er bevidste om, at jordemoderens opsporende arbejde med f.eks. at måle blodtryk og temperatur, er for at mindske risikoen for feber og hypotension. Jf. analysen af Davis-Floyd anser kvinder med EDA krop og sind som værende tæt forbundet, hvorfor det må antages at eventuelle komplikationer i kroppen, som følge af EDA, vil påvirke kvindens sind. Omvendt opfylder jordemoderens teknokratiske tilgang til sindet og relationen ikke kvindernes omsorgsbehov. Dette kan ses som et argument for, at jordemoderen besidder et stort ansvar for at kombinere og balancere relevante aspekter fra de paradigmatisk modeller i sin omsorg. Det kan fortsat diskuteres, hvordan jordemoderen helt konkret skal balancere mellem de tre paradigmer. Dog tyder kvindernes oplevelser af omsorg på, at individuelle behov kan være en rettesnor for, hvordan de paradigmatisk modeller skal vægtes i tilpasningen af omsorgen.

6.2 Metodediskussion

Projektets metode er et litteraturbaseret projekt og er beskrevet i punkt 4.3. I dette afsnit vil projektets metode diskuteres i henhold til relevansen for besvarelsen af problemformuleringen.

Jf. afsnit 4.3 er projektets problemformulering forankret af en humanvidenskabelig tilgang, med inddragelse af fødselsparadigmebegrebet, som er forankret i en sundhedsvidenskabelig tilgang. Problemformuleringen ligger derfor i høj grad op til en besvarelse med afsæt i kvalitative studier, da denne metode relaterer sig til humanvidenskaben. I praksis arbejder jordemoderen ud fra en sundhedsvidenskabelig tilgang. Denne tilgang er ifølge Birkler (2021) en syntese af natur-, human- og samfundsvidenskab (Birkler, 2010, s. 54-55). Fødselsparadigmebegrebet har bidraget med perspektiver, der relaterer sig til de tre videnskaber, men den grundlæggende tilgang i problemformuleringen ligger ikke umildbart op til inddragelse af den natur- og samfundsvidenskabelige tilgang. Problemstillingen har dermed potentiale til at blive nuanceret yderligere med afsæt i et naturvidenskabeligt og samfundsvidenskabeligt perspektiv.

Projektet er udarbejdet som et litteraturbaseret projekt, hvilket indebærer at der anvendes allerede eksisterende litteratur i besvarelsen af problemformuleringen. En del af metoden var at fremsøge videnskabelige artikler systematisk, som kunne bidrage til besvarelsen af problemformuleringen. I den systematiske litteratursøgning fremkom et begrænset antal artikler med relevans for problemformuleringen. Der fremkom ikke én artikel som vurderedes at kunne besvare problemformuleringen, hvorfor vi udvalgte to artikler; en til at belyse jordemødres holdning til EDA, og en til at belyse kvindernes oplevelse af omsorg ved brug af EDA. Det kan påpeges, at artiklen (Aune, et al., 2021) om jordemødres holdning tog afsæt i norske jordemødre, hvor det havde været mere fordelagtigt at tage udgangspunkt i danske jordemødres holdning. Ydermere kan det påpeges, at artiklen om kvinders oplevelse af EDA (Jepsen og Keller, 2014) er fra 2014, hvorfor det er relevant at overveje om resultaterne kan overføres til en nutidig kontekst. Det litteraturbaserede projekt har således sine begrænsninger i projektet, i kraft af den begrænsede tilgængelige viden på området. Dette giver anledning til en diskussion om, hvorvidt en anden metode kunne have bidraget til en mere nøjagtig besvarelse af problemformuleringen. En mulighed kunne have været at indsamle egen empiri blandt jordemødre og kvinder gennem kvalitative interviews eller fokusgruppintervjuer. På den måde kunne vi have udfoldet problemstillingen mere specifikt ud fra problemformuleringen, og udlede aktuelle perspektiver i en dansk kontekst. Om end kan det påpeges, at det tidsmæssige aspekt for projektet, udfordrede vores mulighed for at gennemføre gennemarbejdede interviews.

Da artiklerne bidrog med forskellige perspektiver til problemformuleringen, valgte vi at analysere de videnskabelige artikler op mod hinanden. Dette viste sig at være udfordrende fordi artiklerne ikke i alle tilfælde indeholdt konkrete situationer og resultater, vi kunne fortolke en sammenhæng ud fra. Det krævede en del argumentation at besvare, hvordan jordemødres holdning påvirker kvindernes oplevelse af omsorg ud fra artiklerne, og vores analyse kan siges at være baseret på vores fortolkning af de to artikler, hvilket ikke nødvendigvis vidner om den endegyldige sandhed. Endvidere affødte denne analysemetode, at vi i høj grad måtte være bevidste om balancen mellem analyse og diskussion.

Vi valgte at inddrage teori af Davis-Floyd om fødselsparadigmer til besvarelsen af anden del af problemformuleringen. Denne teori er abstrakt, fordi den tager afsæt i nogle mere strukturelle og kulturelle forståelser, som påvirker omsorgen. Desuden tager denne teori afsæt i mange års forskning, hvilket er i modsætning til de to videnskabelige artikler, som undersøger forståelser af et konkret emne. Denne forskel gjorde det udfordrende at analysere de meget konkrete resultater fra artiklerne med den abstrakte teori af Davis-Floyd. Vi fandt denne modsætning konstruktiv, fordi den bidrog til en dybdegående forståelse af, hvordan jordemødre kan tilpasse omsorgen for kvinder med EDA. Det er dog relevant at overveje om inddragelse af andre teorier kunne have understøttet analysen, eller kunne have bidraget med andre perspektiver i besvarelsen af problemformuleringen.

Ovenstående diskussion har bidraget til en udfoldelse samt kritisk refleksion af projektets metode. Det kan fremhæves, at metoden i nogle henseender har haft begrænsninger, og at problemformuleringen også kunne have været udfoldet med afsæt i en natur- eller samfundsvidenskabelig tilgang eller med inddragelse af egen empiri. Vores vurdering er, at projektets udvalgte litteratur har besvaret problemformuleringen på relevant vis, men den begrænsede litteratur på området vidner om et potentiale for yderligere forskning.

7. Konklusion

Det konkluderes at jordemødre har forskellige holdninger til EDA som smertelindring under den ukomplicerede fødsel. Jordemødres forskellige holdninger er baseret på individuelle erfaringer fra fødsler med EDA. Det fremhæves, at jordemødres erfaringer påvirker deres holdning til, hvorvidt EDA kan indgå som led i den normale fødsel. Endvidere udledes det, at jordemødre har forskellige holdninger til hvor meget de skal involvere sig i kvindens ønske om EDA. Desuden har jordemødre forskellige holdninger til om fødsler med EDA bør indebære et fortsat fokus på mobilisering, eller om fokus må være på, at kvinden får ro og hvile. Generelt har jordemødre en oplevelse af, at kvinder der får EDA, bliver mere rolige, hvilket betyder at jordemødre i overvejende grad har en holdning til, at kvinderne ikke har brug for samme kontinuerlige omsorg efter anlæggelsen af EDA.

Det konkluderes, at jordemødres holdning til EDA påvirker oplevelsen af omsorg hos kvinder med EDA i varierende grad. Oplevelsen af omsorg er afhængig af, hvorvidt kvinden er overvejende bekymret eller ubekymret. De to typer kvinder har forskellige karakteristika, der blandt andet indebærer deres grad af selvværd og oplevelse af kontrol under fødslen efter EDA. Oplevelsen af omsorg er dermed både påvirket kvindernes individuelle karaktertræk, men også jordemoderens grad af inddragelse af egen holdning i omsorgen. Det konkluderes endvidere, at jordemoderens accept af kvindens valg om EDA som smertelindring, påvirker kvindernes selvværd og dermed oplevelse af omsorg. Desuden oplever kvinderne, at jordemoderens omsorg ændrer karakter efter anlæggelsen af EDA til at blive mere formel og informerende, hvilket påvirker, at relationen til jordemoderen bliver mere distanceret. Det konkluderes, at distancen i relationen påvirker kvindernes oplevelse af omsorg u hensigtsmæssigt. Kvinder med EDA oplever jordemoderens fysiske tilstedeværelse som en sikkerhed, hvilket er med til at understøtte en tryk relation. Det konkluderes at der opstår en divergens mellem kvindernes behov for jordemoderens kontinuerlige tilstedeværelse efter EDA, og jordemødres holdning til, at EDA kan fungere som substitut for jordemoderens kontinuerlige omsorg. Det konkluderes at denne divergens påvirker kvindernes oplevelse af omsorg u hensigtsmæssigt. Endvidere konkluderes det at jordemoderen må være bevidst om egen magtposition, i henhold til at hendes holdning ikke bliver dominerende i omsorgsarbejdet hos kvinder med EDA.

Det konkluderes, at jordemoderen med inddragelse af viden om fødselsparadigmer har mulighed for at tilpasse omsorgen hos kvinder EDA. Det udledes, at jordemødres tilgange til omsorgen er meget forskellige, men af jordemoderens omsorg efter anlæggelsen af EDA, overvejende bærer præg af det teknokratiske paradigme. Det konkluderes, at kvindernes omsorgsbehov i høj grad er baseret på forståelser, der relaterer sig til omsorg indenfor det humanistiske og holistiske paradigme. Det konkluderes at en kombination af elementer fra alle tre fødselsparadigmer, kan bidrage til tilpasningen af omsorgen for kvinder med EDA. Jordemoderen kan kombinere elementerne i de tre paradigmer, ved først og

fremmest at bevidstgøre egen paradigmatiske tilgang. Bevidstgørelsen kan ske på baggrund af 2. ordensrefleksion, hvor jordemoderen inddrager viden om fødselsparadigmer, til at blive opmærksom på sædvanlige handlemønstre i omsorgen. Denne refleksion kan bidrage til at jordemoderens egen holdning til kvindens omsorgsbehov, ikke tager afsæt i egne overbevisninger. Endvidere konkluderes det, at det ikke er muligt at opstille generelle retningslinjer for, hvordan de tre paradigmer skal balanceres i praksis, fordi omsorgen til hver en tid må tage afsæt i den enkelte kvindes behov.

8. Perspektivering

Perspektiveringen tager afsæt i hvorledes jordemødre fremadrettet kan sikre at omsorgen tilpasses kvinder med EDA under fødslen. I henhold til konklusionen fremhæves det, at jordemoderen må reflektere over egne holdninger samt paradigmatisk ståsted således, at disse ikke bliver styrende i omsorgsarbejdet hos kvinder med EDA. Vi inddrager i følgende afsnit, Bakka og Fivelsdal (2019); *Organisationsteori - Struktur, Kultur, Processer*, med henblik på, at undersøge hvordan ovenstående kan implementeres i praksis. Vi tager udgangspunkt i forandringsmodellen: *forandring som proces* (Bakka & Fivelsdal, 2019, s. 388).

Processen består af tre faser; en optøningsfase, en gennemførelse af ændringen og en fastfrysning af forandringen. I optøningsfasen skal forandringsvisionen kommunikeres samt tydeliggøres (ibid., s. 389). Vi foreslår, at man i denne fase skal tydeliggøre problemet, f.eks. i form af debatindlæg på jordemoderforeningens hjemmeside og i det fysiske magasin, *tidsskrift for jordemødre*.

Næste fase er gennemførelse af ændring, hvor deltagernes handlingskompetence indenfor problemfeltet skal styrkes (ibid.). Vores forslag, helt konkret, er at jordemødre skal styrke deres kompetencer indenfor 2. ordensrefleksion, som ifølge Bakka og Fivelsdal (2019) bør faciliteres af en ekstern fagperson, f.eks. en konsulent. Disse refleksioner skal faciliteres gennem temadage eller workshops, hvor jordemødrene får mulighed for at reflektere og bevidstgøre holdninger og erfaringer. Jordemødrene skal have mulighed for at sparre med hinanden om, hvordan praksis kan tilpasses således, at omsorgen tilpasses den enkelte kvinde med EDA.

Sidste del af processen er fastfrysning, hvor nye arbejdsmåder skal forankres ind i arbejdskulturen (ibid.). Denne fase skal sikre at jordemødrene fortsat reflekterer over egen praksis, samt fastholder dette i form af nye arbejdsgange. Dette kræver, at der organisatorisk faciliteres et rum, hvor der er tid til refleksion og evaluering af nye tiltag. Helt konkret kunne det være en samling, f.eks. en gang om måneden, hvor jordemødrene, samt tværprofessionelle samarbejdspartnere, kan reflektere sammen. Fremadrettet skulle dette rum faciliteres med henblik på, at bevidstgøre egne holdninger til konkrete problemstillinger, som kunne være på baggrund, af både jordemødre, studerende, fødende eller deres partners undren eller nysgerrighed over praksis.

9. Referencer

Der er anvendt APA 7.th ed. (2019) som referencesystem

Forsideillustration: Christian Bjerrum, 08.11.2022

Alt.dk. (2010, 18. januar). *Du behøver ikke føde dit barn med smerte*. <https://www.alt.dk/boern/du-behover-ikke-at-fode-dit-barn-med-smerte>

Aune, I., Brøtmet, S., Grytskog, K. H., & Sperstad, E. B. (2021). Epidurals during normal labour and birth — midwives' attitudes and experiences. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 34(4), e384-e389

APA. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association: The Official Guide to APA Style*. (7. Udg.). American Psychological Association

Bertelsen, A. M. H., & Gohr, C. (2006). *Den gode fødsel: En antropologisk undersøgelse af fødselsfortællingen*. Kbh.: Museum Tusculanums Forlag

Birkler, J. (2021). *Videnskabsteori: En grundbog* (2. Udg.). Kbh.: Munksgaard

Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75, p. 5-23

ELSEVIER. (2022). *Women and Birth: Journal of Australian College of Midwives*. <https://www.journals.elsevier.com/women-and-birth>

Femina. (2016, 21. oktober). *Læge: Masochisme at føde uden smertelindring* <https://www.femina.dk/liv/gravid/laege-masochisme-foede-uden-smertelindring>

Fivelsdal, E. & Bakka, J. F. (2019). *Organisationsteori: Struktur, kultur, processer*. (7. Udg.). Kbh.: Djøf

Fuglsang, L. & Olsen, P. B. (2009). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. (2. Udg.). Roskilde Universitetsforlag

Glasdam, S. (2015). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område: Indblik i videnskabelige metoder*. (2. Udg.). Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; Dansk Sygeplejeråd

Guldager, J. (2015). *Videnskabsteori – en indføring for praktikere*. (1. Udg.). Kbh.: Akademisk forlag

Hansen, L. (2017). "Det er en livsstil, man vælger, det at være jordemoder". *Tidsskrift for jordemødre*, 127(8), 17

Jensen, A. M. B. & Vallgård, S. (2021). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. (6. Udg.). Kbh.: Munksgaard

Jensen, M. K. (2002). Fødselssmertens psykologiske betydning. *Tidsskrift for Jordemødre*, 112(10), 18-23.

- Jepsen, I & Keller, K. D. (2014). The experience of giving birth with epidural analgesia. *Women and Birth : Journal of the Australian College of Midwives*, 27(2), p. 98-103
- Juhl, M., & Rydahl, E. (2021). Birth Statistics MIPAC 2020: Births in Denmark 1997-2017. (1. Ed.) Københavns Professionshøjskole
- Kannan, S., Jamison, R. N. & Datta, S. (2001). Maternal satisfaction and control in women electing natural childbirth. *Regional Anesthesia & Pain Medicine*, 26(5), p. 468-472
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (3. Udg.). Kbh.: Hans Reitzels Forlag
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S. & Thomsen, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labor. *BMC Medicine*, 6(1), 7
- Macdonald, S. & Johnson, G. (2017). *Mayer's midwifery*. (15th ed.). Edinburgh: ELSEVIER
- NRK. (2020, 3. september). *Fødende i Troms og Finnmark bruker minst bedøvelse*. <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/fodende-i-troms-og-finnmark-bruker-minst-bedovelse--oslo-kvinner-pa-topp-1.15143301>
- Obstetrisk udvalg, DASAIM. (2021, februar). *Fødeepidural*. <https://static1.squarespace.com/static/5467abcce4b056d72594db79/t/62016f2576ebda49eb0bd159/1644261187451/F%C3%B8deepidural-vejledning-DASAIM-februar-2021.pdf>
- RADIUS. (2021). *Troværdighedsanalysen*. <https://radiuscph.dk/wp-content/uploads/2021/11/Trovaerdighed-2021.pdf>
- Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. (2005). *Den gode opgave: Håndbog I opgaveskrivning på videregående uddannelser*. (3. Udg.). Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Simonardóttir, S. & Rúdólfadóttir, A. G. (2021). The “good” epidural: Women's use of epidurals in relation to dominant discourses on “natural” birth. *Feminism & Psychology*, 31(2), p. 212-230
- Sundhedsloven. (2022). *Bekendtgørelse af sundhedsloven* (LBK nr. 210 af 27/01/2022). <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2022/210>
- Sundhedsstyrelsen. (2010). *Det danske sundhedsvæsen i internationalt perspektiv*. (2. Udg.). Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen. (2021). *Anbefalinger for svangreomsorgen*. (3. Udg.). Sundhedsstyrelsen
- Sundhed.dk. (2022, 8. marts). *Smertelindring under fødslen*. (lokaliseret: 08.11.2022) <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/graviditet-foedsel-barsel/foedsel/smertelindring-under-foedslen/>
- Thisted, J. (2018). *Forskningsmetode i praksis: Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. (2. Udg.). Kbh.: Munksgaard

Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), s. 349-357

UCN Biblioteket. (2021). *DOSIS-guide: Dokumenteret Systematisk InformationsSøgning*. Aalborg: Professionshøjskolen UCN

Vejledning om jordemødres virksomhedsområde. (2001). *Vejledning om jordemødres virksomhedsområde, journalføringspligt, indberetningspligt, mv.* (VEJ nr. 151 af 08/08/2001). <https://www.retsinformation.dk/eli/mt/2001/151>

Wackerhausen, S. (2008). *Erfaringsrum, handlebåren kundskab og refleksion*. Aarhus: RUML

10. Bilag

10.1 Bilag 1 DOSIS-guide

D O S I S - guide

Dokumenteret Systematisk InformationsSøgning



1. Emne og stikord (emnebeskrivelse/brainstorm over eventuelle søgeord)	
Titel: "Magten, æren og epiduralen"	
Problemstilling: Hvordan jordemoderens holdning påvirker kvinders oplevelse af epiduralanæstesi.	
Stikord på dansk: fødsel, epidural anæstesi, jordemoder, oplevelse, holdning	Stikord på engelsk: Childbirth, epidural analgesia, midwife, experience, attitude

2: Databaser (valg og begrundelse)		
Navn på database:	Begrundelse for valg af database	Dato / periode for søgning
1: PubMed	PubMed er en stor, sundhedsfaglig database, der rummer litteratur indenfor det biomedicinske- og biovidenskabelige felt. Databasen indeholder også litteratur beslægtet til det medicinske område, heriblandt veterinærmedicin, ergoterapi, fysioterapi, sygeplejer samt jordemodervirksomhed. PubMed bliver opdateret dagligt, hvorfor det er muligt at finde artikler som endnu ikke er trykt (Glasdam, 2012, s. 41). Databasen er valgt mhp. At fremsøge aktuelle artikler indenfor det sundhedsfaglige område.	26. sep. 2022 – 6. oktober 2022
2: CINAHL	CINAHL er en database som rummer litteratur inden for sygepleje, samt beslægtede emner som fysioterapi, ergoterapi og jordemodervirksomhed. CINAHL er specielt god i forbindelse med at søge kvalitativ forskning herunder artikler om patientoplevelser (Glasdam, 2012, s. 42). Databasen er valgt mhp. At fremsøge artikler indenfor det kvalitative område, særligt kvindernes og jordemødrenes oplevelser.	26. sep. 2022 – 6. oktober 2022

3. Blokinddeling (valgte søgeord/søgeteknik for hver blok)					
Navn på database:	Blok 1 (Fødsel)	Blok 2 (Jordemoder)	Blok 3 (Epidural)	Blok 4 (Oplevelse)	...
1: PubMed	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> Childbirth[Mesh] Birth[Mesh] Labor 	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> Midwifery[Mesh] Midwife[Mesh] Nurse midwife[Mesh] Nurse midwifery[Mesh] 	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> Analgesia, epidural[Mesh] Analgesia[Mesh] Epidural 	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> Patient satisfaction[Mesh] Experience 	
2: CINAHL	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> MM "Childbirth+" MM "Labor+" 	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> MM "Midwives+" 	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> MM "Analgesia, epidural" MM "Anesthesia, epidural" 	Søgeord/søgeteknik: <ul style="list-style-type: none"> MM "Patient satisfaction+" 	

4. Søgeresultat for hver enkelt blok (antal hits)					
Navn på database:	Blok 1 (Fødsel)	Blok 2 (Jordemoder)	Blok 3 (Epidural)	Blok 4 (Oplevelse)	...
1: PubMed	1.760.921	26.606	92.762	1.052.521	
2: CINAHL	30.989	8.919	5.424	24.598	

4. Søgeresultat ved kombination af blokke (antal hits)					
Navn på database:	Blok 1 (fødsel) AND Blok 2 (jordemoder) AND Blok 3 (epidural)	Blok 1 (fødsel) AND Blok 2 (jordemoder) AND Blok 3 (epidural) AND Blok 4 (oplevelse)	Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 inkl. eventuelle afgrænsninger (filter: år)	Blok 1 AND Blok 2 AND Blok 3 AND Blok 4 inkl. eventuelle afgrænsninger (filter: år)	...
1: PubMed	279	80		53	
2: CINAHL	7	0	5		

5. Eventuelle afgrænsninger via database (beskriv valg)					
Navn på database:	År				...
1: PubMed	Filters: from 2010-2022				
2: CINAHL	Filters: from 2010-2022				

(UCN, 2021)