

# Hur upplever förstföderskor det första mötet med personalen på förlossningen?

## En intervjustudie

FÖRFATTARE	Linda Jacobsson Stina Lönnqvist
PROGRAM	Barnmorskeprogrammet OM 1660 HK 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Berg
EXAMINATOR	Ingela Lundgren
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa	

Sahlgrenska akademien



*Ett stort tack vill vi ge till vår handledare Marie Berg för hennes tålamod, stora engagemang och hjälp under arbetets gång.*

*Vi vill även rikta ett stort tack till alla mammor som ställt upp och delat med sig av sina upplevelser - utan er hade inte denna uppsats inte blivit av.*

*Sist men inte minst, stort tack till våra familjer som stått ut med oss under denna tid.*

*/Stina och Linda*

Titel:	Hur upplever förstföderskor det första mötet med personalen på förlossningen? En intervjustudie.
Title:	How do first-time mother´s experience the first meeting with the personnel at the delivery ward? An interviewstudy.
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurskod:	Barnmorskeprogrammet Reproductiv och perinatal hälsa Examensarbete II, OM 1660
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	36
Författare:	Linda Jacobsson, Stina Lönnqvist
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Ingela Lundgren

---

### **Sammanfattning:**

Att kvinnor ska få en positiv upplevelse av förlossningen är ett mål inom förlossningsvården i Sverige. Barnmorskans bemötande präglar till stor del kvinnans förlossningsupplevelse. Det finns inte mycket forskat tidigare om just det första mötet och vad det har för betydelse för den fortsatta förlossningen. Syftet med vår studie var därför att undersöka hur förstföderskor upplevde det första mötet med personalen på förlossningsavdelningen. Intervjuer genomfördes med 30 kvinnor. En kvalitativ innehållsanalys utkristalliserades i tre kategorier, *få lämna över sig till professionell personal, ha en konversation och få upplysning* samt *känna sig alldeles speciell*, och åtta underkategorier. Resultatet visar på att förstföderskor upplever en trygghet vid det första mötet med personalen. De känner förtroende för personalen och de blir bekräftade och sedda som en unik människa. Oro och nervositet dämpas då tryggheten infinner sig. Mödrarna känner att de har en bra dialog med personalen och att informationen de får oftast är tillräcklig.

Nyckelord: Ankomstsamtal, barnmorska, vårdande, förlossningsupplevelse, autonomi.

## **Abstract**

For women to have a positive experience of childbirth, is an objective for maternity care in Sweden. The woman's experience of childbirth is largely influenced by the response from the midwife. There has not been much previous research on the very first meeting and what importance it has for the continued birth. The aim of our study was therefore to investigate how first- time mothers experienced the first meeting with the personnel at arrival to the delivery ward. Interviews were performed with 30 women. A qualitative content analysis emerged in three categories, *be allowed to hand herself over to professional personnel, have a conversation and get information* and also *to feel very special*, and eight sub- categories. The result shows that first- time mothers experience a sense of safety at the first meeting with the personnel. They feel confidence in the personnel and they get confirmed and seen as unique human beings. Anxiety and nervousness reduces when the security comes. The mothers feel that they have a good dialogue with the personnel and that the information they receive is usually sufficient.

Keywords: First contact at delivery ward, midwife, caring, childbirth experience and autonomy.

## INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
BEMÖTANDE	2
BARNMORSKANS BEMÖTANDE AV KVINNOR I FÖRLOSSNING	3
MÖTET MED DEN FÖDANDE KVINNAN UTIFRÅN LIVSVÄRLDSTEORIN	5
KVINNANS AUTONOMI UNDER FÖRLOSSNINGEN	6
Förlossningsvårdplan	7
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	10
DATAINSAMLING	11
ANALYS OCH DATABEARBETNING	12
ETISKA ASPEKTER	13
RESULTAT	14
ATT FÅ LÄMNA ÖVER SIG TILL PROFESSIONELL PERSONAL	15
Släppa taget	15
Vara utelämnad och beroende	16
Vara i en ny situation	17
Stanna eller åka hem	18
HA EN KONVERSATION OCH FÅ UPPLYSNING	19
Kommunicera med varandra	19
Få rätt information i rätt tid	20
KÄNNA SIG ALLDELES SÄRSKILD	21
Vara betydelsefull	21
Vara väntad på	22
DISKUSSION	23
METODDISKUSSION	23
RESULTATDISKUSSION	26

KONKLUSION OCH PRAKTISK ANVÄNDBARHET	31
REFERENSLISTA	32

Bilaga 1 Underlag för enskild intervju	
Bilaga 2 Forskningspersonsinformation	
Bilaga 3 Informerat samtycke	
Bilaga 4 Exempel från innehållsanalysen	

## INLEDNING

Ett mål för förlossningsvården i Sverige är att kvinnorna ska få en positiv förlossningsupplevelse. Förväntningar, grad av delaktighet och stöd påverkar hur förlossningen upplevs (Socialstyrelsen, 2001). För den födande kvinnan kan tillfredsställelsen med vården vara av olika grader, hon kan vara nöjd med vissa delar och missnöjd med andra (Rudman, El-Khoury & Waldenström, 2006). Vi blev tillfrågade om vi ville arbeta med en studie på Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL), som en del i ett större projekt vilket handlar om att optimera det första mötet och samtalet vid kvinnans/parets ankomst till förlossningsavdelningen. Projektet leds av Viola Nyman som är barnmorska vid förlossningsavdelningen på NÄL, och projektet är väl förankrat hos vårdenhetschefen för berörd klinik.

Vi blev nyfikna på betydelsen av detta eftersom det finns mycket lite skrivet i litteraturen om ämnet. Aktuell studie är betydelsefull då det råder kunskapsluckor om kvinnors upplevelser av det första mötet med personalen på förlossningsavdelningen.

## BAKGRUND

Begreppen bemötande, livsvärld och autonomi är centrala i det första mötet mellan kvinnan och personalen då hon kommer till förlossningsavdelningen. Därför fick dessa begrepp utgöra den teoretiska referensramen i denna uppsats.

Artikelsökningar gjordes i databaserna Psycinfo och PubMed. Sökning på svensk mesh för att finna motsvarighet till de svenska orden bemötande och ankomstsamtal gav inga förslag som ledde till att artiklar kunde hittas. Sökning på "first meeting" och "first contact" AND childbirth" gav inga träffar rörande det första bemötandet varför sökningen ändrades till bemötande i vården och bemötande av kvinnor i förlossningsarbete generellt. Sökord som användes var *childbirth, experience, midwife, care, birth, midwifery, delivery unit, female, intrapartum, mother, obsteric, labor, delivery, delivery perceptions* och *birth plan*. Orden kombinerades med varandra. Endast engelska vetenskapliga artiklar valdes ut efter att abstractet lästs igenom och innehållet stämde överrens med syftet. Ytterligare artiklar valdes ut via manuell sökning från andra artiklars referenslistor där innehållet stämde överrens med studiens syfte.

## BEMÖTANDE

En vårdrelation grundas på att två personer, en vårdare och en vårdtagare, möts i ett speciellt syfte där vårdaren vill vårda och vårdtagaren behöver vård. I en vårdrelation finns det alltid ett beroendeförhållande (Berg, 2004; Eriksson, 1990). Genom vårdrelationen får vårdtagaren ge av sig själv och ta emot omsorg, men det är inget som är självklart. Det är en konst att kunna ta emot, och mottagandet kan innebära att vårdtagaren måste lämna ut en del av sig själv. Som vårdare är det viktigt att tänka på att inte forcera relationen utan att den bygger på en ömsesidighet. I rollen som professionell vårdare förutsätts det att vårdaren grundar sin relation med patienten utifrån sin kunskap och uppfyller de etiska kraven (Eriksson, 1990).

Kalkas och Sarvimäki (1999) menar att respekt för individen som en unik person med ett egenvärde utgör en central princip inom vården. Som vårdare ser man värdighet och behov hos den som vårdas och det är viktigt att vårdaren förstår vårdtagaren utifrån dennes synvinkel och situation. Vårdaren ska vara tillgänglig för vårdtagaren. Att främja välbefinnande och trygghet är av stor vikt samt att motverka att vårdtagaren far illa, lider eller känner sig otrygg. Detta är betydelsefullt då det annars kan leda till negativa och skadliga konsekvenser för vårdtagaren (Kalkas & Sarvimäki, 1999).

För att stärka en persons identitet är det nödvändigt att vårdaren visar bekräftelse (Kangas Fyhr & Wilhelmsson, 2003). Detta görs genom att visa intresse vilket sker då vårdaren ser vårdtagarens behov. Vårdaren bör också lyssna på det som sägs och svara på frågor på ett ärligt och uppriktigt sätt. Då vårdaren visar uppmärksamhet för vårdtagaren förmedlas känslan av att denne känner sig viktig och sedd. Vidare kan vårdaren också förmedla positivt stöd genom fysisk beröring eller ögonkontakt. Att tilltala vårdtagaren med namnet har stor betydelse för att hon ska bli bekräftad som person (Kangas Fyhr & Wilhelmsson, 2003).

Den som vårdar har övertaget därför att vårdtagaren behöver vård och är beroende av vårdarens kunskap samt dennes vilja och möjlighet att genomföra vården (Berg, 2004). Under förlossningen är barnmorskan alltid i en maktposition och kan påverka förlossningsupplevelsen (Lothian, 2006).



## BARNMORSKANS BEMÖTANDE AV KVINNOR I FÖRLOSSNING

I kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Socialstyrelsen, 2006) och i den internationella etiska koden för barnmorskor (ICM, 1999) står det att barnmorskan ska arbeta utifrån ett etiskt och holistiskt förhållningssätt som bygger på vetenskaplig och beprövad erfarenhet.

Det är inte ovanligt att gravida kvinnor känner oro inför den förestående förlossningen. De allra flesta drömmer om den och har mycket funderingar om hur den ska bli. Som förstföderska är förlossningen något som man aldrig varit med om förut vilket kan skapa mycket oro men kvinnan kan även uppleva den spännande. För andra är det bara skrämmande (Söderberg & Silverstolpe, 2006). I samband med förlossningen är det viktigt att som barnmorska inte glömma bort kvinnans partner eftersom partnern också är känslomässigt involverad. Partnern kan överföra oro, krav och förväntningar på den födande kvinnan vilket kan påverka förlossningen negativt. Eftersom partnern genomgår en process för att bli förälder kan även partnern behöva stöd och uppmuntran av barnmorskan (Berg, 2004).

Första kontakten i samband med förlossningen är viktig (Magnusson, 1998).

Det första intrycket är betydelsefullt för den fortsatta vårdrelationen eftersom det är då det bildas en uppfattning om den andre personen. Under de första minuterna registreras bl.a. kroppshållningen, rösten och utseendet. Det är viktigt att det första mötet mellan kvinnan (paret) och barnmorskan blir bra för att skapa förutsättningar för att en förtroendefull kontakt ska etableras. För att det ska uppstå tillit och förtroende mellan barnmorskan och den födande kvinnan är det viktigt att barnmorskan tror på kvinnans förmåga att föda barn och bekräftar det. Vid telefonkontakt är det av stor betydelse att barnmorskan är lyhörd för kvinnans önskemål samt ger vägledning efter behov. Om kvinnan upplever trygghet om hon får komma in och bli undersökt och lyssnad på bör hon hälsas välkommen till förlossningsavdelningen (Magnusson, 1998).

Forskning i Canada visar genom en deskriptiv kvalitativ studie på att det verkar vara fyra faktorer som är av stor betydelse för kvinnans upplevelse av förlossningen: den personliga förväntningen, att barnmorskan ger stöd, kvaliteten på relationen mellan barnmorskan och kvinnan samt att kvinnan får vara delaktig i beslut rörande förlossningen. Dessa faktorer verkar vara så viktiga att de åsidosätter påverkan av ålder, socioekonomisk status, etnicitet, förlossningsförberedelser, miljön på förlossningen, smärta, medicinska insatser, och

kontinuitet i vården, då kvinnor utvärderar sin förlossningsupplevelse. Påverkan av smärta, smärtlindring och ingrepp under förlossningen, är inte heller lika betydelsefulla som barnmorskans attityder och beteende. Barnmorskans kompetens, förmåga att kommunicera och visa omtanke för kvinnan gynnar utvecklingen av ett positivt förhållande där kvinnans emotionella och fysiska behov kan tillfredsställas (Hodnett, 2002).

En engelsk semistrukturerad studie (Baker, Choi, Henshaw & Tree, 2005), och en svensk longitudinal cohort studie (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004) visar att barnmorskans bemötande spelar stor roll för kvinnan under och efter förlossningen. Studierna visar att den medicinska vården är adekvat men att den psykologiska delen inte är tillfredsställande. Avsaknad av kontroll, få valmöjligheter och litet eget inflytande över beslut är faktorer som bidrar till dålig kommunikation mellan barnmorskan och kvinnan. Dessa faktorer tillsammans med barnmorskans negativa attityd och bemötande leder till att kvinnorna ofta känner att de har en negativ förlossningsupplevelse (Baker et al., 2005; Waldenström et al., 2004). Enligt Baker et al. (2005) är känslor som kvinnorna får i samband med en negativ förlossningsupplevelse besvikelse, ilska, dålig självkänsla, otillräcklighet och känslan av att vara utanför vilket påverkar kvinnorna vid nästkommande förlossning.

En svensk studie visar att de kvinnor som är mest nöjda med barnmorskornas bemötande är oftast inte är högutbildade. Dessa kvinnor hade också i större utsträckning normala vaginala förlossningar med färre instrumentella ingrepp eller akuta sectio. Kvinnorna upplever mindre rädsla och smärta, är mindre ledsna och upplever sig må psykiskt bättre under förlossningen än de som är missnöjda med barnmorskans bemötande. De kvinnor som är nöjda med information från barnmorskan anser också att de kan påverka beslutsfattandet om förlossningen (Rudman, El-Khoury & Waldenström, 2006).

Forskning visar på att det är en fördel om kvinnan får stöd och uppmuntran av barnmorskan under förlossningen, liksom att barnmorskan är respektfull, att kvinnan får information och är delaktig i beslut som rör förlossningen (Hodnett, 2002, Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004, Sandin-Bojö, Wilde Larsson & Hall-Lord, 2008).

Då kvinnan får möjlighet att träffa barnmorskan innan förlossningen reduceras risken att kvinnan får en negativ förlossningsupplevelse. Att barnmorskan är uppmärksam på kvinnan och partners behov, är stödjande och uppmuntrande verkar också vara viktiga faktorer för att undvika en negativ förlossningsupplevelse (Waldenström et al., 2004).

Det är viktigt för kvinnan att under förlossning bli sedd som en unik individ och att barnmorskan visar ett genuint intresse för henne vilket framkommer i en svensk kvalitativ studie med en fenomenologisk ansats (Berg, Lundgren Hermansson & Wahlberg, 1996), det är ett resultat som styrks i en annan svensk kvalitativ studie med fenomenologisk och hermeneutisk ansats (Lundgren, 2004). Barnmorskan visar respekt för kvinnan genom att hon lyssnar på henne och förstår vem hon är genom att ta hänsyn till hennes personlighet, bakgrund och livserfarenhet (Berg et al., 1996). Som barnmorska är det viktigt att i mötet med den gravida och födande kvinnan skapa trygghet genom att kvinnan får behålla sin värdighet (Berg, 2004). I en svensk interventionsstudie av Lundgren, Berg och Lindmark (2003), framkommer det att kvinnans upplevelse av förlossningen mest påverkas av förhållandet till barnmorskan vilket även styrks i en studie av Hodnett (2002).

## **MÖTET MED DEN FÖDANDE KVINNAN UTIFRÅN LIVSVÄRLDSTEORIN**

Enligt Husserls filosofi innebär livsvärlden att vi människor alltid befinner oss i en värld som vi känner till och tar för given, den är självklart alltid där. Livsvärlden kan människan aldrig undgå så länge som hon lever och den utgår från erfarenheter människan erhållit genom livet (Bengtsson, 2005).

Livsvärlden är den levda världen som kommit till genom erfarenheter och handlingar. Livsvärldsperspektivet innebär att se, förstå och beskriva, samt att analysera världen eller delar utav den så som den upplevs av människor (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud & Fagerberg, 2003). Med livsvärlden som utgångspunkt är målsättningen att utforska och förstå världen genom att förhålla sig optimalt öppen och följsam för den aktuella företeelsen. Livsvärlden är den fenomenologiska filosofins och den existentiella hermeneutikens grundsten. I vårdandet kommer livsvärldsperspektivet till sin rätt i det etiska patientperspektivet genom att det innebär ett fokuserande av hur patienterna upplever sin hälsa, sitt lidande, sitt välbefinnande eller sin vård. Livsvärldsperspektivet gestaltas av vårdarens intresse för patientens egen berättelse och livshistoria. En vårdare tar hänsyn till att varje människa är en unik individ (Dahlberg et al., 2003).

För att kunna vårda någon utifrån en helhetssyn krävs det att man erkänner människans livsvärld och genom det påtalas att varje människa är unik liksom hennes erfarenhet. Varje gravid kvinna har en speciell historia som rör det väntade eller det nyfödda barnet samt

kvinnans relationer till omgivningen (Berg, 2004). Livsvärldsperspektivet är ett användbart begrepp för barnmorskan då det gäller att förstå den födande kvinnans situation. Det är viktigt att kunna sätta sig in i kvinnans upplevelse av en viss situation till exempel hennes rädsla inför att föda barn. Då barnmorskan har med sig kunskaper om kvinnans livsvärld kan hon dela upplevelsen med henne till exempel hennes smärta eller den vård hon får i samband med förlossningen (Berg, 2004; Dahlberg, Drew & Nyström, 2001). En viktig komponent är att barnmorskan är öppen och flexibel för hur kvinnan och hennes anhöriga är här och nu utan att själv skapa egna värderingar och döma utifrån det i bemötandet (Dahlberg et al., 2001).

Resultatet i en studie av Lundgren (2004) visar på att barnmorskan är ett redskap och en kompanjon för den födande kvinnan. Att vara en kompanjon innebär att barnmorskan är tillgänglig för kvinnan men också lyssnar på henne och följer med i födandets olika processer. Tillsammans med kvinnan delar barnmorskan på ansvaret för förlossningen. Den födande kvinnan måste uttrycka sina önskemål och behov för barnmorskan men även ha en drivkraft om att vilja föda och möta smärtan. Att vara närvarande innebär att barnmorskan kan hjälpa kvinnan att möta det okända utan att känna rädsla, att vara uppmärksam på förlossningens olika stadier och att få kvinnan att känna tillit till hennes egen kropp och förmåga (Lundgren, 2004).

## **KVINNANS AUTONOMI UNDER FÖRLOSSNINGEN**

Med autonomiprincipen menas att det finns en skyldighet att respektera människors rätt att själva bestämma över sina liv (Svedberg, Svensson & Kindeberg, 2001). Genom att låta människor handla autonomt bejakas denna princip. Denna rätt kan respekteras genom att människan ges möjlighet att handla autonomt, det vill säga med kompetens, välinformerat och utan tvång. När människor inte tvingas till ett visst beteende tas det hänsyn till dennes autonomi. En försäkran om att patienten inte blir påtvingad en åtgärd mot hennes vilja kan göras genom att inhämta informerat samtycke till åtgärden innan den utförs (Svedberg et al., 2001). Autonomi kan definieras som individens rätt att underlätta sina egna visioner om vad som är gott på dennes egna sätt. Att kunna göra vissa val utan inblandning av andra parter är en rättighet och därmed står det honom eller henne rätt att välja fritt och handla i moraliska frågor (Kirkevold, 1994).

I vårdandet är det ibland svårt att veta i vilken utsträckning patientens individuella egenskaper och autonomi ska få styra vården. Var gränsen mellan vårdarens skyldigheter och patientens rättigheter går är svårt att veta. Omvårdnaden sker oftast i en överenskommelse

mellan patienten och vårdaren. Det finns även andra patienter vars autonomi också måste tas i beaktande. Vårdaren står i en ömsesidig relation till patienten där båda lär känna den andra som människa men båda har bestämda roller i arbetsrelationen (Kalkas & Sarvimäki, 1999).

Då kvinnans autonomi bevaras har hon kvar sin känsla av kontroll vilket framkommer i en engelsk studie (Green & Baston, 2003). Känslan av kontroll kan också vara nära sammankopplad till hur barnmorskan bemöter kvinnan men det är också något som kan förändras. Faktorer som kan bidra till att påverka den födande kvinnans känsla av kontroll är om kvinnan blir lämnad ensam på förlossningsrummet, om kvinnan behandlas med respekt och får hjälp att hitta en behaglig förlossningsställning. De kvinnor som har lägre utbildning har en större tillit till barnmorskorna och mindre kontrollbehov än de kvinnor som har högre utbildning. Kvinnor med lägre smärtröskel upplever också en större känsla av att inte ha kontroll jämfört med de kvinnor som har hög smärtröskel (Green & Baston, 2003).

Som barnmorska är det viktigt att visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet, tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter samt beakta patientens och/eller närståendes önskemål. Så långt som det är möjligt skall vården utformas och genomföras i samråd med patienten (Socialstyrelsen, 2006; ICM, 1999). För att kvinnan ska få en positiv förlossningsupplevelse är det betydelsefullt att hon får information om förlossningsprocessen och möjlighet att själv fatta beslut under förlossningsförloppet. Det är därmed viktigt att barnmorskan respekterar den födande kvinnans autonomi (Waldenström et al., 2004).

Barnmorskan skall respektera kvinnans självständighet och autonomi vilket innebär mer än utlämnandet av relevant information och kompetent vård, vilket en kanadensisk studie visar. Självständigheten och autonomin respekteras också genom att barnmorskan inte tvingar den födande kvinnan till samtycke. Det kan även finnas ett samband mellan kvinnans sociala och familjära relationer och den beslutsfattande processen, men beslutsfattandet kan också vara en önskan från den gravida kvinnan om att "behaga barnmorskan" (Thachuk, 2007).

### **Förlossningsvårdplan**

Troligtvis har kvinnor i alla tider planerat för sin förlossning (Kitzinger, 1992). Fram till att förlossningen flyttade in på sjukhusen sköttes hemförlossningarna av vänner och familj. Kunskap om graviditet och förlossning erhöles av de kvinnliga närstående. Efter att

förlossningsvården flyttat från hemmen till sjukhusen förändrades förlossningsvården snabbt och dramatiskt. På sjukhuset födde kvinnan barn ensam i en steril miljö och var separerad från barnet. Kvinnorna förlorade kunskap om förlossningen, en kunskap som gått generationer emellan. I början av 1980- talet blev förlossningsvårdplanen introducerad i England som ett hjälpmedel för kvinnan för att tydliggöra och förmedla sina behov till personalen på förlossningsavdelningen (Kitzinger, 1992).

Enligt World Health Organisation (1996) ska en individuell vårdplan för förlossningen utformas under graviditeten tillsammans med den gravida kvinnan och hennes partner. När förlossningen startar är det viktigt att planen finns tillgänglig för personalen på förlossningsavdelningen (WHO, 1996). Enligt Magnusson (1998) är vårdplanen en god hjälp för att kvinnans förväntningar och önskemål på bästa sätt ska kunna tillgodoses. Det är viktigt att samtala kring detta då i lugn och ro när kvinnan kommer till förlossningsavdelningen för att i det tidiga mötet dokumentera hennes tankar, känslor och förväntningar inför förlossningen. I den fas då värkarbetet är intensivt kan det vara svårt för barnmorskan att fullt ut förstå kvinnans behov och gissa vilken hjälp just hon behöver (Magnusson, 1998).

Syftet med att ha en vårdplan är att kvinnan själv får beskriva sina förväntningar inför den kommande förlossningen vilket kan leda till en förbättrad relation mellan kvinnan och barnmorskan. (Hodnett, 2002).

Alla kvinnor har inte en planering eller har deltagit aktivt i beslut rörande sin graviditet eller förlossning. Kvinnans olika relationer under graviditeten påverkar henne i rollen som blivande mamma. Dessa relationer kan vara med det väntade barnet, barnmorskan, partner, familj, vänner och samhället som helhet. Indirekt kommer dessa relationer att påverka besluten kvinnan tar inför planeringen att bli mamma (Thachuk, 2007).

I Skottland finns det nationella rekommendationer att gravida kvinnor ska vara delaktiga och utforma sin egen vårdplan för graviditet och förlossning. Syftet är att kvinnorna ska kunna påverka sina önskemål och behov inför förlossningen. Övervägande delen av de födande kvinnorna tycker att den viktigaste faktorn under förlossningen är självbestämmanderätten men vad de också önskar är att barnmorskan är mer närvarande på rummet under förlossningen, vilket framkommer i en skotsk studie (Hundley, Ryan & Graham, 2001).

I Mexico är det ovanligt att kvinnan har en vårdplan inför förlossningen. Generellt är mexikanska kvinnor passiva i förlossningsarbetet och låter personalen sköta den. De flesta kvinnor tror att om de låter läkaren bestämma över handläggandet av förlossningen får de bättre vård. Majoriteten av de mexikanska kvinnorna vet inte att de har rätt att bestämma över sin förlossning och vården i samband med den. Det är väldigt ovanligt att de gravida kvinnorna skriver en vårdplan inför förlossningen. De kvinnor som får möjlighet att skriva en vårdplan är väldigt nöjda med det då de själva får möjlighet att utforma och påverka sin förlossning även om förlossningen inte alltid blir enligt vårdplanen. Vårdplanen är också till stor nytta för personalen under förlossningen eftersom de vet vad kvinnan har för önskemål och behov samt har lättare för att kunna tillgodose dem vilket framkommer i en kvalitativ studie av Yam, Grossman, Goldman och García (2007).

Lundgren, Berg och Lindmark (2003) ser däremot i sin svenska studie att en vårdplan inte förbättrar upplevelsen av kvinnans förlossning. De kvinnor som har en vårdplan upplever att de får en sämre relation med den första barnmorskan de har på förlossningen men att relationen förbättrades då de får en annan barnmorska i samband med personalbyte. Att kvinnor med vårdplan upplever en sämre relation med barnmorskan i början av sin förlossning kan bero på att de hade större förväntningar på barnmorskan. Resultatet i studien framhäver det komplexa i upplevelsen av att föda barn.

## **PROBLEMFORMULERING**

Kvinnans upplevelse av förlossningen präglas av personliga förväntningar, att kvinnan får vara delaktig i beslut, att barnmorskan har en stödjande funktion samt hur relationen mellan barnmorskan och den födande kvinnan fungerar. Kunskap om förstfödorskors förväntningar och tankar inför förlossning finns väl beskrivet. Däremot finns det begränsade kunskaper om förstfödorskors upplevelse av just det första mötet mellan kvinnan och personalen på förlossningsavdelningen.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att undersöka hur förstfödorskors upplevt det första mötet med personalen på förlossningsavdelningen.

## METOD

Metoden utgjordes av intervjuer som innehöll sju frågor med fasta svarsalternativ och fyra öppna frågor. Frågorna med fasta svarsalternativ var ålder, om de var sammanboende, utbildning, i vilket land de var födda, om de kunde tänka sig att föda barn igen, hur helhetsupplevelsen av förlossningen var samt hur upplevelsen av det första mötet/ankomstsamtalet var. De öppna frågorna tog upp hur det var att komma till förlossningsavdelningen, hur kvinnan blev mottagen på förlossningsavdelningen, hur kvinnan upplevde det första samtalet med barnmorskan samt hur det första mottagandet påverkade kvinnans helhetsupplevelse av förlossningen. Frågorna har utformats av projektansvarig inom verksamheten, se underlag för enskild intervju i bilaga 1.

De fasta frågorna analyserades med beskrivande statistik (Ejlertsson, 2003). Det finns två olika typer av variabler. Kvantitativ variabel mäts med numeriska mätvärden utifrån intervallskala och kvotskala, exempel på detta är längd och vikt. Kvalitativ variabel innebär en indelning i kategorier utifrån nominalskala och ordinalskala och är icke-numerisk, exempel på det är civiltillstånd och hälsotillstånd. Då de statistiska bearbetningsmetoderna skiljer sig åt beroende på nivån av mätresultatet skiljer man på fyra olika skaltyper, nominalskala, ordinalskala, intervallskala och kvotskal. De fasta frågornas mätvärde i vår studie utgjordes av nominalskala och ordinalskala. Nominalskala har den lägsta nivån på data och innebär en klassificering av den studerade variabeln. Endast en indelning i grupper kan göras utan rangordning emellan. Ordinalskala används då variabelvärdena kan rangordnas men det inte går att avgöra skillnadernas storlek mellan olika individer. För att få en överskådlig blick av den insamlade texten är det enklast att presentera materialet i en tabell, diagram eller annan grafisk form (Ejlertsson, 2003). De öppna frågorna analyserades med kvalitativ innehållsanalys vilket är en användbar metod då fokus ska läggas på tolkning av olika texter. Metoden går att använda på olika texter och tolkningen kan ske på olika nivåer vilket lämpar sig bra för vårdvetenskap. Då innehållsanalys lämpar sig väl för att utvärdera olika texter t.ex. från inspelade intervjuer valdes denna metod för bearbetning av textinnehållet i vår studie (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Urvalet utgjordes av 30 förstföderskor som fött barn på NÄL. Kriterier för att delta i studien var: förstföderska, partus inom graviditetsvecka 37+0 – 41+6, ej inducerad förlossning eller planerat sectio och att kvinnan skulle kunna förstå och prata det svenska språket. Vidare skulle inte barnet inte vara allvarligt sjukt eller att graviditeten slutat med intrauterin



fosterdöd. Intervjutillfällena skedde cirka två till tre gånger i veckan och kvinnorna valdes ut konsekutivt vilket innebar att de kvinnor som uppfyllde kriterierna vid dessa tillfällen tillfrågades om deltagande i studien. Datainsamling gjordes upp till tre dagar efter förlossningen och fyra till sex månader senare. Det första insamlingstillfället skedde under perioden 090426 till 090520 och det andra insamlingstillfället skedde 090910 till 091025. Tidpunkten för intervjuerna bestämdes av oss eftersom det inte var möjligt på annat sätt. Varje intervju varade mellan 10 och 20 minuter. Platsen för intervjun var i patientrummet, i ett allmänt utrymme på avdelningen eller i ett enskilt rum. Om det fanns andra patienter på rummet vid intervjutillfället tillfrågades kvinnan om hon ville genomföra intervjun på enskilt rum. Vilde hon inte det skedde intervjun på patientrummet. Det förekom inga andra patienter då kvinnan satt i det allmänna utrymmet.

Kvinnorna söktes upp första gången på BB eller egenvårdsavdelningen (EVA) på NÄL. Genom att läsa beläggningslistan i datajournalen erhöles information om kvinnorna var förstföderskor och i vilken graviditetsvecka de fött sitt barn. Utifrån detta lästes journalen för att få reda på om övriga kriterier uppfylldes. För att få vetskap om kvinnor med utländska namn behärskade det svenska språket kompletterades uppgifterna genom att fråga personalen på BB/EVA. Kvinnorna som föll inom ramen för kriterierna tillfrågades genom att få muntlig och skriftlig information, se bilaga 2, för att sedan kunna ta beslut om de ville delta i studien eller inte. Kvinnorna som valde att delta i studien fick ett samtyckesformulär, se bilaga 3.

Sju av de tillfrågade kvinnorna tackade nej till att delta i studien varpå sju andra kvinnor tillfrågades. En intervju föll bort på grund av dåligt ljudupptag vid inspelningen och en kvinna var felaktigt inkluderad, dessa ersattes med två andra kvinnor. Sammanlagt utgjordes materialet av 30 förstföderskor.

## DATAINSAMLING

I vårt arbete har vi undersökt hur förstföderskor upplever det första mötet med personalen inom förlossningsvården. Vårdrutinen för förlossningsvården på NÄL är att alla gravida kvinnor informeras via barnmorskemottagningarna att alltid ringa till förlossningsavdelningen innan de åker dit. Detta görs för att kunna råda patienten om det är dags att komma in eller om hon kan avvakta hemma en stund samt att kunna planera vården för verksamheten. När kvinnan kommer till sjukhuset är hon ombedd att ringa på en

signalknapp på ytterdörren till förlossningsavdelningen för att göra personalen uppmärksam på att hon kommit. På Näl arbetar personalen i två olika arbetslag där varje arbetslag består av två barnmorskor och en undersköterska. Förutom lagen arbetar även en koordinator, vilket är en barnmorska, som tar emot alla inkommande telefonsamtal och fördelar patienterna jämnt mellan arbetslagen. Koordinatören tar ibland även emot kvinnorna som kommer till förlossningsavdelningen och gör en första bedömning på intagningsrummet innan hon lämnar över den födande kvinnan till ansvarig barnmorska alternativt skickar hem henne. Ibland är det en undersköterska som öppnar ytterdörren och visar in kvinnan på intagningsrummet.

Det första intervjutillfället skedde på BB/EVA och spelades in på band via diktafon. Intervjun skrevs ner ordagrant i ett worddokument efter att det avidentifierats och kodats. Personnummer som kopplats till respektive kod sparades och förvarades hemma hos respektive student, dock på ett sådant sätt att ingen obehörig hade tillgång till det. När fyra till sex månader gått efter den första intervjun blev kvinnorna uppringda för att höra om de fortfarande var intresserade av att delta i studien och i så fall bestämma tid för den andra intervjun. Intervjun vid det andra tillfället skedde via högtalartelefon i enskilt rum i någon av studenternas hem. Även dessa intervjuer spelades in på band via diktafon och skrevs ner i ett worddokument på samma sätt som vid första tillfället.

Efter att den första intervjuomgången var genomförd kom frågan upp huruvida det fanns skrivet någon sammanfattning inför förlossning av barnmorskorna på barnmorskemottagningarna (BMM). Skälet till detta var att det eventuellt kunde vara av betydelse för kvinnorna vid det första mötet på förlossningen. En genomgång av kvinnornas datajournaler i Obstetrix från BMM gjordes för att se om det fanns någon sammanfattning om hur graviditeten varit och tankar och önskemål inför förlossning. 27 kvinnor hade datajournal, de övriga hade pappersjournal från BMM och därmed saknades tillgång till dessa. I en av de 27 kvinnornas datajournaler saknades sammanfattning från BMM.

## **ANALYS OCH DATABEARBETNING**

Inom ramen för magisteruppsatsen har endast materialet från den första intervjuomgången bearbetats då materialet annars blivit för stort, material från den andra intervjuomgången exkluderades alltså.

För att analysera innehållet i intervjuer kan en kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008) användas. Texten läses först upprepade gånger i sin helhet. Vid fortsatt läsning delas texten in i *meningsenhet* dvs. ord, meningar eller stycken som hör ihop genom sitt sammanhang. I nästa analyssteg *kondenserades meningsetheterna* avseende det textnära. Det fjärde analyssteget innebär att *koder* formulerades som är centrala utifrån det som har identifierats. I vidare analys jämförs koderna, reduceras och knyts till ett antal *subkategorier* och *kategorier*. Det slutliga analyssteget är att ur kategorierna identifiera övergripande och centrala *teman* (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

Texten i intervjuerna analyserades utifrån innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008) och har följts med viss modifikation. Först lästes texten igenom flera gånger för att få helhetskänsla. Vid fortsatt läsning av texten söktes meningsbärande enheter i syftets tecken. Detta kunde bestå av en eller flera delar av texten. Kondenseringsenheten bestod av att upprepade ord togs bort som t.ex. hummande och upprepning. Vid fortsatt läsning söktes mönster för kategorier och subkategorier. Analys till koder har således inte genomförts. Exempel på innehållsanalysen återges i bilaga 4.

## **ETISKA ASPEKTER**

Studien har genomförts enligt de riktlinjer som gäller för arbeten på avancerad nivå därför har inte etik tillstånd ansökts (SFS 2003:460). Helsingforsdeklarationen ligger till grund för forskningsetiska principer inom reproduktiv och perinatal hälsa vilket har beaktats under studiens genomförande. De fyra grundläggande principerna som beaktas för att respektera individen är autonomiprincipen, godhetsprincipen, rättvisepincipen och principen om att inte skada. Detta innebär att en persons självbestämmande, medbestämmande och integritet skall respekteras. Att forskaren skall sträva för att göra gott, förhindra och förebygga skada, samt att alla personer bör behandlas lika (Vetenskapsrådet, 2002).

Studien har även följt det grundläggande individskyddskravet för att minimera risken att en konflikt skulle uppstå mellan forskningskravet och uppgiftslämnarens integritet. Det grundläggande individskyddskravet utgörs av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002).

Tillgång till forskningsfältet har givits genom godkännande av ansvarig verksamhetschef vid berörd kvinnoklinik. Uppgifter om tillgängliga deltagare erhöles via sjukhusets

journalsystem. Därefter tillfrågades kvinnorna om frivilligt deltagande. De kvinnor som valde att delta fick både muntlig och skriftlig information om studien samt därefter skriva under ett samtyckesformulär.

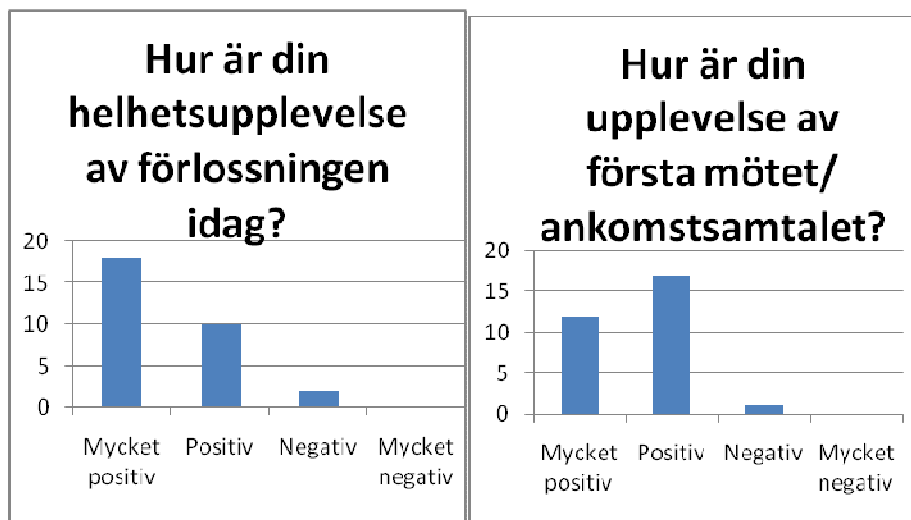
Kvinnorna som deltog gavs en identitetskod som bara undersökarna hade tillgång till. Intervjувaren har hanterats strikt konfidentiellt, materialet har förvarats oåtkomligt för obehöriga. Efter studiens genomförande lämnades alla uppgifter angående studien till handledaren då dessa ingår i ett större projekt.

Ett etiskt dilemma som beaktades var om kvinnan skulle kunna känna obehag i form av återupplevda negativa tankar och känslor från det första mötet i samband med det första samtalet på förlossningsavdelningen. För att möta denna eventualitet fanns en kurator kopplad till kliniken som kvinnan kunde få stöd hos. Dock har nyttan med studien ansetts större än risken för eventuellt obehag hos kvinnan. En viss orättvisa fanns då en del kvinnor inte föll inom ramen för kriterierna. De kvinnor som inte ingick i undersökningen gavs inte möjlighet att få lämna sina synpunkter. Begränsning fanns att kvinnorna skulle behärska och förstå svenska språket eftersom det inte fanns ekonomiska resurser för kostnad av tolk. Utifrån syftet med intervjustudien och beroende på resultatet kan studien leda fram till att arbetsrutinerna för bemötandet av födande kvinnor förbättras. Nyttan av aktuell studie var att den utforskar ett nytt kunskapsområde då inga tidigare studier finns tillgängliga och att studiens resultat förväntas ge kunskap som bidrar till klinikens pågående förändringsarbete.

## RESULTAT

Resultatet har tydliggjorts genom att använda citat från intervjuerna. De 30 mödrarna fick en kod kopplad till sig vid intervjutillfället och den återges i text som intervjuperson, IP, och respektive kodnummer.

Deltagarna i studien var mellan 18 och 38 år. Medianen var 26 - 27 år och medelåldern 27 år. Alla kvinnor utom en var sammanboende. Fyra hade folkskola/grundskola som högsta utbildning, 14 hade studerat på yrkesskola/gymnasium och 12 på högskola/universitet. Av de 30 deltagande var en född i annat europeiskt land. Alla kvinnor utom en kunde tänka sig att föda barn igen. Helhetsupplevelse och upplevelse av första mötet redovisas i figur 1 och 2.



Figur 1 *Helhetsupplevelse*

Figur 2 *Upplevelse av första mötet*

Analysen av kvinnans upplevelse av det första mötet med personalen på förlossningsavdelningen utkristalliserades i tre kategorier: *få lämna över sig till professionell personal, ha en konversation och få upplysning samt känna sig alldeles särskild*, samt åtta underkategorier vilka återges i tabell 1.

Tabell 1 *Kategorier och underkategorier*

Kategorier	Få lämna över sig till professionell personal	Ha en konversation och få upplysning	Känna sig alldeles särskild
Underkategorier	<p>Släppa taget</p> <p>Vara utelämnad och beroende</p> <p>Vara i en ny situation</p> <p>Stanna eller åka hem</p>	<p>Kommunicera med varandra</p> <p>Få rätt information i rätt tid</p>	<p>Vara betydelsefull</p> <p>Vara väntad på</p>

## FÅ LÄMNA ÖVER SIG TILL PROFESSIONELL PERSONAL

### Släppa taget

En aspekt som framträdde var att kvinnorna kände det som en befrielse att få släppa taget och kunna överlämna sig i trygga händer. Som förstföderska innebar förlossningen att situationen var ny och aldrig upplevts tidigare. Detta kunde innebära en känsla av att vara utelämnad till något nytt och okänt, både vad det gällde miljön på förlossningen men också inför personalen som skulle ta hand om kvinnan. Förlossningen beskrevs som en stor och mycket viktig händelse i livet. En framträdande del av upplevelsen av det första mötet var att kvinnorna litade på personalen och kunde släppa kontrollen. Överlämnandet resulterade i att oro och stress inför förlossningen minskade.

*Jag hade inte så stor koll, jag hade ju så ont hela tiden men jag kände att jag litade väldigt mycket på dem, så jag bara, jag ska göra som de säger, ja. IP 2*

*Jag kände mig i trygga händer redan från början, då blir man ju mer avslappnad i situationen så det var ju jätteskönt. IP 6*

*Jag blev väldigt omhändertagen. Man blir ju som ett litet barn själv när man kommer in så det var ju tryggt. IP 5*

Då kvinnan lämnade över kontrollen till personalen kunde koncentrationen i stället fokuseras på själva förlossningsarbetet.

*Jag kände att personalen visste vad de gjorde och det gjorde att jag kände mig trygg, man är i ett väldigt utelämnat tillstånd och det var skönt att kunna slappna av och kunna koncentrera sig på det man ska göra och inte behöva fundera så mycket. IP 13*

### Vara utelämnad och beroende

Att få lämna över sig till de professionella innebar också att utelämna sig och att bli beroende. Känslan av att vara utelämnad kunde uppstå när situationen var okänd vilket kunde skapa ett beroende till personalen. När personalen behövde göra kontroller för att få en uppfattning om hur långt förlossningen framskridit kunde kvinnan tvingas in i ett tillstånd av att vara utelämnad. Att inte få bestämma över situationen och känslor av att förlora kontrollen kunde leda till en negativ upplevelse och att vara utelämnad och i beroendeställning blev mer framträdande.

*Jag blev bedd att lägga mig ner och för att de skulle sätta de där grejorna på magen och jag kommer ihåg att det gjorde ont och helst ville gå omkring så. De försökte så gott de kunde. IP 22*

Det kunde upplevas som att vara utelämnad då kvinnan inte kunde påverka eller styra över vilken personal som mötte upp. Det kunde också påverka det första mötet eftersom kvinnan hamnade i en beroendeställning till personalen. Kvinnan upplevde att det var svårt att inte kunna påverka vilken personal som blev ansvarig för kvinnan och att det fanns en oro att personkemin inte skulle stämma. Förutfattade meningar från andra föderskors upplevelse av personal där det inte stämt med personkemin kunde ligga till grund för att skapa en otrygghet redan innan kvinnan kommit till förlossningen. Flertalet kvinnor påtalade att de varit nöjda med personalen vid det första mötet och att det gav en trygghet som präglade resten av förlossningen.

*Jag blev verkligen ompysslad och omhändertagen. Det var inte så jag hade tänkt mig det när jag kom in för jag har hört skräckexempel men det är väl kanske sådant man bara hör. Det har till exempel varit att barnmorskan har varit elak och lämnat dem ifred hela tiden och inte fått den hjälp de behövde, men så kände inte jag. IP 8*

*Att jag fick en bra relation från start var viktigt. IP 16*

### **Vara i en ny situation**

Som en del i förberedelsen inför förlossningen hade en del kvinnor tagit reda på fakta om förloppet vid förlossningen eftersom det innebar en ny situation för dem. Även om faktakunskapen var god inför förlossningen var det en ny situation. Trots att kunskap fanns kunde det vara svårt att hitta sambandet mellan det de läst och den upplevda situationen. Osäkerheten var stor inför att inte veta hur långt förlossningsprocessen kommit vid ankomst till förlossningen. Att inte veta hur själva förlossningen kunde kännas rent fysiskt var en ny situation och kunde upplevas som otryggt.

*Jag trodde jag hade läst ganska mycket och trodde ändå att jag liksom, jag trodde att jag var längre i processen så klart när jag kom in. IP 1*

Att inte veta hur etablerat värkarbete kändes utgjorde en tveksamhet för om förlossningen startat eller inte. Då kvinnan litade på vad kroppen förmedlade och personalen bekräftade att hon inte kommit till förlossningen vid fel tidpunkt fick hon en positiv känsla.

*Så när vi kom så sa de att du är perfekt och kom precis i rätt tid och.... ja.... du är en perfekt patient sa de. IP 3*

De flesta hade inte ha några förutbestämda planer om hur saker och ting skulle ske längre fram under förlossningen vilket framgick tydligt under det första samtalet. Önskemål kunde finnas, men då situationen var ny var öppenheten stor för att få hjälp av personalen att tillgodose sådana behov som förelåg för tillfället. Personalen fanns till hands och vägledde och lotsade kvinnan i situationer där det fanns behov och önskemål. Då kvinnorna saknade kunskap om situationen upplevdes det att personalen var kompetent och att den var att lita på.

*Den som kan det och jobbar med det vet ju hur allting går tillväga och hur det fungerar allting, i vilken ordning man gör det så det var positivt. IP 7*

*Man vet ingenting och kan ingenting och man är ju så utelämnad och då är det skönt att få lämna över sig till proffs. IP 12*

En kvinna hade skrivit ett brev inför förlossningen och hon upplevde att det skulle ägnas mer tid till det vid det första mötet.

*Jag hade ju skrivit ett förlossningsbrev och det läste de igenom, det sa hon ju, och sen kom de ju tillbaka och sa det att jag har sett att du skulle vilja ta ett bad och ett ordnar vi då. Men kanske att man skulle gå igenom den lite mer. IP 15*

### **Stanna eller åka hem**

En annan känsla som fanns vid ankomsten till förlossningsavdelningen var om den födande skulle få stanna eller åka hem. Anledning till detta var att det fanns en oro, rädsla och ovilja över att bli hemskickad då kvinnan kom till förlossningsavdelningen i tron om att förlossningen startat men att hon var i latensfas. Att smärtan var ohanterbar hemma eller att det var lång resväg tillbaka kunde vara olika anledningar som upplevdes otryggt för kvinnorna. Nyfikenhet och förväntningar utgjorde andra känslor i samband med förhoppningen om att förlossningen startat och att förlossningsavdelningen söktes upp för att få det avfärdat eller bekräftat.

*Ja, det alltså, det även att det var många där så kändes det som vi inte skulle bli hemskickade och det var jättetäta värkar och det var inte, alltså det kändes som vi*



*skulle bli kvar oavsett och det kändes väldigt skönt för jag ville inte åka hem. Det kände jag direkt och det, det var det som kändes bäst. IP 14*

*Ja, sen var det ju det där att man inte visste ifall man skulle behöva åka hem eller inte och det var man kanske lite orolig för eftersom vi bor en timmas väg härifrån. IP 28*

*Är jag inte tillräckligt öppen så får jag kanske inte vara kvar. Så det var ganska skönt när värkarna började tillta när vi väl kom in och det var.... Skönt att få vara kvar. IP 19*

## HA EN KONVERSATION OCH FÅ UPPLYSNING

### Kommunicera med varandra

God kommunikation med personalen upplevdes av kvinnan som att personalen var lyhörd för de behov och önskemål som fanns. Att föra en dialog var viktigt för att kvinnan skulle känna sig delaktig i det första mötet och beslut som togs i samband med det. För att kommunikationen skulle fungera väl handlade det om ett ömsesidigt utbyte av tankar och åsikter mellan personalen och kvinnan. Det beskrevs väl hur samspelet mellan personal och kvinnan förlöpt när kommunikationen fungerat. Det var av stort värde att personalen stämde av med kvinnan vad hon kände, vilket gjorde att kvinnan upplevde att mötet kunde ske på samma nivå och lika villkor. Då det fanns en ömsesidighet mellan att ge och ta ökades tryggheten för kvinnan då hon kände att personalen uppfattat hennes önskemål.

*Bra bemött, kommunikationen med henne jag pratade med var väldigt bra, hon förstod, det var enkelt. Hon frågade och jag frågade henne, jag frågade henne vad tycker du, kan du ge mig något råd och hon sa pröva, det skadar ju inte. IP11*

Genom att personalen kommunicerade på ett lugnt och avslappnat sätt präglades även kvinnan av stämningen. Det påverkade kvinnans eventuella stress, oro och nervositet då effekten av personalens lugn överfördes till kvinnan.

*De var väldigt lugna och då blev man själv lugn, det tyckte jag var jättebra. IP 29*

En god kommunikation skapades inte bara verbalt utan också genom att kroppsspråket användes. Att vara tyst kunde också innebära en slags kommunikation. Vidare kunde den tysta kommunikationen uttrycka sig genom ögonkontakt, leenden och kroppshållning.

*Det är nog bara hela kroppsspråket, hela attityden, inte att de säger något speciellt eller så, bara hur de är allihopa, varenda en faktiskt. Ja, kroppsspråket, att de är vänliga och ler och pratar lugnt och så där. IP 30*

*Hon var himla bra på att läsa av mig, vad jag behövde hela tiden och så, det var väldigt skönt. IP 8*

Fysisk beröring kunde ge närhet och trygghet vilket kunde upplevas positivt.

*Det fysiska ger trygghet och närhet och det blir ingen distans mellan henne och mig, det är så nära samarbete man ska ha. IP 12*

Då kommunikationen var bristfällig kunde det leda till förvirring och oro eftersom den födande kvinnan blev osäker på vad som skulle hända.

*Nä, hade vi haft kvar hon som tog emot oss det första, så hade jag nog känt mig väldigt förvirrad igenom hela förlossningen, så det hade varit, ja inte tydlighet, det känns som vi inte hade pratat om hur vi tänker och så. IP 19*

### **Få rätt information i rätt tid**

Då personalen förklarade och informerade sakligt i det första mötet skapades en god kontakt. Det gav känslan av förtroende för personalen och den blivande mamman blev trygg i situationen då hon visste var hon befann sig i förlossningsprocessen och hur den fortsatta planeringen såg ut. Att bli överinformerad var ingenting som mödrarna upplevde. Flertalet av kvinnorna hade en positiv upplevelse av att fått för henne rätt sorts information i rätt tid. Att få information fortlöpande var också något som betonades som viktigt.

*Hon var kunnig och talade om vad som hände, att hon berättade hela tiden och det fick mig att lita på henne. IP 8*

*Det var tryggt och hon informerade oss. Det var så positivt i och med att hon, det var så informativt från början. IP 4*

*Jaa, väldigt rakt och direkt, rak information. Det vill man ha där och då, man vill ju inte ha en massa krångligheter. Utan enkelt och precist. IP 15*

Då informationen däremot var torftig och knapphändig upplevdes inte situationen under kontroll och att sammanhanget i det första mötet gick förlorat. Det skapade en otrygg och ostrukturerad tillvaro. En ökad tydlighet under det första mötet var önskvärt samt att få upprepad information vid flera tillfällen.

*Äh vi träffade ju en annan barnmorska först som tog emot oss som inte skulle vara våran förstod vi när vi hade blivit inkopplade på CTG:n och den där, värmätaren. Alltså inne på ett intagningsrum, så det var nog lite förvirrat, för det var ju ändå inte liksom riktigt vad kommer att hända, nu kommer det att gå till så här, utan ja, men ni får gå in här och sätta dig och sedan kommer den som ska ha dig. Så kom hon in och så kom det inte den informationen heller. IP19*

*Äh, för det tog nästan hela förlossningen innan jag visste var jag var någon stans i själva förlossningen. Jag fick aldrig riktigt grepp på det tyckte jag. Äh, jag kommer inte ihåg vad informerade hon om? IP 1*

## KÄNNA SIG ALLDELES SÄRSKILD

### Vara betydelsefull

För att kvinnan skulle känna sig betydelsefull var det viktigt att hon blev sedd och lyssnad på i det första mötet på förlossningsavdelningen. Att bli respekterad för den hon var, att hon var betydelsefull och att få vetskap om att personalen var där för hennes skull var viktigt för att få förtroende för personalen och känna trygghet. Kvinnorna upplevde att personalen tog hänsyn till integriteten och medbestämmanderätten. Känslan av att vara unik och inte en patient i mängden framkom också. Personalen kände förståelse och engagemang för kvinnorna och det upplevdes positivt.

*Det var bra, hon frågade hur jag mätte och om jag hade mycket ont så det var jättebra. Att hon pratade till mig och var närvarande för mig. Det var ett bra bemötande och jag kände mig välkomnad och lyssnad på. IP 10*

*De tog emot en i dörren, pratade med en, förklarade och sa att nu ska vi kolla och så får vi se hur du känner det, vi ska kolla hur du mår och hur du känner, vad du tycker. Det kändes liksom tryggt att man fick vara med och bestämma lite. IP 21*

*Men jag kände mig väldigt, pers, trygg. Bara vara, jag kände verkligen att man, de var där för min skull liksom. Inte bara frågade. IP 24*

*Att de tar tid för mig och sitter hos mig och att jag är viktig. IP 12*

Medföljande partners roll var inte framträdande just i det första mötet. Några blivande mödrar tyckte det var skönt att det inte bara var hon som blev uppmärksammas utan även den blivande pappan.

*Min sambo som var med blev också sedd, det var skönt att han var med typ. IP 2*

Kvinnorna hade hört från vänner och bekanta att papporna ibland glömdes bort. Det var en tanke som oroade några mödrar eftersom förlossningen var en gemensam händelse då deras barn skulle födas.

### **Vara väntad på**

Det blev en positiv upplevelse för kvinnan då hon kände sig väntad på. Känslan av att vara välkommen förstärktes då personalen tog emot de anländande vid ytterdörren till förlossningen. En annan aspekt av att kännas välkommen var då personalen visste namnet på kvinnan när hon togs emot på förlossningen, det gjorde att kvinnan kände sig speciell och utvald.

*Välkomnande, det var ett bra bemötande, kändes tryggt. Som att jag var väntad och det kändes. De hade väntat på just mig, det var egentligen när dom öppnade dörren och frågade är det här.....(namnet). IP 15*

*De stod ju och väntade när jag kom, man blir ju liksom, det fanns ju någon som väntade på oss och som tog hand om en på en gång, vi behövde aldrig vänta någonstans eller så utan de tog hand om en redan från början. IP 6*

Att vara väntad på innebar också för de flesta att få ett snabbt omhändertagande och hjälp. Snabbt omhändertagande ledde till att kvinnan relativt omgående blev undersökt och fick den hjälp hon behövde. Hon kände att hon var på rätt ställe och blev omhändertagen vilket upplevdes som skönt och tryggt.

*Man blev inte satt "on hold" någonstans utan det är någon som tar emot en och man får komma in någonstans och du får liksom hjälp med en gång. IP 30*

*Det kändes bra att komma dit för man var enna på rätt ställe då, det gjorde det. Men jag kände mig omhändertagen. Jag är jättenöjd med det mottagandet jag fick, alltså, det var ju några som stod och tog emot eller barmorskorna och sen kom vi in på rummet och sådär. De kollade upp en lite och sådär. IP 6*

Om kvinnan fick vänta på personalen innan undersökningen blev gjord resulterade det inte alltid i en negativ upplevelse eftersom det fanns tid att stanna upp och lugna ner sig.

*Jag blev mottagen av hon som svarade i telefonen när jag ringde och hon visade mig till ett rum. Sedan fick vi vänta där för det var skiftbyte så de skulle väl bestämma vem som skulle ha vem då. Så det dröjde en liten stund innan det kom in en barmorska med en studerande. Sedan fick ju jag och min make tid att prata lite att "nu är vi här" och han kunde lugna ner sig lite. Man hinner liksom landa lite och tänka att nu är vi här... Och sedan när allt var klart fick vi ju den här andra informationen om undersökningen. Så det tycker jag var en bra ordning. IP 25*

Dock upplevdes det som att väntan på den första undersökningen kunde dröja för länge vilket gav en otrygg känsla eftersom kvinnan inte kunde få information om förlossningens framskridande.

*Äh, det tog ganska lång tid innan jag blev undersökt och det kändes kanske lite frustrerande för det, man ville kanske veta lite var man var någon, för någon stans. IP 1*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Att använda kvalitativ innehållsanalys kan skapa problem i hur användandet av begrepp ska ske. Då vetenskapliga artiklar bearbetats med kvalitativ innehållsanalys används ibland begrepp relaterade till kvantitativ tradition. Inom kvalitativ innehållsanalys används begrepp som *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* medan det inom den kvantitativa traditionen används begrepp som *validitet*, *reliabilitet* och *generaliserbarhet*. Det råder delade meningar om huruvida begreppen *giltighet*, *tillförlitlighet* och *överförbarhet* ska användas eller inte för att diskutera trovärdigheten vid studier med kvalitativ ansats.

Argumenten för att använda dessa begrepp, enligt vissa forskare, är att det är nödvändigt för att diskutera en studies trovärdighet då kvalitativ ansats använts. Argumenten emot att använda olika begrepp bygger på att det inte finns ett enhetligt kvalitativt synsätt på trovärdighet. I stället för att ha förutbestämda kriterier bör forskaren göra en individuell bedömning av varje studie eftersom kvalitativ forskning bygger på olika vetenskapsteoretiska grunder. Reflekterande och resonerande metoder kan användas vid kvalitativa studier för att leda till reflektion och diskussion mellan deltagare i forskargruppen i syfte att uppnå samstämmighet vid tolkning av texter (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

För att nå studiens syfte som var att undersöka hur kvinnor som fött sitt första barn upplevt det första mötet med personalen på förlossningsavdelningen har intervjuer och kvalitativ innehållsanalys genomförts inspirerade av Lundman och Hällgren Granheim (2008). Kvalitativ innehållsanalys är en metod som lämpar sig väl för denna typ av forskning kring upplevelser av olika slag.

Enligt Lundman och Hällgren Granheim (2008) ska insamlad text analyseras upprepade gånger, genom det kan risken för den egna förförståelsen så långt som möjligt elimineras. Eftersom ingen utav oss har tidigare erfarenhet ifrån förlossningsavdelning är det troligt att vår förförståelse av förstföderskor upplevelse av det första mötet är liten men det är möjligt att den ändå påverkat resultatet.

Sättet att samla in data, det vill säga genom individuella intervjuer kan kritiseras då ingen av oss tidigare utfört en intervjustudie. Enligt Kvale (1997) betyder utgången av intervjun mycket om forskaren har förberett sig. Flertalet provintervjuer bör göras innan den faktiska intervjun ska genomföras. Forskaren kan under intervju klargöra och tolka beskrivningar tillsammans med intervjupersonen. Forskaren bör också hela tiden fatta snabba beslut om vad som ska frågas och inte frågas, vilka aspekter av intervjupersonens svar som ska följas upp eller inte samt vilka svar som ska tolkas eller inte tolkas. Att göra upprepade intervjuer är det viktigast i konsten att kunna intervju på ett givande sätt (Kvale 1997).

Vi upplevde att vi var styrda av frågeområdena eftersom vi fått förutbestämda frågor från projektledaren. Detta tillsammans med avsaknad av erfarenhet i intervjuteknik gjorde att vi hade svårt att vidareutveckla svaren med följdfrågor för att gå djupare in i svaret. Här följer ett exempel:

*Jag hade ju skrivit ett förlossningsbrev och det läste de igenom, det sa hon ju, och sen kom de ju tillbaka och sa det att jag har sedd att du skulle vilka ta ett bad och ett ordnar vi då. Men kanske att man skulle gå igenom den lite mer.*

IP 15

Följdfrågan på ovan beskrivna citat borde riktat sig till en vidareutveckling av kvinnans känslor av att inte förlossningsbrevet inte gick igenom utifrån kvinnans behov. Då följdfrågan istället rörde något annat kvinnan också svarat kunde viktig information gå förlorad. Följden av vilka frågor som ställdes skulle kunna ändras. Formuläret av frågeområdena borde i stället börja med de öppna och mest betydelsefulla frågorna eftersom svaren var tyngdpunkten i studien.

De fasta frågorna utgjorde inga svårigheter för kvinnorna att svara på. De öppna frågorna som ställdes till kvinnorna var väldigt lika i innehållet. Det gjorde att de hade svårigheter att svara konkret på frågan. Detta kunde leda vidare till att då frågan skulle vidareutvecklas av kvinnan kunde hon inte riktigt förstå den utan uppgav liknande svar som tidigare erhållits. Det fanns en tendens till att kvinnorna gled över från det första mötet och pratade om förlossningen under ett senare skede, det gjorde att vi försökte styra tillbaka frågan till det första mötet igen. När kvinnorna blev uppsökta på BB/EVA för att bli intervjuade var pappan till barnet med på rummet vid flertalet tillfällen. Paret blev informerat om att intervjun riktades till mammans upplevelse. Papporna ville ofta vara med och lämna sina synpunkter på det första mötet/ankomstsamtalet. Det är möjligt att pappornas upplevelse präglade vad mammorna svarade i intervjun och att svaret blev annorlunda.

Urvalet bestod av 30 förstföderskor. Det anses vara en stor mängd då det är en kvalitativ intervju på magisternivå. Anledning till att vi valde att intervjua alla 30 berodde på att det skulle ingå 30 kvinnor i det större projektet. Vi fick förfrågan om att intervjua ett mindre antal från början. Vi ansåg att det kunde vara skillnad i intervjutekniken hos oss och den person som skulle göra de resterande intervjuerna och möjligen skulle resultatet bli annorlunda, därför valde vi att göra alla 30 intervjuer själva. Resultatet av intervjuerna skulle troligen kunnat bli annorlunda om intervjuaren haft en annan teknik för att ställa frågorna och varit mera förtrogen med intervjutekniken. Det ingick i det större projektet att jämföra kvinnans upplevelse av det första mötet fyra till sex månader efter förlossningen. Intervjuerna utfördes av oss inom tidsramen. Eftersom materialet blir för stort i förhållande till en magisteruppsats faller det utanför ramen att analysera båda intervjuomgångarna. Materialet finns dock kvar för vidare analys i det större projektet.

Trots att det varit problem med att följa metoden, mängden text som analyserades var stort och att kvinnorna hade en del svårigheter att svara på frågorna, har innebörden av intervjuerna framkommit tydligt då det beskrivs hur kvinnorna upplevde sitt första möte på förlossningsavdelningen.

## RESULTATDISKUSSION

I kategorin *få lämna över sig till professionell personal* framgick det att trygghet för kvinnorna skapades genom personalens professionella omhändertagande i vårdmötet. Att känna sig utelämnad och beroende var något som kändes jobbigt för de flesta. Det framgick av vår studie att det var viktigt för förstföderskor att kunna få lov att släppa taget och lämna över sig till kompetent personal. Att ha en konversation och få upplysning av personalen var betydelsefullt i det första mötet. Detta styrks genom tidigare studier (Halldorsdottir & Karlsdottir; 1996, MacKinnon, McIntyre & Quance, 2005; Tarkka, Paunonen & Laippala, 2000) vilka visade på att en stor och viktig faktor till hur förlossningen upplevdes påverkades av barnmorskans professionella sakkunskap, att hon visade empati, var vänlig, hur hon uttryckte sig, hur hennes lugnande inverkan var och att hon inte var stressad. Ju mera positiv upplevelse kvinnan hade av barnmorskans omsorg desto positivare blev upplevelsen av förlossningen.

Enligt Lundgren och Berg (2007) upplever kvinnor med komplikationer före och under förlossning ett behov av att personalen tar över kontrollen. Samtidigt upplevde föderskorna sig som ett subjektivt redskap för att föda fram ett friskt barn. Dessa kvinnor tappade ofta tilltron till sin egen kapacitet. I kategorin *få lämna över sig till professionell personal* var det osäkert om någon kvinna hade komplikationer under graviditet eller i samband med förlossningens start eftersom det inte var en specifik frågeställning, det var dock ingenting som framkom spontant under intervjuerna. Att kvinnorna skulle kunna tappa förmågan att tro på sig själva framkom till viss del eftersom de upplevde att de saknade kunskap om förloppet. De förmedlade en känsla av lättnad och befrielse när kompetent personal tog ansvaret, vilket upplevdes positivt.

Ytterligare resultat som framkom i kategorin *få lämna över sig till professionell personal* var att vara i en ny situation. Flera kvinnor valde att ”ta det som det kom” eftersom situationen var ny för dem och de inte visste hur det skulle vara eller kännas. Det betydde inte att de var



oförberedda inför förlossningen utan hade en öppenhet och var tillgängliga för olika förslag som personalen presenterade. Att sakna kunskap innebar att kvinnan inte visste mycket om situationen men det var ingenting som upplevdes negativt. Detta resultat styrks av Beebe och Humphreys (2006) som menar att förlossningsarbetet ibland kan upplevas överkligt och oftast är en oförberedd upplevelse även om kvinnan försöker förbereda sig på den under graviditeten. Många kvinnor förberedde sig genom att läsa litteratur men hade även sökt kunskap via internet och massmedia, andra kvinnor valde att inte ta reda på så mycket information om förlossningen i förväg (Beebe & Humphreys, 2006).

Vidare framkom det i kategorin *få lämna över sig till professionell personal* att kvinnorna inte hade upplevt känslan av att de ställt dumma frågor och blivit nedvärderad på grund av det. De upplevde även att det inte förväntades av dem att de skulle eller behövde ha kunskap om situationen utan att personalen var där för att hjälpa och vägleda dem. Vad mödrarna upplevde styrks genom en tidigare svensk studie som visar att den övervägande delen av förstföderskor ansåg att de var väl förberedda inför förlossningen, men trots det var de flest oroliga och rädda under förlossningen (Olin & Faxelid, 2003). En förklaring kan vara att en förlossning är en upplevelse som är oförutsägbar (Nilsson & Lundgren 2009). Hur mödrarna i vår studie upplevde resterande förlossning beträffande oro och rädsla framkom inte.

Barnmorskorna på BMM hade skrivit en sammanfattning av graviditeten inför förlossningen för övervägande delen av mödrarna i vår studie. Sammanfattningen var ingen detaljerad vårdplan utan beskrev den födandes generella önskemål inför förlossningen. Vi kunde i vår studie inte få svar på om det var ett stort behov för kvinnan att gå igenom sammanfattningen från BMM. Detta är en fråga som kunde studeras vidare.

Det framkom i vår studie att *få lämna över sig till professionell personal* innebar att några kvinnor önskade gå igenom sitt förlossningsbrev vid det första mötet. Det framkom också att en annan känsla den födande hade var att hon kunde känna sig trygg och släppa taget då hon visste att det fanns uppgifter från BMM dokumenterat i den gemensamma datajournalen och inte behövde lägga koncentrationen på att informera personalen om eventuella önskemål. I en studie av Withford och Hillian (1998) framkom det att hälften av kvinnorna som skrivit en vårdplan inte påverkades i sin känsla av att tappa kontrollen under förlossningen. Det framgick att många föderskor tyckte att det blev för lite uppmärksamhet riktad till vårdplanen men trots det skulle de flesta kvinnor valt att skriva en annan vårdplan vid ny graviditet (Withford & Hillian, 1998). Eftersom det inte fanns mycket tidigare forskning just om det första mötet på förlossningen var det svårt att veta vikten av en vårdplan i det skedet.

Då de flesta kvinnor inte hade en vårdplan utan en sammanfattning behövs fortsatt forskning göras om vikten av att gå igenom sammanfattningen under det första mötet på förlossningen.

Sjukhusmiljö kunde vara en ny och främmande värld vilket kan uppfattas skrämmande, det kan göra att den gravida kvinnan känner sig sårbar och utsatt då hon är i en situation där hon är i behov av hjälp (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996). En svensk studie visade på att kvinnor som genomgått en förlossning två till 20 år tidigare kunde känna sig ensamma och osäkra under förlossningen då barnmorskan övergav henne trots att det fanns en medföljande partner. Den medföljande partners roll var viktig för kvinnan. I de fall då kvinnan hade en dålig relation till barnmorskan var medföljande partners roll stor eftersom denne var det största stödet. För kvinnan kunde ett stort minne av förlossningen vara känslan av att vara ensam och sårbar (Lundgren et al., 2009). Det var förödande för kvinnan att inte ha en god relation med barnmorskan. Att inte vara delaktig i diskussioner rörande beslut som skulle tas i samband med förlossningen gjorde att kvinnan upplevde att barnmorskan hade makt över henne (Lundgren et al., 2009). Andra studier (Price, Noseworthy & Thornton 2007; Lundgren et al., 2009) visar att kvinnan tyckte att barnmorskan inte kunde ersätta medföljande partner. I vår studie uttryckte kvinnorna att det var viktigt att de var betydelsefulla för barnmorskan och där hade även partnern en roll.

Det beskrevs i en annan studie (Eliasson, Kainz & Post 2008) att kvinnorna fick känslan av att vara ignorerade av barnmorskan. Det kunde bero på att kvinnan inte kände sig delaktig i processen när barnmorskan befann sig i rummet men inte pratade med henne utan diskuterade processen med kollegor i rummet genom att viska. När personalen pratade över huvudet på kvinnan i termer hon inte förstod ledde det till att hon trodde att det värsta var på väg att hända. Kvinnorna kände inte att de var en del i vad som pågick som en specifik person utan att de bara var en kropp i en process som höll på att hända. Vidare upplevde kvinnorna sig nonchalerade av barnmorskan eftersom kvinnorna kände sig utelämnade och inte respekterade (Eliasson et al., 2008). Det framkom i vår studie i kategorin *få lämna över sig till professionell personal* att mödrarna istället upplevde att de inte varit i underläge eller utelämnade utan att de däremot känt att de varit delaktiga i olika beslutstaganden rörande förlossningen. Att personalen stärkte kvinnornas självförtroende gjorde att de fick en god relation med personalen under det första mötet. Tidigare studier (Eliasson et al., 2008; Lundgren & Nilsson, 2009) beskriver att då kvinnan var beroende av personalen på förlossningsavdelningen för att få hjälp och inte fick det, förändrades hennes förväntningar och en känsla av misstro infann sig. Detta var inga känslor kvinnorna uttalade att de upplevde i det första mötet i vår studie. Kvinnorna i vår studie uttrycker att de blivit väl

behandlade vilket bekräftar att personalen visar respekt för kvinnans autonomi, värdighet och integritet. Personalen ser också till kvinnans behov och önskemål och tillvaratar hennes kunskap och erfarenhet. Kvinnan är även delaktig i de beslut som ska tas angående hennes förlossning (Socialstyrelsen, 2006; ICM, 1999).

Vidare framkom det i vår studie att kvinnorna upplevde ett orosmoment över att inte veta om förlossningen var ”på riktigt”, om de skulle *få stanna eller åka hem*. Att åka till förlossningen och eventuellt bli hemskickad igen var en situation som bekymrade många. Lättnaden upplevdes som stor av mödrarna då de fick besked om att de fick stanna kvar på förlossningsavdelningen. De upplevde en trygghet i att vara kvar då det fanns professionell personal och hjälp att få. Det är möjligt att kvinnorna i vår studie hade upplevt samma känslor som mödrarna gjorde i en tidigare studie (Jackson, Lang, Ecker, Swartz & Heeren 2003) där kvinnornas känslor i samband med att bli hemskickad beskrevs som förvirring, ilska och bitterhet. Det var känslor som motsades i en studie (Beebe & Humphreys 2006) från USA vilken visade på att kvinnor inte var villiga att åka till förlossningen eftersom de ”blev stoppade i säng” eller ”det kändes som att komma till ett fängelse”. Att vara hemma innebar för dem att bevara känslan av kontroll (Beebe & Humphreys 2006).

I kategorin *ha en konversation och få upplysning* belyses det hur viktigt det var att det fungerade väl mellan personalen och kvinnan, både gällande att ha en god dialog men också att få rätt sorts information i rätt tid. Att kvinnorna i vår studie upplevde ett gott samarbete och möjliggen såg samarbetet som ett lagarbete framkom även i en tidigare studie av Price et al. (2007). Studien visade på att kvinnan tillsammans med medföljande partner och barnmorska ingick i ett team som arbetade tillsammans då det fördes en öppen och kontinuerlig dialog. Detta gav en känsla av intimitet i relationen till barnmorskan då hon hjälpte kvinnan att fokusera på förlossningen, att kunna förstå de fysiska och psykiska behoven liksom att barnmorskan visade engagemang och gav information.

Resultatet visar även att mödrarna upplevde att det kunde vara svårt för personalen att veta och förstå hennes enskilda behov och önskemål vilket kunde vara en bidragande orsak till att tillgången på informationen upplevts som olika. Det framkom att kvinnorna tyckte det var viktigt att fortlöpande få information om förlossningsförloppet. Det finns beskrivet i tidigare studier (Berg et al., 1996; Lavender, Walkinshav, Walton, 1999) att kvinnan värdesätter informationen mer än det egna beslutsfattandet om förlossningen. Det var svårt att dra någon parallell med ovan nämnda studier (Berg et al., 1996; Lavender et al., 1999) eftersom

mödrarna i vår studie upplevde att de haft god medbestämmanderätt men att informationen ibland varit bristfällig.

I kategorin *känna sig alldeles särskild* beskrev många av kvinnorna i vår studie att de var upprymda, hade en spänd förväntan och var nervösa inför den förestående förlossningen. Kvinnorna upplevde att de blev förstådda och omhändertagna av personalen i samband med det första mötet på förlossningen. Att bli sedd och lyssnad på gjorde att kvinnan kände sig bekräftad, vilket var viktigt för dem. Några av kvinnorna beskrev att de var i sin egen värld men att de ändå behöll sin integritet. Vad mödrarna i vår studie upplevde styrks av tidigare studier (Lundgren et al., 2009; Eliasson et al., 2008; MacKinnon et al., 2005) där det tydligt framkom att barnmorskan hade en viktig och framträdande roll. För att kvinnan skulle bli bekräftad var det viktigt att hon fick ett bra förtroende till barnmorskan. Att bli bekräftad skedde genom att barnmorskan såg och lyssnade på den födande kvinnan (Lundgren et al., 2009; Eliasson et al., 2008; MacKinnon et al., 2005). Forskning (Lundgren, et al., 2009; Nilsson & Lundgren 2009; McNiven, Williams, Hodnett, Kaufman & Hannah, 1998) visar på att barnmorskans bemötande på förlossningen präglar kvinnans minne många år fram i tiden.

Genomgående för kvinnorna var att de ville *känna sig alldeles särskilda*. De beskrev upplevelsen av en skön och positiv känsla då personalen stod i dörren och väntade på dem. Flertalet av kvinnorna upplevde att de blev snabbt omhändertagna och kände sig välkomna, vilket många gånger gjorde att de kände sig trygga och slappnade av. Om kvinnorna i vår studie inte fått det välkommandet de fick är det möjligt att de hade upplevt något annat. En tidigare svensk studie (Lundgren et al., 2009) visar på att kvinnor känner sig osäkra då de kommer till en okänd miljö och att det är viktigt för dem att veta vart de ska gå och hur det ser ut där. Självklart var miljön på förlossningen ny för kvinnorna i vår studie men det var ingenting som de upplevde bidrog till att de kände sig osäkra. Däremot beskrev de att de kände sig stärkta i att vara önskad. Några födande beskrev att de blivit väl bemötta och känt sig välkomna, men då det var skiftbyte och kvinnan inte varit kraftigt smärtpåverkad hade undersökningen blivit fördröjd. Det framgick att det inte spelat någon större roll för kvinnorna att undersökningen dröjt eftersom de kände ett förtroende för personalen och upplevt att de varit trygga i situationen.

## KONKLUSION OCH PRAKTISK ANVÄNDBARHET

Det första mottagandet och välkommandet kvinnan får när hon kommer till förlossningsavdelningen kan påverka hela hennes förlossningsupplevelse. Det är därför av yttersta vikt att det första mottagandet blir en positiv upplevelse för kvinnan. Kvinnorna i vår studie upplevde en trygghet i den situation de hamnat i då de skulle föda sitt första barn. En annan fråga är hur kvinnor som inte är förstföderskor upplever det första mötet? Upplever även de en stor trygghet eller är det en upplevelse som kan förändras beroende på tidigare erfarenhet? Det som framgick tydligt av resultatet var att personalen spelade en viktig roll och att det mänskliga engagemanget och det genuina intresset för kvinnan var betydelsefullt. Förhoppningen med denna studie är att all personal som arbetar på en förlossningsavdelning ska tydliggöras innebörden av det första mötet. Eftersom det första mötet inte fanns beskrivet i några tidigare studier behövs ytterligare studier kring upplevelsen av det första mötet och vilken betydelse det har för den fortsatta förlossningen.

Ytterligare en fråga som skulle vara intressant att besvara är om upplevelsen av det första mötet ändrar sig efter tid? Intervjuer gjordes även fyra till sex månader efter förlossningen och skulle kunna ge svar på den frågan om materialet bearbetades. Det skulle vara av intresse att vid ytterligare studier undersöka hur papporna upplevde det första mötet då det troligtvis inte heller finns studerat tidigare. Det skulle förmodligen inte vara svårt att få deltagare eftersom intresset varit stort då papporna varit med rummet vid intervjuerna på BB/EVA

Arbetet med att intervjua och bearbeta texterna har fördelats lika mellan oss. Analys av texterna och arbetet med att skriva uppsatsen har gjorts tillsammans.

## REFERENSLISTA

Baker, S.R., Choi, Y.L. P., Henshaw, C. A., & Tree, J. (2005). "I felt as though I'd been in jail": Women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism & Psychology* 15, 315-342.

Beebe, K. & Humphreys, J. (2006). Expectations, perceptions and management of labor in nulliparas prior to hospitalization. *Journal of Midwifery & Women's Health* 5, 347-353.

Bengtsson, J. (2005). *Med livsvärlden som grund*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, M. (2004). Värdegrund för vårdandet vid barnafödande. I: Berg, M. & Lundgren, I. (Red.), *Att stödja och stärka - Vårdande vid barnafödande (ss33-48)*. Lund: Studentlitteratur.

Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E., & Wahlberg, V. (1996). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery* 12, 11-15.

Dahlberg, K. Drew, N., & Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Ejlertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.

Eliasson, M., Kainz, G., & Post, I. von. (2008). Uncaring Midwives. *Nursing Ethics* 15, 500-511.

Eriksson, K. (1990). *Vårdprocessen*. Stockholm: Norstedts Förlag AB.

Green, J.M., & Baston, H.A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlation, and consequences. *Birth* 30, 235-247.

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S.I. (1996). Journeying through labor and delivery: perceptions of women who have give birth. *Midwifery* 12, 48-61.

Hodnett, E.D. (2002). Pain and woman's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186,160-172.

Hundley, V., Ryan, M., & Graham, W.( 2001). Assessing women's preferences for intrapartum care. *Birth* 28, 254-263.

International Code of Ethics for Midwife (ICM 1999). Hämtad 090525 från [www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska\\_koden.doc](http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_koden.doc).

Jackson, D. J., Lang, J. M., Ecker, J., Swartz, W. H., & Heeren, T. (2003) Impact of collaborative management and early admission in labor on method of delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 32, 147-157.

Kalkas, K. & Sarvimäki, A. (1999). *Omvårdnadsetikens grunder*. Stockholm: Liber.

Kangas Fyhr, A., & Wilhelmsson, O. (2003). *Vård och omsorgsarbete*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.

Kirkevold, M. (1994). *Klokhed, omdöme och skicklighet*. Lund: Studentlitteratur.

Kitzinger, S. (1992). Sheila Kitzinger's letter from England: Birth plans. *Birth* 19, 36-37.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lavender, T., Walkinshaw, S.A., & Walton, I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* 15, 40-46.

Lothian, J. (2006). Birth Plans: the good, the bad and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 35, 295-303.

Lundgren, I. (2004). Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18, 368-375.

Lundgren, I., & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife- women relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21, 220-228.

Lundgren, I., Berg, M., & Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Women's Health* 48, 322-328.

Lundgren, I., Karlsdottir, S.I., & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context-a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 4, 115-128.

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss159-172). Lund: Studentlitteratur.

MacKinnon, K., McIntyre, M., & Quance, M. (2005). The meaning of the nurse's presence during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 34, 28-36.

Magnusson, B. (1998). Barnmorskan och förlossningsrädslan. Sjögren, B. (Red.), *Förlossningsrädsla* (ss.9-35). Lund: Studentlitteratur.

McNiven, P. S., Williams, J.I., Hodnett, E., Kaufman, K., & Hannah, M. E. (1998). An early labor assessment program: A randomized, controlled trial. *Birth* 25, 5-10

Nilsson, C., & Lundgren, I. (2009). Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25, e1-e9.

Olin, R., & Faxelid, E. (2003). Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17, 153-159.

Price, S.H., Noseworth, J., Thornton, J. (2007). Women's experience with social presence during childbirth. *American Journal of Maternal/Child Health Nursing* 32, 180-191.

Rudman, A., El-Khoury, B., & Waldenström, U. (2006). Women's satisfaction with intrapartum care- a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing* 59, 474-487.

Sandin-Bojö, A.-K., Wilde Larsson, B., & Hall-Lord, M-L. (2008). Womens' perceptions of intrapartum care in relation to WHO recommendations. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2993-3003.



SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen (2001). *Handläggning vid normal förlossning – State of the Art*. Expertrapport. Hämtad 091222 från [www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF](http://www.sfog.se/PDF/2001-123-1.PDF).

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 090525 från [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).

Svedberg, E. Svensson, L., & Kindeberg, T. (2001). *Pedagogik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Söderberg, L., & Silverstolpe, N. (2006). *Rädd att föda - din väg till att våga*. Falun: Wahlströms bokförlag AB.

Tarkka, M.T., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Importance of the midwife in the first-time mother's experience of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14, 184-190.

Thachuk, A. (2007). Midwifery, Informed Choice and reproductive autonomy: A relational approach. *Feminism & Psychology* 17, 39-56.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk - samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 091208 från [www.codex.vr.se](http://www.codex.vr.se).

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31, 17-27.

Withford, H. M., & Hillian, E. M. (1998). Women's perceptions of birth plans. *Midwifery* 14, 248-253

World Health Organization. (1996) *Care in normal birth: A practical guide*. WHO, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, Geneva.

Hämtad 090525 från [whqlibdoc.who.int/whf/1998/vol19-no3/WHF\\_1998\\_19\(3\)\\_p253-260.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whf/1998/vol19-no3/WHF_1998_19(3)_p253-260.pdf).

Yam, E. A., Grossman, A. A., Goldman, L. A., & García, G. S. (2007). Introducing birth plans in Mexico: An exploratory study in a hospital serving low-income mexicans. *Birth*, 34, 42-48.

## UNDERLAG FÖR ENSKILD INTERVJU

### 1. Ålder

Jag är ..... år

### 2. Boende

Sammanboende

Bor ensam

### 3. Utbildning (ange högsta)

Folkskola/Grundskola (motsvarande)

Yrkesskola/Gymnasium (motsvarande)

Högskola/Universitet

### 4. I vilket land är du född?

Sverige

Norge, Danmark, Island eller Finland

I ett annat land i Europa

I ett annat land utanför Europa

## FRÅGEOMRÅDEN

\* Hur var det att komma till förlossningsavdelningen när du skulle föda?

\* Hur blev du mottagen när du kom till förlossningsavdelningen för att föda?

\* Hur upplevde du första samtalet/samtalet vid ankomsten, med barnmorskan?

\* Hur påverkade det första mottagandet din helhetsupplevelse av förlossningen? /hur viktigt var mottagandet för din helhetsupplevelse?

I anslutning till frågorna ställdes förtydligande såsom: hur menar du? Kan du ge exempel? Vad kände du? Kan du utveckla mer osv.

5. Hur är din helhetsupplevelse av förlossningen idag?

Mycket positiv

Positiv

Negativ

Mycket negativ

Kommentar:

6. Hur är din upplevelse av första mötet/ankomstsamtalet?

Mycket positiv

Positiv

Negativ

Mycket negativ

Kommentar:

7. Kan du tänka dig att föda barn igen?

Ja

Nej

Kommentar:



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

**Upplevelser i samband med det första mötet på  
förlossningsavdelningen**

**Bakgrund och syfte**

Forskning visar att förväntningar, samt grad av delaktighet och stöd påverkar hur förlossningen upplevs, allt ifrån det första mottagandet på förlossningsavdelningen till att barnet är fött.

För att vårdpersonal ska kunna tillmötesgå de födandes behov krävs uppdaterad kunskap om deras upplevelse av vård och den förlossning de har gått igenom. Vi är två barnmorskestudenter som genomför en studie som syftar till att få kunskap om och identifiera innehåll och struktur av det första mötet och samtalet vid ankomsten till förlossningsavdelningen.

**Studiens genomförande**

Studien vänder sig till förstföderskor i Västra Götaland som fått barn vid Norra Älvsborgs Länssjukhus i Trollhättan. Studien är godkänd av klinikchefen för kvinnokliniken på NÄL. Patientuppgifter har vi fått via sjukhusets journalsystem. Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Vården i övrigt kommer inte att påverkas av deltagande eller icke deltagande.

Deltagandet innebär att nyblivna mammor får svara på frågor med förutbestämda svarsalternativ samt intervjuas med fyra öppna frågor som spelas in på band. Första tillfället är då mamman ligger på BB/EVA och data samlas in där av oss barnmorskestudenter. Efter ca fyra månader sker en ny kontakt då mamman får svara på samma frågor igen. Vi kontaktar mammorna på telefon och spelar in intervjun på band via högtalartelefon. Frågorna i studien innehåller frågor kring upplevelsen av det första mötet och samtalet vid ankomsten till förlossningsavdelningen. Intervjuerna kodas och bara barnmorskestudenterna har tillgång till identiteten. Hanteringen av personuppgifterna regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Information som framkommer i intervjuerna kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av den. Resultatet skall redovisas så att det inte går att koppla till deltagarna som individ.

Svaren på intervjun behandlas strikt konfidentiellt och kommer endast att läsas av barnmorskestudenterna och handledaren. Materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig har tillgång till det. De som väljer att delta i studien får skriva under ett samtyckesformulär för ett skriftligt godkännande. De får även muntlig information vid det första tillfället på EVA/BB.

### **Information om studiens resultat**

Studiens resultat redovisas vid Göteborgs Universitet. Om deltagaren önskar ta del av studieresultatet är de välkomna att meddela oss det så sänder vi en kopia av uppsatsen.

Med vänliga hälsningar

Linda Jacobsson, barnmorskestudent

Stina Lönnqvist, barnmorskestudent

Handledare: Marie Berg, universitetslektor Leg. Barnmorska, Göteborgs Universitet

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet

Box 457

405 30 Göteborg

## INFORMERAT SAMTYCKE

### Upplevelser i samband med det första mötet på förlossningsavdelningen

Undertecknad har tagit del av forskningsinformationen avseende studien om upplevelsen i samband med det första mötet och samtalet på förlossningsavdelningen på NÄL och samtycker till att delta.

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag har möjlighet att avbryta mitt deltagande närhelst jag så önskar utan vidare förklaring.

Detta dokument kommer att skrivas under i två exemplar. Det ena exemplaret behåller jag och det andra behålls av barnmorskestudenterna Linda Jacobsson och Stina Lönnqvist som utför studien.

---

Ort och datum

---

Namn

---

Namnförtydligande

Med vänliga hälsningar

Linda Jacobsson, barnmorskestudent

Stina Lönnqvist, barnmorskestudent

Handledare: Marie Berg, universitetslektor samt leg. Barnmorska, Göteborgs Universitet

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa  
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet  
Box 457  
405 30 Göteborg

**EXEMPEL PÅ INNEHÅLLSANALYSEN**



Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Subkategori	Kategori
Jag hade inte så stor koll, jag hade ju så ont hela tiden men jag kände att jag litade väldigt mycket på dem, så jag bara, jag ska göra som de säger, ja.	Jag hade inte så stor koll, hade ju ont hela tiden men jag kände att jag litade på dem. Jag bara, jag ska göra som de säger.	Släppa taget	
Jag blev bedd att lägga mig ner och för att de skulle sätta de där grejorna på magen och jag kommer ihåg att det gjorde ont och helst ville gå omkring så. De försökte så gott de kunde.	Blev bedd att lägga mig ner för de skulle sätta grejorna på magen. Det gjorde ont jag ville helst gå omkring. De försökte så gott de kunde.	Vara utelämnad och beroende	Få lämna över sig till professionell personal
Jag trodde jag hade läst ganska mycket och trodde ändå att jag liksom, jag trodde jag kommit längre i processen så klart när jag kom in.	Trodde jag hade läst mycket, jag trodde jag kommit längre i processen när jag kom in.	Vara i en ny situation	
Ja sen var det ju det där att man inte visste ifall man skulle behöva åka hem eller inte och det var man kanske orolig för eftersom vi bor en timmas väg härifrån	Sen var det ju det där att inte veta om man skulle åka hem igen. Var orolig eftersom vi bor en timmas väg härifrån	Stanna eller åka hem	
Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Subkategori	Kategori

Hon var himla bra på att läsa av mig, vad jag behövde hela tiden och så, det var väldigt skönt	Hon var bra på att läsa av mig, vad jag behövde. Det var skönt	Kommunicera med varandra	Ha en konversation och få upplysning
Jaa, väldigt rakt och direkt, rak information. Det vill man ha där och då, man vill ju inte ha en massa krångligheter. Utan enkelt och precist.	Väldigt rakt och direkt. Rak information. Det vill man ha där. Inte massa krångligheter. Enkelt och precist.	Få rätt information i rätt tid	
Att de tar tid för mig och sitter hos mig och att jag är viktig	De tar tid för mig, sitter hos mig och att jag är viktig.	Vara betydelsefull	Känna sig alldeles särskild
Man blev inte satt "on hold" någonstans utan det är någon som väntade på oss och tar emot en och man får komma in någonstans och du får liksom hjälp med en gång.	Blev inte satt "on hold" någonstans. Någon väntade på oss och tar emot en. Man får komma in någonstans och får hjälp med en gång	Vara väntad på	