

Fødslen som traume: En kvalitativ undersøgelse af danske pars oplevelse af en traumatisk fødsel.

Cecilie Louise Valentiner Jokinen & Christiane Laura Hulthin Sørensen

Institut for Psykologi, Syddansk Universitet

Vejleder: Sille Schandorph Løkkegaard

Dato: 01-06-2025

Abstract

Research on birth trauma has been conducted since the 1990s but focus on birth trauma in Denmark is limited. The aim of this study was to explore Danish couple's experiences of a traumatic birth and the period following within a phenomenological, hermeneutic, and idiographic frame of understanding. The study was carried out using semi structured interviews on two couples with four people in total consisting of two mothers and two fathers who subjectively experienced their birth experience as traumatic.

Analysis using multiperspectival interpretative phenomenological analysis to compare the four interviews separately, within and between dyads resulted in three major themes: 1) *Vulnerability before birth*, 2) *The importance of relations during and after birth*, 3) *Emotional reactions and processing after birth*. Relations to the medical staff during and after birth was found to be of high importance to the development of a traumatic birth experience. Results showed that support and frequent communication between the birthing mother and the medical staff served as prevention against experiencing trauma during birth whereas the experience of lacking support from the medical staff and not being taken seriously during birth led fear of death during birth and severe trauma symptoms following birth.

Fathers experienced feeling neglected by the medical staff and not being able to influence the course of the birth while witnessing the severity of the birth as a bystander and fearing for the life of his partner and child. Results further showed that being offered support and professional help after the traumatic birth was of great importance to the couple's processing of the experience in the time following birth. The couple receiving professional help following the birth experienced far less trauma symptoms and generally quickly were able to move on compared to the couple not receiving professional help.

The understanding of Danish couple's experience of traumatic childbirth is complex and this study points at the need for considering the relationship between parents and medical staff, the role of the father during and after birth and the importance of offering professional help to both parents following traumatic birth. Due to the small size of this study further research must be carried out on the field of birth trauma within a Danish context with focus on the importance of including both parents in the process of the birth and the time following traumatic birth.

Indholdsfortegnelse

INDLEDNING	1
 PROBLEMFORMULERING	6
BEGREBSAFKLARING	6
<i>Det objektive traume</i>	7
<i>Det subjektive traume</i>	8
 LITTERATURSØGNING	9
 INDLEDENDE SØGNING	9
KÆDESØGNING	10
SYSTEMATISK SØGNING	10
 VIDENSKABSTEORETISK STÅSTED	11
 FÆNOMENOLOGI	11
<i>Livsverden</i>	12
<i>Intentionalitet</i>	13
<i>Intersubjektivitet</i>	14
<i>Epoché</i>	15
HERMENEUTIK	16
IDIOGRAFISK VIDENSKAB	17
IPA	17
<i>Multiperspektiv IPA</i>	18
FORSKNINGSDESIGN	19
<i>Det semistrukturerede interview</i>	19
<i>Interviewguide</i>	20
DATAINDSAMLING	21
<i>Inklusions- og eksklusionskriterier</i>	22

<i>Rekruttering af informanter</i>	23
<i>De fire informanter</i>	23
<i>Interviewsituationen</i>	24
<i>Interview vs. intervention</i>	25
ETISKE OVERVEJELSER	26
<i>Fortrolighed og anonymitet</i>	26
<i>Retraumatisering og sekundær viktimisering</i>	27
<i>Traumeinformeret tilgang</i>	28
ANALYSESTRATEGI	29
<i>Transskription</i>	29
<i>Multiperspektiv IPA</i>	30
ANALYTISK FREMGANGSMÅDE	31
<i>IPA-metodens 6 trin</i>	31
ANALYSE	40
SÅRBARHED FØR FØDSLEN	40
BETYDNINGEN AF RELATIONER UNDER OG EFTER FØDSLEN	43
<i>Relation og samspil med personalet</i>	43
<i>Betydningen af autoritetstro</i>	48
<i>Rollen som far og partner</i>	50
FØLELSERMÆSSIGE REAKTIONER OG BEARBEJDNING EFTER FØDSLEN	54
<i>Anerkendelse og støtte</i>	54
<i>Efterreaktioner</i>	60
<i>Støtte efter fødslen</i>	68
OPSUMMERING	69
DISKUSSION	71
INKLUSIONS- OG EKSKLUSIONSKRITERIER	71
INTENTIONALITET OG FORFORSTÅELSE	73
VALGET OM MULTIPERSPEKTIV IPA	76

GENERALISÉRBARHED	77
SAMSPILLET MELLEM FØDENDE OG PERSONALE.....	79
DEN OVERSETE FAR	80
EN TRAUMEINFORMERET TILGANG	81
KONKLUSION	83
PERSPEKTIVERING	84
LITTERATURLISTE.....	85

Indledning

Interessen for og fokus på fødselstraumer er forholdsvis ny og begyndte først at dukke op i 1990'erne med casestudier om kvinder, som fik Posttraumatisk Stresssyndrom (PTSD) på baggrund af fødsler (König et al., 2016, s. 2). På trods af, at der er blevet forsket på området siden, er fødselstraumer fortsat oversete blandt både fagfolk og almindelige borgere og forveksles af og til med fødselsdepression (Wilson, 2024). Dette på trods af, at op mod 30 procent af kvinder selv beskriver deres fødsel som traumatisk og kan udvikle traumesymptomer efterfølgende (Byrne et al., 2017, s. 2), imens cirka 3,17 procent af kvinder verden over får symptomer på PTSD efter fødsel (Grekin & O'Hara, 2014).

Komorbiditeten mellem fødselsdepression og fødselstraume er høj og en række overlappende symptomer kan være med til at forklare, hvorfor et fødselstraume kan forveksles med fødselsdepression. Fødselsdepression kan opstå som følge af en traumatisk fødsel, men kan også opstå uden et forudgående traume, ligesom et fødselstraume kan opstå uden udviklingen af fødselsdepression (Byrne et al., 2017). Det er derfor vigtigt at skille de to lidelser ad, fordi behandlingen ikke er den samme, og man dermed risikerer fejlbehandling, som i sidste ende ikke hjælper den ramte (Wilson, 2024). Fordi de fleste kommuner i Danmark systematisk screener nybagte forældre for fødselsdepression uden fokus på fødselstraumer (Sundhedsstyrelsen, 2021), er der en reel risiko for, at vi i Danmark ikke opdager eller behandler forældre med fødselstraumer.

I en metaanalyse fra 2016 er det fundet, at kvinder udvikler PTSD efter fødsel på baggrund af begivenheder, som sker under fødslen. Man har således en mulighed for at påvirke antallet af kvinder, der får PTSD som følge af fødsel, hvis man gør en indsats for at begrænse de begivenheder under fødslen, som kan føre til PTSD (Ayers et al., 2016, s. 1121). I metaanalysen fandt man, at de risikofaktorer, som har størst sammenhæng med udviklingen af PTSD, er en negativ, subjektiv oplevelse af fødslen, indgreb under fødslen, manglende

støtte og dissociation (Ayers et al., 2016, s. 1121). Derudover ses det i forskning med fokus på mors oplevelse af en traumatisk fødsel, at særligt det at opleve en dårlig relation til personalet, som indebærer ikke at blive lyttet til eller taget alvorligt, ikke at blive informeret og ikke at blive støttet af personalet, var medvirkende til den traumatiske oplevelse (Rodríguez-Almagro et al., 2019).

Selvom der internationalt har været forsket i fødselstraumer siden 1990'erne, er vi i Danmark langt bagud, når det kommer til forskning og fokus på området. Der findes ingen standardiserede og validerede screeninger for fødselstraumer i Danmark, som det eksempelvis er tilfældet med fødselsdepression, og man har ingen optegnelser over, hvor mange der udvikler PTSD som følge af fødsel i Danmark. Storbritannien er et af de lande, som er længst fremme, når det kommer til forskning i fødselstraumer og konsekvenserne deraf. Den britiske forsker Susan Ayers leder et internationalt konsortium bestående af mere end 18.000 kvinder i over 40 lande, hvis formål er at belyse fødselstraumer og deres påvirkning på kvinderne og deres familier (Quadir, 2023). Danmark er, som et af få europæiske lande, ikke repræsenteret i dette internationale konsortium.

Internationale studier peger på, at Holland som det eneste land i verden (kun 18 lande var inkluderet i studiet) har en politik omkring screening, behandling og forebyggelse af fødselstraumer. Mange af de deltagende lande havde uformel støtte i forbindelse med fødselstraumer, men altså ingen standardiseret fremgangsmåde (Attard et al., 2022, s. 2).

I sundhedsmyndighedernes NICE guidelines for UK og Wales, som senest er opdateret i juli 2024, skriver man, at en fødsel kan være traumatisk som følge af fysiske forhold som bristninger, akut kejsersnit, forløsning ved hjælp af instrumenter eller post partum blødning, men at en fødsel også kan være traumatisk, hvis den er blevet oplevet sådan på trods af et ukompliceret forløb (NICE, 2014). I Storbritannien anerkender man altså

betydningen af den subjektive oplevelse af et traumatisk forløb, som forskningen peger på (Ayers et al., 2016), hvilket giver bedre mulighed for at imødekomme de mennesker, som er påvirkede af en voldsom fødsel.

Til sammenligning finder man i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for svangreomsorg fra 2022 ingen oplysninger om et traumatisk fødselsforløb. På side 275 nævnes, at psykologiske problemstillinger i barselsperioden blandt andet kan skyldes en kompliceret fødsel, men dette uddybes ikke nærmere. På side 278 nævnes, at fødselsdepression bør opspores tidligt, fordi parforhold og barn kan blive påvirket af en svær depression, og at det er sundhedspersonalet (læge, sundhedsplejerske, jordemoder), som bør opspore en eventuel fødselsdepression (Sundhedsstyrelsen, 2022). Dette vidner om anerkendelsen af vigtigheden af at opspore og behandle mentale udfordringer i efterfødselstiden, dog uden et fokus på fødselstraumer.

Ligeledes beskrives det i en artikel fra Jordemoderforeningen allerede i 2005, at fødsler kan være traumatiserende og lede til PTSD, men der står ikke nævnt noget om, hvad man kan gøre for at opdage og hjælpe dem, som traumatiseres, ligesom kun den fødende nævnes som den, der kan blive traumatiseret (Jordemoderforeningen, 2005).

Når der fødes børn i Danmark, er det i dag en selvfølge for de fleste, at far er med på fødestuen, men sådan har det ikke altid været. Før i tiden, da fødsler foregik i hjemmet, var det for mange fattige familier og familier på landet en nødvendighed, at far varetog praktiske opgaver i forbindelse med fødslen såsom at varme klæder, hente vand eller tilkalde fødselshjælperen, og han havde på den måde en funktion under fødslen (Jordemoderforeningen, 2022). Da fødslerne senere rykkede fra hjemmene og ind på hospitalerne, holdt fædrene helt op med at være en del af fødslerne, og den udbredte opfattelse var, at mænd ikke hørte til på en fødestue (Jordemoderforeningen, 2002). Først i

1970'erne begyndte de danske fædre gradvist at komme med på fødestuen, og siden da er det blevet så almindeligt, at op mod 97 procent af danske fædre i dag deltager i fødslen af deres børn (Jordemoderforeningen, 2002).

På trods af, at far i dag har en selvfølgelig plads på fødestuen og i de fleste familier, når barnet skal bringes til verden, er dette ikke ensbetydende med, at far igen har en tydelig funktion under fødslen, eller at han er repræsenteret i forskningen på lige fod med mor. Det er sparsomt med forskning i fødsler med fokus på far, men den eksisterende forskning tegner et billede af, at far ofte oplever sig overset, tilsidesat eller mindre værd end moren under fødslen (Daniels et al., 2020; Inglis et al., 2016). Forskningen peger ligeledes på, at det for mange fædre i tiden efter den traumatiske fødsel kan være svært at tale om fødslen, håndtere oplevelsen følelsesmæssigt eller opsøge hjælp til at håndtere oplevelsen, og mange forsøger i stedet at undgå minder eller følelser relateret til fødslen (Charman et al., 2024). Ligeledes ses det, at mange mænd har en oplevelse af at gøre sig stærke for deres partner under fødslen ved at opretholde en facade, som ikke afslører deres følelser af frygt, afmagt eller manglende kontrol (Vallin et al., 2016).

Far er relevant at have fokus på, når man undersøger fødselstraumer, fordi han spiller en langt større rolle i familien i dag, end det var tilfældet før i tiden. Hvor den gammeldags far for manges vedkommende var den fraværende patriark, er den moderne far i dag en nærværende og deltagende part i familien, som går op i sine børns velfærd på lige fod med moren (Nilsson, 2018). Det er derfor ikke uden betydning for familielivet, når op mod 7 procent af fædre oplever symptomer på PTSD som følge af fødsel (Nicholls & Ayers, 2007). Fra udenlandske studier ved man, at ubehandlede fødselstraumer kan have negativ indflydelse på parforholdet og tilknytningen til barnet, og at det blandt andet kan resultere i negative følelser, oplevelsen af manglende støtte mellem hinanden og nedsat intimitet (Attard

et al., 2022). For nogen kan det dog også give en oplevelse af, at parforholdet styrkes, hvis man sammen kommer godt igennem oplevelsen (Nicholls & Ayers, 2007). Udenlandske studier peger ligeledes på, at det at opleve et fælles traume kan komme meget forskelligt til udtryk efterfølgende, og at det derfor kan være svært for parret at tale sammen og håndtere oplevelsen, ligesom det at være forældre til et nyfødt barn gør det vanskeligt at fokusere på håndtering af traumet. Som følge deraf kan man opleve at følelserne forsøges gemt væk, at man undgår at tale om fødslen eller sine følelser omkring den, eller at man oplever en ændring af hele sin identitet som menneske, partner eller familie som følge af den traumatiske fødsel (Butterworth et al., 2023; Gregory & Maddern, 2023).

Der findes for nuværende ét dansk, kvalitativt studie fra 2020, som har set på mødre og fædres oplevelse af en kompliceret fødsel, hvor der dog ikke blev foretaget en sammenligning af mors og fars oplevelser, ligesom der kun blev taget udgangspunkt i fødsler, som havde været medicinsk komplicerede (Navne et al., 2020). I denne undersøgelse ønsker vi derfor at få indblik i den subjektive oplevelse af en traumatisk fødsel og efterfødselstiden, som den opleves af både mor og far, med udgangspunkt i en forståelse af, at den subjektive oplevelse er af stor betydning for udviklingen af et traume, og at fødselstraumet har betydning for hele familien. Dette ønske har resulteret i nedenstående problemformulering.

Problemformulering

- *Hvordan kan man forstå danske pars oplevelse af en traumatisk fødsel og tiden efter fødslen, og hvordan relaterer den fødende og partnerens oplevelse sig til hinanden?*

Begrebsafklaring

I vores undersøgelse benytter vi begrebet ‘traume’, som kan defineres på flere forskellige måder. Vi præsenterer her to teoretiske definitioner af begrebet, som stammer fra de to diagnostiske manualer DSM-5 og ICD-11’s beskrivelse af Posttraumatisk

Stresssyndrom (PTSD), som er bundet op på en objektiv forståelse af, hvad der er traumatisk. Vores undersøgelse fokuserer ikke på, om deltagerne lever op til diagnostiske krav for en PTSD-lidelse, og vi forholder os derfor kun til traumekriterierne i manualerne som en mulig definition af et traume og ikke til, om deltagerne i vores undersøgelse lever op til de diagnostiske krav.

Det objektive traume

Ifølge den diagnostiske manual ICD-11 kan et traume defineres som (oversat til dansk):

Udsættelse for en begivenhed eller en situation (kort- eller længerevarende) af en exceptionelt truende eller katastrofelignende karakter. Sådanne begivenheder inkluderer, men er ikke begrænset til, direkte oplevelse af natur- eller menneskeskabt katastrofe, krig, alvorlige ulykker, tortur, seksuel vold, terrorisme, overfald eller akut livstruende sygdom (fx hjerteanfald); overværelse af andres truede eller faktiske skade eller død på en pludselig, uventet eller voldelig måde; at få kendskab til en nær pårørendes pludselige, uventede eller voldelige død (ICD-11, 2025).

Et traume kan altså skyldes en hændelse, som man selv er udsat for, men også en hændelse, som man overværer en anden være udsat for, og der skal være tale om en ekstremt truende situation, som resulterer i død eller truslen om død. DSM-5 definerer et traume meget lig ICD-11 og definerer et traume ved det såkaldte A-kriterium:

A. Udsat for faktisk eller truet død, alvorlig skade eller seksuel vold på en eller flere måder:

1. Oplevet det.
2. Været vidne til at det skete for en anden person.
3. Det er sket for en nærtstående ven eller familiemedlem.

4. Udsættelse for gentagne eller ekstreme aversive detaljer fra en traumatisk oplevelse. OBS. A4 gælder ikke eksponering gennem elektroniske medier, tv, film eller billeder medmindre, der er arbejdsrelateret (APA, 2022).

I DSM-5's definition skal der altså også være tale om død eller truslen om død, men det nævnes ikke, at der skal være tale om en ekstremt truende situation som i ICD-11. Derimod nævnes det, at det at få kendskab til, at en tæt relation har været udsat for noget traumatisk, kun kan defineres som et traume, hvis der har været tale om vold eller ulykke. På trods af, at DSM-5 har en bredere definition af traumet end ICD-11, ses det, at definitionerne i begge manualer kommer med eksempler på, hvad der kan siges at være et traume, altså en objektiv forståelse af, hvad der kan være traumatisk.

Det subjektive traume

I vores undersøgelse er vi interesserede i at undersøge den subjektive oplevelse af, at en begivenhed har været traumatisk. Vi tager derfor ikke udgangspunkt i nogen af de to teoretiske definitioner præsenteret ovenover, men læner os i stedet op ad en fænomenologisk forståelse af, at det er den betydning, som det enkelte menneske tillægger en begivenhed, der afgør, om begivenheden er traumatisk eller ej. Denne tilgang er blandt andet baseret på vores videnskabsteoretiske ståsted, som vil blive præsenteret senere. Derudover er den baseret på viden om, at ikke alle oplevelser, der udløser traumereaktioner, kan kategoriseres som et objektivt traume ifølge diagnosemanualerne, og at begivenheder, der kan kategoriseres som et objektivt traume, ikke altid udløser traumereaktioner (Boals, 2018). Dette understøttes af World Health Organization (WHO), som estimerer, at omkring 70 procent af verdens befolkning i løbet af deres liv vil opleve en potentielt traumatisk begivenhed, imens kun 5,6 procent af disse vil udvikle PTSD på baggrund af begivenheden, og kun omkring 3,9 procent

af verdens befolkning menes på et tidspunkt i livet at have lidt af PTSD (World Health Organization, 2024). Disse tal er med til at understrege betydningen af den subjektive oplevelse, og det er netop den oplevelse, vi ønsker at stille skarpt på i denne undersøgelse.

Litteratursøgning

I det følgende præsenteres processen med at søge, afgrænse og udvælge litteratur til brug i vores speciale, som har taget udgangspunkt i forskellige søgestrategier med forskellige formål, som beskrives herunder.

Indledende søgning

Indledningsvis søgte vi bredt ved hjælp af en hurtigsøgning i SDU's bibliotekskatalog Mimer, som søger på tværs af alle databaser. Dette gjorde vi for at få et overblik over eksisterende litteratur omhandlende fødselstraumer. Her tog vi udgangspunkt i de begreber og ord, som vi allerede kendte til, uden brug af booleske operatorer eller trunkering. Ved brug af denne metode og søgeordene 'birth trauma', 'traumatic birth', 'traumatic birth experience' fik vi flere tusinde hits, hvilket gav os et indtryk af, at der er lavet meget forskning på området. Dog blev det ved gennemgang tydeligt for os, at denne søgning også inkluderede forskning med fokus på fysiske skader i forbindelse med fødsel, forskning med fokus på fagpersonalets håndtering og egen traumatisering af fødsler, fokus på PTSD specifikt og generelt forskning, som var irrelevant for vores undersøgelse. Derudover blev det tydeligt, at forskning omkring fødselstraumer primært har været centreret omkring mødre, idet størstedelen af den fundne litteratur tager udgangspunkt i mødres fødselstraumer. Vi fandt i mindre grad nyere forskning med udgangspunkt i fædres fødselstraumer og i meget lille grad forskning med fokus på par.

Med henblik på at blive klogere på opmærksomheden omkring fødselstraumer i Danmark, foretog vi også simple søgninger på Google på dansk med søgeord som 'fødselstraumer' og 'traumereaktion efter fødsel', som gav os indblik i, hvor lidt kendskab

der er til fødselstraumer i Danmark. De fleste søgeresultater var annoncer for behandlere af både fysiske og mentale fødselstraumer, ligesom der var søgeresultater med henvisning til fysiske traumer i forbindelse med fødsel, og endelig var der få søgeresultater fra fagprofessionelle. Blandt andet dukkede en artikel fra jordemoderforeningen op, som var fra 2005, ligesom vi fandt en artikel med et interview af en britisk forsker på området, som fokuserede på vigtigheden af at differentiere mellem fødselstraume og efterfødselsreaktion. Vi fandt derudover et enkelt dansk studie, som undersøgte mødre og fædres oplevelse af en kompliceret fødsel med fokus fødsler, som var kritiske og indebar risiko for mor og/eller barns sundhed. På baggrund af disse indledende søgninger ønskede vi at snævre søgefeltet ind, hvorfor vi foretog en kædesøgning, som beskrives som det næste.

Kædesøgning

Ved at lave en kædesøgning blandt den litteratur, vi havde udvalgt under den indledende litteratursøgning, var det muligt for os at fokusere på den del af forskningen, som var relevant for vores undersøgelse, nemlig forskning med fokus på det mentale fødselstraume. Kædesøgningen understregede vores umiddelbare indtryk fra den indledende søgning, nemlig at fokus i tidligere forskning primært har været på mødre. Samtidig viste kædesøgningen, at mange af vores udvalgte artikler refererede tilbage til de samme artikler, og at fødselstraumer som forskningsområde fortsat er et forholdsvist nyt fænomen.

Systematisk søgning

Før den endelige systematiske litteratursøgning lavede vi prøvesøgninger i databasen PsychInfo med søgestrengene som 'perinatal mental health' og 'post partum traumatic stress', som gav mellem 10.000-14.000 hits og 'traumatic childbirth', som gav lidt over 6000 hits, som særligt var relateret til mor. Vi ønskede derfor at indsnævre søgningen og tilføjede den booleske operator AND og trunkering i form af * og kombinerede med søgeord om

far/partner, som gav mellem 0-15 hits, hvoraf vi kunne udvælge 4 udenlandske artikler, som kvalitativt undersøgte fødselstraumer hos far. Herefter benyttede vi søgeord om par med samme booleske operator og trunkering og fik 0-20 hits, hvoraf vi kunne udvælge 5 udenlandske, kvalitative studier, som undersøgte betydningen af fødselstraumer hos par. Vi foretog den systematiske søgning for dels at kunne demonstrere, at forskningen i fødselstraumer med fokus på par er sparsom, og derudover for at kunne tage afsæt i eksisterende viden på området i analysen af vores egen data. Baseret på disse søgninger er det ikke lykkedes os at finde danske studier, som undersøger oplevelsen af en traumatisk fødsel hos par. Ud fra denne vinkel ser det således ud til, at sådanne danske studier aktuelt ikke findes, og at vores undersøgelse derfor kan bidrage med relevant viden på området.

Videnskabsteoretisk ståsted

I det følgende afsnit præsenteres de tre videnskabsteoretiske ståsteder, som tilsammen danner baggrund for opgavens metodiske udgangspunkt i interpretative phenomenological analysis (herefter IPA), nemlig fænomenologien, hermeneutikken og den ideografiske videnskab. Afsnittet afsluttes med en redegørelse for IPA og måden de tre videnskabsteorier kommer til udtryk i anvendelsen af IPA.

Fænomenologi

Den fænomenologiske filosofi blev grundlagt af den tyske filosof Edmund Husserl og var en af de mest fremtrædende filosofiske retninger i det 20. århundrede. Siden er fænomenologien blevet udviklet og influeret af fremtrædende filosoffer som Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre og Maurice Merleau-Ponty og har i høj grad bidraget til videnskabelig praksis i psykologien. Inden for psykologien repræsenterer fænomenologien en forståelse af subjektets væren i verden som både kropsligt, socialt og kulturelt betinget (Zahavi, 2018, s. 1).

Fænomenologi som videnskab beskæftiger sig med undersøgelsen af fænomener, det være sig fysiske genstande såvel som hverdagslivets situationer. Det særlige ved den fænomenologiske undersøgelse er, at man ønsker rige beskrivelser af den måde, fænomenet fremstår på for en person fra et førstepersonsperspektiv, frem for at interessere sig for en beskrivelse af, hvad fænomenet består af eller hvordan det ser ud (Zahavi, 2018, s. 9). Det er altså det enkelte subjekts oplevelse, der er i centrum for den fænomenologiske undersøgelse (Zahavi, 2018, s. 10). Når vi i vores undersøgelse af fødselstraumer benytter os af fænomenologisk metode, er det derfor vores ønske at få rige beskrivelser af informanternes oplevelse af fødslen og den efterfølgende tid og være tro mod deres førstepersonsperspektiv i fortællingen.

Livsverden

Begrebet *livsverden* er helt centralt inden for fænomenologien og refererer til den verden, vi er en del af, og som vi i vores hverdagsliv både tager udgangspunkt i og tager for givet (Zahavi, 2018, s. 51). I en fænomenologisk undersøgelse anses det enkelte subjekts oplevelser for at være vigtige nok til at berettige en undersøgelse. Man vil i undersøgelsen være optaget af at få indblik i subjektets livsverden gennem beskrivelser af oplevelser, ligesom man vil forsøge at få indblik i, hvad der er betydningsfuldt for subjektet, og hvilken forståelse subjektet selv har af sin oplevelse. Frem for at forsøge at opnå indsigt i årsager eller sammenhænge, forsøger man altså med den fænomenologiske metode at lade oplevelser og mening være i fokus og være tro mod subjektets livsverden og dermed forståelse (Zahavi, 2018, s. 10).

For fænomenologer er vores livsverden relevant at forholde sig til, fordi den videnskabelige verden, som fokuserer på naturvidenskabelige og kvantitative egenskaber, ikke alene kan gøre os klogere på den virkelighed, vi er en del af. I stedet mener man i

fænomenologien, at den oplevelsesbaserede verden i sig selv er lige så sand og har lige så meget validitet som den naturvidenskabelige verden. Der hersker dog ikke en forståelse af, at der findes en oplevelsesbaseret verden og en naturvidenskabelig verden adskilt fra hinanden, men derimod en forståelse af, at verden fremstår på forskellige måder inden for naturvidenskaben og fænomenologien (Zahavi, 2018, s. 52). At undersøge fødselstraumer hos par med en fænomenologisk tilgang gør det altså muligt for os at få indblik i den måde, verden fremstår på hos parrene gennem en oplevelsesbaseret forståelse. Vi beskæftiger os således ikke med medicinsk eller målbar data såsom antallet af komplikationer under fødslen, diagnosekriterier eller lignende, men derimod med data bestående af subjektets egen forståelse af oplevelsen.

Intentionalitet

Hvor man i naturvidenskaben foretager kvantitative undersøgelser med udgangspunkt i et tredjepersonsperspektiv og kalder disse undersøgelser objektive, mener man i fænomenologien, at objektivitet er en illusion. Dette fordi en undersøgelse altid foretages med udgangspunkt i og analyseres af subjekter, som er bevidste og påvirkede af viden og erfaring fra deres livsverden. På den måde er en del af fænomenologiens ærinde at bidrage til videnskaben ved at tydeliggøre, at den vidende forskers *intentionalitet* har betydning for forskningens udførsel og resultater (Zahavi, 2018, s. 54). Intentionalitet beskrives i fænomenologien som vores bevidstheds rettedhed mod *noget*, fordi det ikke anses for at være muligt at være bevidst uden at være bevidst om noget. Det fænomenologiske begreb intentionalitet adskiller sig fra det mere gængse begreb med samme navn, som hentyder til intentionen om at gøre noget (Zahavi, 2018, s. 16). Intentionalitet i den fænomenologiske begrebsverden kan forstås som forskellige måder at rette sin bevidsthed mod et objekt, eksempelvis gennem perception, hukommelse, forestillingen om noget eller ønsket om noget.

På denne måde kan man med udgangspunkt i forskellige intentioner undersøge det samme objekt, ligesom man kan benytte den samme intention rettet mod flere forskellige objekter. Et objekt vil på den måde altid fremstå på en bestemt måde for det enkelte subjekt ((Zahavi, 2018, s. 17). En vigtig del af den fænomenologiske undersøgelse er opgaven med at kunne skelne, hvordan forskellige former for intention kommer til udtryk på sin egen særegne måde og samtidig være i stand til at belyse, hvordan de forskellige former for intention påvirker hinanden (Zahavi, 2018, s. 17). I vores undersøgelse af fødselstraumer kommer intentionaliteten blandt andet til udtryk ved, at vi som forskere undersøger en tidligere begivenhed, som kræver af informanterne, at de retter deres bevidsthed mod begivenheden med udgangspunkt i hukommelsen. Derudover beskæftiger vi os med den samme fødsel, altså det samme objekt, og har fokus på fødselsoplevelsen hos to forskellige parter i fødslen, nemlig mor og far, hvilket uundgåeligt vil betyde, at den samme intention vil være rettet mod forskellige nedslagspunkter eller objekter i fødselsoplevelsen.

Intersubjektivitet

Begrebet *intersubjektivitet* har en meget central rolle i fænomenologien og kan beskrives som forholdet mellem enkelte subjekter. Det vil ifølge fænomenologer aldrig være muligt at foretage en analyse af det forhold ved at indtage et tredjepersonsperspektiv, fordi der ikke eksisterer et objektivt forhold mellem subjekter, men i stedet kun det forhold, som opleves i førstepersonsperspektiv af subjekterne selv (Zahavi, 2018, s. 88). Mange fænomenologer er desuden af den overbevisning, at man er nødt til at forholde sig til og undersøge sammenhængen mellem dimensionerne 'subjekt', 'andre' og 'verden' for at kunne blive klogere på intersubjektiviteten, fordi de gensidigt påvirker hinanden og dermed ikke kan adskilles fra hinanden (Zahavi, 2018, s. 88). Intersubjektivitet er relevant at forholde sig til i vores undersøgelse af fødselstraumer hos par, fordi vi er interesserede i at få indblik i,

hvordan fødselsoplevelsen har påvirket parterne, både som subjekter og som par, ligesom vi ønsker at få indblik i, hvordan konteksten for oplevelsen har haft betydning for dem.

Epoché

Endnu et vigtigt begreb inden for fænomenologien er begrebet *epoché*, også kaldet forforståelse. Begrebet blev introduceret af Husserl og beskrives som nødvendigheden af at kunne sætte parentes om egen forforståelse, viden, vaner, teori, fordomme og tanker for at kunne udføre fænomenologisk forskning med udgangspunkt i en deskriptiv og induktiv metode (Zahavi, 2018, s. 35). Begrebet er siden sin introduktion blevet fortolket på forskellige måder, ligesom Husserls metodiske forståelse og *epoché* er blevet udfordret af filosoffer efter Husserls tid, som har trukket fænomenologien i en mere eksistentiel og hermeneutisk retning, hvor forforståelsen er et vilkår for forskningen, selvom målet er at forsøge at sætte parentes om den (Zahavi, 2018, s. 35). *Epoché* som begreb er vigtigt for os at forholde os til, fordi vi må være opmærksomme på, hvilken forforståelse vi bringer med ind i vores forskning, både når vi interviewer informanter og når vi analyserer og fortolker vores data. Med udgangspunkt i *epoché* har vi været nødt til at forsøge at sætte parentes om vores viden om traumatiske fødsler eller vores kendskab til psykologiske teorier for at være tro mod informanternes livsverden og førstepersonperspektiv. Men vi har samtidig været bevidste om, at det som en del af fænomenologien ikke er muligt at gøre sig helt fri af forforståelse eller fortolkning, når vi indtager et tredjepersonperspektiv, og at vi derfor har været nødt til forholde os til og være transparente omkring dette i vores analyse og fortolkning af data (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Netop forholdet til forforståelse går igen i hermeneutikken, som er en del af IPA-metoden, som beskrives i det følgende afsnit.

Hermeneutik

Udover fænomenologi er hermeneutik en filosofisk, humanistisk og metodisk disciplin, der danner grundlag for den måde vi bruger IPA i denne opgave. Hermeneutik er læren om fortolkning og indtager en central plads i human- og samfundsvidenskabelig forskning (Gilje, 2017). Den hermeneutiske cirkel er et centralt element i hermeneutikken, som fokuserer på forholdet mellem delene og helheden på flere niveauer (Smith et al., 2022). Begreberne *delene* og *helheden* kan bruges til at sige noget om enkelte ord i udvalgte sætninger, enkelte uddrag fra en længere tekst, selve interviewet eller den specifikke episode fra det hele liv (Smith et al., 2022).

Noget af det centrale i hermeneutikken er antagelsen om, at individets fortolkning er baseret på dennes forforståelse (Smith et al., 2022). Man mener altså, at man ikke kan fortolke empiri uden at fortolke ovenpå individets tidligere oplevelser, antagelser om verden eller andre forudfattede meninger (Smith et al., 2022). Som en del af sin fortolkning er det derfor væsentligt at være bevidst om sin egen forforståelse, forudsætninger og kontekst (Gilje, 2017). Det er nødvendigt at evaluere kontinuerligt og gentagne gange vende tilbage til forforståelsen som en del af den cykliske fortolkningsproces - deraf navnet hermeneutisk cirkel (Smith et al., 2022). Når man udfører analysen ud fra en hermeneutisk tilgang, er det derfor vigtigt at være opmærksom på sin egen partiskhed, og have fokus på at teksten skal kunne præsentere sig selv i sin anderledeshed, og dermed også sin egen sandhed. Dette selvom det kan gå imod egen før-mening (Smith et al., 2022). Vores forforståelses betydning for denne undersøgelse vil blive uddybet yderligere i metodeafsnittet. Selvom vi er opmærksomme på vores forforståelse og partiskhed, vil det ikke være muligt at beskrive og fortolke empiri uden at vores egen forforståelse har en eller anden form for indflydelse på

dette. Derfor er målet at lade fænomenet stå så tydeligt frem som muligt, med dette i mente (Smith et al., 2022).

Idiografisk videnskab

Udover hermeneutik og fænomenologi er idiografisk videnskab essentielt at forstå i relation til IPA. Idiografisk videnskab omhandler det specifikke, og i IPA foregår dette på to niveauer, 1) fornemmelse for detalje og dermed dybde af en IPA-analyse, og 2) at forstå, hvordan specifikke fænomener forstås fra perspektivet af dem, der har erfaret dem, inden for en bestemt kontekst (Smith et al., 2022). Derfor bliver der i IPA ofte gjort brug af få velvalgte deltagere. I den idiografiske videnskab er der fokus på det specifikke, og da Smith et al. (2022) mener, at generaliseringer udvikles i det specifikke, mener de samtidig, at generaliseringer skal udvikles mere forsigtigt. Denne forsigtighed har vi forsøgt at imødekomme i udviklingen af generaliseringer både i diskussionen og konklusionen i denne undersøgelse.

IPA

Imens den klassiske fænomenologiske psykologi holder sig til rige beskrivelser af et fænomen, er opmærksomheden i IPA i højere grad rettet mod fortolkninger og meningsskabelse som en naturlig del af de rige beskrivelser, fordi det ifølge Smith (2012) er en uundgåelig og fuldt ud acceptabel del af det at leve et intentionelt liv (Zahavi, 2018, s. 121).

IPA er en kvalitativ forskningsmetode, der kan bruges til at beskrive, hvordan mennesker forstår og oplever konkrete fænomener. Ifølge Smith et. al. (2022) kan IPA ses som en metode, der kombinerer analyse af individuelle oplevelser og en forståelse af, hvordan disse oplevelser giver mening i en specifik kontekst. IPA bliver ofte brugt i analysen af dybdegående, semistrukturerede interviews, hvor interviewpersonerne reflekterer over

deres oplevelser af fænomenet, og hvor forskeren kan spørge ind til og udforske de beskrivelser, der kommer frem undervejs i interviewet (Smith et al., 2022).

Det, der kendetegner IPA som metode, er, at den søger at forstå individers oplevelse af en given situation, for eksempel traumatiske fødsler, ud fra den mening, individet tillægger oplevelsen (Smith et al., 2022). Analysen går ud på, at forskeren først finder væsentlige temaer i deltagernes beskrivelser og dernæst fortolker, hvordan temaerne relaterer sig til hinanden og bidrager til den samlede forståelse af oplevelsen (Smith, 1996). Metoden er relevant at benytte i dette speciale, fordi vi er interesserede i den subjektive oplevelse af traumatiske fødselsoplevelser og i at få indblik i informanternes livsverden.

Multiperspektiv IPA

I dette speciale har vi valgt at føje et ekstra lag til analysen ved at gøre brug af multiperspektiv IPA (mIPA), da metoden giver mulighed for at få en nuanceret forståelse af, hvordan den samme fødsel kan forstås fra forskellige perspektiver, i dette tilfælde både den fødende og partneren. Denne metode kan hjælpe med at besvare problemformuleringen ved at give dybdegående indsigt i, hvordan individerne i parrene subjektivt oplever og fortolker den traumatiske fødsel, og samtidig er metoden velegnet til at belyse fællestræk og forskelle mellem parternes oplevelser og mellem de to par, hvilket er centralt i vores undersøgelse (Smith, 1996). mIPA's dybdegående analysemetode skaber grobund for ikke kun at undersøge individuelle oplevelser, men også identificere mønstre, der kan bruges til at sige noget generelt og være med til at belyse, hvordan par oplever og bearbejder traumatiske fødselsoplevelser. I metodeafsnittet vil det blive gennemgået, hvordan vi konkret har gjort brug af mIPA.

Metode

I denne del af opgaven præsenteres metodiske valg og etiske overvejelser, ligesom undersøgelsens fire informanter præsenteres. Slutteligt gennemgås undersøgelsens analytiske strategi.

Forskningsdesign

Vi har i denne opgave benyttet kvalitativ, fænomenologisk metode, hvor man forsøger at forstå et socialt fænomen med udgangspunkt i det enkelte menneskes livsverden, perspektiv og beskrivelse af verden, som han/hun oplever den (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Specifikt har vi taget udgangspunkt i metoden IPA, som vil blive uddybet i et senere afsnit. Denne tilgang var relevant for vores undersøgelse, fordi vi ikke er interesserede i at definere, hvad en traumatisk fødsel er, men derimod i at få en forståelse af parrenes oplevelse af fødslen og deres efterfølgende håndtering af fødselsoplevelsen med udgangspunkt i deres livsverden (Brinkmann & Tanggaard, 2020).

Det semistrukturerede interview

Dataindsamling foregik ved hjælp af semistrukturerede interviews, som blev foretaget individuelt. Vores mål var at få så rene beskrivelser som muligt, hvorfor vi fravalgte at interviewe parrene sammen. Det var vores vurdering, at det indebar en for stor risiko for at deltagerne kunne påvirke hinandens svar, eller at den individuelle deltager ikke kunne udtale sig lige så frit, hvis interviews foregik med begge parter samtidig. På grund af geografisk placering foregik to af de fire interviews online på Teams, da det ville være for tidskrævende at skulle mødes fysisk, imens de resterende to interviews foregik ved fysisk møde. Dette kan have haft en indflydelse på den tillid, vi ønskede at skabe i rummet, da der både kan være komplikationer i form af dårlig forbindelse, og at det ikke er muligt at kigge hinanden i øjnene på samme måde som ved fysisk interview. På den anden side var det et godt alternativ

til det fysiske interview, da det gjorde det muligt for os at lave de to interviews trods afstanden.

Beslutningen om at foretage semistrukturerede interviews blev taget ud fra en vurdering af, at vi havde brug for en vis struktur for at kunne sikre, at vores interview holdt sig inden for vores undersøgelsesfelt. Samtidig måtte vi, for at være tro mod den fænomenologiske tilgang, forholde os åbne til informanternes livsverden og det, der var vigtigt for dem ved oplevelsen (Brinkmann & Tanggaard, 2020). I det følgende afsnit uddyber vi, hvordan interviewguiden blev udformet med netop dette in mente.

Interviewguide

I det semistrukturerede interview udvikles en interviewguide, der lægger op til, at man kan følge op på de spørgsmål, der stilles (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette havde den betydning for os, at interviewet udviklede sig mere som en samtale, end som et “forhør” af deltageren. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) kan interviewguiden bruges til at give retning og relevante emner at komme ind på, men giver samtidig mulighed for, at interviewpersonen har indflydelse på, hvor samtalen drejer hen. Dette var ideelt for denne undersøgelse, da interviewene kunne gå i mange retninger qua de forskellige oplevelser deltagerne har haft.

For at være tro mod principperne i IPA-metoden bestod interviewguiden af overordnede, åbne spørgsmål, som havde til hensigt at generere rige og detaljerede beskrivelser af informanternes fødselsoplevelse og den efterfølgende håndtering af oplevelsen i tiden efter (Smith, 2014). For at sikre os at få relevante beskrivelser i interviewet, som kunne hjælpe os til at besvare vores problemformulering, benyttede vi underspørgsmål, som vi kunne tage i brug under interviewet, hvis det blev nødvendigt, ligesom vi kunne bruge underspørgsmålene som hjælp, hvis samtalen i interviewet ikke gled let.

I udformningen af interviewguiden valgte vi at lave en tredeling, således at vi i den første del af interviewet havde fokus på graviditeten, imens vi i anden del af interviewet fokuserede på selve fødslen og i den sidste del fokuserede på tiden efter fødslen. Vi gjorde informanterne opmærksomme på denne opbygning, og hvor meget hver enkelt del ville fylde forud for interviewet og igen lige før opstarten af interviewet. Dette gjorde vi for at afstemme deltagernes forventning med vores fokus for interviewet, så de var klar over, at selve fødselsfortællingen ikke var hele omdrejningspunktet i interviewet. På denne måde forsøgte vi at undgå, at deltagerne skulle føle, at vi lukkede deres fortælling ned, når de talte om den traumatiske fødselsoplevelse, fordi vi ikke ville risikere at bryde alliancen. Fælles for de tre dele af interviewet var et fokus på at få beskrivelser, som kunne give os indblik i den måde parrene fungerede på og den måde, de oplevede, reagerede og håndterede graviditet, fødsel og efterfødselstid - både individuelt og som par.

Som en afsluttende del af interviewet brugte vi tid på at spørge informanten ind til, hvordan oplevelsen med at tale om fødselsoplevelsen havde været, og om der var ting, som informanten fandt vigtige at vi kom omkring, som vi ikke allerede havde talt om. Derudover informerede vi om, at informanten kunne henvende sig ved egen læge ved opblussen af ubehag forbundet med at tænke på eller mindes fødselsoplevelsen eller ved forværring af traumereaktioner. Baggrunden for denne afrunding af interview uddybes i afsnittet omkring etiske overvejelser. Hvordan selve indsamlingen af data foregik, beskrives i afsnittet herunder.

Dataindsamling

I dette afsnit gennemgår vi processen med at indsamle data og de overvejelser, der indgik i den proces, ligesom vi præsenterer etiske overvejelser, som var en stor del af vores indledende arbejde med at sikre tryghed for vores informanter.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Som en indledende del af vores dataindsamling udformede vi forud for rekruttering af informanter en række inklusions- og eksklusionskriterier. Inklusionskriterierne var forældrepar over 18 år, der havde været igennem en fødsel, som de selv oplevede som traumatisk eller voldsom, inden for de seneste seks måneder til syv år. Overvejelserne om minimumsgrænsen gik på, at der skulle gå en vis rum tid inden interviewet, da deltagerne skulle have haft tid til at bearbejde fødslen. Dette på baggrund af et argument om, at det kunne give større risiko for retraumatisering at eksponere for traumet, før det er bearbejdet (Jaffe et al., 2015). På baggrund af at parrene efter seks måneder har haft tid til refleksion og samtidig har haft tæt kontakt med fagpersonale, for eksempel sundhedsplejersker, vurderede vi, at seks måneder efter fødslen ville være etisk forsvarligt. Den øvre grænse blev valgt ud fra overvejelser om at kunne finde nok informanter, og samtidig at det ikke skulle være for lang tid siden, da der kan gå noget erindring tabt, eller deltagernes narrativ kan have ændret sig i forbindelse med senere fødselsoplevelser. Optimalt set kunne det være mere repræsentativt at alle deltagere havde født inden for to år, men her måtte vi tage højde for, hvilke informanter vi havde til rådighed indenfor tidsrammen for specialet.

Derudover overvejede vi, om deltagerne måtte være diagnosticeret med PTSD. Vi valgte, at vi gerne vil undersøge det subkliniske felt mellem PTSD-diagnosen og den almindelige fødsel. Dette valgte vi, fordi vi er interesserede i, hvordan par håndterer tiden efter en traumatisk fødsel, der måske/måske ikke har udløst behandlingskrævende symptomer, men uden at man opfylder kriterierne for PTSD. Med denne vinkel ville undersøgelsen kunne være med til at belyse, hvordan par kan hjælpes videre efter en traumatisk fødselsoplevelse uden at have et diagnostisk fokus. Ligeledes var det en del af vores overvejelser, at det kunne være vanskeligt for os etisk at forsvare at opsøge personer

diagnosticeret med PTSD og bede dem tale med os om den udløsende hændelse, når vi ikke er uddannede til dette. Processen med at lede efter og udvælge informanter på baggrund af inklusions- og eksklusionskriterierne beskrives i det følgende afsnit.

Rekruttering af informanter

Vi valgte tidligt i processen at snævre antallet af informanter ned til to par, som i alt ville blive til fire interviews, fordi IPA-metoden er tidskrævende og giver forholdsvis lange interviews og derfor en stor mængde data. Vi startede vores søgen med udgangspunkt i vores netværk, hvor vi lavede et opslag, som vi begge delte på vores Facebook-profiler (se bilag 1), hvori vi opfordrede til at dele opslaget, så vi kunne nå så bredt ud som muligt. På baggrund af dette fik vi henvendelser fra 15 mulige informanter, som vi herefter skulle udvælge blandt. Da nogle af dem, der havde henvendt sig, havde oplevelser, som var ældre end syv år, blev disse fravalgt, ligesom vi fravalgte dem, som var enlige, og en, som havde en fødselsoplevelse, der var forbundet med en senabort. Derudover var der to par, der havde henvendt sig, som alligevel ikke havde tid til at deltage. De to udvalgte par blev valgt, fordi de passede på inklusions- og eksklusionskriterierne og havde mulighed for at deltage i interview på det tidspunkt, hvor vi skulle lave interviews for at holde os inden for specialets tidsramme. I afsnittet herunder præsenteres de to udvalgte par.

De fire informanter

Vi tager i vores undersøgelse, jævnfør vores inklusions- og eksklusionskriterier, udgangspunkt i to par, som selv beskriver deres fødselsoplevelse som traumatisk eller voldsom, men som ikke er diagnosticeret med PTSD. Begge par består af en mand og en kvinde, og deltagerne er i 30'erne og 40'erne. Fælles for parrene er det, at de har været sammen i over 15 år. Begge par har i dag to børn, hvor fødselsoplevelsen hos det ene par

omhandler fødslen af det ældste barn, imens det hos det andet par er fødselsoplevelsen af deres andet barn, som er omdrejningspunkt.

Interviewsituationen

Med udgangspunkt i et IPA-design har vi i vores interviews været meget opmærksomme på at stille åbne spørgsmål. Vi valgte at interviewe deltagerne individuelt, da dette gav mulighed for, at deres individuelle oplevelser kunne komme til udtryk, ligesom det var en måde for os at sikre, at informanterne ikke påvirkede hinandens svar eller lod sig begrænse i sine svar, hvis de skulle interviewes sammen. Vi interviewede hver især et par, altså afholdt vi hver to individuelle interviews. Vi forsøgte at afholde de individuelle interviews lige efter hinanden som back-to-back interviews for at undgå, at den først interviewede kunne påvirke den sidst interviewede i parret og samtidig for at give dem mulighed for at vende interviewsituationen med hinanden relativt hurtigt efter, hvis det skulle blive belastende for dem. Dette lykkedes med det ene par, og med det andet par afholdte vi interviewene med en dags mellemrum. Vi havde på forhånd skrevet i deltagerinformationen, at for at få så pålidelige resultater som muligt, ønskede vi, at de ikke talte om interviewet før begge var afviklet. I tilfældet med det par, der blev interviewet med en dags mellemrum, adspurgte vi den først interviewede, om han/hun var okay med ikke at tale med partneren om interviewet før dagen efter, hvortil personen svarede, at han/hun var indforstået med dette. Derfor antager vi, at de ikke har talt sammen, og at dette ikke har haft indflydelse på resultaterne.

Før påbegyndelse af optagelse og interview gennemgik interviewer den information, som også var givet i deltagerinformationen og sikrede sig samtykke til lydoptagelse og behandling af data fra interviewet. Derudover var det vigtigt i samtalen før

interviewet at få gjort det tydeligt for informanten, at han/hun til enhver tid ville kunne pause eller afbryde interviewet, hvis det blev for svært at tale om. Dette var med udgangspunkt i en række etiske overvejelser, som vil blive uddybet i et særskilt afsnit. Herunder følger en række overvejelser omkring det at lave interview og en skelnen mellem terapi og interview.

Interview vs. intervention

I en interviewsituation om et sårbart emne, måske særligt som kommende psykologer, var vi særligt opmærksomme på forskelle og ligheder mellem den terapeutiske samtale og forskningsinterviewet. Hvor det i en terapeutisk relation er psykologen, der hjælper klienten, er det i en interviewsituation deltageren, der hjælper forskeren med at belyse sit forskningsområde (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Både en terapeutisk samtale og et forskningsinterview kan lede til øget forståelse og forandring, men hvor forskningsinterviewet vægter produktion af viden, er hovedfokus i den terapeutiske samtale personlig forandring. Denne skelnen var relevant for os at forholde os til, da vi netop i denne situation havde at gøre med et set-up, der på flere måder mindede om terapi. Eksempelvis var alliancedannelse i spil, fordi vi bad informanterne om at dele intime og personlige detaljer med os, selvom de ikke kendte os. Ligeledes observerede vi undervejs i interviewene, og fik tilkendegivelser på, nye refleksioner og indsigter hos interviewpersonerne. For deltageren kan vi altså ikke udelukke, at interviewet har haft en terapeutisk effekt, omend dette ikke har været formålet. Vi havde på forhånd forsøgt at være tydelige overfor deltagerne om, at dette var forskning og ikke terapi. Dette gjorde vi ved at skrive i deltagerinformationen (se bilag), at fokus for os var at samle viden, og at de derfor kunne opleve, at vi ikke spurgte dybere ind til noget, som de måske fandt betydningsfuldt, som man ellers ville have gjort i terapi. Desuden blev det under det ene interview nævnt af interviewer, at hvis dette havde været en terapeutisk situation, ville det blive grebet an på en anden måde, men fordi det ikke er det,

fortsætter vi med interviewspørgsmål. Dette for at validere interviewpersonens oplevelse og bevare alliancen.

Dette var vigtigt for os at understrege, fordi vi havde at gøre med personer, som har haft en voldsom oplevelse, som vi ikke på forhånd kendte omfanget af, og fordi vi ikke havde kendskab til, hvor påvirkede de ville være af oplevelsen og af at tale om den. På baggrund af fokus i dette speciale valgte vi ikke at screene for PTSD på forhånd, og vi kan derfor ikke udelukke udiagnosticeret PTSD hos deltagerne, hvorfor vi tog højde for dette som en potentiel sårbarhed. Udover et fokus på skelnen mellem terapi og interview har vi gjort os en række andre etiske overvejelser, som vil blive uddybet i det følgende afsnit.

Etiske overvejelser

Vi var fra begyndelsen af vores specialeproces bevidste om, at det at interviewe informanter om meget personlige erfaringer fra en traumatisk oplevelse og at dele disse erfaringer offentligt, stiller store etiske krav til os som interviewere, og at vi bærer et stort ansvar for at sikre, at rammerne omkring interviewet er etisk forsvarlige (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 581). En af vores overvejelser gik på, hvordan vi bedst muligt kunne sikre informanterne fortrolighed og anonymitet.

Fortrolighed og anonymitet

Fordi vi i vores undersøgelse interviewede par om en fælles fødselsoplevelse, var det ikke muligt for os at garantere fuld anonymitet, fordi parterne i det enkelte par ville kunne genkende hinanden. Vi sørgede derfor for at indhente samtykke fra alle informanter til, at det endelige speciale måtte deles blandt informanterne, ligesom vi sørgede for at tydeliggøre over for informanterne forud for interviewet, at deres partner ville kunne læse uddrag fra interviewet, hvis alle gav samtykke til at specialet måtte deles. For i videst muligt omfang at kunne sikre deltagerne fortrolighed og anonymitet, besluttede vi os ligeledes for, at de

transskriberede interviews ikke skulle udleveres til deltagerne sammen med det endelige speciale, fordi hvert interview indeholder meget personlig information. Dette med udgangspunkt i en overvejelse omkring, hvilken information fra specialet, som ville være relevant at gøre tilgængelig for hvem (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Vi traf derudover en beslutning om, at transskriptioner fra de fire interviews ikke skulle være en del af det offentligt tilgængelige speciale, fordi vi ønskede at beskytte informanternes meget personlige beretninger. En del af vores øvrige etiske overvejelser gik på risikoen for retraumatisering og sekundær traumatisering, som vi folder ud i afsnittet, der følger herunder.

Retraumatisering og sekundær viktimisering

I vores interviews bad vi blandt andet deltagerne beskrive fødslen af deres barn, som for dem har været en traumatisk oplevelse. Her var vi opmærksomme på risikoen for både retraumatisering og sekundær viktimisering. Retraumatisering kan ske ved, at deltageren genoplever traumet ved at genfortælle det og at kroppen reagerer på dette, særligt hvis traumet er ubearbejdet (Jaffe et al., 2015). Fordi vi blandt andet var optagede af tiden efter fødslen, var det derfor også vigtigt, at fødselsfortællingen ikke kom til at tage for meget tid og for mange ressourcer af deltageren. For at bevare alliancen og undgå, at informanten skulle efterlades med en følelse af at blive afbrudt i sin fødselsfortælling eller en følelse af invalidering af oplevelsen, og dermed øge risikoen for retraumatisering, sørgede vi for tidligt at introducere tidsplanen for interviewet. Dette gjorde vi ved at forberede deltageren på, at vi undersøger tiden efter fødslen, og selve fødslen taler vi om på et deskriptivt niveau. Dette informerede vi om både skriftligt i den fremsendte deltagerinformation og mundtligt i begyndelsen af interviewet. Derudover var vi tydelige omkring, at interviewet ikke ville være behandling, og at de derfor ville kunne opleve ikke at blive spurgt ind til noget, der kunne være betydningsfuldt for dem, fordi vores fokus i opgaven er på efterfødselstiden. For at

imødekomme informanternes eventuelle behov for at fortælle, gav vi dem også mulighed for efter interviewet at fortælle os det, hvis der var noget, som var vigtigt for dem at få med, som ikke var en del af interviewet.

Sekundær viktimisering kan opstå i situationer, hvor man som fagperson utilsigtet kommer til at forværre deres traumesymptomer (Pemberton, A., & Mulder, E. (2023)). Det kan være i form af upassende sprogbrug eller ufølsomme kommentarer. I denne undersøgelse kunne det være i situationen, hvor en af deltagerne udtrykker skyldfølelse i forbindelse med en del af fødselsfortællingen. Her måtte vi være særligt opmærksomme på vores respons, så deltageren ikke skulle opleve at vi bekræftede hende i følelsen af skyld, da det ville kunne føre til sekundær viktimisering. Med henblik på at undgå retraumatisering og sekundær traumatisering har vi benyttet en traumeinformeret tilgang til vores informanterne, som vi beskriver herunder.

Traumeinformeret tilgang

Den traumeinformerede tilgang går blandt andet ud på, at vi som forskere genkender tegn og symptomer på traumatisering, responderer på disse med handlinger baseret på viden og ved aktivt at forsøge at undgå retraumatisering (SAMSHA, 2023, s. 1). Ved at bruge en traumeinformeret tilgang til interviewsituationen har vi kunnet mindske risikoen for at udløse negative responser hos informanterne (Elliott et al., 2005). Det vil sige, at vi på forhånd havde tilegnet os en forståelse for, hvad et traume er, og hvordan det påvirker livssyn og adfærd, ligesom vi havde opsøgt viden, som gjorde det muligt for os at genkende symptomer på. Derfor var målet undervejs i interviewet at bruge en kommunikationsform, der skaber sikkerhed, omsorg og respekt (Elliott et al., 2005).

Fordi vi var opmærksomme på, at vi kunne risikere at aktivere ubehag eller symptomer på belastning ved at stille spørgsmål til fødselsoplevelsen, valgte vi at sætte tid af

efter hvert interview til at kunne samle op på, hvordan det havde været for informanten at blive interviewet. Ligeledes opfordrede vi informanterne til at henvende sig ved egen læge, hvis de efter interviewet skulle opleve, at fødselsoplevelsen kom til at fylde meget og påvirke deres hverdag negativt. På trods af risikoen for retraumatisering læned vi os samtidig op af, at det tidligere er undersøgt, at det er forbundet med omgående ubehag at blive spurgt ind til traumatiske oplevelser i forbindelse med forskning, men at mange ramte samtidig finder det mere vigtigt for dem at få talt om det, end at undgå ubehaget (Nielsen, Hansen, Elklit, & Bramsen, 2016).

Analysestrategi

I det følgende afsnit præsenteres de strategier, vi har taget i brug i forbindelse med analyse af data fra de fire interviews.

Transskription

Efter indsamling og optagelse blev de fire interviews transskriberet ved hjælp af Zetlands GDPR-sikre program 'Good Tape', som gør det muligt at uploade sit interview som lydfil og i løbet af få minutter få en fuld transskription af interviewet. Vi har efterfølgende renskrevet transskriptionen, imens vi lyttede til interviewet for at kunne rette fejl undervejs. Vi valgte, at den person, der interviewede, også var den, der transskriberede, for at sikre de mange detaljer, som er relevante for analysen. Samtidig havde det den effekt, at interviewerens fik indsigt i egen interviewstil, og at der undervejs blev sat tanker i gang om meningsanalysen af det, der blev sagt.

I de uddrag af transskriptionen, som er med i analysen, har vi for læsevenlighedens skyld valgt at korte citaterne ned ved at undlade ord eller sætninger, som er gentagelser eller fyld, ligesom vi har valgt at sammenskrive nogle sætninger, hvilket vi viser ved at benytte tegnene (...). Vi har derudover valgt at lade alle citater, uanset længde, være indrykkede i

analysen som man ville gøre ved et citat på mere end 40 ord. Dette er gjort for at lade citaterne stå tydeligt frem. For overskuelighedens skyld valgte vi at farvekode citaterne fra transskriptionerne, så hver deltagers citater har hver sin farve. De fulde transskriptioner af alle fire interviews er tilgængelige for eksaminator og censor (se bilag 4-7).

Multiperspektiv IPA

Fordi vi i vores undersøgelse har fokus på både mor og fars perspektiv på fødselsoplevelsen, har vi valgt at føje et ekstra lag til IPA-analysen ved at gøre brug af multiperspektiv IPA. Den traditionelle IPA-metode fokuserer på en relativt homogen gruppe, hvor deltagerne deler en bestemt type oplevelse, hvorimod multiperspektiv IPA inkluderer flere perspektiver, som giver mulighed for at udforske systemiske og relationelle dimensioner ved en oplevelse (Larkin et al., 2019). Ved at benytte multiperspektiv IPA har vi kunnet analysere en kompleks oplevelse som en traumatisk fødselsoplevelse, som ikke kun findes hos én gruppe, for eksempel den fødende, men i dette tilfælde også partneren. Vi har altså været i stand til at få en mere nuanceret forståelse af en traumatisk fødsel, der er socialt og relationelt forankret, ved at give plads til fokus på både den fødende og partneren.

Med mIPA har vi således kunnet forsøge at besvare problemformuleringen ved at få dybdegående indsigt i, hvordan individerne i parrene subjektivt oplevede og fortolkede den traumatiske fødsel, imens vi samtidig kunne belyse fællestræk og forskelle mellem parternes oplevelser, hvilket var centralt i vores undersøgelse (Smith, 1996). Derudover har vi kunnet undersøge intersubjektive forhold og relationen mellem parterne ved at triangulere perspektiver for at få en rigere forståelse af fødselsoplevelsen (Larkin et al., 2019, s. 195). Metoden har ligeledes hjulpet os med at finde og forstå fælles mønstre, forskelle og dynamikker i oplevelser på tværs af grupper (Smith et al., 2009, s. 52), hvor fokus i denne

undersøgelse har været på en dyadisk gruppe, altså den fødende og partneren som et par, og hvor vi derudover har sammenlignet paradyaderne imellem.

Den analytiske fremgangsmåde ved mIPA har fulgt IPA's ideografiske tilgang og derefter tilføjet en multiperspektiv dimension, som beskrevet af Larking et al., 2019, hvilket uddybes i det følgende afsnit.

Analytisk fremgangsmåde

For at være tro mod principperne i IPA-metoden har vi foretaget vores analyse af de fire interviews på baggrund af 6 trin, som vil blive beskrevet i dette afsnit.

IPA-metodens 6 trin

Først blev alle interviews analyseret idiografisk ved hjælp af 6 trin fra traditionel IPA i overensstemmelse med retningslinjerne fra IPA (Smith et al., 2009). Hvert interview blev behandlet separat indledningsvis, hvilket gav os mulighed for at individuelle oplevelser kunne komme til udtryk. Første del af analysen bestod således af det enkelte individs forståelse af deres oplevelse, imens næste del fokuserede på parret med det formål at identificere kongruens og kontraster i dyaden, og den sidste del af analysen bestod af dyadens data sammenlignet og syntetiseret med andre dyader.

Med udgangspunkt i analysestrategien fra Larkins et al. (2019) er der i analysen gennemgående kigget efter: 1) konsensus eller konceptuelle overlap, hvor informanterne i hvert par udtrykte lignende oplevelser, 2) konflikt mellem perspektiver, når vores informanter havde modsatrettede oplevelser, 3) reciprokke betydninger, altså når perspektiver fra informanterne supplerede hinanden, 4) veje til mening, altså den måde vores informanter fandt mening i deres oplevelse. Her kunne vi både finde eksempler på oplevelser, som lignede hinanden, men som blev tillagt forskellig betydning, eller omvendt kunne vi finde

eksempler på, at informanter tillagde samme betydning til forskellige oplevelser (Larkin et al., 2019). Herunder beskrives analysens 6 trin:

Trin 1: Læse og genlæse transskriptioner.

Trin 2: Indledende noter om, hvad der er interessant ved beskrivelsen i form af a) beskrivende kommentarer med beskrivelse af indholdet af, hvad deltageren sagde; hvad der er vigtigt for deltageren, fx objekter, begivenheder og oplevelser (**fed tekst**), b) lingvistiske kommentarer, som er udfordringen af det specifikke sprog deltageren gør brug af (*kursiv tekst*) og c) konceptuelle kommentarer, som har fokus på at engagerere sig på et mere undersøgende og konceptuelt niveau; forskerens refleksioner og spørgsmål samt deltagerens overordnede forståelse (understreget) (Butterworth et al., 2023, s. 4).

Trin 3: Udvikling af fremtrædende temaer på baggrund af egne noter; noter i margenen (kortfattede sætninger). I tabel 1 herunder ses eksempler fra hvert interview, som viser, hvordan der er lavet indledende notering på trin 2 og efterfølgende udviklet fremtrædende temaer på trin 3.

Tabel 1

Eksempler på indledende notering

Transskription	Notering	Fremtrædende tema
Informant Sonja: Ja præcis, jeg tænkte, at jeg skal nok nå til at tænke, at måske dør jeg, men du ved. Jeg fik lige nået til at snakke om vejtrækning med hende, og det	Interessant at hun tænker, at det er naturligt under en fødsel at tænke <i>måske</i> dør jeg - <u>hendes</u>	Forventninger til fødslen.

brugte jeg. Jeg havde faktisk egentlig fuld kontrol over det, også meget mere end jeg havde med Carla (linie 186).	<u>forventning til fødslen er, at man kan være så udmattet eller have så ondt, at man tror, man skal dø.</u>	
Informant Jesper: Nej. Og om jeg så faktisk var færdig med det selv, det ved jeg ikke. Det tror jeg ikke. Men det er måske det, jeg har forventet af mig selv. Okay. Nu kommer vi i gang med hverdagen (linie 247).	Han kan godt se, at han nok ikke var kommet over oplevelsen, men har en forventning til sig selv om at <i>nu kommer vi igang med hverdagen.</i> <u>Han har skubbet oplevelsen væk for at kunne fungere i hverdagen.</u>	Manglende fokus på partnerens velbefindende.
Informant Julie: (Om at have sagt nej til kejsersnit) Han sagde sådan, at det var ikke det, der gjorde udfaldet. Han prøvede at være meget professionel og faktuel. For det har vi også brug for at høre, det har jeg i hvert fald meget brug for at høre, og	Det var vigtigt for hende at høre fra lægen, at beslutningen om ikke at lave kejsersnit ikke var hendes, fordi hun <i>finder ro i viden - det giver hende mulighed for</i>	Støtte fra personalet.

jeg vil gerne høre, hvordan er procedurene foregået. For det finder jeg ro i. Jeg finder ro i viden (linie 245)	<u>at lægge følelsen af skyld fra sig.</u>	
Informant Søren: Ja, for mig opleves det bare som en usikkerhed, men som jeg jo ikke på nogen måde kan vise til nogen, fordi det vil være enormt uhensigtsmæssigt (linie 101).	Han begynder at opleve usikkerhed undervejs i fødslen, men deler ikke sin usikkerhed <i>det vil være enormt uhensigtsmæssigt</i> - <u>han</u> har en oplevelse af, at <u>fokus skal være på mor - er der plads til ham?</u>	Rollen som far/partner.

Trin 4: På dette trin søgte vi efter overlap mellem temaerne i det gennemgåede interview og grupperede informationen, så vi kunne sammenfatte det til en række fremtrædende temaer, som gik igen i interviewet.

Trin 5: Herefter gik vi videre til næste interview, hvor den idiografiske analyse blev gentaget, så hver deltager havde sin egen individuelle case-analyse. Vi brugte ikke det første interview til at orientere de efterfølgende interviews, i stedet blev hvert interview betragtet separat for at identificere gentagne mønstre og nye fremtrædende temaer.

Trin 6: På analysens sidste trin fokuserede vi på tematisk udvikling inden for den næste analyseenhed, som i vores tilfælde var par-dyaden. Begge transskriptioner i parret blev

sammenholdt for at identificere konvergens eller divergens i temaer, som foreslået af Larkin et al. (2019), og parret blev en analyseenhed. Analysen fokuserede derefter på relationerne imellem og på tværs af de to dyader, hvor vi kunne udvikle en narrativ beretning om, hvordan de specifikke oplevelser relaterede sig til hinanden. Det overordnede mål var for os her er at skabe en beretning, hvor vi med udgangspunkt i oplevelsernes mangfoldighed kunne tilbyde et fortolkende perspektiv på, hvordan deltagernes livsverdener interagerer og overlapper (Larkin et al., 2019).

I tabel 2 er det illustreret, hvordan vi samlede de fremtrædende temaer fra hvert interview i paradyaden og fandt frem til mønstre på tværs af de to interviews i dyaden, hvorefter vi gjorde det samme i den anden pardyade (se tabel 3). Til sidst fandt vi mønstre på tværs af de to dyader, som blev til de endelige temaer (se tabel 4).

Tabel 2

Fremtrædende temaer fra hvert interview i dyade 1

Gennemgående temaer i interview 1	Gennemgående temaer i interview 2	Temaer i dyade 1 (Jesper og Sonja)
• Fertilitetsforløb som sårbarhed. • Betydningen for parforholdet. • Forventninger til fødslen. • Fødslen under kontrol.	• Sårbarhed før og under graviditet: Fertilitetsbehandling. • Forventninger til fødslen. • Betydningen af relationen til fagpersonale.	• Sårbarhed ift. fertilitetsbehandling • Forventninger til fødslen. • Relationen til fagpersonalet

• Betydningen for parforholdet/vigtigheden af at parforholdet består. • Betydningen af relationen mellem fødende og fagprofessionelle. • Betydningen af autoritetstro. • Rollen som far og partner. • Oplevelsen af fødslelsens alvor. • Stilhed efter stormen: Fra kaos til forvrænget normalitet. • Anerkendelse af fødselsoplevelsens betydning - Fødselsoplevelsen følger med hjem.	• Den fødendes intuition. • Samspil mellem fødende og partner. • Umyndiggørelse og afmagt under fødslen. • Forskellige behov for at tale om fødslen. • Fokus/manglende fokus på partnerens velbefindende. • Fagpersonalets anerkendelse af oplevelsens voldsomhed, begåede fejl og behovet for hjælp. • Svært at støtte hinanden som par.	• Fagpersonalets anerkendelse af oplevelse • Partnerstøtte ◦ Opmærksomhed på partner (overskud) • Traumereaktion
---	---	---

• At være der for sin partner, når man selv er ramt. • Traumereaktioner.	• Manglende støtte fra omgivelserne til at få igangsat hjælp. • Traumereaktioner.	
---	--	--

Tabel 3

Fremtrædende temaer fra hvert interview i dyade 2

Gennemgående temaer i interview 3	Gennemgående temaer i interview 4	Temaer i dyade 2 (Julie og Søren)
• Bekymring i graviditet • Parhåndtering • Intuition/forventning til fødsel • Kommunikation med partner • Personalets håndtering • Afkoblet fra krop • Livsfare • Partneropfattelse • Traumereaktion	• Bekymring i graviditeten • Ansvar for fødselsoplevelsen • Fars rolle • Manglende kontrol • Livsfare • Utryghed ved hospitaler • Ingen kommunikation skaber utryghed.	• Bekymring i graviditeten. • Skyldfølelse. • Personalets håndtering/støtte. • Fars rolle. • Opmærksomhed på hinanden som par. • Traumereaktion • Livsfare.

• Skyldfølelse • Fars rolle • Frygt • Støtte efterfølgende	• Personalets håndtering • Traumereaktion • Opmærksomhed på partner	
---	---	--

Tabel 4

Temaer på tværs af dyade 1 og dyade 2

Temaer i dyade 1 (Jesper og Sonja)	Temaer i dyade 2 (Julie og Søren)	Endelige temaer
• Sårbarhed ift. fertilitetsbehandling • Forventninger til fødsel • Relationen til fagpersonalet • Fagpersonalets anerkendelse af oplevelse • Partnerstøtte • Traumereaktion	• Bekymring i graviditeten. • Skyldfølelse. • Personalets håndtering/støtte. • Fars rolle. • Opmærksomhed på hinanden som par. • Traumereaktion • Livsfare.	• Sårbarhed og forventning før fødsel. • Fødslen som traume - kontroltab afmagt og livsfare. • Relation og samspil med sundhedspersonale. • Parrets relation. • Skyld og ansvar.

		• Følelsesmæssige reaktioner og bearbejdning efter fødslen.
--	--	---

Herunder ses i tabel 5 en samlet oversigt over de endelige temaer med undertemaer, som vil blive arbejdet videre med i analyseafsnittet:

Tabel 5

Oversigt over endelige temaer og undertemaer

Overtema 1: Sårbarhed før fødslen.	• <i>Fertilitetsforløb som sårbarhed</i> • <i>Bekymring i graviditet</i> • <i>Forventninger til fødslen</i>
Overtema 2: Betydningen af relationer under og efter fødslen.	• <i>Fagpersonalets anerkendelse af oplevelsen</i> • <i>Støtte fra personalet</i> • <i>Manglende kommunikation</i> • <i>Betydningen af autoritetstro</i> • <i>Rollen som far og partner</i> • <i>Samspil mellem fødende og partner</i> • <i>Den fødendes intuition</i> • <i>Umyndiggørelse og afmagt under fødslen</i>

	• <i>Manglende kontrol</i>
Overtema 3: Følelsesmæssige reaktioner og bearbejdning efter fødslen	• <i>Efterreaktioner</i> • <i>Forskellige behov for at tale om fødslen</i> • <i>Manglende støtte fra omgivelserne til at få igangsat hjælp</i> • <i>Skyld og ansvar</i>

Analyse

I det følgende afsnit præsenteres analysen af de fire interviews, hvori vi ved brug af mIPA forsøger at forstå og fortolke informanternes oplevelse af en traumatisk fødsel og den efterfølgende tid, ligesom vi søger at forstå, hvordan de fire oplevelser relaterer sig til hinanden. Analysen følger kronologien fra interviewsituationerne med en opdeling af tiden før, under og efter fødslen. Dette for at give det bedst mulige indblik i informanternes oplevelser på en måde, som er tro mod fortællingens kronologi. Derudover er analysen opdelt i tre overordnede temaer; '*Sårbarhed før fødslen*', '*Betydningen af relationer under og efter fødslen*' og '*Følelsesmæssige reaktioner og bearbejdning efter fødslen*', som giver indblik i de forskellige og ensartede opfattelser og forståelser, som informanterne har haft inden for hvert overtema, og som er essentielle for at forstå informanternes specifikke oplevelser.

Sårbarhed før fødslen

Fælles for begge par var det, at de oplevede at være bekymrede og føle sig sårbare under graviditeten, men dog på forskellige måder. For Jesper og Sonja i dyade 1 har

fertilitetsbehandling forud for graviditeten været en fælles kilde til sårbarhed og bekymring. På trods af, at begge parter oplevede, at fertilitetsbehandlingen havde betydning, kom dette til udtryk på forskellige måder hos de to. Jesper beskrev det således:

Begge børn er blevet til gennem fertilitetsbehandling, og for begge børn har det taget en årrække at nå til en graviditet (..) Hele forløbet er indhyllet i en masse frustration fra starten og rigtig mange svære følelser og oplevelser af alenched og utilstrækkelighed. Men lige så snart Sonja blev gravid, så er det gået fint (..) og så må vi forholde os til barnet, når det kommer ud. Nu er vi ovre den svære del (..) Det kan godt være, at Sonja siger noget andet, men jeg har ikke oplevet, at det har været farligt. Jeg kan godt være mere nervøs, fordi det har kostet så meget at nå dertil. Hvad sker der med os, hvis det går galt? (bilag 4, linie 25-42).

Det var altså Jespers oplevelse, at det var fertilitetsbehandlingen, der fyldte mest og krævede mest af dem som par, imens selve graviditetsforløbet for ham var sekundært og ikke kilde til egentlig bekymring. Jespers oplevelse af bekymringer var med udgangspunkt i et fokus på dem som par og frygten for, om de som par kunne holde til det, hvis de mistede graviditeten, hvilket kan tolkes som, at parforholdet har stor betydning for Jesper. Parforholdet fremstår som en kerne, der er vigtig for ham at kunne fastholde, og på den måde træder betydningen af det intersubjektive forhold mellem de to tydeligt frem i hans oplevelse, hvor begivenheder omkring parret har betydning for deres indbyrdes påvirkning på hinanden. I Sonjas beskrivelse af graviditeten ser man ligeledes, at fertilitetsforløbet har fyldt, men hendes beskrivelse af graviditeten er dog anderledes end Jespers:

Carla og Marius er jo reagensglasbørn, og det har taget 10 år at lave de to børn (..) Da jeg så blev gravid med Marius, der havde jeg rigtig meget blødning til at starte med. Så derfor har det været sådan en følelsesmæssigt lidt svær ting (..) og lægerne havde

sagt, vi gør det ikke igen. Så han var ligesom sidste skud i bøssen, ikke? (..) Jeg var mere nervøs og bange end med Carla, også fordi man ved, hvad man ikke får, hvis det går galt (bilag 5, linie 53-55).

Vi får her indblik i, hvordan bekymringer fyldte meget mere for Sonja i denne graviditet, fordi hun som mor i forvejen vidste, hvad det betyder at få et barn. At Sonja fokuserede på dette i sin beskrivelse af sin oplevelse, kan tolkes som et udtryk for, at det ville være en sorg for hende ikke at opleve at blive mor igen. Det peger på, at Sonja var bekymret under graviditeten på grund af uvisheden over, om hun ville blive mor igen, imens bekymringen for Jesper i højere grad lå i, om de som par ville kunne komme igennem det, hvis det ikke lykkedes.

Hos Julie og Søren i dyade 2 opstod der ligeledes sårbarhed og bekymring i graviditeten, som dukkede op i forbindelse med en nakkefoldsscanning. Julie husker generelt sin graviditet som god, men beskriver oplevelsen med scanningen således:

Det eneste var, at der var en nakkefoldsscanning, (...) hvor tallet ikke var så højt, som man måske havde drømt om. Og jeg har sådan lidt en tendens til i det hele taget at være lidt paranoid omkring sådan nogle ting, på grund af nogle oplevelser tidligere i mit liv (..) Men det slog mig alligevel lidt ud, at den var lidt lav. Og så fordi jeg har sådan en tendens til bekymringstanker. Så det hylede mig meget ud af den (bilag 6, linie 11-15).

Det ses her, hvordan Julie oplevede at bekymre sig meget og følte, at det væltede hende mentalt omkuld at skulle forholde sig til risikoen for, at deres kommende barn fejlede noget. Når Julie beskriver, hvordan det er velkendt for hende at bekymre sig meget, kan det tolkes som et udtryk for, at bekymringer var en velkendt sårbarhed hos Julie, som blev bragt i spil i denne situation, hvor hun oplevede, at noget var på spil. Samtidig blev sårbarheden bragt i

spil, fordi Julie blev mindet om tidligere oplevelser i sit liv, som igen fik plads. For Søren var oplevelsen med nakkefoldsscanningen også en kilde til bekymring, men han beskriver herunder, hvordan hans oplevelse var anderledes end Julies:

(..) jeg tog rollen som den, der er rolig (..) Jeg tror måske også, der ligger det ekstra i det, at man som kvinde bærer et foster på den måde, at man bliver stillet mere over for sammenligningen med hendes egen livsførelse, gener og alt muligt, i det der med det meget direkte er i din krop, der er det nok nemmere at være en lille smule på afstand af præcis det spørgsmål, fordi man egentlig bare leverer et produkt (bilag 7, linie 42).

Søren beskriver her, hvordan han oplevede at påtage sig ansvaret som den rolige af de to, og man får samtidig indblik i, hvordan han forstod det at være kvinde og bære et barn. Man kan argumentere for, at der for Søren var en naturlighed i, at Julie som bæreren af deres barn bekymrede sig mere end ham, fordi han fysisk kunne distancere sig fra barnet og graviditeten og dermed også i et vis omfang oplevede at kunne gøre det mentalt. Det, at Søren kunne gøre det, gav ham en mulighed for at passe på Julie og give hende plads til at være bekymret, og vi får på den måde også et indblik i, hvordan de fungerer som par. Netop relationen mellem parrene vil blive uddybet yderligere i det følgende afsnit.

Betydningen af relationer under og efter fødslen

I det følgende afsnit foldes deltagernes oplevelser ud i relation til overtemaet 'relationen til fagpersonale og partner' med fokus på tryghed i relationen, anerkendelse af fødselsoplevelsen, støtte fra personalet og betydningen af relationen til partneren.

Relation og samspil med personalet

Starten på relationen til de fagprofessionelle var forskellig for de to fødende. Den ene fødende oplevede den tidlige relation til fagprofessionelle som præget af manglende

faglighed og utryghed, mens den anden oplevede relationen i startfasen som præget af ro og tillid til personalet. Den fødende i dyade 1, som ikke havde en oplevelse af en tryk relation til de fagprofessionelle, oplevede følgende:

Der var ret mange studerende (...) det fyldte faktisk ret meget for mig, at jeg blev lidt irriteret over at være prøvekanin. Og det tror jeg, fordi jeg har været det i mange, mange år. Jeg kunne mærke, at mine grænser blev overskredet allerede der, hvor 5-6 cm spørger de “er det lige okay, at studerende mærker” (linie 153). (...) I forhold til fertilitetsklinikken, at jeg havde været i hele det der system, også af studerende, og folk skulle lære ting, og jeg så underlig ud og “se den her case”. Jeg kunne bare mærke, at det triggede et eller andet i mig. Og jeg var bare sådan, jeg vil bare gerne have lov til at føde uden at nogen skal undersøge mig på nogen måde (bilag 5, linie 165).

På baggrund af hendes oplevelser med fertilitetsforløbet og deraf kontakt med mange fagpersoner over flere år, bliver det for hende utrygt at så mange fagpersoner under uddannelse skal undersøge hende for at lære noget, frem for at det er for hendes og fødselens skyld. Ved at analysere den fødendes oplevelse ud fra hendes livsverden, erfaringer og den kontekst hun har befundet sig i som kvinde i fertilitetsforløb, som gravid og nu fødende, kan det give forståelse for, hvorfor hun oplever denne situation som grænseoverskridende og dermed begrænsende for den tillidsfulde relation til personalet. Netop tryk og tillid kan man argumentere for er væsentlige faktorer for at danne en god alliance mellem den fødende og personalet, hvorfor dette kan have betydning for resten af fødselsforløbet (Reed et al., 2017). Ydermere oplevede Sonja i dyade 1, hvordan utrygheden på flere måder indfandt sig i starten af fødslen:

Jamen altså, vi nåede 3 holdskifte (..) Så der blev ligesom skiftet lige det øjeblik, hvor der så også var noget, der skiftede for mig, hvor jeg tænkte “det er bare ikke helt rigtigt”. Så derfor blev jeg egentlig lidt utryg, tror jeg, i det skifte også, i forhold til, at jeg kunne mærke, at erfaringen var mere begrænset, end den havde været. Og jeg selvfølgelig selv mistede kontrol, når jeg tænkte, at jeg vidste, at der var noget galt sådan rent kropsligt, så blev man jo også utryg (bilag 5, linie 204).

Ud fra Sonjas beskrivelse opstod der tidligt i fødselsforløbet utryghed, både på baggrund af brudte grænser, mange skift i personale og tvivl om personalets faglige niveau. Derudover oplevede hun også, hvordan hun mistede kontrol og havde en fornemmelse af, at noget var galt, hvilket kan tolkes som et udtryk for, at hun ikke havde tillid nok til personalet til, at de kunne hjælpe hende igennem fødslen på en tryk måde. Ud fra hendes oplevelser kan man altså argumentere for, at relationen til personalet blev oplevet som svag fra begyndelsen af fødslen.

Den anden fødende informant i dyade 2 oplevede den tidlige relation til personalet som positiv, ved at få lov til at være til stede i fødslen med sin partner, og at personalet udviste ro og venlighed:

Og jordemoderen var faktisk meget passiv. Hun var der bare, hun lod os være i det (...) Mit indtryk er, at vi fik egentlig lov til at styre det ret meget selv. Så vi fik suiteen af alle suiteer, fødestuer på hospitalet, og personalet var helt i ro og så søde. Det var en virkelig god oplevelse. Jeg har en veninde, der er jordemoder, og hun var også forbi med hendes datter efter en vagt. Så vi kom op på den her fødestue. med hendes datter efter en vagt, og så siger hun, at hun er god (RED: jordemoderen) (bilag 6, linie 55-71).

Informanten oplevede her flere elementer, der kan have indflydelse på relationen til personalet. For det første oplevede hun, at personalet gav hende og hendes partner mulighed for at styre starten af fødslen selv, og at de fik plads til at være i processen. Derudover fik de gode vilkår i form af en god fødestue, og på dette tidspunkt oplevede hun personalet som rolige og behagelige. Til sidst fik hun også udefrakommende bekræftelse på, at den jordemoder, hun var tilknyttet på dette tidspunkt, var god, fra en relation hun havde tillid til. Disse elementer tilsammen dannede grobund for det, som hun selv beskrev som en virkelig god oplevelse, og som kan tolkes som værende afgørende for hendes opfattelse af personalet. Ud fra disse beskrivelser fremstår det som om, at denne informant følte sig i kontrol over situationen og havde tillid til personalet. På baggrund af dette tolkes det som om den fødende i dyade 2 oplevede en stærk relation til personalet i den tidlige fase af fødslen.

Hos de to fødende var relationen til fagpersonalet altså forskellig. Den ene oplevede stor tillid til fagpersonalet, både på baggrund af egne erfaringer og en tro på stor faglighed gennem venindens input. Modsat oplevede den anden fødende i dyade 1 manglende tillid til personalet på baggrund af oplevede grænseoverskridelser og manglende tro på fagligheden i personalet.

Senere i fødslen, hvor det var begyndt at blive mere alvorligt, oplevede begge mødre på et tidspunkt at blive instrueret af fagpersonalet i, hvad de skulle gøre. Her ses der igen kontraster imellem deres oplevelser. Den fødende fra dyade 2 oplevede følgende:

(...) det ender med at blive sådan en helt mekanisk instruktion. (Linie 87) (...) fordi jeg kan ikke mærke min krop, men jeg er monitoreret. Så siger hun, "Julie, jeg kan se, hvornår du har en ve. Så nu siger jeg til, når du har. Og så trykker jeg, og så skal du presse". Og det kan jeg huske, at jeg fik sagt sådan noget, jamen hvordan skal jeg

overhovedet kunne presse? Jeg kan ikke mærke min krop. (Linie 91). Det har jeg ikke et problem med. Det har egentlig været rart for mig. Jeg er meget autoritetstro, apropos det med fødsler. Altså at jeg ikke er gået ind med sådan en forestilling, sådan og sådan skulle det være (bilag 6, linie 95).

Her oplevede informanten at blive vejledt tydeligt i pressefasen, hvilket hun oplevede som en hjælp. Hun tillagde det selv den betydning, at det er fordi hun er autoritetstro, hvilket i den situation kunne tolkes som om, hun havde stor tillid til fagpersonalet, hvilket også kunne hænge sammen med den tidlige relation beskrevet ovenfor. Netop det at være autoritetstro kommer 3 ud af 4 informanter ind på i deres interviews, hvilket vil blive beskrevet senere i analysen. Den fødende i dyade 1 havde en anden oplevelse og tillagde det en anden betydning at blive tydeligt instrueret i pressefasen:

På et tidspunkt siger hun til mig (..) “du er nødt til at gøre, hvad vi siger”. Så kigger jeg over på Jesper og siger, “det kan jeg ikke”. Og så siger han, jamen det er du nødt til. (...) Jeg kunne jo ikke for helvede gøre alt det, de bad mig om. Så han blev en del, som jeg oplevede det, af den der beslutningstagning omkring, hvad der skulle ske med mig. (...) Han blev ligesom på deres hold, ikke fordi jeg ikke følte, at de støttede mig overhovedet, men de tvang ham til at være en del af at torturere mig *græder igen* (bilag 5, linie 254).

I den fødendes beskrivelse står det frem, at hun ikke følte sig hørt af personalet, der instruerede hende i, hvad hun skulle gøre. Den manglende støtte hun oplevede fra personalet, søgte hun hos sin partner, som hun heller ikke oplevede hørte hende. Dette ledte til en oplevelse af, at hun stod alene, og at både hendes partner og personalet tvang hende til at gøre noget, som hun oplevede som fysisk umuligt. I den proces oplevedes det for informanten som

om, at de var ude på intentionelt at skade hende eller som direkte tortur, som hun beskrev det.

Senere i interviewet sagde den fødende i dyade 1:

(..) jeg så det som sådan et dyr, der bare vidste, at jeg skal slagtes, og vi holder dig bare her så længe at.. ja virkelig sygt. Jeg tænker, at folk, der bliver tortureret, har det sådan... Altså, det er jo ikke bare sådan at sammenligne, fordi rationelt kan jeg selvfølgelig godt... De slår mig jo ikke ihjel, men min kropslige følelse var meget stærkere end mit rationale. Så jeg overvejede da, om de slår mig ihjel. Eller det vidste jeg jo, at de gjorde, hvis ikke de lyttede til det, jeg sagde (bilag 5, linie 637).

På dette tidspunkt i fødslen havde hun altså en oplevelse af, at personalet var ved at slå hende ihjel, og at hendes partner også var en del af denne proces. Dette taler for, at relationen mellem den fødende og personalet fortsat var præget af brudt tillid, hvilket er i tråd med hendes beskrivelse af oplevelsen af den tidlige fase i fødslen, som hun oplevede som præget af grænseoverskridelse og manglende tiltro til personalets evner. Der ses altså en kontrast imellem de to fødendes oplevelse af relationen til personalet, hvor den ene oplevede stor tillid og kontakt til personalet, og den anden oplevede manglende faglighed og grænseoverskridelse. Når vi som led i den hermeneutiske cirkel kigger på helheden, ses der en potentiel sammenhæng mellem relationen til personalet og oplevelsen af at blive støttet undervejs i fødslen.

Betydningen af autoritetstro

Det at opleve sig som autoritetstro går igen i 3 af interviewene. Sonja i dyade 1 nævner som den eneste informant ikke at være autoritetstro, og som nævnt oplevede hun, at personalet satte hende i livsfare, da hun ikke oplevede, at de hørte, hvad hun sagde. Som

nævnt tidligere, oplevede hun også tidligt at have mistro til personalets faglighed, og man kan dermed argumentere for, at hendes oplevelse ikke var præget af at være autoritetstro, men snarere det modsatte. Julie i dyade 2 beskrev som nævnt ovenfor, at hun var autoritetstro, og at dette hjalp hende til at finde tryghed undervejs i fødslen.

Mændene delte en følelse af at være splittet mellem, at de så deres partner gå igennem virkede voldsomt, og samtidig have en tiltro til, at autoriteterne havde kontrol over situationen, og at de vidste bedst. I dyade 1, hvor Sonja ikke oplevede at være autoritetstro, var der en kontrast til partneren Jesper, som netop oplevede at det at være autoritetstro havde en betydning for ham:

Jeg er sådan lidt fanget af, at jeg både tror på, hvad min kone giver udtryk for, men jeg jo også har tillid til, at de professionelle, der er omkring os, har mere erfaring end vi har, og er bedre rustet til at hjælpe os (...) Og de prøver med noget sugekop, og de prøver flere gange, og det kan slet ikke lade sig gøre. Og det er også et relativt voldsomt indgreb, faktisk. Når man ser redskaberne, og hvor voldsomt det ligesom går til. Jeg er sådan lidt, jamen så er det jo det, der skal til, for at fødslen fortsætter (bilag 4, linie 122-150).

Jesper oplevede her en indre konflikt mellem at lytte til sin partner og at lytte til personalet, hvor han følte sig placeret i midten. Dette er et billede på, hvordan han oplevede situationen, hvor Sonja følte sig tortureret, fra hans livsverdenperspektiv og i hans kontekst. Denne episode stod også tydeligt frem i hans oplevelse, og det kunne tolkes som om, han følte sig ude af stand til at træffe et rigtigt valg i situationen. Dette punkt i fødslen havde altså afgørende betydning for begge parter i denne dyade, selvom de tolkede den forskelligt ud fra hver deres kontekst og perspektiv. Sonja tolkede situationen som om, hun var ved at blive

slået ihjel af både hendes partner og personalet, og Jesper tolkede situationen som et valg, der skulle træffes mellem at lytte til personalet eller lytte til sin partner.

Søren fra dyade 2 beskrev ligeledes splittelsen mellem den utryghed, der var undervejs i fødslen og troen på, at personalet havde styr på det:

Den ene side af mig er jo autoritetstroen om det her. Det er jo også dem, der skal styre det her. De skal køre. Og den anden side af mig er måske også sådan lidt afventende.

Jeg ved også godt, at det ikke er mig, der er i centrum. Hvis det nu er alvorligt, så kan det godt være, at der ikke er tid til at tage sig af, hvordan jeg har det. Så skal vi have

fikset det, der er i gang. Og sikre, at folk overlever og sådan noget (bilag 7, linie 137).

Søren kobkede her det at være autoritetstro med en bevidsthed om og tro på, at fødslen ikke skulle handle om ham, og at han derfor ikke skulle blande sig. Den mening Søren tillagde det at være autoritetstro, havde den betydning, at han undgik at give udtryk for, at han var bekymret i denne situation. Dette kan have haft betydning for hans overbevisning om, at Julie faktisk var i livsfare, hvilket var noget af det, Søren oplevede som særligt traumatisk, altså det at tro, at han var ved at miste Julie. Oplevelsen af, at han som far ikke skulle fylde undervejs i fødslen, delte Jesper også, hvilket leder til næste undertema.

Rollen som far og partner

Begge fædres beskrivelser tyder på, at de oplevede en grundlæggende usikkerhed på deres rolle undervejs i fødslen. Både faren i dyade 1 og 2 beskrev, at de prøvede at støtte og berolige deres partner, men ligeledes oplevede sig uden reel indflydelse eller betydning i slutfasen af fødslen. Jesper fra dyade 1 beskrev denne dobbelthed med spørgsmålet: *“Og hvad er min rolle så i det? Er det så at være nysgerrig på det, eller er det at blive ved med at prøve at skabe ro hos Sonja”* (bilag 5, linje 122). Dette sagde han i forbindelse med, at han mærkede at fødslen blev mere alvorlig, og der kom hyppigere tjek på Sonja. I takt med at han

oplevede mere og mere alvorlighed under fødslen, oplevede han altså en usikkerhed om, hvordan han skulle agere, og hvad hans rolle var: skulle han engagere sig aktivt eller forsøge at skabe ro. Samtidig oplevede han et ansvar for ikke at bidrage til yderligere utryghed: *“Jeg tror, jeg prøver rigtig meget at holde på mig selv. Hvis jeg giver udtryk for, at jeg er bange og jeg er bekymret, så har Sonja ikke nogen at kigge på, der kan hjælpe til at give ro”* (bilag 5, linje 162).

I dette citat får man indblik i Jespers meningsskabelse om, hvorfor han valgte ikke at stå ved sin bekymring. Han tolkede altså det at give udtryk for sine egne følelser og egen utryghed som en potentiel risiko i den pressede situation for at skabe yderligere utryghed. Dette antyder en oplevelse af, at rollen som far ikke tillod sårbarhed, og at denne far havde en forventning til sig selv om at skulle kunne fungere som støttende og rolig, uafhængig af hans indre tilstand. Selv beskrev han det som: *“Jeg er jo sådan et underligt sted mellem deltager og tilskuer”* (bilag 5, linje 130). Denne oplevelse af at være fysisk til stede, men ikke aktiv handlende, kan tolkes som en rolleforvirring, som bundede i, at han hverken havde beslutningskraft og kontrol som personalet eller den centrale krop som den fødende.

Søren fra dyade 2 udtrykte lignende følelser, men gav i sine beskrivelser i højere grad udtryk for en oplevelse af at være direkte i vejen:

Men det er ikke en mega fed rolle. (...) Man er jo bare grundlæggende i vejen for en masse sundhedsfaglige personale, der har nogle opgaver. Og jeg ved godt, at man kan sikkert godt havde en god rolle, men jeg tror ikke jeg oplevede det som noget, hvor det var meget tydeligt, at jeg gjorde en eller anden form for positiv forskel (bilag 7, linie 181)

Søren havde her en oplevelse af, at han ikke havde betydning i fødselssituationen, og at han nærmere var en belastning for sundhedspersonalet. Han sagde direkte, at han oplevede: *“nu*

er det faktisk bare bedst, hvis jeg går væk” (bilag 7, linje 189). Flere af citaterne peger på en fælles oplevelse hos fædrene af både fysisk og symbolsk at blive placeret på sidelinjen.

Jesper fortalte: *“Jeg får en stol, jeg skal sidde på, så jeg ikke står i vejen for nogen, fordi det skal gå stærkt”* (bilag 4, linje 186). Stolen er et godt eksempel på, at fædrene oplevede at blive sat i en passiv position, altså en rolle, hvor de var til stede, men uden indflydelse.

Fædrenes oplevelse af at være i vejen, ikke være en aktiv deltager og ikke må give udtryk for sin bekymring havde konsekvenser både for relationen til partneren og for deres egen psykiske efterreaktion. Jespers oplevelse af, at skulle være den rolige, og ikke måtte give udtryk for sin utryghed, gjorde, at han valgte at holde det i sig, og bruge en strategi om, at fortælle Sonja, at alt var okay: *“Jeg prøvede mest bare at være der for Sonja. At være ved hendes side og prøve at vise hende, at det var okay (..) Kigge på hende og sige, at det nok skal gå”* (bilag 4, linie 126-130). Når vi kigger på Sonjas oplevelse, tyder det på, at dette har haft den betydning, at Jespers intention om at skabe ro blev misforstået og i stedet førte til Sonjas oplevelse af ikke at blive hørt af Jesper. Dette fordi hun selv havde så stor en overbevisning om, at det hele ikke ville gå, hvilket Jesper forsøgte at fortælle hende. Ud fra hver deres livsverden og kontekst tolkede de altså denne situation forskelligt. Dette kan potentielt have haft indflydelse på scenariet, hvor Sonja oplevede, at Jesper var sammen med fagpersonalet om at slå hende ihjel, fordi de ikke lyttede til hende.

Hvis man ser på den anden dyade, betød det for Søren, at han oplevede, at han ikke var vigtig, at han lukkede sine følelser inde og ikke fik givet udtryk for sin utryghed og tanker om livsfare undervejs i fødslen, hvilket derfor ikke blev håndteret af fagpersonalet. I begge tilfælde så man, hvordan fraværet af en tydelig og meningsfuld rolle kunne føre til

følelsesmæssig isolation både under og efter fødslen. Efter fødslen oplevede Søren i dyade 2 fortsat, at der ikke var opmærksomhed på ham, og sågar at han fyldte på en negativ måde:

Det der med at have noget, der er oplevet så voldsomt, som jeg har oplevet det, og så ikke, altså, og så ikke i princippet være indlagt også, (...) er jo sådan helt skørt, det der med at gå og have det så dårligt, og så være i vejen. **berørt**. Ikke at høre til, det var jo... Det var helt skørt (bilag 7, linie 397).

Dette citat blev sagt i relation til tiden lige efter fødslen, hvor kvinden i dyade 2 var indlagt med barnet, imens han som far ikke blev indlagt sammen med dem. Udtrykket *“ikke høre til”* kan tolkes som en oplevelse af eksklusion fra en situation, der havde stor følelsesmæssig indflydelse på ham. Dette peger på en grundlæggende ambivalens, hvor han både var følelsesmæssigt ramt og samtidig oplevede sin tilstedeværelse som uønsket. Denne oplevelse af at være tilovers eller i vejen fortsatte ind i den første tid efter fødslen, hvilket kom til udtryk i det følgende citat fra Søren i dyade 2: *“Og jeg tror, indtil da, altså var jeg jo bare... Følte jeg jo bare jeg var i vejen, fordi der var alt muligt, som enten Julie skulle eller Sofie skulle, ikke?”* (bilag 7, linie 430).

Ud fra hans egen tolkning var der altså ingen tvivl om, at ingen havde opmærksomhed på hans reaktion, eller hvordan han havde det efter fødslen. Det var først under nogle opfølgende samtaler med en psykolog efter de var kommet væk fra hospitalet, at han oplevede, at nogen faktisk anerkendte ham som en ligeværdig del af fødslen, der også havde haft en voldsom oplevelse og deraf reaktion på denne, der skulle tages alvorligt.

Analysen af fars rolle belyser altså, hvordan begge fædre oplevede en grundlæggende rolleforvirring under og umiddelbart efter fødslen. De oplevede at være i et spændingsfelt

mellem ønsket om at støtte og skabe ro, men samtidig følte sig uden for indflydelse og betydning. Begge fædre gav udtryk for, at de forsøgte at undertrykke egne følelser for ikke at skabe yderligere utryghed, hvilket skabte en indre konflikt mellem deres egne behov og oplevelsen af, hvad deres rolle "burde" være. De oplevede sig fysisk til stede, men symbolsk placeret på sidelinjen som passive tilskuere frem for aktive deltagere. Fraværet af en tydelig og meningsfuld rolle så ud til at bidrage til følelsesmæssig isolation, og såede tvivl om deres værdi i selve fødslen og i tiden lige efter.

Følelsesmæssige reaktioner og bearbejdning efter fødslen

Anerkendelse og støtte

Noget af det, der gjorde indtryk på flere af deltagerne, var den anerkendelse, validering af fødselsoplevelsen og støtte, som de mærkede fra fagpersoner. Tre af deltagerne oplevede, hvordan de ikke havde fornemmet en anerkendelse af, at fødslen var traumatiserende. Dette var der forskellig opfattelse af, både internt i parrene og dyaderne imellem. Søren i dyade 2 beskriver:

Nej, jeg tror bare, at de tænkte, i kan også bare være glade for at der kom en baby ud (...) Jamen, der fyldte det noget for mig, at jeg havde oplevet noget, der var enormt voldsomt og oplevedes farligt. Men min omverden var sådan en helt rolig gå ud på gangen og tag noget saft-agtig stemning. Det stod jo bare overhovedet ikke mål med sådan, som jeg havde oplevet det. Og jeg tror måske heller ikke at jeg oplevede, at der bare naturligt var nogle opfølgning på de ting, jeg havde oplevet (bilag 7, linie 357-414).

Denne far beskriver her, hvordan hans indre oplevelse af fødslen ikke stemte overens med den måde omgivelserne reagerede på. Dette kan tolkes som en absurditetsfølelse og at informantens egen fortolkning af dette var, at personalet ikke forstod, hvor voldsomt det var

at være vidne til den fødsel. Det tyder på, at han umiddelbart efter fødslen følte sig negligeret eller ikke valideret. Søren's partner Julie oplevede selvsamme personales håndtering markant anderledes i form af i høj grad at føle sig støttet og taget godt hånd om efter fødslen (bilag 6, linie 457). Der er altså en divergens internt i denne dyade, der oplevede personalets håndtering af dem forskelligt. Kigger man på dyade 1, oplevede Jesper noget lignende Søren:

Lydene i hovedet har været ekstremt høje. Og følelser af frygt og sådan nogle ting. Så det er sådan, nå okay, nu er vi så bare her. (...) Og det vi så snakker om der, det er jo sådan nogle helt åndssvage lag. Det bliver beklædning og saftvand, og hvor er der et toilet og sådan noget. Det går fra de fuldstændig voldsomme ekstremer til det allermest banale (bilag 4, linie 215).

Her beskrev faren i den anden dyade ligeledes, hvordan han oplevede, at tiden lige efter fødslen var præget af absurditet og et markant skift i stemningen. Fælles for de to var, at de som fædre, altså dem der har stået på sidelinjen til fødslen, særligt havde fokus på det absurde stemningsskifte i deres beskrivelser. Begge fædre oplevede ligeledes en opmærksomhed på mængden af blod under fødslen (bilag 4, linie 190-206; bilag 6, linie 177-225; bilag 7, linie 201-478), og nogle detaljer, som deres partnere ikke havde opfanget undervejs. Man kan argumentere for, at den større grad af detailorientering fra fædrenes side skyldes, at de havde en udefra-oplevelse, hvor kvinden havde en indefra-oplevelse af fødslen. For det første havde de en anden synsvinkel, og for det andet havde de ikke selv været fysisk i smerte. De kunne derfor sanse og opfange nogle andre aspekter af situationen, end den fødende har kunnet, som i højere grad oplevede at være i den fysiske oplevelse, som begge de fødende beskrev (bilag 6, linie 67, 135-139, 159, 491, 638; bilag 5, linie 632-644). Begge fædre oplevede på mindst et tidspunkt i fødslen at tro, at deres partners liv var i fare (bilag 7, linje 137, 153, 201, 410, 514; bilag 4, linje 192). Dette oplevede Sonja fra dyade 1 også. Julie fra dyade 2 fik først

oplevelsen af livsfare, efter hun opdagede, at hendes partner havde troet, at hun var i livsfare (bilag 6, linje 281). Dette vil blive uddybet senere i analysen.

Begge dyader oplevede i forskellig grad, at deres oplevelse af fødslen blev valideret af personalet. Dog var der stor forskel på, hvordan personalet håndterede dette, hvilket derfor for dyade 1 og for Søren i dyade 2, blev tolket som om, at personalet ikke tog fødsletraumatiske karakter alvorligt nok. Både Sonja og Jesper i dyade 1 oplevede, at der kom en læge ind til dem og fortalte, at fødslen var kompliceret, og at de burde søge noget hjælp. Sonja beskriver det således:

Der kom jo en læge bagefter (...) fordi de godt vidste, at det var noget lort (...) Så blev vi anbefalet at bruge en psykolog og sådan noget. Altså, at I skal have det her ud af systemet (...) Altså støtten var jo i det der med, at en læge kom og talte med os og anbefalede os at finde noget andet støtte. Man kan sige det sådan, ikke? I hvert fald anerkendt, at det var noget lort, og det går man ikke bare fra, uden at der er sket et eller andet med en. Og altså, støtten ved jeg sgu ikke helt (bilag 5, linie 404-553).

Dette oplevede den fødende i den dyade som et udtryk for, at fødslen blev anerkendt som voldsom men ikke alvorlig nok til at sætte hjælpen i gang, hvorfor hun alligevel ikke følte sig støttet og valideret af personalet i hendes oplevelse af, hvor voldsom fødslen var for hende. Hun oplevede, ligesom Søren i dyade 2, ikke at personalet fulgte tilstrækkeligt op på dem efter fødslen og beskrev det på denne måde:

Og så var der ikke nogen af sygeplejerskerne, der var der på barselsgangen, der spurgte ind til det. Det kan egentlig godt undre mig lidt. Fordi jeg ville da 100 gange hellere have, at de havde spurgt mig om det, end at de havde fortalt mig om, hvordan strukturerne så ud eller et eller andet. Altså, det havde været meget mere relevant for mig, i den situation, jeg var i (linie 658). Det var jo

ikke min oplevelse, at der var nogen af dem, der var tilknyttet os, der vidste sådan noget om det (RED: fødselsoplevelsen) (bilag 5, linie 664).

Informanten oplevede, at der ikke var nogen, der var informeret om deres fødselsforløb. Dette kan tolkes som, at hun ikke oplevede, at de tog dem alvorligt og anerkendte, at fødslen for dem var voldsom. Både hende og hendes partner oplevede altså manglende overensstemmelse mellem deres oplevelse af fødslen og personalets reaktion. Under antagelse af, at deltagerne har følt sig rystet og traumatiseret efter fødslen (da dette er, hvad der er kriteriet for at deltage i denne undersøgelse), kan man argumentere for, at de ikke var i stand til selv at søge hjælp i den tilstand, hvilket det ikke lod til at personalet tog i betragtning. Den fødende i dyade 1 oplevede efterfølgende, at sundhedsplejersken ikke validerede hendes oplevelse eller tog den alvorligt i tiden efterfølgende, hvorfor hun stoppede med at tale om den:

Ja, altså der kom jo sundhedsplejersken, som vi jo talte med det om, og fortalte hende, at det var sket og sådan noget. Og der kan jeg faktisk også godt virkelig undre mig over, at hun ikke... Jeg har fortalt hende alting. Jeg har fortalt hende, hvordan fødslen var, og min reaktion og efterfølgende, og alt det her flashbacks, og med lyd, altså... At jeg er sindssygt lydfølsom, og der er ting, jeg ikke kan, og det hele. Og hun har sådan set ikke spurgt mig ind til det, medmindre jeg selv har taget det op, og det stoppede jeg jo med (bilag 5, linie 685).

Her oplevede den fødende, at hun forsøgte at række ud til det sundhedspersonale, som fulgte dem efter fødslen. For det første fulgte sundhedsplejersken ikke op på det følelsesmæssige perspektiv af fødslen. Derudover havde informanten, ud fra hendes oplevelse, givet udtryk for traumesymptomer, som sundhedsplejersken ligeledes ikke reagerede på. I værste fald kunne det tolkes som om, at informanten oplevede, at symptomerne blev ignoreret. Dermed

kan denne beskrivelse forstås som et udtryk for, at den fødende oplevede, at hendes oplevelse blev negligeret.

Denne dyade 1 og kvinden især, havde altså en generel oplevelse af ikke at blive taget alvorligt på tværs af de faggrupper, de mødte i relation til fødslen. På interviewtidspunktet var det et år siden dyade 1's fødsel. Både den fødende og hendes partner oplevede fortsat på det tidspunkt traumesymptomer i form af begge at være lydfølsomme, og for hende også at have søvnforstyrrelser og selv beskrive sig med PTSD-lignende symptomer (bilag 4, linie 251-279; bilag 5, linie 468, 589, 823). I det år, der var gået siden fødslen, havde dette par ikke fået hjælp og kun oplevet begrænset bedring, hvorfor kvinden havde opsøgt psykologhjælp for at bearbejde fødslen. Der er altså noget, der tyder på, at den manglende validering og dermed professionel støtte, der kunne have været sat i gang fra personalet, havde betydning for, hvordan dyaden bearbejdede fødslen.

Modsat oplevede dyade 2 en forskel internt i opfattelsen af at få støtte og validering af fødslen efterfølgende. Kvinden havde en oplevelse af, at en efterfødselssamtale med fødselslægen, der havde hjulpet hende, manede til ro, da hun finder ro i viden og det faktum, at hun ikke var i livsfare (bilag 6, linie 237-245). I kontrast til dette, opfattede hendes partner dette som invaliderende af hans oplevelse af, hvor voldsom fødslen var for ham. Han beskriver:

Nej, jeg tror bare, at de tænkte, "I kan også bare være glade for at der kom en baby ud". Jeg oplever, at vi lige har været i noget, der handlede om overlevelse.

Fagpersonale siger noget andet. Det er min oplevelse (bilag 7, linie 357)

Farens fortolkning af personalet kan tolkes som en oplevelse af, at personalet ikke anerkendte og validerede hans reaktion på fødslen og negligerede graden af voldsomhed og livsfare, som han havde oplevet. Dette lod også til at være hans forståelse af fødslen på interviewdagen,

fordi han sagde, at fagpersonalet sagde noget andet, mens det her altså er hans oplevelse.

Dette kan tolkes som om han er uenig med fagpersonale, eller i hvert fald ikke har givet slip på, at hans egen oplevelse var en anden end deres, og at deres debriefing af dem dermed ikke manede ham til ro, som det gjorde for hans partner. Tværtimod oplevede han det som negligerende. Senere i interviewet sagde han:

Nej, altså det eneste, jeg godt kunne have ønsket mig på den her måde, så var det nok at blive grebet lidt før (...) Jeg mener bare sådan, jeg tror, at en eftertænkning for mig er, at hvis det bare er en lille smule overvældende for et sundhedspersonal at stå inde på en stue og få blodet op og ned af tøj, så kan man nok godt regne med, at det er forholdsvis overvældende for dem, der står i det. Og det er jo ikke min oplevelse, at der på nogen som helst måde rigtig var.. Det var der ikke lige tænkt ind i sådan en proces (bilag 7, linie 478).

Hans nuværende forståelse af situationen var altså fortsat, at han ikke blev grebet tidligt nok og at der fra personalets side ikke var øje for ham efter fødslen. Der var altså en kontrast internt i denne dyade efter fødslen, hvor den fødende oplevede en tryghedsskabende og støttende reaktion fra fagpersonalet, og partneren oplevede en fraværende og negligerende reaktion i selvsamme situationer. Denne måde at triangulere perspektiverne illustrerer, hvordan samme fænomen kan opleves forskelligt af forskellige individer, der tillagde samme oplevelse forskellig betydning. Det, at begge parter fik samme besked, nemlig at den fødende ikke var i livsfare, skabte hos den ene ro mens det for den anden skabte en følelse af negligerering.

Efterreaktioner

Fælles for dem alle informanter var, at de oplevede både kort- og langsigtede efterreaktioner. Det symptom-billede, der kom til udtryk, var dog relativt forskelligt. Hos Sonja (dyade 1) oplevede hun og beskrev selv at have flere PTSD-lignende symptomer. Nogle af de symptomer Sonja oplevede kom frem både i hende og hendes partners beskrivelser. Her er der for eksempel tale om lydfølsomhed, flashbacks/at høre egen stemme (skrig), manglende overskud og søvnforstyrrelser. Eksempelvis siger Jesper: *“Og Sonja hun siger ligesom, at hun kan høre sig selv skrive hele tiden. At det ligesom er inde i hovedet på hende”* (bilag 4, linie 243). Sonja i dyade 1 beskriver det selv som genoplevelsessymptomer i form af flashbacks:

(...) jeg var så udfordret også i starten i forhold til at have sådan nogle flashbacks og sådan PTSD-agtige ting. Så udfordringen synes jeg faktisk har været, at jeg næsten ikke har kunnet have øjnene åbne over for Jesper. Jeg aner faktisk ikke, hvordan han har haft det, fordi jeg selv havde det så svært (bilag 5, linie 468).

Citatet viser, at Sonja er præget psykisk på flere områder, hvilket hun selv tolkede var på baggrund af fødslen. Når man sammenligner med hendes partner Jesper oplevede han ikke lige så mange reaktioner, men oplevede ligesom Sonja at være ekstra lydfølsom, også på tidspunktet for interviewet. Noget af det, der stod tydeligst frem i begge deres beskrivelser af fødslen, var Sonjas gentagne, høje skrig både efter hjælp og i smerte: *“Jeg kan bare huske, at jeg sådan skriger til ham, om han vil hjælpe mig. Ja. *bliver rørt*”* (bilag 5, linie 240). Dette var et af de få tidspunkter i interviewet, hvor Sonja blev rørt, hvilket tolkes som at netop den episode gjorde stort indtryk på hende og var noget af det, der var særligt traumatisk, fordi hun oplevede ikke at få hjælp, selvom hun råbte på det og selv troede, at hun var ved at dø.

Hendes partners beskrivelse talte også i retning af, at skrigene under fødslen var noget af det, der stod stærkt i hans hukommelse. Jesper i dyade 1 beskriver:

(...) Altså der er rigtig meget skrigeri, hvor hun er oprigtig bange for sit liv (...) Hun er helt blå under øjnene, fordi hun har råbt og skreget i flere timer. Hun er fuldstændig smadret. Jeg er nærmest følelsesløs-agtigt, inde i hovedet, fordi det har været så voldsomt (bilag 4, linie 138-211).

Den detaljerighed, der beskrives i dette citat, kan tolkes som, at han huskede mange detaljer fra netop denne episode. At han selv oplevede at være tom for følelser kan også tolkes som et udtryk for, at dette var noget af det mest traumatiske for ham. Det symptombillede, der blev beskrevet ovenfor, hvor lydfølsomhed var gældende for begge personer i dyade 1, kan hænge sammen med netop det, at skrigene havde en central betydning i deres oplevelse af fødslen. Samlet set peger det på, hvordan intense sanseindtryk, her en form for lydmæssig overbelastning, kan sætte sig som et fælles traumeknudepunkt hos begge parter, og hvordan disse efterreaktioner kom til udtryk forskelligt, men med udgangspunkt i en delt oplevelse af overvældelse under fødslen.

Når vi kigger på den anden dyade, var det andre efterreaktioner, der blev beskrevet. Julie fra dyade 2 oplevede at være bange for at have ødelagt sit barn, fordi hun ikke var i stand til at være i nærkontakt i den første tid lige efter fødslen, fordi hun skulle opereres og derefter var så følelsesmæssigt påvirket. Denne slutning om, at hendes barn var ødelagt, oplevede hun også kunne komme til udtryk i nutiden i relation til nogle adfærdsmønstre hun af og til så hos barnet. Dette beskrives yderligere i afsnittet om skyld og ansvar. Søren fra dyade 2 oplevede en chokreaktion lige efter fødslen, hvor han fik sin datter over til sig, mens hans partner blev kørt til operation. Her lå han alene på en stue og mistede tidsfornemmelsen:

Julie er jo kommet mega voldsomt til skade, så skal hun opereres. Hun bliver kørt væk med det samme. (...) Og jeg kan huske, at vi kommer ned bagefter og ligger på en eller anden stue, hvor der var sådan her lidt mørk. Og.. Ja der ligger jeg bare med Sofie på maven i.. jeg ved slet ikke hvor lang tid. For mig kan det være et døgn, det kan være, at det er kortere tid, men jeg lå der bare **berørt** (bilag 7, linie 241).

I citatet beskrev Søren sin oplevelse af tiden lige efter fødslen, og hvordan denne var præget af følelsesmæssig overbelastning og manglende tidsfornemmelse. Efter en hektisk og traumatisk afslutning på selve fødslen stod han pludselig alene tilbage med det nyfødte barn, mens hans partner blev kørt væk på ubestemt tid. Dette oplevede han som surrealistisk og desorienterende. I hans beskrivelse fremstod han overvældet af både ansvar for barnet og den choktilstand, han befandt sig i. Ud fra hans oplevelse kan det tolkes som, at han i perioden lige efter fødslen dissocierede, hvilket kan være medårsag til den mistede tidsfornemmelse. Senere i interviewet sagde han følgende i relation til den tid, hvor han lå alene på stuen: *“Jeg er et forholdsvis positivt menneske.. og jeg har ikke oplevet før at være indifferent overfor liv og død. Altså for mig selv *fortsat berørt*”* (bilag 7, linie 381). Dette citat kan tolkes som en eksistentiel rystelse, hvor Søren's normale følelsesliv og verdensbillede var blevet udfordret. Han oplevede at være ligeglad med sin egen overlevelse, hvilket igen kan tolkes som en form for dissociation eller følelsesmæssig fraspaltning. Konteksten taget i betragt, fungerede hans reaktion som en måde for hans nervesystem at beskytte ham mod den overvældende situation, han stod i. Eftersom personalet ikke formåede at møde ham i dette, men i stedet lod ham ligge alene på en stue på dette kritiske tidspunkt, kan man argumentere for, at dette medvirkede til, at han ikke fik brudt denne spiral, og derfor endte et sted, hvor han var ligeglad med sit eget liv. Som han selv udtrykte det, havde han på daværende tidspunkt brug for, at nogen havde talt med ham om oplevelsen og givet en form for debriefing.

For at supplere hans egen forklaring kan vi bruge Julies oplevelse af også at fornemme denne indifferens overfor liv og død hos Søren:

Fordi der viser det sig også, at lægerne kan godt se, at Søren ikke har det godt. Så de registrerer, at han er gået i chok. (...) Og jeg kommer op på barselsgangen, hvor de allesammen siger, "Julie, hvad laver du her". Jeg skal bare lige hen og se til Søren. Og bare lige se, at han var okay *græder*. Jeg var helt irrationel og i frygt. Jeg havde det ligesom, at jeg var på suicide watch. Fordi han var så slukket (bilag 6, linie 297).

Julie oplevede altså også Sørenes reaktion som værende gået i chok og med suicidale tendenser. Hendes beskrivelse understøtter oplevelsen af, at Søren umiddelbart efter fødslen var i en tilstand af chok og følelsesmæssig nedlukning. Med hendes formulering "suicide watch" tolkes en bekymring for Sørenes mentale tilstand. Dette kan bruges til at sige, at hans choktilstand ikke blot var en indre oplevelse for Søren, men også var tydeligt udefra set, hvilket både gjorde indtryk på Julie og senere sundhedspersonalet. Man kan argumentere for, at partnerne til traumatiske fødsler var sårbare, fordi de stod i en hjælperrolle, hvor det var svært at rumme både sit ansvar i situationen samt den magtesløshed, der fulgte med, nemlig at de ikke oplevede at kunne have indflydelse på udfaldet.

På langt sigt var det også noget, der fyldte for Søren, da han oplevede, at han var blevet mere opmærksom på død i det hele taget (bilag 7, linie 506-518). Han nævnte blandt andet, at han ved en episode for nyligt, hvor Sofie og Julie blev let påkørt i deres bil, at han reagerede kraftigere end han ville have gjort førhen. Denne oplevelse pegede på, at fødselsoplevelsen ikke blot satte sig som et enkeltstående minde, men gjorde noget ved hans grundlæggende forhold til eksistentielle spørgsmål såsom døden. Han oplevede også selv, at det påvirkede hans forståelse af skrøbelighed og dødelighed (bilag 7, linie 514).

Den fødende i dyade 2 oplevede, at hun undervejs i fødslen var overvejende tryk, og at hun først blev utryk, da hun så, hvor voldsom en reaktion der kom fra hendes partner. Julie beskriver herunder, hvordan hun til at starte med ikke ønskede at tale med fødselslægen efter fødslen og beskriver årsagen således:

Det var frygt (..) Jeg var bange for at få at vide, at vi havde været i livsfare. Eller at der var sket noget meget alvorligt. Den der tanke havde lige pludselig vokset sig enormt stor. Fra at jeg overhovedet ikke havde været bange, og så til at se Søren og så hans oplevelse. Så var det jo virkelig, okay, var det virkelig så slemt? (bilag 6, linie 277-281).

Det, at partneren troede, at hun var i livsfare, vækkede en frygt i hende, hvor hun kom til at se fødslen som mere voldsom, end hun opfattede den undervejs. Dette var et eksempel på intersubjektivitet (Larkin et al., 2019), da den fødendes erkendelse af fødslen blev skabt i samspil med partneren. Hun forstod sig selv, på en anden måde og der opstod en fælles meningsskabelse i tiden efter fødslen om hvordan den var, selvom de oplevede selve fødselsforløbet forskelligt. Man kan samtidig tolke det som et eksempel på noget, der minder om sekundær traumatisering, da hun igennem hans reaktion først dér blev forskrækket over situationen. Denne meningsskabelse resulterede i, at hun efterfølgende ikke turde at tage en debriefing med fødselslægen, da hun blev bange for at få bekræftet, at hun faktisk var i livsfare.

Derudover så vi en kontrast mellem den fødendes behov for ikke at få en debriefing og hendes partners behov for at blive fulgt op på kort efter fødslen. Når partneren blev adspurgt, hvad der havde været hjælpsomt at blive mødt med, svarede han, *“Måske bare lidt hurtigere nogen, der lige kunne tale med mig om, hvad der egentlig var der var foregået eller sket”* (bilag 7, linie 482). Søren havde altså på daværende tidspunkt lige efter fødslen brug

for at få en debriefing på, hvad de lige havde været igennem. Det tyder på, at personalet ikke var opmærksomme på hans behov, og derfor ikke imødekom det, men i stedet havde fokus på, at imødekomme den fødendes behov for, at der skulle gå nogle dage, før hun var klar til at tale om det. Dette er et eksempel på det, at man som fagpersonale på en fødestue måske ikke er vant til at have øje for farens behov på trods af, at han har været vidne til noget voldsomt.

Skyld og ansvar

Både faren og moren i dyade 2 oplevede at være præget af skyldfølelse efter fødslen i relation til at føle ansvar for, at fødslen var så voldsom for dem. Dog var der forskel på, hvordan de tolkede fødselsforløbet. Faren havde en oplevelse af, at det var hans skyld, at fødslen var så voldsom, fordi det var ham, der ønskede børn, og hvis ikke han ville have haft det, troede han ikke, det var gået så galt:

Det er jo dybt urimeligt, når man nu som Julie, jo mere var gået ned til, “ja okay, det gør vi, hvis du gerne vil” (RED: at få barn). Jeg prøver ikke at sige, at Julie ikke vil have børn. Vi er begge to meget klar over, at det var da helt klart mig, der bragte det på banen. Når det er på den måde, så får jeg en udvidet ansvarsfølelse. Og dermed også skyldfølelse for, når det går dårligt, eller når der sker nogle ting, som betyder, at Julie kom til skade. Det var da ikke rart. Og så er man sådan lidt, altså.. Ja, jeg er jo en katalysator for det. (RED: at fødslen gik galt) (bilag 7, linie 269-273).

Det var fortsat hans oplevelse på interviewtidspunktet, hvilket for denne dyade var 7 år efter fødslen, at der var sammenhæng mellem hans ønske om at få børn og det at fødslen blev voldsom. Det var altså noget, der havde præget hans forståelse af fødslen og ansvar for denne lige siden. Moren i dyade 2 oplevede skyldfølelsen fra en anden vinkel, der fokuserede på selve fødselsforløbet, og hvorfor det gik galt, og derudover oplevede hun også skyld og skam i relation til tilknytningen til hendes barn. Under selve fødselsforløbet oplevede moren, at det

var hendes skyld, at det gik galt, fordi hun tydeligt sagde, at hun ikke ville have et kejsersnit, og personalet derefter valgte at lægge en sugekop. Efterfølgende tolkede hun dette som at det var hende, der havde taget beslutningen om, at der ikke skulle laves kejsersnit med det samme, og dermed hendes skyld, at det endte så voldsomt, fordi det viste sig, at der ikke var plads til, at barnet kunne komme ud gennem bækkenet. Hun beskrev:

(...) jeg husker tydeligt, at jeg sagde, "I skal ikke give mig et kejsersnit, I skal ikke give mig et kejsersnit". Så jeg var fyldt med enormt meget skyld selv, fordi jeg troede faktisk, at det var mig, der havde sagt.. Det kæmpede jeg rigtig meget med, for jeg havde sagt, at det skal ikke være kejsersnit *græder*. Og så havde det været en kop (bilag 6, linie 237-241).

Dette citat viser, som beskrevet ovenfor, at Julies fødselsoplevelse var præget af skyld og ansvar. Hendes egen tolkning dannede en intern årsagskæde, der forbandt hendes udtryk for modstand mod kejsersnittet under fødslen med fødselens voldsomme udvikling. Hendes egen fortolkning kan tolkes som et udtryk for, at hun selv oplevede, at hun initierede den beslutning, der førte til brugen af sugekop. På denne måde placerede hun ansvaret for det, som gik galt, hos sig selv. Julies tolkning af situationen var et led i at skabe mening i hendes oplevelse. Undervejs i denne del af interviewet blev Julie berørt, hvilket kan tolkes som at det stadig ikke var bearbejdet fuldstændig, eftersom denne skyldfølelse kunne aktiveres, selvom fødslen er 7 år siden.

Dette er et eksempel på, hvordan to mennesker, der gik igennem den samme oplevelse, tillagde forskellig mening ud fra deres kontekst. Den fødende tolkede ansvaret for fødselstraumet ud fra det der skete, under selve fødslen, som hun var en del af. Partneren tolkede ansvaret for fødselstraumet ud fra noget der var sket op til fødslen, som var den del,

han var en del af. Fælles for deres meningsdannelsesproces var, at de begge oplevede, at fødslen gik galt og havde traumatisk karakter. Fælles for dem er også, at de hver især prøvede at skabe mening og årsag for, hvorfor fødslen endte, som den gjorde, og at de i denne meningsdannelsesproces tog udgangspunkt i deres egen kontekst, og hvad de selv havde indflydelse på.

Udover i selve fødselssituationen, beskrev Julie og skyld- og skamfølelser over at være mere bekymret for sin partner, end for sit barn. Hendes partner beskrev samme følelse af at være mere bekymret for Julie end for barnet, dog oplevede han ikke skyldfølelse omkring dette (bilag 7, linie 333). Julie kobled det til nutiden, hvor hun i nogle tilfælde tolker hendes datters adfærd som værende et resultat af, at hun ikke var nok til stede i de første dage af hendes liv:

Og samtidig var jeg bare sådan, at det er så vigtigt, at jeg kigger hende i øjnene nu.

Jeg skal kigge hende i øjnene nu, fordi ellers så ødelægger jeg hende for livet.

berørt Ja. Det var sådan mine tanker hele tiden.. det er min skyld at hun er forsømt, og hun lider omsorgssvigt (Bilag 6, linie 333).

Citatet her viser Julies meningsdannelsesproces, nemlig at hun tillagde sin egen reaktion under og efter fødslen en betydning for barnets udvikling. Det afspejler en form for moderlig skyldfølelse, som på trods af det irrationelle fundament, skabte følelsesmæssig smerte hos hende, hvilket fortsat gør sig gældende i og med, at hun på interviewtidspunktet fortsat blev rørt. Derudover sagde Julie også direkte, at hun stadig kan komme til at tænke sådan i dag: *“Også fordi jeg virkelig har haft, og det kan også nogle gange slå mig den dag i dag, okay grunden til at Sofie opfører sig sådan, er det fordi, jeg ikke kiggede på hende, de to første dage”* (bilag 6, linie 473).

Denne bekymring kan anses som en forestilling om, at hendes midlertidige fravær i barnets første dage, havde skadet barnets tilknytning.

Hendes partner Søren derimod oplevede ikke skyldfølelse i forbindelse med at have mere fokus på Julie end datteren efter fødslen, da han oplevede, at personalet havde godt styr på det omkring datteren (bilag 7, linje 450). Han beskrev i sit interview ikke noget om en forestilling om at fødslen kunne have haft langsigtede emotionelle effekter på datteren. Konteksten, man kan se Julies egen tolkning i, er, at hun tidligere i interviewet beskrev at hun ofte oplevede at have tendens til bekymringstanker. Der ses altså en potentiel forbindelse mellem hendes irrationelle tanker omkring tilknytningen til barnet og hendes egen oplevede tendens til bekymring.

Støtte efter fødslen

De to fødende adskilte sig særligt i deres reaktion efter fødslen, hvor Julie i dyade 2 ikke følte sig traumatiseret i første omgang, men oplevede et behov for at tjekke op på sin partner og mest af alt var optaget af, hvordan han havde det (bilag 6, linje 189, 249, 333). Modsat oplevede Sonja i dyade 1, at hun ikke havde overskud til at have fokus på sin partner, men selv følte sig traumatiseret (bilag 5, linie 331, 468, 536). Dette kan have at gøre med, at Julie undervejs i fødslen ikke havde oplevet at være i livsfare og som tidligere beskrevet først oplevede retraumatisering gennem partnerens reaktion, hvor Sonja på den anden side selv følte sig i livsfare og også følte, at hendes partner var en del af det. Efterfølgende oplevede Sonja, at hendes partner ikke var interesseret i at tale om fødslen, og hvordan han havde det, og hun oplevede samtidig, at hun selv var så chokeret, at hun ikke havde overskud til at have fokus på ham (bilag 5, linie 589). Parret i dyade 1 var samtidig dem, der ikke fik tilbudt hjælp efterfølgende, hvilket kan have været medårsag til, at de ikke fik bearbejdet fødslen eller fik

hjælp til, hvordan de skulle tale om den efterfølgende. Dyade 2 fik modsat tilbudt en del hjælp og efterfødselssamtaler med blandt andet krisepsykolog, og de havde til gengæld en oplevelse af, at de havde god kommunikation omkring fødslen og hvordan de hver især havde det efterfølgende (bilag 6, linie 421, 437; bilag 7, linie 466). Julie oplevede det som at de nærmest var symbiotiske i og med at de gjorde alting sammen (bilag 6, linie 381). De havde også fået hjælp af en socialrådgiver, der havde hjulpet dem med at håndtere deres barsel, hvilket betød, at de var sammen på barsel i 6 uger efter fødslen, noget begge oplevede havde stor betydning for deres trivsel i tiden efter fødslen (bilag 6, linie 325; bilag 7 linie 458). Hele dette hjælpenetværk, som opleves i dyade 2, var i stor kontrast til dyade 1, der oplevede ikke at få nogen former for hjælp eller støtte tilbudt. Denne forskel kan have haft betydning for, at dyade 1 i højere grad lod til i at opleve efterreaktioner end dyade 2.

Opsummering

I analysen er det blevet belyst, at danske par, som har oplevet en traumatisk fødsel, skabte mening i spændet mellem deres egen livsverden og den ydre virkelighed, de stod i. På tværs af parrene var der en gennemgående oplevelse af sårbarhed før fødslen, som for nogle var emotionel og relationel og for andre kropslig eller præget af tidligere erfaringer. Denne sårbarhed fungerede som et fortolkningsfilter, der influerede, hvordan selve fødslen blev oplevet og efterfølgende forstået. Flere deltagere beskrev en oplevelse af skyld – for eksempel over at have presset på for graviditet, truffet bestemte beslutninger under fødslen eller ikke have været tilstrækkeligt nærværende umiddelbart efter. Skylden blev oftest internaliseret og kan gennem dobbelt hermeneutik forstås som forsøg på at skabe mening i det uoverskuelige – deltagerne forsøgte at forstå sig selv, mens vi forsøgte at forstå deres forståelse.

Fædre og mødre oplevede fødslen forskelligt, dels fordi deres roller var forskellige, dels fordi deres intentionalitet, dvs. opmærksomhed og fokus, rettede sig mod forskellige aspekter af situationen. De fødende beskrev en indefra-oplevelse, præget af smerte, kropslig overvældelse og frygt. Fædrene oplevede sig selv som tilskuere uden reel mulighed for at handle, hvilket ofte førte til følelsesmæssig tilbagetrækning. Partnernes oplevelser var relaterede, men ikke identiske. Triangulering af perspektiver viste, hvordan én hændelse kunne tolkes forskelligt og få forskellig følelsesmæssig betydning. Fx oplevede den fødende i nogle tilfælde livsfare, mens partneren oplevede afmagt eller omvendt. Det viste sig også, når den ene oplevede personalet som støttende, mens den anden følte sig usynlig eller i vejen. Disse forskelle kan forstås ud fra intersubjektivitet ved at erkendelse og oplevelse skabes i relationen mellem mennesker, og betydning opstår mellem dem, ikke kun i dem.

En gennemgående oplevelse blandt begge par var manglende anerkendelse fra sundhedspersonalet. Flere beskrev, at deres reaktioner blev overset, og at ingen fulgte op, hvor særligt fædrene følte sig overset og negligeret både under og efter fødslen. Samtidig viste analysen, at autoritetstro kan hæmme deltagernes handlekraft og styrke oplevelsen af afmagt, når fagpersonalet ikke lyttede.

Efterreaktionerne varierede, men alle fire deltagere beskrev langvarige påvirkninger såsom flashbacks, lydfølsomhed, søvnforstyrrelser og følelsen af tomhed. Flere udviste undgåelsesstrategier, for eksempel ved ikke at ville tale om fødslen eller ønske planlagt kejsersnit ved næste. I bearbejdningen sås både fælles og individuelle mønstre: nogle par havde svært ved at dele følelserne omkring fødslen, imens andre følte sig tættere forbundet. Det synes at have betydning, om de havde modtaget støtte og opfølgning fra fagpersoner.

Resultaterne viser, at en traumatisk fødsel ikke kan forstås som en isoleret begivenhed, men som et relationelt og meningsbåret forløb, hvor den enkeltes og parrets oplevelser formes i samspil med hinanden og med det sundhedssystem, de møder.

Diskussion

Vi vil med udgangspunkt i undersøgelsens problemformulering i det følgende afsnit diskutere, hvilken betydning vores metodiske til- og fravalg har haft for vores resultater og muligheden for at besvare problemformuleringen, ligesom vi vil diskutere, hvordan vores undersøgelsens resultater placerer sig i forhold til eksisterende viden på området. Slutteligt vil vi diskutere, hvilke implikationer resultaterne fra vores undersøgelse kan have for et fremtidigt fokus på fødselstraumer i Danmark.

Inklusions- og eksklusionskriterier

I vores undersøgelse er der inkluderet par, der havde født for minimum 6 måneder siden og maksimum 7 år siden. Minimumsgrænsen blev, som nævnt i metodeafsnittet, valgt ud fra et argument om at mindske risikoen for retraumatisering ved at give tid nok til, at deltagerne kunne bearbejde deres fødselsoplevelse inden eksponeringen ved interviewet. Derudover var det et aktivt valg af lade diagnosticeret PTSD været et eksklusionskriterium, fordi vi vurderede, at det efterlod os med et stort etisk ansvar, som vi ikke var fagligt godt nok klædt på til at løfte i en undersøgelse som denne.

Undervejs i processen med interviews viste det sig dog, at den ene part i dyade 1 ikke havde bearbejdet fødslen og fortsat havde traumesymptomer, som muligvis levede op til diagnosekriterierne for PTSD. Dette gav os anledning til en række etiske overvejelser om, hvorvidt vi kunne forsvare at interviewe en deltager, hvis tilstand vi kunne risikere at forværre ved at interviewe personen omkring hændelsen (Jaffe et al., 2015). Dog blev vi bekendt med, at denne deltager havde opsøgt psykologhjælp til at bearbejde fødslen, som

skulle igangsættes umiddelbart efter interviewet. Derfor vurderede vi, at det var etisk forsvarligt at gennemføre interviewet, da vi vidste, at deltageren kunne få støtte og hjælp udover den opsamling, vi kunne tilbyde i forbindelse med interviewet. Derudover gav deltageren selv udtryk for at være positiv over for sin medvirken (se bilag 5, linie 763-768), hvilket stemmer overens med forskning, der er nævnt i metodeafsnittet, som har fundet, at det at blive spurgt ind til traumatiske begivenheder er forbundet med ubehag, men at behovet for at tale om det overstiger ubehaget (Nielsen, Hansen, Elklit, & Bramsen, 2016).

På trods af, at vi på forhånd havde valgt at lade PTSD være et eksklusionskriterium, viste det sig værdifuldt for undersøgelsen og dens resultater at have en deltager med, som havde traumesymptomer i en grad, der muligvis svarer til PTSD. Dette fordi vi fik indblik i graden af traumatisering, som en fødsel kan forårsage, uden at det har ledt til hjælp, og fordi vi samtidig fik et værdifuldt indblik i, hvordan voldsomme traumesymptomer kan påvirke efterfødselstiden og parforholdet. Det gav derudover også anledning til at overveje betydningen af fokus på det subjektive traume, som denne undersøgelse tager udgangspunkt i, da denne informants symptomer viser voldsomheden i hendes subjektive oplevelse af fødslen.

Som beskrevet i metodeafsnittet ønskede vi optimalt set at inkludere par, der havde født inden for to år for at sikre validitet ved, at der ikke var for stor spredning mellem, hvor længe siden fødselsoplevelsen skete. Validiteten kunne øges på denne måde under antagelse af, at 1) deltagerne havde fødslen nyere i erindringen og dermed kunne huske flere detaljer, og 2) en eventuel ny fødsel ville ikke ændre deres opfattelse af den første. På grund af den korte tidsramme for specialet inkluderede vi et par, der havde født for 6 år siden, fordi det var det, der kunne lade sig gøre, og fordi det samtidig var inden for vores inklusionskriterier. Dette havde dog flere betydninger for vores resultater. For det første havde parret nået at have

en efterfølgende fødsel, som man kan argumentere for, kan have korrigeret deres forudgående traumatiske oplevelse (Beck et al., 2010). Ulempen ved dette kunne være, at de så på den første fødsel med mildere øjne, fordi den er så længe siden, og fordi den efterfølgende fødsel var mindre traumatisk. Dog kan man på baggrund af resultaterne argumentere for, at det ikke havde betydning, at fødslen er 6 år siden, da dette par 1) fortsat udviste tegn på traumesymptomer (undgåelse fra første fødsel, årvågenhed ved noget, der relaterer sig til død), 2) havde stærke erindringer om situationer og følelser fra fødslen og 3) stadig i dag beskrev fødslen som traumatisk. Modsat kan man dog argumentere for, at de har haft længere tid til at bearbejde fødslen, og at det er derfor, det ikke påvirker deres dagligdag i lige så høj grad som det andet par. Dette er dog svært at konkludere, da mange faktorer spiller ind på, om oplevelsen er bearbejdet, herunder støtte i efterfødselstiden, som parret, der fødte for 6 år siden, oplevede meget af modsat parret, der fødte for et år siden. Det kan dog ikke udelukkes, at tidsaspektet har haft en betydning for bearbejdningen og dermed fødsels påvirkning og oplevelsen af den i nutiden.

Intentionalitet og forforståelse

Med udgangspunkt i fænomenologisk metode vi har i vores interviews stræbt efter at være åbne og sætte vores forforståelse i parentes for at få så rene beskrivelser som muligt, ligesom vi i vores analysearbejde har forsøgt at lade informanternes livsverden træde frem i førstepersonperspektiv. Som forskere er vi altid rettet mod noget, når vi bedriver forskning, fordi vi påvirkes af den viden og de erfaringer, som vi har med fra vores egen livsverden, som udgør vores forforståelse, og fordi det ikke er muligt at være bevidst uden at være bevidst om noget (Zahavi, 2018). I denne undersøgelse var udgangspunktet en begivenhed, som lå bagud i tiden, og det krævede derfor af informanterne, at de rettede deres bevidsthed mod hukommelsen om denne begivenhed. At der blev taget udgangspunkt i en begivenhed,

som krævede hukommelse, har haft den betydning for vores resultater, at vi ikke fik beskrivelser af her-og-nu oplevelser og indtryk, og at der derfor er en risiko for, at oplevelsen kan være blevet påvirket af senere indtryk, oplevelser eller bearbejdning af oplevelsen. Vi kan derfor ikke være sikre på, at informanternes hukommelse af oplevelsen stemmer overens med de faktiske begivenheder, ligesom vi ikke kan være sikre på, om vi havde fået andre resultater, hvis vi havde interviewet dem på et tidligere tidspunkt.

Dette er dog en præmis for vores opgave på grund af dens videnskabsteoretiske ståsted, som ikke stræber efter at finde sandheder eller fakta, men derimod søger at opnå forståelse af fødselstraumer som fænomen, som det fremstår for de fire informanterne. Desuden havde vi, som tidligere nævnt, truffet en beslutning om at interviewe personer, som havde haft tid til at bearbejde deres fødselsoplevelse, og det var derfor også en præmis for opgaven, at intentionaliteten måtte være rettet mod hukommelsen. Fordi alle fire informanter uden problemer kunne genfortælle deres oplevelse og beskrive, hvordan de havde haft det, og fordi alle fire informanter undervejs i interviewet blev følelsesmæssigt berørt, kan man argumentere for, at oplevelsen har været af en sådan karakter, at den ikke let glemmes, og at undersøgelsens resultater er fuldt ud valide.

Særligt for vores undersøgelse var det desuden, at vi undersøgte den samme begivenhed med udgangspunkt i to subjektive oplevelser på baggrund af mIPA, hvilket har haft betydning for resultaterne, fordi det har givet os mulighed for at belyse begivenheden med et indefra-ud-perspektiv fra mor og et udefra-ind-perspektiv fra far, som tilsammen har gjort det muligt at forstå begivenheden bredere. Beslutningen om at rette intentionaliteten mod begge forældre stammer fra vores indledende afdækning af området, som gav os viden om, at en traumatisk fødsel kan påvirke både mor og far og have stor betydning for parforholdet, og vores forskningsmæssige fokus har derfor været influeret af vores

eksisterende viden og forforståelse på området (Zahavi, 2018). Med valget om at benytte kvalitativ, fænomenologisk metode har vi dog også accepteret, at vi som forskere uundgåeligt har påvirket vores resultater, og at det ikke havde været muligt for os at undgå det. Dette fordi vi som subjekter med egne erfaringer og forforståelser har indgået i en dynamisk proces med tilblivelsen af data, hvor både svar og spørgsmål har været under indflydelse af dette. Blandt andet har vores viden og erfaringer med området omkring fødselstraumer haft betydning for den måde, vi interviewede deltagerne på, som diskuteres herunder.

Det semistrukturerede interview

I de 4 interviews blev der taget udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, som lagde op til rige beskrivelser ved at stille åbne spørgsmål. Hensigten med interviewguiden var at sikre, at vi undervejs i interviewet kom omkring de ting, som vi på forhånd havde vurderet nødvendige for at kunne besvare problemformuleringen på baggrund af viden om fødselstraumer, som var indsamlet i litteratursøgningen. På trods af, at vi i processen op til interviews var opmærksomme på og havde taget forbehold for, at interviewet primært skulle have fokus på efterfødselstiden, oplevede vi alligevel, at det, der kom til at fylde mest i alle interviews, netop var fødslen. Fordi dette fremstod så tydeligt hos hver informant under interviewet og gav os rige beskrivelser af oplevelse og meningsdannelse, besluttede vi efter optagelsen af de fire interviews at lade selve fødselsoplevelsen få mere plads i vores undersøgelse. Dette fordi det blev tydeligt, at vi i højere grad var nødt til at forstå informantens oplevelse af fødslen for at kunne forstå efterfødselstiden og måden oplevelserne relaterede sig til hinanden. På den måde har vores valg om at benytte et semistruktureret design i vores interviews haft betydning for undersøgelsens resultater, fordi det gav os mulighed for at følge interaktionen med informanten og lade fortællingen være bærende for interviewets retning frem for interviewguiden alene. Dette havde ikke været

muligt, hvis vi havde benyttet en struktureret interviewguide (Brinkmann & Tanggaard, 2020), og vi ville derfor have haft ringere betingelser for at være i stand til at besvare vores problemformulering, som netop fokuserer på, hvad der står frem for informanterne.

Valget om multiperspektiv IPA

Ved at træffe et valg om at benytte multiperspektiv IPA i vores undersøgelse, har vi haft mulighed for at belyse en traumatisk fødselsoplevelse fra flere perspektiver, hvor vi i dette tilfælde har fokuseret på mor og far. Klassisk IPA-metode er i sig selv en udfordrende metode at benytte, fordi den stiller store krav til én som forsker, der både skal forsøge at forstå informantens meningsskabelse af en given situation og dernæst selv fortolke og meningsskabe på baggrund af dette (Smith, 2014). Derudover stiller metoden krav til én som forsker i udformningen af spørgsmål under interviews, da disse skal være åbne for at være tro mod metoden. Dette viste sig sværere end vi havde regnet med i interviewsituationerne, fordi vi ikke er trænede i at interviewe og dermed flere gange blev opmærksomme på, at vi kom til at stille ledende eller lukkede spørgsmål, som lagde op til ja/nej-svar eller gav informanterne eksempler på. Det kan derfor ikke udelukkes, at vi som uerfarne interviewere har påvirket undersøgelsens resultater ved ikke konsekvent at stille åbne spørgsmål, og at vi derfor i nogle tilfælde kan have fået svar, som var påvirkede af vores eksempler eller ledende spørgsmål. Dog kan man samtidig argumentere for, at det er et vilkår ved det at bedrive kvalitativ forskning og bruge interview som metode, da det aldrig ville være muligt for os eller et ønske for os at forholde os fuldstændigt neutrale og uden påvirkning på resultaterne ifølge fænomenologien (Zahavi, 2018). Ved at komme med eksempler eller stille ledende spørgsmål har vi ligeledes kunnet påvirke informanterne til at komme i tanke om ting eller reflektere over ting, som de måske ellers ikke var nået frem til, og det kan derfor også have tjent som

formål til at opnå rigere beskrivelser eller bedre indblik i informanternes egen forståelse af oplevelsen.

Ved multiperspektiv IPA tilføjes et ekstra lag til analysen ved at kombinere flere perspektiver, som giver mulighed for blandt andet at tage højde for relationel intersubjektivitet. Med 4 interviews foretaget med udgangspunkt i multiperspektiv IPA fik vi en stor mængde data, fordi metoden kræver, at oplevelsen og meningsskabelsen foldes ud undervejs. Det blev tydeligt undervejs i bearbejdningen af data, at vi ved at vælge multiperspektiv IPA stod med et stort og komplekst arbejde med at analysere de 4 interviews både enkeltvis og på kryds, og fordi vi ikke tidligere havde benyttet denne metode, var vi særligt udfordrede. Det komplekse analysearbejde og vores uerfarenhed kan have betydet, at visse aspekter af oplevelsen, som kunne have været belyst, ikke er blevet det i denne undersøgelse. Man kan dog samtidig argumentere for, at vi med multiperspektiv IPA har haft mulighed for at få indblik i begge forældres oplevelse af en traumatisk fødsel, og at dette ikke på samme måde havde været muligt med traditionel IPA eller en anden metode. Fordi fokus på oplevelsen af fødselstraumer hos par er så underbelyst, som det er tilfældet, er det derfor vores vurdering, at analysen fortsat kan bidrage med viden på området.

Generaliserbarhed

Generaliserbarhed i kvalitativ metode er et omdiskuteret område med forskellige holdninger til, hvad man kan generalisere omkring, når man bedriver kvalitativ forskning (Roald & Køppe, 2008). Fordi vi i denne undersøgelse kun har interviewet 4 mennesker og sammenlignet 2 par, giver det mening at diskutere, i hvilket omfang resultaterne af vores undersøgelse kan være med til at pege på noget generelt inden for området omkring fødselstraumer.

Ved at træffe et valg om at benytte en kvalitativ undersøgelsesform til dette speciale, har vi samtidig truffet et valg om at gå idiografisk til værks ved at fokusere på det specifikke, som gør det umuligt at generalisere i naturvidenskabelig forstand og fremsætte lovmæssigheder som ved kvantitativ induktiv metode (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Dette kan have været begrænsende for undersøgelsens relevans og ønsket om at kunne pege på et fremadrettet fokus på fødselstraumer, fordi undersøgelsen fortæller noget om de specifikke cases, vi undersøger, men ikke hvordan disse relaterer sig til lignende cases eller gør os i stand til at sige noget generelt om fødselstraumer. Til gengæld har det med vores fænomenologiske og ideografiske metode været muligt at give en forståelse af et bestemt fænomen, i dette tilfælde fødselstraumer, snarere end en forklaring af fænomenet (Brinkmann & Tanggaard, 2020), hvilket stemmer overens med ønsket om at forstå danske pars oplevelse af en traumatisk fødsel. Det fænomenologiske udgangspunkt for undersøgelsen har samtidig gjort det muligt at lede efter generelle egenskaber ved oplevelsen af en traumatisk fødsel på baggrund af en sammenligning af specifikke oplevelser hos de 4 informanter, og disse oplevelser har informeret en mere universel forståelse af det at opleve en traumatisk fødsel som par (Roald & Køppe, 2008). Vores undersøgelse kan således fungere som et pilotstudie forud for yderligere dansk forskning på området af både kvalitativ og kvantitativ karakter.

På baggrund af dette kan man sige, at vores valg om at benytte kvalitativ metode med et lille sample betyder, at muligheden for at generalisere på baggrund af undersøgelsen er begrænset i sammenligning med kvantitativ metode. Ved at få indblik i 4 personers specifikke oplevelse af en traumatisk fødsel og sammenligne disse med andre undersøgelser på området, har vi dog haft mulighed for i begrænset omfang at pege på noget generelt om det at opleve et fødselstraume, som kan være med til at informere fremadrettet fokus på området.

Samspeilet mellem fødende og personale

På trods af, at nærværende undersøgelse har et lille sample på kun 4 personer, er det undervejs i analysen blevet tydeligt, at resultaterne på mange måder stemmer overens med tidligere forskning på området i udlandet. Som beskrevet i indledningen har den fødendes subjektive oplevelse af fødslen stor betydning for udviklingen af et traume (Ayers et al., 2016), hvilket også ses i denne undersøgelse, hvor de fødende har meget forskellige oplevelser af et fødselsforløb, som for begges vedkommende har været alvorligt. Den fødende i dyade 2, som oplevede sig støttet af personalet, lyttet til og var velinformeret under fødslen, oplevede ikke selv fødslen som traumatisk umiddelbart efter, men først da hun blev bekendt med sin partners oplevelse af fødslen. Den fødende i dyade 1, som oplevede ikke at blive taget alvorligt og lyttet til, ikke følte sig støttet af personalet og fik sine grænser overtrådt, oplevede derimod fødslen som voldsomt traumatisk og som om hun blev forsøgt slået ihjel. De fødendes oplevelser stemmer overens med tidligere forskning, som har fundet, at særligt relationen til personalet og oplevelsen af at blive taget alvorligt og støttet af personalet har betydning for udviklingen eller forebyggelsen af et traume hos fødende (Rodríguez-Almagro et al., 2019). Man kan på baggrund af dette argumentere for, at den fødende i dyade 1 muligvis kunne have haft en bedre og ikke-traumatisk oplevelse, hvis personalet havde haft fokus på at støtte og skabe tryghed hos hende og tage hendes egen intuition under fødslen alvorligt. Det er naturligvis aldrig muligt at forudse, hvordan en fødsel kunne have forløbet, hvis noget var gjort anderledes, men på baggrund af tidligere forskning er der dog grund til at antage, at det havde haft en positiv betydning for den fødendes oplevelse, hvis hun var blevet støttet af personalet, og at man muligvis havde kunnet forebygge udviklingen af traumesymptomer efterfølgende (Ayers et al., 2016).

Den oversete far

Som det blev præsenteret i indledningen, er langt størstedelen af fædre i dag med på fødestuen. Af analysen fremgår det, hvordan fædrene i begge par oplevede at være i tvivl om, hvad deres rolle var under fødslen, og at de undervejs følte sig i vejen for personalet og uden betydning for, hvordan fødslen forløb. Ligeledes oplevede begge fædre, at de forsøgte at skabe ro hos deres partner og give dem et indtryk af, at situationen var under kontrol, selv når de følte sig utrygge eller bange og ikke oplevede at have nogen kontrol selv. Dette stemmer overens med fund fra tidligere undersøgelser af fars oplevelse af en traumatisk fødsel, som viser, at far ofte føler sig overset, mindre værd end moren under fødslen, og at han ingen kontrol har under fødslen (Daniels et al., 2020; Inglis et al., 2016). Fædrenes oplevelse af at være i vejen og være ude af stand til at kontrollere noget under fødslen kan således have været medvirkende til, at oplevelsen for dem er blevet traumatisk. Der er derfor grund til at overveje, om fædrenes fødselstraume kunne have været forebygget, hvis de undervejs var blevet givet tydelige roller eller var blevet inddraget i fødslen på lige fod med den fødende for på den måde at give dem en oplevelse af at være værdifulde og have en vis kontrol.

For begge fædre var oplevelsen af deres barns fødsel forbundet med stor utryghed og frygt. Dette skyldtes blandt andet, at begge fædre oplevede fødslen fra et udefra-ind-perspektiv, som betød, at de både så og hørte voldsomme ting under fødslen, og at de samtidig frygtede for deres partner og barns liv.

Man kan således argumentere for, at der for fædrene var et stort følelsesmæssigt pres under fødslen. Alligevel oplevede de begge, hvordan situationen omkring dem hurtigt blev normaliseret af fagpersonalet efter fødslen, og at dette ikke stemte overens med deres indre opfattelse af situationen, som var kaotisk og voldsom. Fædrene stod altså tilbage med en oplevelse af igen at være oversete, som det havde været tilfældet under fødslen. Dette er

problematisk set i lyset af, at op mod 7 procent af fædre udvikler PTSD som følge af fødsel (Nicholls & Ayers, 2007), fordi den manglende anerkendelse af og fokus på fædrenes voldsomme oplevelse kan betyde, at de ikke får den nødvendige hjælp til at bearbejde traumet efterfølgende. Det er således muligt, at man ved at have større fokus på fødselsoplevelsen hos fædre vil kunne forebygge fødselstraumer og mindske andelen af fædre, som udvikler PTSD som følge af fødsel.

En traumeinformeret tilgang

Analysen belyste yderligere, hvilken betydning det har haft for efterfødselstiden og bearbejdningen af fødselsoplevelsen, om parret har modtaget hjælp til at håndtere oplevelsen. Parret i dyade 2, som blev valideret i oplevelsens voldsomhed og blev tilbudt professionel hjælp både umiddelbart efter fødslen og med opfølgende samtaler, kunne tale sammen om fødslen og deres følelser efterfølgende, ligesom de som par oplevede en form for symbiose, som bragte dem tættere sammen. Dette stemmer overens med fund i tidligere forskning, som peger på, at nogle par oplever, at en traumatisk fødsel kan bringe dem tættere sammen, hvis de oplever at overkomme traumet sammen (Nicholls & Ayers, 2007).

Modsat oplevede parret i dyade 1, at de blev valideret i fødselens voldsomhed af personalet på hospitalet, men at de på trods af dette ikke blev tilbudt hjælp eller støtte efterfølgende. Dette par havde svært ved at tale om fødslen på grund af forskellige behov for det, ligesom traumesymptomerne for den fødende part fyldte så meget efter fødslen, at der ikke var overskud til fokus på partneren, hverken hos hende eller hos partneren selv. For faren i dyade 1 kom dette til udtryk ved, at han huske i månederne efter fødslen at sidde for sig selv og græde om aftenen, når resten af familien sov, og at han havde en følelse af, at kroppen havde brug for at komme af med nogle af alle de ophobede følelser (bilag 4, linie 311-315).

Faren påtog sig rollen som den stærke og gemte sine egne følelser væk om dagen, og han oplevede ikke det samme behov for at tale om fødslen som sin partner. Dette billede stemmer overens med tidligere forskning, som har vist, at parterne i et par ofte kan have forskellige behov for at tale om fødslen, og at faren i mange tilfælde forsøger at gøre sig stærk for sin partner for at undgå at mærke sin egen frygt og for at opnå en følelse af kontrol over situationen (Charman et al., 2024; Vallin et al., 2016). Dette kunne muligvis have været undgået, hvis parret ikke kun var blevet opfordret til at søge hjælp til bearbejdning, men der i stedet var blevet igangsat hjælp til parret umiddelbart efter fødslen, hvor de selv var for chokerede og påvirkede til at række ud efter hjælp.

På trods af, at den fødende senere rakte ud til sin sundhedsplejerske og beskrev sine traumesymptomer og behovet for hjælp, blev hun ikke mødt i dette behov, og sundhedsplejersken spurgte ikke ind til det. Dette er problematisk, fordi man fra udenlandsk forskning ved, at et ubehandlet fødselstraume kan have negativ betydning for både parforholdet og tilknytningen til barnet (Attard et al., 2022). Man kan antage, at denne informant er blevet screenet for fødselsdepression som en del af sundhedsplejerskens besøg, fordi det sker i de fleste kommuner (Sundhedsstyrelsen, 2021). På trods af, at der er stor komorbiditet mellem fødselsdepression og fødselstraume og nogle overlappende symptomer, er det også muligt at have et fødselstraume uden symptomer på depression (Byrne et al., 2017), og fordi der i dag ikke screenes for fødselstraumer i Danmark, er den fødende ikke blevet samlet op af sundhedsplejersken. Man kan derfor argumentere for, at det kunne have haft afgørende betydning for udviklingen af traumesymptomer hos parret i dyade 1, hvis de af fagpersonale var blevet mødt med en traumeinformeret tilgang med forståelse for det traume, de havde gennemgået, og hvis de efterfølgende var blevet mødt i deres behov for hjælp (SAMSHA, 2023, s. 1).

Konklusion

Vi har med nærværende speciale ønsket at undersøge fødselstraumer hos par med udgangspunkt i følgende problemformulering: *Hvordan kan man forstå danske pars oplevelse af en traumatisk fødsel og tiden efter fødslen, og hvordan relaterer den fødende og partnerens oplevelse sig til hinanden?* Undersøgelsen har taget afsæt i en fænomenologisk, hermeneutisk og idiografisk forståelsesramme med udgangspunkt i en subjektiv definition af traumet, som det opleves i den enkeltes livsverden. Forståelsen af det subjektive traume er forsøgt opnået ved hjælp af et kvalitativt forskningsdesign udformet som et semistruktureret interview foretaget blandt i alt 4 deltagere fordelt på 2 par. Gennem interview med de 4 deltagere og efterfølgende analyse med udgangspunkt i multiperspektiv IPA, har vi opnået indsigt i en traumatisk fødselsoplevelse og tiden efter fødslen fra to forskellige perspektiver, som har gjort det muligt at sammenligne de to perspektiver med hinanden og dernæst sammenligne de to pars oplevelser med hinanden. I analysen blev det belyst, hvordan relationen til personalet både under og efter fødslen havde stor betydning for deltagernes oplevelse af fødslen som traumatisk. Hos mødrene sås det, at manglende støtte og kommunikation for den ene fødende resulterede i en voldsom oplevelse af at skulle dø under fødslen, imens god støtte og kommunikation fra personalet for den anden fødende resulterede i, at hun ikke undervejs i fødslen oplevede den traumatisk.

For fædrene havde det stor betydning for deres oplevelse af fødslen som traumatisk, at de følte sig overset af personalet, ude af stand til at påvirke fødslen og samtidig oplevede frygten for at miste deres partner og barn som tilskuere til fødslen. Analysen belyste derudover, at det har haft stor betydning for efterfødselstiden og parrenes bearbejdning af fødslen, om de er blevet tilbudt hjælp og støtte af fagpersonale efter fødslen. Det sås i den forbindelse, at parret som hurtigt modtog hjælp og blev fulgt op med hjælp oplevede at

komme styrket igennem oplevelsen som par, imens det andet par, som ikke modtog hjælp eller støtte efter fødslen, oplevede kraftige traumesymptomer, som har påvirket hverdagen meget efterfølgende.

Man kan på baggrund af nærværende undersøgelse konkludere, at forståelsen af danske pars oplevelse af en traumatisk fødsel er kompleks og kræver fokus på flere områder, herunder relationen mellem forældre og fagpersonale under fødslen, fars rolle under og efter fødslen og betydningen af støtte efter fødslen for bearbejdningen af oplevelsen.

Undersøgelsen i dette speciale er for lille til at kunne udsige noget generelt om forholdene i Danmark, men fordi resultaterne stemmer overens med forskning fra udlandet, kan undersøgelsen bidrage til området omkring fødselstraumer ved at pege på behovet for yderligere forskning i en dansk kontekst med fokus på begge forældre og et fremadrettet fokus på fødselstraumer, som lige nu ikke eksisterer i det danske sundhedsvæsen.

Perspektivering

Fordi der i dag ikke findes optegnelser over fødselstraumer i Danmark, kan man sige, at denne undersøgelse falder ind i et hul i forskningen. Undersøgelse er begrænset til 4 personer, og muligheden for at generalisere er derfor naturligt begrænset. Resultaterne stemmer dog overens med lignende undersøgelser i større skala fra udlandet, hvilket peger på, at fødselstraumer også i Danmark er oversete. Det vil derfor være relevant at forske yderligere i fødselstraumer i en Dansk kontekst med anerkendelse af fars rolle og en opmærksomhed på traumereaktioner og behovet for hjælp hos begge forældre. Vi har i denne undersøgelse fokuseret på parret, men det vil ved fremtidig forskning i Danmark ligeledes være relevant at undersøge fødselstraumers påvirkning på tilknytningen til barnet og barnets udvikling i øvrigt.

På baggrund af resultaterne i denne undersøgelse synes det derudover relevant i fremtiden at anlægge en traumeinformeret tilgang til fødende og deres partnere for at forebygge traumer og retraumatisering. Ligeledes peger undersøgelsen sammenholdt med udenlandske undersøgelser på et behov for tidlig opsporing og tilbud om behandling til forældre, som oplever fødselstraumer, med henblik på at reducere negative konsekvenser af traumesymptomer på parforholdet og forholdet til barnet.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed, text rev.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Attard, R., Iles, J., Bristow, F. & Satherley, R.M. (2022). An interpretative phenomenological analysis of the experience of couples' recovery from the psychological symptoms of trauma following traumatic childbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1-14.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121-1134.
- Ayers, S., Eagle, A. & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Psychology, Health and Medicine*, 11(4), 389-398.
- Beck, C. T., & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*, 59(4), 241–249. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181e501fd>
- Boals, A. (2018). Trauma in the eye of the beholder: Objective and subjective definitions of trauma. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 77-89.

- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative Metoder. En grundbog* (3. udgave). Hans Reitzels Forlag.
- Butterworth, S., Butterworth, R. & Law, G. (2023). Birth trauma: the elephant in the nursery. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 00(00), 1-22.
- Byrne, V., Egan J., Mac Neela, P. & Sarma, K. (2017). What about me? The loss of self through the experience of traumatic childbirth. *Midwifery* 51, 1-11.
- Charman, C., Masterson, C. & Russell, A. (2024). 'Would I risk it again?' The long-term impacts of a traumatic birth, as experienced by fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 00(00), 1-5.
- City University of London. *Intersect: International Partners*.
<https://www.intersectstudy.org/international-partners>
- Daniels, E., Arden, E. & Mayers, A. (2020). Be quiet and man up: A qualitative questionnaire study into fathers who witnessed their Partners' birth trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-12.
- Delicate, A., Ayers, S., Easter, A. & McMullen, S. (2018). The impact of childbirth-related post-traumatic stress on a couples' relationship: a systematic review and metaanalysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(1), 102-115.
- Elliott, D., Bjelajac, P., Fallot, R., Markoff, L., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*. 33. 461 - 477. 10.1002/jcop.20063.
- Gilje, N. (2017). Hermeneutik - teori og metode. I M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitativ analyse - syv traditioner* (1 ed., pp. 127-153). Hans Reitzels forlag.

- Golubitsky, A., Weiniger, C., Sela, Y., Mouadeb, D., & Freedman, S. (2024). Childbirth as a traumatic event for attendant fathers. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2338671>
- Gregory, E., Maddern, R. (2023). The psychosocial experience of traumatic birth in couples: an interpretative phenomenological study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(1), 121-135.
- Grekin, R. & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401.
- Inglis, C., Sharman, R. & Reed, R. (2016). Paternal mental health following perceived traumatic childbirth. *Midwifery*, 41, 125-131.
- International Classification of Diseases 11th Revision (January 2025). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
- Jaffe, A. E., DiLillo, D., Hoffman, L., Haikalis, M., & Dykstra, R. E. (2015). Does it hurt to ask? A meta-analysis of participant reactions to trauma research. *Clinical Psychology Review*, 40, 40–56. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.004>
- Jordemoderforeningen. (2002). *En far bliver til*.
<https://jordemoderforeningen.dk/tidsskriftsartikel/en-far-bliver-til/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). 1. Interviewet: samtalen som forskningsmetode, I: Kvale, S. & Brinkmann, S. *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, (s. 29- 53). Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview: Introduktion til et håndværk* (2 ed.). Hans Reitzels Forlag.

- König, J., Schmid, S., Löser, E., Neumann, O., Buchholz, S. & Kästner, R. (2016). Interplay of demographic variables, birth experience, and initial reactions in the prediction of symptoms of posttraumatic stress one year after giving birth. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1-10.
- Larkin, M., Shaw, R. & Flowers, P. (2019). Multiperspectival designs and processes in interpretive phenomenological analysis research. *Qualitative Research in Psychology*, 16(2), 182-198.
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE. (11. februar, 2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
- Navne, L., Høgh, S., Johansen, M., Svendsen, M. & Sørensen, J. (2020). Women and partners' experiences of critical perinatal events: a qualitative study. *BMJ open*, 10(9), 1-9.
- Nicholls, K. & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 491-509.
- Nielsen, L. H., Hansen, M., Elklit, A., & Bramsen, R. H. (2016). Sexual assault victims participating in research: Causing harm when trying to help? *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(3), 412-417. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.01.017>
- Nilsson, S. (4. juni 2018). Sådan har faderrollen udviklet sig gennem tiden. *Kristeligt Dagblad*. <https://www.kristeligt-dagblad.dk/saadan-har-faderrollen-udviklet-sig-gennem-tiden>

- Pemberton, A., & Mulder, E. (2023). Bringing injustice back in: Secondary victimization as epistemic injustice. *Theoretical Criminology*, 27(2), 153–170.
<https://doi.org/10.1177/13624806231161452>
- Quadir, S. (16. juli, 2023). *An international collaboration investigating childbirth-related trauma across the world*. City St. George's University of London.
<https://www.citystgeorges.ac.uk/news-and-events/news/2023/07/international-collaboration-investigating-childbirth-related-trauma-across-world>
- Raz, A., Rubinstein, R., Shadach, E., Chaikin, G., Ben Yehuda, A., Tatsa-Laur, L., Kedem, R., & Shelef, L. (2023). Behavioral Self-Blame in PTSD—Etiology, Risk Factors, and Proposed Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6172. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156172>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Roald, T. & K ppe, S. (2008). Generalisering i kvalitativ forskning. *Psyke & Logos*, 29, 86-99.
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quir s-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M. & G mez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience*, 16(9).
- Smith, J. A. (1996). "Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology." *Psychology & Health*, 11(2), 261-271.

- Smith, J. A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne Psychological Journal*, 20(1), 361-369. (Udgivet på originalprog i 2012).
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2022). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research* (2nd ed.). Sage.
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2023). *Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach*. SAMSHA:
<https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep23-06-05-005.pdf>
- Sundhedsstyrelsen. (1. september 2022). *Anbefalinger for svangreomsorg*.
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Anbefalinger-for-svangreomsorgen>
- Sundhedsstyrelsen. (August 2021). *Kortlægning af eksisterende indsatser vedr. tidlig opsporing og behandling af fødselsdepressioner*. https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Boernesundhed/Rapport_foedselsdepressioner_Version-1_1-002_.ashx
- Vallin, E., Nestander, H. & Wells, M. (2019). A literature review and meta-ethnography of fathers' psychological health and received social support during unpredictable complicated childbirths. *Midwifery*, 68, 48-55.
- Wilson, C. (6. januar 2024). *Forsker: Fødselstraumer er et stigende problem – min egen oplevelse afslørede, hvor få der forstår det*. <https://videnskab.dk/krop-sundhed/forsker-foedselstraumer-er-et-stigende-problem-min-egen-oplevelse-afslorede-hvor-faa-der-forstaar-det/>
- World Health Organization. (27. maj 2024). *Post-traumatic Stress Disorder*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>

Zahavi, D. (2018). *Phenomenology: The Basics*. Routledge. <https://doi-org.proxy1-bib.sdu.dk/10.4324/9781315441603>