

Kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossningen

FÖRFATTARE Maria Pettersson

KURS Examensarbete för magister i Reproduktiv och perinatal hälsa
VT 2010

OMFATTNING 15 högskolepoäng

HANDLEDARE Lena Mårtensson

EXAMINATOR Marie Berg

Sahlgrenska akademien
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAMMANFATTNING

Titel	Kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossningen.
Arbetets art:	Självständigt arbete Examensarbete för Magister i Reproductiv och Perinatal hälsa RPH 030
Arbetets omfattning	15 högskolepoäng
Sidantal:	33 sidor
Författare:	Maria Pettersson
Handledare:	Lena Mårtensson
Examinator:	Marie Berg

Kunskapen om gravida och födande kvinnors möten med barnmorskestudenter i samband med förlossningen är begränsad. Det finns inga svenska studier och de studier som gjorts tidigare berör framför allt möten med läkarstudenter. För att kunna ge god vård och bidra till en positiv upplevelse i samband med förlossningen är det viktigt att beskriva kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter. Syftet med studien var att beskriva kvinnors möten med barnmorskestudenter i samband med förlossningen samt att utveckla och testa ett frågeformulär. Bubers Dialogfilosofi utgör uppsatsens teoretiska referensram.

En deskriptiv tvärsnittsstudie i form av en pilotstudie genomfördes på tre förlossningsavdelningar på Sahlgrenska universitetssjukhuset/SU och Norra Älvsborgs Sjukhus/NÄL. En enkät med 32 slutna och öppna frågor utvecklades och skickades till 25 kvinnor. Svarsfrekvensen var 80 %. Slutna frågor analyserades och presenteras med deskriptiv statistik. Öppna frågor analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet strukturerades i enighet med enkäten i; Information och informeratsamtycket. barnmorskestudentens roll och ansvar, positiva och negativa aspekter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossningen samt enkätens design. Sammanfattningsvis kan sägas att kvinnorna önskade bli tillfrågade om de samtyckte till att en barnmorskestudent deltog i vården under förlossningen innan de träffade studenten. De var inte alltid införstådda med studentens roll och ansvar och informationen behöver bli tydligare. Den vanligaste uppgiften studenten utförde, förutom att under handledning förlösa var att ge stöd. Extra stöd som studenten gav samt närvaro och trygghet uppskattades, dock under förutsättning att integritet och självbestämmande respekterades. Vad gäller enkätens design behöver vissa frågor och svarsalternativ revideras.

Nyckelord: information, möte, närvaro, trygghet, stöd integritet

ABSTRACT

Title: Women's experience of student midwives during labour.
Course: One year Master in Midwifery science, RPH 030
15 higher education credits
Number of pages: 33 pages
Author: Maria Pettersson
Supervisor: Lena Mårtensson
Examiner: Marie Berg

The knowledge about birthing women's encounters with student midwives is limited. There are only a few studies from the woman's perspective and none of them are Swedish. In order to provide good care and to contribute to a positive birth-experience it is essential to describe women's experience of student midwives during labour. The aim of this study was to describe women's encounters with student midwives during labour and to develop and test a questionnaire. Influenced by the The Philosophy of Dialogue by Buber is the theoretical framework of this thesis.

A survey was conducted at three delivery wards at Sahlgrenska Universitetssjukhuset/SU and Norra Älvsborgs Sjukhus/NÄL. A questionnaire with 32 closed and open-ended questions was constructed and sent to 25 women. The response rate was 80 %. The findings were analyzed with descriptive statistics. Open-ended questions were analyzed with content analysis.

The result was structured as the questionnaire; Information and informed consent, student-midwife's role and responsibility, positive and negative aspects of student midwives involvement in care and the design of the questionnaire.

To sum up the women in this study seemed not always clear about the student midwife's role and responsibility which highlights the need for clear information. Offering support was the most common activity the student midwife performed except, under supervision to assist by birth. The women appreciated the extra support, presence and confidence the student midwives offered however on condition that integrity was respected. The questionnaire must be adjusted prior the main study.

Keyword: information, encounter, confidence, support, integrity

INNEHÅLL

INLEDNING	6
BAKGRUND	6
VÅRD I SAMBAND MED BARNAFÖDANDE.....	6
BARNMORSKANS ANSVARSOMRÅDE OCH KLINISK UTBILDNING.....	7
TEORETISK REFERENSRAM – BUBERS DIALOGFILOSOFI.....	8
HUR EN JAG-DU-RELATION SKAPAS I VÅRDEN	9
TIDIGARE FORSKNING.....	10
VÅRDRELATIONEN.....	11
VAD GÖR STUDENTEN.....	12
SYNEN PÅ STUDENTER.....	12
INFORMERAT SAMTYCKE	13
FAKTORER SOM PÅVERKAR I VALET ATT LÅTA EN STUDENT DELTA I VÅRDEN.....	14
PROBLEMFÖRMULERING.....	15
SYFTE.....	16
METOD	16
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	17
URVAL.....	17
DATAINSAMLING.....	18
ANALYS	18
RESULTAT.....	19

INFORMATION OCH INFORMERAT SAMTYCKE.....	19
BARNMORSKESTUDENTENS ROLL OCH ANSVAR	20
POSITIVA OCH NEGATIVA ASPEKTER AV MÖTEN MED BARNMORSKESTUDENTER UNDER FÖRLOSSNINGEN	22
ENKÄTENS DESIGN.....	24
DISKUSSION	25
METODDISKUSSION	25
RESULTATDISKUSSION	26
REFERENSER.....	30
BILAGOR	33
BILAGA 1 LITTERATURSÖKNING	
BILAGA 2 ENKÄT	
BILAGA 3 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	
BILAGA 4 FORSKNINGSPERSONINFORMATION	

INLEDNING

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset föds cirka 9000 barn varje år. Sjukhuset är ett undervisningssjukhus för flera studentkategorier och den obstetriska enheten tar emot studenter från sjuksköterske-, barnmorske- samt läkarprogrammet vid Göteborgs Universitet. Under 2010 genomför 28 barnmorskestudenter klinisk utbildning på sjukhuset och vid minst 1400 förlossningar per år deltar en barnmorskestudent. Gravida kvinnor möter barnmorskestudenter inom ramen för mödravård, på förlossning och BB samt på gynekologiska mottagningar. Dessa situationer kräver empati och lyhördhet för såväl psykiska, existentiella och fysiska behov, eftersom en intim sfär berörs på flera plan. Det är viktigt att utforska hur kvinnan i samband med barnafödande, uppfattar mötet med studenter för att främja god vård och bidra till en bra förlossningsupplevelse.

BAKGRUND

I det följande ges en allmän bakgrund med kortfattad beskrivning avvård i samband med barnafödande, barnmorskans ansvarsområde och klinisk utbildning. Därefter introduceras Bubers Dialogfilosofi som utgör uppsatsens teoretiska referensram.

Med vård i samband med barnafödande menas i denna uppsats vård av gravida kvinnor, såväl förstföderskor som omföderskor. I vårdkontext betraktas den gravida kvinnan som patient. Att vara gravid och att föda barn är dock ett naturligt tillstånd och hör livet till. I denna uppsats används såväl begreppet patient och kvinna för barnafödande kvinna.

VÅRD I SAMBAND MED BARNAFÖDANDE

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska bygga på respekt för patientens integritet och självbestämmande samt i möjligaste mån utformas och genomföras i samråd med patienten (HSL 1982). Vården vilar på en humanistisk människosyn och planeras så att patientens självständighet respekteras. Ett humanistiskt synsätt inom vården förutsätter såväl ett relationistiskt som medicinskt förhållningssätt. Båda kompletterar varandra. Med ett renodlat medicinskt förhållningssätt finns en tendens att människan betraktas som ett objekt, med tonvikt på biologiska och fysiologiska funktioner och behov (Snellman 2001). Ett relationistiskt förhållningssätt tar sin utgångspunkt i ett autentiskt möte som karakteriseras av ömsesidighet. Enligt Berg (1999) bör vårdaren bli medveten och skaffa sig kunskap om de förutsättningar

som ligger till grund för ett autentiskt möte. Ett autentiskt möte möjliggör för vårdaren att uppmärksamma patientens förväntningar och behov vilket är förutsättningar för patientens välbefinnande (Berg 1999).

I mötet med den gravida kvinnan och hennes partner riktas blicken mot det friska och naturliga i en graviditet och förlossning. ”Barnafödande är i grunden inte är något sjukligt, präglad av lidande, utan ett naturligt tillstånd i det mänskliga livet” (Berg 2004 sid 35). I vården betraktas den gravida kvinnan som patient. En patient är i viss mån beroende av vården, vårdaren och dennes kunskap. Vårdaren är i sin tur beroende av patienten för sin yrkesutövning. Barnmorskans kunskap och erfarenhet av att bedöma barnets tillväxt och tillstånd samt beräkna förlossningsdatum innebär att många kvinnor ser barnmorskan som ”en medlare” mellan sig själv och barnet. Barnmorskans möjlighet att bedöma vad som händer inuti kvinnans kropp medför att kvinnan kan känna en stark förväntan inför mötet med barnmorskan (Berg 1999). Graviditet och övergången till moderskap innebär ökad sårbarhet. Ett bristande engagemang i vården, ett opersonligt möte eller alltför mycket fokus på teknik kan bidra till att sårbarheten förstärks. För barnmorskan är det en krävande uppgift att under förlossningen ansvara för mor, barn samt medicinska kontroller och samtidigt skapa en god relation. Det är inte ”bara görandet, den medicinska skickligheten eller tekniken som ger hälsa, ofta är själva varandet i vårdrelationen nog så viktig” (Berg 1999 sid 37). Bekräftelse och att bli sedd och stärker känslan av kontroll över förloppet och den egna kroppen, vilket frigör inneboende resurser hos kvinnan som då vågar ”överlåta sig” om obstetriska interventioner blir nödvändiga. Däremot kan ”icke-bekräftelse” leda till stress, osäkerhet och besvikelse. Förmågan att hantera förlossningssmärta påverkas negativt. Kvinnor som inte upplever sig bekräftade kan bli missmodiga och tilltron till den egna kroppens förmåga att föda minskar (Berg 1999).

BARNMORSKANS ANSVARSOMRÅDE OCH KLINISK UTBILDNING

I Sverige handlägger barnmorskan självständigt normal graviditet och förlossning samt ansvarar för vården av det nyfödda, friska barnet. I barnmorskans kompetensområde ingår dessutom att ha ”förmåga att undervisa, handleda och bedöma studerande” (Socialstyrelsen 2006). Barnmorskeutbildningen i Sverige är en vidareutbildning efter sjuksköterskeexamen. Barnmorskeprogrammet vid Göteborgs Universitet bygger på en lokal profil. Huvudämnet Reproduktiv och perinatal hälsa har ett livscykelerspektiv och är knutet till livets början och

området för mänsklig reproduktion. Efter avslutad utbildning ska studenten för att uppfylla lokala lärandemål visa ”*fördjupad kunskap och förståelse för kvinnan och hennes familj ur såväl ett livsvärlds- som ett livscykelperspektiv, och för förhållanden i omgivning, samhälle och vårdmiljö som påverkar kvinnans och familjens reproduktiva och sexuella hälsa*” (“Utbildningsplan för barnmorskeprogrammet 90 högskolepoäng” vid Göteborgs universitet sid 1). Dessutom ska studenten ”*visa fördjupad förmåga att möta den unika kvinnan och familjen*” (sid 1). Barnmorskestudenter handleds under klinisk utbildning av yrkesverksamma barnmorskor. Enligt Kursplan för Förlossningskonst I (2007 reviderad 2009) samt Studiehandledning för Förlossningskonst I (2007). grundar sig handledningen på aktuella kursplaner med lärandemål. Individuell bedömning av verksamhetsförlagd utbildning sker utifrån fastställt underlag.

TEORETISK REFERENSRAM – BUBERS DIALOGFILOSOFI

Uppsatsens referensram utgörs av Bubers Dialogfilosofi. Genom att lyfta fram ömsesidigheten och det mellanmänskliga har Buber begreppsliggjort mötet mellan människor på ett teoretiskt sätt (Snellman 2001). Filosofen Bubers tankegångar har fått genomslagskraft inom flera ämnen, bland annat inom pedagogik, samhällsvetenskap och socialt arbete. I boken ”Jag och Du” som utkom första gången 1923 påvisar han betydelsen av det mellanmänskliga som utspelar sig i mötet mellan människor. Människan har fått friheten att förhålla sig till världen på två sätt, som ett Jag till Du och som ett Jag till Det. Jaget blir till och utvecklas i relationen med andra människor och stor vikt läggs på ömsesidighet (Buber 1997, Israel 2000).

Människan lever i relation till naturen, människorna och till den andliga världen. Samtliga relationer innebär ömsesidighet. Varje människa förhåller sig till sin omgivning i ett subjekt-objekt förhållande. Genom människans kognitiva erfarenhet av världen och hennes förmåga att abstrahera, objektifiera och kategorisera omvärlden skapas ordning och reda i vardagslivet. Buber beskriver världen som tvåfaldig och skiljer mellan Det-världen och Du-världen. ”*Det-världen har sammanhang i rummet och i tiden. Du-världen har intet sammanhang i rum och tid. Varje särskilt Du måste, när relationsförloppet är över, bli till ett Det. Varje särskilt Det, kan, genom att träda in i relationsförloppet, bli till ett Du*” (Buber 1997 sid 46-47).

Det-världen är en förutsättning för att människan ska kunna leva i ett ordnat samhälle och är en värld med sammanhang i tid och rum. I Du-världen möter människan sin motpart på ett intuitivt och omedelbart sätt som inte går att klassificera. Människan växlar mellan dessa två världar (Snellman 2001 sid 30). Kunskapen är objektiv, tillvaron ”förtingligas” och kategoriseras. Jag-Du-relationen å andra sidan liknas vid en subjekt- subjektrelation och präglas av ömsesidighet och bekräftelse. Båda parter är delaktiga och påverkar varandra. I en ömsesidig Jag-Du-relation möts två personer. Jagets och Duets egenskaper är unika och blir tydliga i mötet. En Jag-Du-relation kännetecknas dessutom av jämlikhet, personlig närvaro, engagemang och ett dialogiskt kommunikationssätt. Buber ser ömsesidigheten som ett nyckelbegrepp vad gäller kvalitén i Jag-Du-relationen (Buber 1997, Israel 2000, Snellman 2001). En fullständig ömsesidighet i en Jag-Du-relation mellan två människor innebär att båda parter uppfattar relationen från två sidor. Det vill säga från sin egen men även motpartens sida, utan att förlora sin egen personlighet. Båda har förmågan att göra den andre närvarande och uppmärksamma effekten av sitt eget handlande. Ömsesidigheten är dock begränsad när det finns definierade uppgifter eller roller i mötet mellan personer. I lärande och vårdande situationer är fullständig ömsesidighet inte möjlig (Buber 1997). Innebörden av en Jag-Du-relation kan sammanfattas i följande punkter:

- Båda parter är medvetna om den andre som ett subjekt
- Två personer möts och båda blir medvetna om den andres ”annorlundahet”, med egen potential och möjligheter
- Någon grad av ömsesidighet finns
- Präglas av närvarande gentemot den andre som gör att man tilltalar varandra med ett Du
- Kan utvecklas med hjälp av en dialog
- I en Jag-Du-relation erhålls insikt genom själva mötet

HUR EN JAG-DU-RELATION SKAPAS I VÅRDEN

I vårdkontext innebär en Jag-Du-relation att patienten betraktas som ett objekt och förhållandet blir ensidigt. Patienten ”reduceras” till exempelvis en diagnos. En Jag-Du relation däremot karakteriseras av ömsesidighet, närvaro, engagemang och ett dialogiskt kommunikationssätt. En fullständig ömsesidighet mellan patient och vårdare är dock inte möjlig. Relationen är asymmetrisk då patienten har ett behov av att ett vårdmöte arrangeras.

Vårdaren är styrd av sin profession och uppgift i mötet med patienten. Patienten blir således beroende av vårdaren och måste ge upp en del av sin självständighet vilket begränsar ömsesidigheten. För att en relation mellan vårdare och patient ska bli ”helande” måste dessutom någon form av bekräftelse ingå. Bekräftelse förutsätter någon form av ömsesidighet. Bekräftelse och ömsesidighet innebär delaktighet och att patienten ges möjlighet att själv förändra och utvecklas utifrån sina egna förutsättningar. Vårdaren bör ha förmåga att kunna skapa en dialog och aktivt stödja patientens egna beslut. Början på en Jag-Du-relation är att acceptera det individuella hos den andre. Vårdaren måste ha förmågan att kunna engagera sig i en annan människa och kunna möta patienten på ett sådant sätt att integriteten värnas. Ett autentiskt möte karaktäriseras av ömsesidighet, acceptans och bekräftelse. Förutsättningar för ett gott helande eller autentiskt möte i vården är att vårdaren är personligt närvarande, kan skapa en dialog, stödja, skydda och bevara det unika hos patienten och samtidigt ha förmågan att vara sig själv (Buber 1997, Snellman 2001).

TIDIGARE FORSKNING

Internationell litteratursökning har skett vid två tillfällen 2006 (060131, 060210) samt hösten 2008 (080919) via databaserna Pubmed, Cinahl, Swemed och Eric. Sökningen begränsades till litteratur publicerad 1996 och därefter. Endast artiklar publicerade på engelska eller svenska inkluderades. Artikelöversikterna granskades manuellt för att inte någon relevant artikel skulle gå förlorad och slutligen återstod 11 artiklar. Resultatet av sökningen illustreras med tabell i bilaga 1.

Tre artiklar baserades på kvalitativa studier, övriga åtta artiklar på kvantitativa studier. Vilka illustreras i tabell 1.

Tabell 1

Kvantitativa studier	Kvalitativa studier
Berry, O'Dell, Meyer & Purwono (2003) Ching, Gates & Robertson (2000) Grasby & Quinlivan (2001) Hartz & Beal (2000) Magrane, Gannon & Miller (1996) Mires, Williams, McGeoghie, Watson & Howie (2001) Nicum & Karoo (1998) Rizk, Al-Shebah, El-Zubeir, Thomas, Hassan & Ezimokhai (2002)	Finnerty, Magnusson & Pope (2007) Morin, Patterson & Brzowski (1999) Rolls & McGuinness (2007)

Tabell 2 Fördelning av studentkategorier i de 11 artiklarna

Läkarstudenter	Barnmorskestudenter	Barnmorske- och läkarstudenter	Sjuksköterskestudenter
Berry m fl (2003) Ching m fl (2000) Grasby & Quinlivan (2001) Hartz & Beal (2000) Magrane m fl (1996) Nicum & Karoo (1998) Rizk m fl (2002)	Finnerty m fl (2007) Rolls & McGuiness (2007)	Mires m fl (2001)	Morin m fl (1999)

Sammanställningen av tidigare forskning presenteras under rubrikerna:

- vårdrelationen
- vad gör studenten
- synen på studenter
- informerat samtycke
- faktorer som påverkar valet att låta en student delta i vården

VÅRDRELATIONEN

I mötet med studenter i en vårdsituation värderades god förmåga till kommunikation och empati samt en tillåtande inställning till att uttrycka känslor högt. Förmågan att ge svar och göra sig förstådda samt studenternas sätt att ge stöd framhölls som goda egenskaper. Däremot rankades kliniska färdigheter (medicinska, tekniska) samt förmågan att kunna ställa de rätta frågorna lägre (Magrane m fl 1996, Rolls & McGuiness 2007).

Studentens intuitiva sätt att arbeta med fokus på kvinnans individuella behov uppskattades liksom att få full uppmärksamhet och närvaro. Stöd ska erbjudas om önskas men måste anpassa individuellt och erbjudas med respekt. Kvinnorna i studien var känsliga för bryskhet hos vissa av barnmorskorna (Finnerty m fl 2007). Enligt Rolls m fl (2007) agerades studenterna som en stöttande länk, uppmuntrade och fanns till hands hela tiden under förlossningen, något som barnmorskorna inne på sjukhuset inte hann med. Studenten fungerade även som en ”gate-keeper” och ifrågasatte vissa undersökningar vilket uppskattades av kvinnorna (Rolls m fl 2007).

VAD GÖR STUDENTEN

Fyra studier (Magrane m fl 1996, Nicum & Karoo 1998, Grasby & Quinlivian 2001, Mires m fl 2001) undersökte vad kvinnorna trodde att studenter i klinisk utbildning utför. Endast en studie (Mires m fl 2001) särskiljer synen på barnmorskestudenter och andra studenter.

I ovan nämnda studier antog 12- 76% av kvinnorna att studenterna, under handledning, biträder vid förlossning. Mellan 5 och 41 % av respondenterna förväntar sig att studenterna utför suturering av bristning. Att studenten utför yttre och inre undersökning antas av 24-58% av kvinnorna. Fyrtio procent av kvinnorna antar att anamnesupptagning tillhör studentens uppgift. Ur två studier framgår att majoriteten av de tillfrågade kvinnorna förväntade sig att studenten skulle stå bredvid och se på (Nicum & Karoo 1998, Grasby & Quinlivian 2001). Diskrepans i synen på barnmorskestudenter och läkarstudenter synliggörs av Mires m fl. (2001). Över hälften (63 %) av kvinnorna antog att läkarstudenter och tre fjärdedelar (76 %) antog att barnmorskestudenterna kunde biträda vid förlossning.

SYNEN PÅ STUDENTER

I resultat från flera studier (Magrane m fl 1996, Nicum & Karoo 1998, Grasby & Quinlivian 2001, Mires m fl 2001) poängterades behovet av mer information till kvinnorna om vilka studenter de kan tänkas möta i vården i samband med barnafödande. Dessutom behövs en förklaring till vilka uppgifter och vilket ansvar studenterna har. Om handledaren inte tydligt förklarade studentens uppgift, roll och ansvar ledde det till osäkerhet (Finnerty m fl 2007) .

Finnerty (2007) beskriver inlärningsituationen ur kvinnornas synvinkel. Handledaren, som först visade studenten hur denne skulle göra kunde göra flera saker samtidigt. Studenten gjorde en sak i taget och verkade ”quite compartmentalised” vilket tolkades av kvinnan som att studenten koncentrerade sig på det hon gjorde för att det skulle bli rätt. Kvinnorna i studien var uppmärksamma på rädsla hos studenten, oroliga ansiktsuttryck och tecken på tvekan. Handledaren måste på förhand förvissa sig om studentens kunskap och erfarenheter. Allt eftersom kontakten etableras mellan patient och student ges studenten mer ansvar.

I Hartz & Beals studie (2000) såg 40 % kvinnorna läkarstudenterna som just studenter, 30,5 % såg dem som vem som helst i vårdlaget och 22 % som en assistent till doktorn. Ytterst sällan (0,6 %) nekades barnmorskestudenter tillträde till förlossningen jämfört med läkarstudenter, där över 40 % av kvinnorna inte ville ha en student närvarande (Mires m fl 2001). Studien synliggjorde en tendens, dock ingen signifikant skillnad, att kvinnliga studenter lättare accepterades vilket också framgår i andra studier (Morin m fl 1999, Ching m fl 2000, Hartz & Beal 2000, Mires m fl 2001, Berry M fl 2003).

INFORMERAT SAMTYCKE

Som tidigare konstaterats är det viktigt att i förväg klart definiera studentens roll och låta studenten delta efter det att patienten givit sitt informerade samtycke (Magrane m fl 1996, Grasby & Quinlivan 2001). Kvinnor ville bli tillfrågade innan studenten presenterades för dem (Magrane m fl 1996, Berry m fl 2003). För att inte skapa onödig press att känna sig tvingad att svara ja är bästa sättet att låta en utomstående vårdpersonal fråga. Studenten och handledaren ska då inte vara närvarande. Risken för ”falska ja” förelåg när patienten tillfrågades av handledare och student (Berry m fl 2003). I en annan studie (Morin m fl 1999) hade patienterna svårt att neka när studenten befann sig i rummet. ”*Jag tror att om jag erbjöds möjligheten (låta manlig student delta) skulle jag motsätta mig. Skulle den personen komma in skulle det kännas som att jag förolämpade honom*”. Citatet uppmärksammar vikten av att patienten tillfrågas innan och att svaret respekteras. Studenters tillgång till klinisk utbildning får inte gå före patienters rättigheter. Det är oklart om muntlig förfrågan är att föredra framför en skriftlig och ytterligare forskning behövs (Berry m fl 2003).

FAKTORER SOM PÅVERKAR I VALET ATT LÅTA EN STUDENT DELTA I VÅRDEN

Den vanligaste anledningen att låta en student delta i vården i samband med barnafödande var en önskan om att bidra till någon annans utbildning (Magrane m fl 1996, Nicum & Karoo 1998, Ching m fl 2000, Hartz m fl 2000, Grasby & Quinlivian 2001, Rizk mf 2002).

Studentens närvaro sågs som en möjlighet att lära sig mer (Hartz m fl 2000, Rizk mf 2002) få mer tid (Hartz m fl 2000) ökat emotionellt stöd (Magrane m fl 1996, Grasby & Quinlivian 2001) och bättre medicinsk vård (Magrane m fl 1996, Ching m fl 2000). Det är generellt sett svårt att säga nej till vårdgivare (Magrane m fl 1996) och att låta en student delta är något som förväntas på ett sjukhus (Rizk mf 2002). Patienter som besökt mottagningen tidigare och kände personalen hade lättare att acceptera en student (Hartz m fl 2000). Positiva erfarenheter av studenter beskrevs som en ökad möjlighet att aktivt delta i vården (Rizk m fl 2002) och att studenterna givit värdefull information, stöd och förståelse (Nicum & Karoo 1998). Den vanligaste orsaken till att kvinnorna avböjde att en student deltog var att vården under graviditet och förlossning sågs som en privat angelägenhet (Nicum & Karoo 1998, Ching m fl 2000, Hartz m fl 2000, Grasby & Quinlivian 2001, Berry m fl 2003) med en önskan om att begränsa antalet personer i rummet (Magrane m fl 1996, Grasby & Quinlivian 2001). Dessutom framkom oro att undersökningar skulle ta längre tid (Magrane m fl 1996) samt ovilja till ”dubbla undersökningar” (Ching m fl 2000, Berry M fl 2003). En studie visar dock att inte gjorde något om undersökningen tog längre tid om det förbättrade studentens inläring och vården (Finnerty m fl 2007).

Tidigare negativ erfarenhet av möten med studenter beskrivs som ilska, besvikelse och ånger (Rizk m fl 2002) och att känna sig ”förlägen” när studenter närvar utan att fråga om lov (Nicum & Karoo 1998). Tidigare negativ erfarenhet påverkade kvinnorna i beslutet att inte låta en student närvara (Grasby & Quinlivian 2001, Mire m fl 2001, Rizk mf 2002). Andra faktorer var rädsla för bristande erfarenhet (Nicum & Karoo 1998) och att studenten kunde göra fel (Magrane m fl 1996). Nicum & Karoo (1998) visade att 71,5 % av kvinnorna med negativ erfarenhet sedan tidigare ändå var villiga att låta en student delta. Författarna tolkade detta som att patienterna visar en tendens till att åsidosätta tidigare erfarenhet för att bidra till studenternas utbildning.

Demografiska faktorer såsom civilstånd och religion (Nicum & Karoo 1998) utbildningsnivå (Hartz m fl 2000, Rizk m fl 2002) makes yrke men även ålder (Rizk m fl 2002) och paritet (Nicum & Karoo 1998, Rizk mf 2002,) påverkade kvinnorna i deras inställning till att acceptera student eller inte.

Studentens kön nämns i fem studier (Morin m fl 1999, Ching m fl 2000, Hartz m fl 2000, Mires m fl 2001, Berry m fl 2003). Kvinnliga studenter accepterades i högre grad. I en studie av Morin m fl (1999) beskrivs vilka faktorer som påverkar kvinnorna att acceptera vård av manliga studenter. Till personliga faktorer räknas kvinnans upplevelse av sig själv efter förlossning, personliga känslor och studentens karaktär. Till de kontextuella räknas vårdrelationen, typ av vård (nursing activities) och partners syn på att en manlig student deltog i vården. En del av kvinnorna uppgav att de kände sig skamsna över den egna kroppen. Studentens ålder var avgörande och kvinnorna hade lättare att acceptera en manlig student som var äldre, gärna med egna barn. Sättet på vilket studenten presenterade sig och hur relationen etablerades var betydelsefullt. Avgörande faktorer var studentens karaktär och grad av professionalitet. Några av kvinnorna indikerade att deras partner skulle tycka det var obekvämt med en manlig student, andra framhöll att för partnern var kvalitén på vården det viktigaste. Kvinnliga studenter accepterades i högre grad. Att bli vårdad av en kvinnlig student gav en känsla av delad upplevelse och att vara på samma våglängd. Detta påstående stöddes dock inte av alla respondenter (Morin m fl 1999).

PROBLEMFÖRMULERING

På de flesta större sjukhus bedrivs idag undervisning för studenter. Inom förlossningsvården genomför barnmorskestudenter stora delar av sin verksamhetsförlagda utbildning. Detta innebär att under vissa perioder sker den största delen av alla förlossningar med en barnmorskestudent närvarande. Vid genomgång av litteraturen står klart att gravida och födande kvinnors möte med studenter på förlossningsavdelningen inte är tillräckligt kartlagt. Det finns inga svenska studier och majoriteten av studierna belyser möten med läkarstudenter. För att kunna ge god vård och bidra till en positiv upplevelse i samband med förlossningen är det viktigt att beskriva kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter.

SYFTE

Syftet med denna studie var att beskriva kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossningen samt att utveckla och testa ett frågeformulär.

METOD

Studien i föreliggande uppsats utförs i mindre skala inför en planerad huvudstudie som är tänkt att genomföras på samtliga förlossningskliniker inom Västra Götalandsregionen. Syftet med en studie i mindre skala är att uppmärksamma problem med design eller verktyg som kan rättas till inför huvudstudien. Enligt min bedömning är det rimligt att testa på 25 patienter. Inför huvudstudien är avsikten att föra ett resonemang med en statistiker angående bedömning av hur många kvinnor som bör ingå i studien. Bedömningen kommer att grundas på en beräkning av hur många kvinnor som under ett år uppfyller inklusionskriterierna för deltagande i en sådan studie. Diskussionen med en statistiker kommer även att mynna ut i tänkta analysmetoder.

Studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie i form av en enkät. Enkäter är icke-experimentella och används ofta för att samla information om en väldefinierad grupp. Data som samlas in varierar och inkluderar demografisk information och vad människor tror, känner och tänker. Fördel med enkäter är att ett stort antal respondenter kan inkluderas, strukturella frågor kan användas som kan ge översiktlig information. Information från enkäter kan ligga till grund för utveckling av forskningsfrågor för vidare forskning med såväl kvantitativ som kvalitativ ansats (Cluett & Bluff 2006).

I litteraturen går det inte att finna någon enkät som används för liknande frågeställning som denna studie har. Således utvecklades en enkät (bilaga 1) med frågor kring kvinnors möten med barnmorskestudenter i samband med förlossning. Vissa av frågorna i enkäten har använts vid tidigare studier. Det är fråga 3, 8, 11, 12, 13 och 15. Aktuella frågor översattes till svenska av författaren. Enkäten kompletterades dessutom med frågor för att täcka syftet för studien. Därefter testades enkäten på fem kvinnor som nyligen fått barn och justerades innan

användning. Enkäten är uppdelad i två delar och innehåller både öppna och slutna frågor.

Första delen innehåller 26 frågor och omfattar:

- information och informerat samtycke (fråga 4-10)
- barnmorskestudentens roll och ansvar (fråga 11,12,15-19)
- uppgifter barnmorskestudenten utför under förlossningen (fråga 13,14)
- positiva och negativa aspekter på möten med barnmorskestudent under förlossningen (fråga 20-23).

Fråga 1-3 samt 24-26 är allmänna frågor. Andra delen innehåller sex frågor om enkätens utformning enligt förslag av Cluett & Bluff (2006).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Enligt Etikprövningslagen behöver arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå inte etikprövas (www.codex.uu.se). Studien som föreliggande magisteruppsats grundar sig på behöver således inte prövas av etikprövningsnämnd.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Alla uppgifter behandlas konfidentiellt. Författaren ser inga risker med studien. En utförlig beskrivning av forskningsetiska överväganden enligt Riktlinjer för Examensarbete på Avancerad nivå presenteras i bilaga 2. I bilaga 3 presenteras Forskningspersonsinformation.

URVAL

Studien genomfördes under mars månad 2010 vid förlossningsavdelningarna på Norra Älvsborgs Sjukhus/NÄL och Sahlgrenska Universitetssjukhuset/SU. På NÄL finns en och på SU tre förlossningsavdelningar. På SU exkluderades min egen arbetsplats Normalförlossningen/Östra. Tillstånd av vårdenhetschef på respektive enhet inhämtades innan studien påbörjades. Inklusionskriterier för medverkan i studien var normal förlossning som definierad av Socialstyrelsen (2001). Detta innebär:

- enkelbörd graviditetstid mellan 37+0 och 41+6
- inga medicinska riskfaktorer
- värkarbete som startar spontant
- förlopp utan komplikationer
- barnet föds spontant i huvudbjudning samt att
- mor och barn mår bra efter förlossningen

Dessutom skulle kvinnorna blivit vårdade av en barnmorskestudent under förlossningen. Barnmorskestudenterna gjorde sin första del av den kliniska utbildningen.

DATAINSAMLING

I förlossningsliggaren på respektive enhet identifierades under en period av två veckor (22 februari 2010- 8 mars 2010) samtliga kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna. På NÄL var det 19, på Mölndal 26 och på Specialförlossningen fem kvinnor. Av dessa lottades 20 att delta i studien. Lottningen genomfördes på respektive avdelning på följande sätt: Kvinnor enligt ovan numrerades 1-19 på NÄL och 1-26 på Mölndal. 19 respektive 26 numrerade lappar lades i en skål och tio lappar drogs av annan person än författaren. På Specialförlossningen inkluderades samtliga. Totalt på de tre enheterna inkluderades 25 kvinnor.

Tjugofem enkäter, forskningspersonsinformation samt ett informationsblad distribuerades med post den 10 mars 2010, vilket innebar 3-16 dagar efter partus. En vecka efter utskick kontaktades kvinnorna via telefon och muntlig information om studien gavs.

ANALYS

Slutna frågor med kvantitativa data analyseras och redovisas i form av deskriptiv statistik. Frågor med öppna svarsalternativ genererar kvalitativa data som fördjupar förståelsen för resultatet (Cluett & Bluff 2006). Frågor med öppna svarsalternativ analyserades med innehållsanalys. Innehållsanalys används för bearbetning av text i såväl kvantitativa som kvalitativa studier. I analysen fokuseras innehåll och mening som framgår av texten. (Hsieh & Shannon 2005). Målet med innehållsanalys är att skaffa sig kunskap och förståelse för en text. I varje text finns ett meddelande som kan interpreteras och beskrivas. Innehållet i texten kodas, klassificeras och identifieras genom en systematisk process för att därigenom finna tema eller mönster. Manifest innehåll är de synliga och uppenbara komponenterna i en text. Latent innehåll utgörs av en interpretation av den underliggande meningen (Graneheim och Lundman 2003).

Inför analysen överfördes data från pappersenkäterna till en Excelfil utan kodning. Därefter utfördes så kallad cross-checking för att säkerställa att inget missats. Frågor där svar saknas, där flera svarsalternativ kryssats för och som besvarats ofullständigt identifierades. Dessa finns enligt Cluett & Bluff (2006) med i resultatet men räknas inte in i analysen. Data från

enkätens öppna svarsalternativ analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt (Lundman & Graneheim 2003). Vid analys lästes svaren på de öppna frågorna i enkäten först igenom ett och ett. Därefter sammanställdes de i ett två sidigt dokument (1,5 punkts radavstånd). Texten lästes igenom flera gånger, sorterades och innehållet kodades. Manifest innehåll identifierades som grupperades i kategorier. Därefter lästes grunddokumentet igenom igen för att se att inget förlorats. Kategorierna ordnades därefter i mönster och presenteras med citat och kompletterar kvantitativa data.

RESULTAT

Av de 25 distribuerade enkäterna returnerades 20 vilket ger en svarsfrekvens på 80 %. En enkät returnerades icke ifylld. För analys förelåg 19 enkäter besvarade av 19 kvinnor i åldern 26-39 år. Fjorton kvinnor var omfödorskör och av dessa hade sex fött två barn, fem fött tre barn, två fött fyra barn och en hade fött fem barn. Fem kvinnor var förstfödorskör. Femton kvinnor hade sedan tidigare erfarenhet av att möta studenter i samband med besök i vården. Sju av dessa hade fött barn och mött barnmorskestudenter i samband med tidigare förlossningar. Övriga hade kommit i kontakt med studenter i samband med besök på MVC, sjuksköterskemottagning, akutmottagning eller vid tandläkarbesök.

Resultatet presenteras i löpande text och tabeller. Siffror inom parantes innebär antal kvinnor (n). Det finns invävda citat från enkätens öppna frågor. Resultatet är indelat i underrubriker och presenteras enligt följande:

- information och informerat samtycke
- barnmorskestudentens roll och ansvar
- positiva och negativa aspekter av möten med barnmorskestudenter under förlossningen
- enkätens design

INFORMATION OCH INFORMERAT SAMTYCKE

Resultatet visar att av samtliga 19 kvinnor hade 12 förväntat sig att möta en barnmorskestudent i samband med förlossningen. Av dessa var sju informerade innan om att de kunde möta barnmorskestudenter i samband med förlossningen. Information, som kunde vara skriftlig och/eller muntlig var given på MVC eller på informationsträff anordnad på BB.

Fler än hälften av kvinnorna i studien ansåg att bästa tidpunkten för information om att barnmorskestudenter gör praktik på avdelningen var vid ankomst till förlossningsavdelningen. Av samtliga 19 ville 15 bli tillfrågade innan de träffat barnmorskestudenten. I tabell 3 illustreras av vem kvinnorna ville bli tillfrågade.

Tabell 3 Av vem skulle du helst vilja bli tillfrågad om att en barnmorskestudent är tänkt att delta i vården under förlossningen? n (19)

Av handledaren	10
Av barnmorskestudenten	1
Av handledaren och barnmorskestudenten tillsammans	6
Av annan person	2*

*MVC

Resultatet visar att tio kvinnor blivit tillfrågade om de samtyckte till att en barnmorskestudent deltog i vården. Sju hade inte blivit tillfrågade och två vet inte. *"Kommer inte ihåg exakt, men namn fick man veta och att det är barnmorskestudenten som kommer vara med vid förlossningen"*. En annan kvinna erinrar sig att barnmorskestudenten presenterades först efter förlossningen. *"Hon var bara där- det var efter själva förlossningen som barnmorskestudenten introducerades"*. Av samtliga 19 kvinnor som svarat på enkäten var 18 nöjda med sättet barnmorskestudenten presenterades oavsett på vilket sätt och när under förlossningen det skedde.

I de flesta fall presenterade sig barnmorskan och barnmorskestudenten tillsammans. Hur samt när under förlossningen barnmorskestudenten presenterade sig var betydelsefullt. Ibland presenterade barnmorskestudenten sig själv och det var inte alltid klart vilken roll barnmorskestudenten hade. Positivt uttrycker en kvinna; *"hon presenterade sig först, så jag trodde först hon var barnmorska. Det var bra"*. En kvinna träffade *"student tillsammans med barnmorskan vid skiftbytet en ca 30 min innan mitt barn föddes så man kan säga att jag inte riktigt var "med på noterna"*.

BARNMORSKESTUDENTENS ROLL OCH ANSVAR

Resultatet visar att kvinnorna ibland fått bristande information om barnmorskestudentens roll och ansvar under förlossningen. Tio kvinnor var *alltid införstådda*, fem *ibland införstådda* och fyra var *inte införstådda* med barnmorskestudentens roll och ansvar under förlossningen.

Barnmorskestudentens roll och ansvar behöver tydliggöras. Endast nio kvinnor av 18 tyckte att handledaren förklarade studentens roll och ansvar tydligt vilket illustreras i tabell 4.

Däremot ansåg 13 kvinnor att handledaren förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar tillräckligt. Var god se tabell 5.

Tabell 4 Tycker du att handledaren förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar tydligt? n (19)

Ja	9
Nej	3
Vet ej	7

Tabell 5 Tycker du att handledaren förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar tillräckligt? n (19)

Ja	13
Nej	5
Vet ej	1

Synen på att låta en barnmorskestudent delta i vården under förlossningen varierade och illustreras i tabell 6. Att låta en barnmorskestudent delta i vården under förlossningen sågs som en möjlighet att bidra till studentens utbildning (18) och en möjlighet till ökat stöd (16) samt en möjlighet till bättre vård (10). Möjlighet till att få mer tid är av mindre betydelse däremot uppgav sju kvinnor möjligheten att själv lära sig mer.

Tabell 6 Syn på att barnmorskestudenter deltar i vården i samband med förlossning (Flera alternativ kan anges).

<i>En möjlighet att:</i>	(n=18)
Bidra till studentens utbildning	18
Få ökat stöd	16
Få bättre vård	10
Själv lära sig mer	7
Få mer tid	5
Något som förväntas på sjukhus	5
Svårt att säga nej till vårdgivare	1

Flertalet av kvinnorna i studien antog att barnmorskestudenten var en av personalen (14). Fyra kvinnor antog att barnmorskestudenten var assistent till barnmorskan och endast en kvinna såg barnmorskestudenten som student.

POSITIVA OCH NEGATIVA ASPEKTER AV MÖTEN MED BARNMORSKESTUDENTER UNDER FÖRLOSSNINGEN

Samtliga kvinnor hade haft en barnmorskestudent med under förlossningen. Oavsett att 14 kvinnor såg barnmorskestudenten som en av personalen var alla utom en medvetna om att barnmorskan handledde barnmorskestudenten under förlossningen. I tabell 7 illustreras vilka uppgifter barnmorskestudenten utförde under handledning. Vanligaste uppgiften var aktivt deltagande vid barnets (19) och moderkakans (18) framfödande samt att ge stöd (16). Endast åtta kvinnor uppger att studenten givit information om förlossningsförloppet.

Tabell 7 Uppgifter barnmorskestudenten utförde under handledning. (Flera alternativ kan anges).

<i>Uppgift</i>	(n=19)
Deltog aktivt vid barnets framfödande	19
Deltog aktivt vid moderkakans framfödande	18
Gav stöd	16
Undersökning av livmodertappens öppningsgrad	14
Yttre undersökning av barnets läge	11
Lyssnade på fosterljud	11
CTG	9
Blodtrycksmätning	9
Informerade om förlossningsförlopp	8
Suturerade eventuell bristning	8
Stöttade vid amning	8
Gav smärtlindring	5
Ankomstsamtal	4
Annat*	3

*"kontroll av livmodern postpartum", "hon gjorde allting"

"Vi hade bra kommunikation med varandra"

Vid analys av enkätens öppna frågor framkommer framförallt positiva men även negativa aspekter av möten med barnmorskestudenter under förlossningen. Förlossningen i sig kunde innebära en känsla av att vara utlämnad. I kommentarerna finns fynd som pekar på en oro för inlärningsituationen. Möten med barnmorskestudenter under förlossningen beskrivs med fokus på kvinnan själv, på studenten eller på barnmorskan.

Möten med barnmorskestudenten innebar för kvinnorna att få extra uppmärksamhet, stöd och tid. Det var skönt att ha någon närvarande som gav stöd och informerade om förlossningen. Närvaron bidrog även till trygghet *"hon var hela tiden närvarande vilket gjorde att man kände sig tryggare"*. En annan faktor som bidrog till trygghet var att fler personer var med under förlossningen och *"mer kompetens på plast"*. Det *"kändes tryggare att det finns fler människor med"*. Ur kommentarerna framgår tydligt att barnmorskestudenten var ett bra stöd och som ett extra stöd. Egenskaper hos barnmorskestudenten som uppskattades var lugn och att hon var närvarande och kunnig.

Kvinnorna i studien mötte barnmorskestudenter som gjorde sin första del av den kliniska utbildningen. Barnmorskestudentens förhållningssätt hade inflytande på mötet. Dessutom förstärkte bekräftelse och förståelse erfarenheten av ett positivt möte. Hon *"förstod mig väl och tog egna initiativ"*. Att studenten var *"ny"* på förlossningen sågs på olika sätt. Innebar *"ny"* osäkerhet påverkade det mötet i negativ riktning. Ur en annan synvinkel betraktat synliggörs våra roller. *"För mig kändes hon som ett extra stöd. Hon var mycket "ny" på förlossningen (bara gjort 1 v) varför hon kändes mer som en medmänniska än vårdpersonal"*.

Fokus är riktat på barnmorskan när barnmorskestudenten ikläds rollen som någon som *"avlstar"* barnmorskan i vård situationen. I analysen framkommer oro för att handledaren skulle behöva lägga extra tid på studenten om denne var ny eller osäker. Förlossningen i sig innebar en känsla av att vara utlämnad. Kommentarna innehåller en oro och omsorg kring sig själv som födande och sitt ofödda barn. Detta uttrycks till exempel så här; *"som födande mamma vill man inte råka ut för fumligheter och missöden"*. Det fanns en tvekan inför barnmorskestudenter som uppfattades *"tafatta"* och där barnmorskan istället måste lägga extra tid och fokus på barnmorskestudenten.

Fem kvinnor såg studentens närvaro som en möjlighet att få mer tid. Studenterna hade mer tid upplevdes positivt. Negativt var när undersökningar drog ut på tiden. Hos en del av kvinnorna upplevdes det dock positivt med mer tid för varje delmoment. Om *"barnmorskestudenten är ny eller osäker på vad hon/han ska göra- känna efter och undersökningen drar ut på tiden. Därefter ska barnmorskan undersöka och det kan kännas jobbigt eftersom man redan är så utlämnad"*. Situationer där studenten visade osäkerhet eller där undersökningar först utfördes av handledaren och därefter av studenten eller vice versa och drog ut på tiden upplevdes *"jobbigare"*.

Ur resultatet framgår vikten av att vara medveten om patientens integritet i varje möte. En kvinna erinrar sig; vid *” min första förlossning var det en manlig student. Tyckte det var lite jobbigt. Eftersom man visar väldigt privata områden”*. I alla vårdssituationer måste patientens integritet och självbestämmande värnas. En kvinna i studien beskriver en situation där så inte var fallet. *”Vid min förra förlossning upplevde jag att flera moment blev jobbigare pga studenten utförde dem eller att det var 2 som undersökte mig. Trots att jag bad att slippa det, fick jag ändå bli undersökt av 2 st”*.

ENKÄTENS DESIGN

Del två av enkäten utgjorde frågor om instruktion och tidsåtgång samt eventuella oklarheter eller invändningar mot någon fråga, var god se enkät (bilaga 1). Tidsåtgången för att besvara enkäten varierade mellan 10-20 minuter. Enkätens instruktioner uppfattades tydliga men resultatet visar internt bortfall vid sex frågor. Nedan följer en sammanställning över aktuella frågor.

Ur resultatet framgår att fråga 16 *” Tycker du att handledaren (barnmorskan) förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar tydligt för dig?”* och fråga 17 *”Tycker du att handledaren (barnmorskan) förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar tillräckligt för dig?”* behöver förtydligas. Fråga nr 25 *”Hur många barn har du fött?”* kan missförstås och behöver formuleras om. Svartalternativen till fråga 12 *”Hur ser du på att barnmorskestudenter deltar i vården under förlossningen?(Flera alternativ kan anges).”* behöver revideras då dessa uppfattades oklara. Vidare visar resultatet att fråga 5 *”Vilket sätt anser du är bäst att informera om att barnmorskestudenter gör praktik på förlossningsavdelningen?”* och fråga 15 *” Vilket är enligt din åsikt bästa sättet för barnmorskestudenter att träna praktiskt?”* måste kompletteras med information om att endast ett svartalternativ är möjligt. Inför sammanställning av resultatet framgick att fråga 14 *”Vilka uppgifter utförde barnmorskestudenten på egen hand utan att barnmorskestudenten var närvarande i rummet? (Flera alternativ kan anges)”* hade missuppfattats och behöver dessutom kompletteras med svartalternativ. Fem kvinnor uppger att *”Handledaren var närvarande hela tiden”* och frågan behöver kompletteras med ett sådant svartalternativ. Fråga 14 finns därför inte med i resultatet ovan. Liknande gäller dessutom för fråga 19 *”Lämnades du ensam med barnmorskestudenten?”* som behöver kompletteras med alternativet *”lämnades inte ensam”*.

DISKUSSION

Syftet med denna studie var att utveckla och testa ett frågeformulär kring kvinnors möten med barnmorskestudenter i samband med förlossning. I metoddiskussionen diskuteras hur metoden utföll. I resultatdiskussionen som följer tar jag stöd i Bubers dialogfilosofi.

METODDISKUSSION

Vid pilotstudiens genomförande och enkätens utformande tillämpades största noggrannhet. Data från enkäter tenderar att vara ytliga och breda snarare än djupa. Kvalitativ innehållsanalys av enkätens öppna frågor kompletterar data från de slutna frågorna. För en djupare förståelse av kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter under förlossningen krävs dock en annan typ av datainsamling som till exempel djupintervjuer.

En nackdel med enkäter är risken för bias. I föreliggande studie påverkas resultatet av kvinnornas minne och vad de kommer ihåg av förlossningen. Enkäten distribuerades med post och kvinnorna erhöll den 3-16 dagar efter partus. Tidpunkten nära partus valdes för att minnet från förlossningen skulle vara aktuell. Invändningar mot en tidpunkt så nära inpå förlossningen är att minnet tenderar att vara positivt.

Enkäter kan sakna validitet (Cluett & Bluff 2006). För att stärka validiteten valdes frågor till enkäten som använts vid tidigare studier med liknande frågeställning. För att överrensstämma med studiens syfte kompletterades enkäten med frågor. Därefter testades den på fem kvinnor som nyligen fått barn för att öka validiteten. Vid sammanställning av resultatet blev internt bortfall synligt som kan tyda på oklarhet kring en fråga. Detta faktum påverkar studiens reliabilitet och kommer åtgärdas inför huvudstudien. Några av enkätens frågor och svarsalternativ behöver förtydligas, omformuleras eller kompletteras inför huvudstudien.

Svarsfrekvensen var 80 % vilket kan betraktas tillfredställande. Resultatet är giltigt för de 19 deltagare som deltog i studien och kan vara relevant i liknande situationer. Inga slutsatser kan dras från en studie med 19 deltagare men resultatet kan ligga till grund för utveckling av frågor till en större studie. Till huvudstudien kommer fler kvinnor att rekryteras vilket innebär större material för kvantitativ samt kvalitativ analys.

RESULTATDISKUSSION

Idag bedrivs, på de flesta större sjukhus undervisning för studenter. Resultatet i studien visar att över hälften av kvinnorna ansåg att det är bäst att informeras om att barnmorskestudenter gör praktik på förlossningsavdelningen vid ankomst till förlossningen. Detta ställer krav på de förlossningsavdelningar där studenter gör praktik att upprätta rutiner för sådan information. Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen ska vården planeras så att självständighet och integritet tillgodoses. För att i möjligaste mån uppfylla detta måste information som ges i samband med förlossningen vara adekvat och tydlig. Endast åtta kvinnor i pilotstudien uppger att barnmorskestudenten givit information om förlossningsförloppet. Resultatet visar inte brist på information under förlossningen och det är möjligt att kvinnorna fick den information de ansåg sig behöva av barnmorskan istället. Hur information ges samt kommunikation med patienter bör diskuteras av barnmorskestudent och handledare kontinuerligt under den kliniska utbildningen.

Femton kvinnor önskade bli tillfrågade om de samtyckte till att låta en barnmorskestudent deltog i vården under förlossningen innan de träffade barnmorskestudenten. Tidigare forskning har visat att kvinnorna ville bli tillfrågade innan studenten presenterades för dem (Magran m fl 1996, Berry m fl 2003). Endast tio av kvinnorna i studien blev tillfrågade om de samtyckte till att en barnmorskestudent deltog i vården under förlossningen. Ändå var flertalet nöjda med sättet barnmorskestudenten presenterades. Varje nytt möte är individuellt och det är viktigt att uppmärksamma när under förloppet studenten ”introduceras”. Varje förlossning är unik och det är viktigt att ha i åtanke var i förlossningen kvinnan just nu befinner sig. En patient som ”inte riktigt var med på noterna” ställer högre krav på barnmorskan och barnmorskestudenten att vara lyhörda för dialog. I en studie utförd av Suikkala & Leino-Kilpi (2005) som handlade om möten mellan sjuksköterskestudenter och patienter på en medicinsk vårdavdelning framkom ett de flesta patienter var villiga att delta i studentens inlärningsituation, men de som inte ville kunde ha svårt att neka studenten tillträde. Enligt Buber (1997) utvecklas Jag-Du-relationen med hjälp av en dialog. Tydligt är att en dialog ska eftersträvas i alla vårdsituationer och därmed ges patienten större möjlighet att påverka vårdsituationen. Endast då kan vårdare och patient mötas som två subjekt, två Du.

Kvinnorna i studien var inte alltid införstådda med vilken roll och ansvar som barnmorskestudenten hade under förlossningen. Tidigare studier har uppmärksammat behovet av tydligare information om uppgifter och vilket ansvar som vilar på studenter i klinisk

utbildning (Magrane 1996, Nicum & Karoo 1998, Grasby & Quinlivian 2001, Mires m fl 2001). Resultatet visade att endast nio kvinnor av 18 tyckte att handledaren förklarade studentens roll och ansvar tydligt. Däremot ansåg 13 kvinnor att handledaren förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar tillräckligt. Underlaget från studien är för litet för att dra slutsatser av denna skillnad. Möjligt är att kvinnorna i studien höll tillgodo med den information som erbjöds just då. Övrigt runt om kring upplevdes positivt och det vägde upp bristen. Vilken information, sättet den ges på och när under förlossningen informationen ges är faktorer som påverkar som kan förklara skillnaden mellan vad som uppfattats tydlig och tillräcklig information. Råder oklarhet beträffande roll respektive ansvar är det svårt att få till stånd en dialog och ett möte mellan två Du, två subjekt. Enligt Buber (1997) präglas en Jag-Du-relation av ömsesidighet och bekräftelse. I en ömsesidig Jag-Du-relation möts två personer. För att underlätta mötet krävs tydlighet och vad gäller uppgift, ansvar och roll. En förlossningsavdelning bör tillhandahålla information som upplyser om barnmorskestudentens roll och att ansvaret för förlossningen bärs av ordinarie personal det vill säga barnmorskan, ibland tillsammans med en läkare.

Flertalet (14 av 19) av kvinnorna antog att barnmorskestudenten var en av personalen. Att betraktas som en av personalen och samtidigt vara student under handledning tyder på barnmorskestudentens ”dubbla roll” under förlossningen. Barnmorskestudenten i klinisk utbildning har således även vårdarens roll. Utifrån Bubers dialogfilosofi är patienten och vårdaren, som i detta fall kan vara såväl barnmorskan som barnmorskestudenten beroende av varandra då de möts i en vårdsituation. För barnmorskestudenten är det samtidigt en inlärningsituation. Det är angeläget att barnmorskestudenten kan möta patienten som ett ”Du” och inte bara se honom eller henne som ett objekt, ett ”Det” som ska undersökas eller en åtgärd som måste tränas in. Tidigare forskning (Suikkala & Leino-Kilpi 2005) har visat att om studenten lade alltför stor vikt vid att lära sig tekniska och praktiska färdigheter, eller ägnade sig åt att utföra handlingar de blivit anvisade av handledaren, ledde detta till att patienten blev objektifierad och inte kände sig delaktig.

Resultatet visar att synen på att barnmorskestudenter deltar i vården under förlossningen varierade. Framförallt uppfattades det av kvinnorna som en möjlighet att bidra till barnmorskestudentens utbildning. Möjligheten att bidra till någon annans utbildning har visats i tidigare studier som handlar om möten med studenter i samband med barnafödande (Magrane m fl 1996, Nicum & Karoo 1998, Ching m fl 2000, Hartz m fl 2000 Grasby &

Quinlivan 2001, Rizk mf 2002) . Att se en och ge sig själv en uppgift i mötet med studenten - dock utan att bli betraktad som ett "Det", ett "inlärningsobjekt" stämmer väl in på Bubers dialogfilosofi. I mötet blir således båda parter delaktiga och påverkar varandra. Det förutsätter dock delaktighet och information samt att patienten inte ses som objekt i inläringssituationen. Möjligheten att delta i beslut som rör vården och en bra dialog stärker dessutom kvinnornas känsla av att ha kontroll. Ibland händer det att vårdare och patient talar förbi varandra. En vårdare som enbart klassificerar och analyserar patientens situation med hjälp av medicinska termer (Det-världen) kan omöjligt förstå patienten som försöker förmedla sin livsupplevelse (Du-världen). Det är viktigt att se dessa världar (Du- och Det-värld) som komplement till varandra och kunna växla mellan dem.

Möten med barnmorskestudenterna innebar för kvinnorna att få extra uppmärksamhet, stöd och tid. Barnmorskestudenternas lugn, närvaro, trygghet och förmåga att ge stöd värderades högt . Resultatet i pilotstudien visar att den vanligaste uppgiften barnmorskestudenten utförde, förutom att under handledning förlösa var att ge stöd. Tidigare studier som belyser kvinnors möten med studenter i samband med barnafödande har lyft fram uppmärksamhet, närvaro och förmåga att ge stöd som positiva egenskaper (Magrane 1996, Finnerty m fl 2007, Rolls & McGuinness 2007). Stöd måste anpassas individuellt och erbjudas med respekt (Finnerty m fl 2007). Stöd från partner, barnmorska eller väninna/doula under förlossningen är den viktigaste faktorn för en positiv förlossningsupplevelse (Hodnett m fl 2007).

Att kunna stödja och bevara det unika hos patienten och samtidigt vara sig själv är förutsättningar för ett autentiskt möte i Bubers anda. Läggs allt för mycket fokus på kliniska färdigheter eller teknisk apparatur i en vårdsituation finns en risk att människan tappas bort och att patienten ses som ett objekt. Paralleller kan dras till Bubers Jag-Det relation. I en Jag-Det relation förhåller sig personen till sin omgivning som i ett subjekt-objektförhållande, även om det är en annan människa hon förhåller sig till. Studenten koncentrerar sig mer på en diagnos eller specifika vårdhandlingar som ska tränas in och utföras istället för att möta patienten som ett Du. Jag-Det-relationen är ensidig och kännetecknas av en klassificerande och orienterande attityd. Mötet med barnmorskestudenten i en förlossningssituation, med eller utan handledare förutsätter att patientens självbestämmande och integritet respekteras. I resultatet framkommer situationer där patienter "objektifieras". En kvinna beskriver hur hon trots att hon bad slippa, blev undersökt av både barnmorskestudenten och handledaren. Inläringssituationen får aldrig ges företräde kvinnan och hennes förlossning. Att föda barn

gör man en eller några gånger i livet. Studenten tillbringar åtskilliga veckor på förlossningsavdelningen. Det vilar stort ansvar, framförallt handledaren men även på barnmorskestudenten att vara lyhörd och respektera patientens och hennes önskemål.

Ett möte baserat på ömsesidighet och integritet, med möjligheten att delta i beslut samt en bra dialog stärker kvinnornas känsla av att ha kontroll. En Jag-Du-relation med fullständig ömsesidighet är inte möjlig inom vården. Professionaliteten har då ställts åt sidan. Men en Jag-Du-relation baserad på trygghet, ömsesidighet och dialog borde vara möjlig.

Sammanfattningsvis visar studien att kvinnors erfarenheter av barnmorskestudenter i samband med förlossningen framförallt var positiva förutsatt att integritet respekteras. Möten med barnmorskestudenten innebar att få extra uppmärksamhet, stöd och tid. Ur resultatet framkom en omsorg hos kvinnorna om sig själv som födande, och för sitt ofödda barn. Det fanns även oro att barnmorskan skulle behöva lägga extra tid och fokus på studenten samt för undersökningar som drar ut på tiden. Studien visade dessutom vikten av att informera om att barnmorskestudenter gör praktik på förlossningsavdelningen. Kvinnorna i studien ville ha informationen vid ankomst till förlossningsavdelningen. Studien visade också att endast hälften blivit tillfrågade om de samtyckte till att barnmorskestudent deltog i vården under förlossningen. Dessutom var kvinnorna inte alltid införstådda med vilken roll och ansvar barnmorskestudenten hade under förlossningen. Pilotstudien har även givit kunskap om att enkäten behöver revideras och testas inför huvudstudien.

REFERENSER

Berg, M. (1999). *Moderskap och vårdrelationer. En kvalitativ studie med fokus på normal respektive komplicerad förlossning [dissertation]*. Uppsala: Institutionen för kvinnors och barns hälsa. Enheten för internationell mödra- och barnhälsovård.

Berg, M. (2004). Värdegrund för vårdandet vid barnafödande. I: M. Berg, & I. Lundgren (Red). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (s.33-45). Lund: Studentlitteratur.

Berry, R. E., O'Dell, K., Meyer, B. A. & Purwono, U. (2003). Obtaining patient permission for student participation in obstetric-gynecologic outpatient visits: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Sep, 189(3),634-638.

Buber, M. (1997). *Jag och Du*. Ludvika: Dualis.

Ching, S. L., Gates, E. A. & Robertson, P. A. (2000). Factors influencing obstetric and gynaecologic patients' decisions toward medical student involvement in the outpatient setting. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Jun,182(6),1429-1432.

Cluett, E. & Bluff, R. (2006). *Principles and practice of research in midwifery*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Finnerty, G., Magnusson, C., & Pope, R. (2007). Women's views of student midwives' involvement in maternity care. *Evidence Based Midwifery*, 5(4), 137-142.

Graneheim, U., H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Grasby, D. & Quinlivan, J. A. (2001). Attitudes of patients towards the involvement of medical students in their intrapartum obstetric care. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Feb, 41(1),91-96.

Hartz ,M. B. & Beal, J. R. (2000). Patients attitudes and comfort levels regarding medical students in obstetric-gynecology outpatient clinics. *Academic Medicine*, Oct,75(10),1010-1014.

Hodnett, E., D., Gates, S., Hofmeyr, J. & Sakala, C. (2007). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 3. Art.No: CD003766.DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub2.

Hsieh, H. F. & Shannon, S., E. (2005) Three approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Researches*, 15 1277-1288.

Hälso-ochSjukvårdslagen1982:763 <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM>

Israel J. (2000). *Martin Buber Dialogfilosof och sionist*. Stockholm: Natur och Kultur.

Magrane, D., Gannon, J. & Miller,C. T. (1996). Student doctors and women in labour: attitudes and expectations. *Obstetrics & Gynecology*, Aug,88(2),298-302.

Mires, G., Williams, F., McGeoghie, W., Watson, J. & Howie, P.(2001). Antenatal provision of additional information about the role of students in the labour suite and their subsequent involvement in care: a randomised controlled trial. *Medical Teacher*, Jan, 23(1),44-48.

Morin, K. H., Patterson, B. J.& Brzowski, B. (1999). Mothers' responses to care given by male nursing students during and after birth. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31(1),83-87.

Nicum, R & Karoo, R. (1998). Expectations and opinions of pregnant women about medical students being involved in care at the time of delivery. *Medical Education*, May,32(3),320-324.

Rizk , D. E., Al-Shebah, A., El-Zubeir, M. A., Thomas, L. B., Hassan, M.Y., & Ezimokhai, M. (2002). Women' s perceptions of and experiences with medical student involvement in outpatient obstetric and gynaecologic care in the United Arab Emirates. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Oct,187(4),1091-1100.

Rolls, C. & McGuiness, B. (2007) Women's experiences of a Follow Through Journey Program with Bachelor of Midwifery students. *Women and Birth*, 20, 149-152.

Snellman, I. (2001). *Den mänskliga professionaliteten. En filosofisk undersökning av det autentiska mötets betydelse för patientens välbefinnande*. Uppsala: Universitetstryckeriet.

Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-105-1>

Suikkala, A. & Leino-Kilpi, H. (2005). Nursing student-patient relationship: Experiences of students and patients. *Nurse Education Today*, 25(5);344-54.

Utbildningsplan för barnmorskeprogrammet 90 högskolepoäng Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet, Vårdvetenskapliga fakulteten, Institutionen för omvårdnad, (Rev 2006-11-24, rev 2009-06-24).

http://www.caresci.gu.se/digitalAssets/1278/1278751_UTB_PLAN_BM_H09_090624.pdf

Kursplan *Förlossningskonst I*, 15 högskolepoäng, OM3410, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. Fastställd 2007-05-04, reviderad 2009-04-30

Studiehandledning *Förlossningskonst I*, 15 högskolepoäng, OM3410, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet. 2007-11-27.

Elektroniska källor

www.codex.uu.se senast tillgänglig 100111

Sykeplejernas Samarbeid i Norden Etiska riktlinjer för omvårdnads forskning i Norden (2003)

<http://www.vardinorden.org/ssn/etikk.pdf> senast tillgänglig 100111

BILAGOR

BILAGA 1 LITTERATURSÖKNING

Litteratursökning 060131, 060210				
Databas	Sökord	Antal träffar	Antal aktuella artiklar	Artikel*
PUBMED	obstetric patient and student	58	3 (2, x, y, o)	a, d, h
	patient and student and labour	59	1 (1 y)	g
	patient and student and pregnancy	193	3 (1 y, 1 o)	a, g, h
	intrapartum support and student	10	1	f
	<i>related articles Magrane 96-</i>		3	b, c, f
	intrapartum experience and student	19	1	e
	<i>related articles Nicum - 98</i>		1	i
CINAHL	patient and student and labour	140	0	
	patient and student and pregnancy	263	0	
	obstetric patient and student	3	0	
SWEMED	<i>samtliga ovanstående sökord</i>		0	
ERIC	obstetric patient and student	24	0 (2 x)	

Litteratursökning 080918				
Databas	Sökord	Antal träffar	Antal aktuella artiklar	Artikel*
PUBMED	obstetric patient and student	205	2 (2 x)	b,f
	patient and student and labour	215	2	e,f
	patient and student and pregnancy	685	0	
	Intrapartum eperience and student	5	1	e
	intrapartum support and student	15	1	f
	Midwifery student and patient	231	2	j,k
CINAHL	patient and student and labour	15	0	
	patient and student and pregnancy	84	0	
	obstetric patient and student	1	0	
	intrapartum support and student	0	0	
	Intrapartum experience and student	0	0	

*Nyckel: a. Grasby & Quinlivian, b Rizk mfl c Hartz d. Berry mfl. e. Nicum&Karoo
f, Magrane m fl g. Morin h. Ching m fl i. Mires m fl j. Rolls &McGuiness k. Finnerty mfl

Bortfall 0 inget abstrakt x för gamla y thailändska, portugisiska, japanska



Kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossning

Syftet med studien är att beskriva kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossning. Ett delsyfte är att testa instrumentets, det vill säga enkätens lämplighet.

Enkäten är uppdelad i två delar. Del 1 innehåller frågor om erfarenheter av möten med barnmorskestudenter. Del 2 innehåller frågor om enkätens utformning.

Del 1

1. När du födde barn var det då en barnmorskestudent närvarande?

Ja

Nej

2. Har du tidigare erfarenhet av att möta studenter i samband med besök i vården?

Ja

Nej

Om ja, i vilket sammanhang?

3. Hade du förväntat dig att möta en barnmorskestudent i samband med förlossningen?

Ja

Nej

4. Var du informerad innan du kom till förlossningsavdelningen om att barnmorskestudenter gör sin praktik där?

Ja

Nej

Om ja, på vilket sätt?

5. Vilket sätt anser du är bäst att informera om att barnmorskestudenter gör praktik på förlossningsavdelningen?

På MVC

Vid ankomst till förlossningsavdelningen

Annat

Om annat, beskriv på vilket sätt:

6. Blev du tillfrågad om du samtyckte till att en barnmorskestudent skulle delta i vården under förlossningen?

Ja

Nej

Vet inte

7. När skulle du helst vilja bli tillfrågad om att en barnmorskestudent är tänkt att delta i vården av dig under förlossningen?

Innan jag träffat barnmorskestudenten

Efter jag träffat barnmorskestudenten

8. Av vem skulle du helst vilja bli tillfrågad om att en barnmorskestudent är tänkt att delta i vården under förlossningen?

Av handledaren

Av barnmorskestudenten

Av handledaren och barnmorskestudenten tillsammans

Av annan person

9. Hur presenterades barnmorskestudenten för dig?

10. Är du nöjd med sättet barnmorskestudenten presenterades för dig?

Ja

Nej

11. Hur ser du på barnmorskestudentens roll under förlossningen?

Enbart som student

Som en del av personalen

Assistent till barnmorskan

12. Hur ser du på att barnmorskestudenter deltar i vården under förlossningen?

(Flera alternativ kan anges)

En möjlighet att:

- bidra till studentens utbildning
- själv lära sig mer
- få mer tid
- få ökat stöd
- få bättre vård

- Något som förväntas på sjukhus
- Svårt att säga nej till vårdgivare
- Annat

Om annat, beskriv gärna:

13. A. Under din vistelse på förlossningsavdelningen; var du medveten om att barnmorskan handledde studenten?

- Ja
- Nej
- Vet ej

B. Vilka uppgifter utförde barnmorskestudenten under handledning?

(Flera alternativ kan anges).

- Ankomstsamtal
- Yttre undersökning av barnets läge
- Lyssnade på fosterljud
- Undersökning av livmodertappens öppningsgrad
- CTG
- Blodtrycksmätning
- Gav stöd
- Gav smärtlindring
- Informerade om förlossningsförloppet
- Deltog aktivt vid barnets framfödande
- Deltog aktivt vid moderkakans framfödande
- Sydde eventuell bristning
- Stöttade vid amning
- Annat

Om annat, beskriv gärna vad:

C. Har du några synpunkter på att barnmorskestudenten gjorde ovanstående?

- Ja
- Nej

Om ja, beskriv gärna:

14. A. Vilka uppgifter utförde barnmorskestudenten på egen hand utan att barnmorskan var närvarande i rummet? (Flera alternativ kan anges)

- Ankomstsamtal
- Yttre undersökning av barnets läge
- Lyssnade på fosterljud
- Undersökning av livmodertappens öppningsgrad
- CTG
- Blodtrycksmätning
- Gav stöd
- Gav smärtlindring
- Informerade om förlossningsförloppet
- Deltog aktivt vid barnets framfödande
- Deltog aktivt vid moderkakans framfödande
- Sydde eventuell bristning
- Stöttade vid med amning
- Annat

Om annat, beskriv gärna:

B. Har du några synpunkter på att barnmorskestudenten gjorde ovanstående?

- Ja
- Nej

Om ja, beskriv gärna:

15. Vilket är enligt din åsikt bästa sättet för barnmorskestudenter att träna praktiskt?

- Genom att observera handledaren
- Genom observation och under handledning själv utföra vårdhandlingar
- På egen hand observera och utföra vårdhandlingar utan handledning
- Utföra vårdhandlingar i en ”simulerad miljö” utan patient

16. Tycker du att handledaren (barnmorskan) förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar **tydligt** för dig?

- Ja
- Nej
- Vet ej

17. Tycker du att handledaren (barnmorskan) förklarade barnmorskestudentens roll och ansvar **tillräckligt** för dig?

- Ja
- Nej
- Vet ej

18. Var du under förlossningen införstådd med barnmorskestudentens roll och ansvar?

- Ja, alltid
- Ja ibland
- Nej
- Vet inte

19. A. Lämnades du ensam med barnmorskestudenten?

I hög grad

I mindre grad

B. Hur upplevde du det?

20. När du tänker på förlossningen som helhet; gjorde barnmorskestudentens medverkan någon skillnad?

Ja

Nej

Motivera gärna ditt svar:

21. Kan du tänka dig att ha en barnmorskestudent vid eventuella kommande vårdkontakter?

Ja

Nej

Vet inte

22. Finns det någon fördel, så som du ser det med att ha en barnmorskestudent med vid förlossningen?

Ja

Nej

Vet inte

Motivera gärna ditt svar:

23. Finns det någon nackdel, så som du ser det med att ha en barnmorskestudent med vid förlossningen?

- Ja
 Nej
 Vet inte

Motivera gärna ditt svar:

24. Har du fött barn tidigare?

- Ja
 Nej

25. Hur många barn har du fött? _____

26. Vilket år är du född?

□	□	□	□	□
---	---	---	---	---

Övriga kommentarer:

Del 2

Denna del innehåller frågor om enkätens utformning. Ett delsyfte med studien är att testa instrumentets lämplighet. Därför ber vi om att du fyller i nedanstående frågor

1. Var instruktionerna tydliga?

- Ja
 Nej

2. Hur lång tid tog det att fylla i enkäten/besvara frågorna? _____ minuter

3. Var någon/några av frågorna oklara?

- Ja
 Nej

Om ja, ange vilka: _____

4. Har du invändning mot någon fråga?

- Ja
 Nej

Om ja, ange vilken och motivera varför?

5. Tycker du att någon fråga saknas?

- Ja
 Nej

Om ja, lämna gärna förslag här:

6. Har du synpunkter på enkätens utseende/layout?

Ja

Nej

Om ja, beskriv gärna:

Tack för din medverkan!

BILAGA 3 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetiska överväganden

Avsnittet tar upp etiska riktlinjer och etiska krav på forskningsprocessen. Materialet är hämtat från www.codex.uu.se samt från Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskare i Norden (2003). Forskaren har ytterst själv ansvaret att se till att forskningen är av god kvalitet och moraliskt acceptabel. Därför är forskaren skyldig att följa etiska riktlinjer formulerade i lagstiftning, konventioner och deklarationer under hela forskningsprocessen. I spåren efter andra världskriget blev behovet av en forskningsetisk reflektion samt regler och rekommendationer för forskning tydliga. Idag aktualiseras behovet i takt med utvecklingen av nya tekniker och vid avslöjande av oetisk forskning.

En första offentlig kod för medicinsk forskning formulerades i Nürnbergkodex 1947.

Informerat samtycke, att forskningen ska ha goda konsekvenser för samhället samt att riskerna för försökspersonerna ska minimeras betonas i Nürnbergkodex.

Under åren som följde efter andra världskriget formulerades flera konventioner, deklarationer och regler. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna 1948, Konventionen om de medborgerliga och politiska rättigheterna, Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter 1966 och Europakonventionen till skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna 1950.

I Helsingforsdeklarationen från 1964, en medicinskt inriktad kod, tydliggörs skillnaden mellan terapeutisk och icke-terapeutisk forskning samt fattiga länders roll i forskningen. Ovanstående konventioner har lämnat tydligt avtryck i svensk lag. Forskning som avser människor måste först etikprövas. Vid etikprövning godkänns forskning som utförs med respekt för människovärdet. Mänsklig välfärd ges företräde samhällsliga och vetenskapliga behov. Samtycke att delta när som helst tas tillbaka.

Enligt Etikprövningslagen ska forskning som innebär behandling av personuppgifter eller forskning som innebär risk att skada försökspersonen etikprövas. Forskning definieras i Etikprövningslagen som "ett vetenskapligt experiment eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller avancerad nivå"

(<http://www.codex.uu.se/manniska5.shtml>).

Forskaren ska besitta nödvändiga metodologiska och ämnesmässiga kunskaper, sörja för säker förvaring av forskningsmaterial samt följa nationella och internationella regler för författarskap. Det åligger forskaren att, inför regional etisk kommitté lägga fram utförlig forskningsplan med redovisning av etiska överväganden, bedöma forskningsprojektets betydelse i och för samhället samt förmedla och publicera resultat, även negativa sådana.

Forskning som syftar att få fram kunskap, behandlingar och mediciner som främjar människans hälsa medför ett mått av risk. Det är ett oeftergivligt krav att skador och risk minimeras så långt det är möjligt. Forskaren har ett ansvar för de människor han eller hon forskar på- både för deras välbefinnande och för den information om dem som samlas in. Detta kan sammanfattas i följande punkter:

- Informationskravet innebär att syfte, metod, risker som forskningen kan innebära presenteras för deltagaren. Informationen ska upplysa om forskningens huvudman, kontaktperson, att deltagande är helt frivilligt och att deltagaren när som helst kan avbryta sin medverkan. Informationen ska vara saklig och tydlig och ges såväl muntligt som skriftligt.
- Krav på samtycke innebär att deltagaren alltid har rätt att avbryta sin medverkan utan att det påverkar vård eller behandling. Forskning kan påbörjas efter inhämtat informerat och frivilligt samtycke.
- Krav på konfidentialitet innebär att forskaren garanterar full konfidentialitet.
- Krav på deltagarens säkerhet innebär att forskaren ansvarar för att skjuta upp eller avbryta studien om deltagaren upplever oförutsedda biverkningar eller obehag.

Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskare i Norden (2003) bygger på grundläggande etiska principer som uttrycks i FN:s konvention om mänskliga rättigheter och Helsingforsdeklarationen. Särskild tonvikt läggs på principen om rättvisa, att inte skada, att göra gott samt autonomi.

- Principen om rättvisa innebär att alla individer behandlas lika och att forskaren värnar om svaga grupper och ser till att dessa inte blir utnyttjade i forskningen. Det är forskarens plikt att bevaka de svagas rättigheter särskilt med avseende att minska de sociala skillnaderna i samhället.
- Principen om att inte skada innebär att forskningen inte får ha skadlig inverkan på deltagaren. Forskaren ska garantera säkerhet genom att inventera möjliga risker och vidta åtgärder för att förhindra och minimera eventuella risker. Detta förutsätter att deltagaren informeras om möjliga skadeverkningar, hur dessa kan motverkas samt om möjligheten att när helst önskas avbryta studien.
- Principen om att göra gott innebär att forskaren kritiskt tänker igenom vilken nytta forskningen kan få för den enskilde individen och för samhället. Det innebär även vikten av att deltagaren får möjlighet att dra nytta av resultatet.
- Principen om autonomi innebär att människans rätt till självbestämmande. Människan respekteras som den hon är- i kraft av sig själv- och får inte göras till föremål. Forskning som omfattar människor ska bygga på fullt och informerat samtycke. Förutom att skydda människans kropp och personlighet innebär principen om autonomi att deltagarens värdighet, integritet och sårbarhet respekteras. Detta säkerställs genom att principer som frivillighet, skydd av privatliv, informerat samtycke, rätten att dra sig ur ett forskningsprojekt samt tystnadsplikt.

BILAGA 4 FORSKNINGSPERSONINFORMATION



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Forskningsspersoninformation

Kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossning

Bakgrund

På de flesta större sjukhus bedrivs idag undervisning för studenter. Inom förlossningsvården genomför barnmorskestudenter stora delar av sin verksamhetsförlagda utbildning. Detta innebär att under vissa perioder sker den största delen av alla förlossningar med en barnmorskestudent närvarande. Hur de födande kvinnorna upplever det är inte tidigare studerat. För att kunna ge god vård och bidra till en positiv upplevelse i samband med förlossningen är det viktigt att beskriva kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter.

Syftet med studien

Syftet med studien är att beskriva kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter i samband med förlossning. Ett delsyfte är att testa instrumentets lämplighet. I ett första steg skall en så kallad pilotstudie genomföras. Det innebär att ett mindre antal kvinnor kommer att få besvara en enkät för att testa själva enkäten. Vid ett senare tillfälle kommer en större studie att genomföras. Denna försökspersonsinformation avser endast pilotstudien.

Förfrågan och deltagande samt studiens genomförande

Studien vänder sig till kvinnor som genomgått en normal förlossning vid förlossningsenheterna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset/SU och Norra Älvsborgs sjukhus/NÄL. Kvinnor som uppfyller inklusionskriterierna identifieras via förlossningsliggaren på respektive klinik. En enkät som innehåller 32 frågor skickas ut via post och tar ca 15-20 minuter att besvara. Enkäten skickas tillbaka i det frankerade svarskuvertet. Ingen ersättning utgår.

Information om studiens resultat

Resultatet av pilotstudien kommer att presenteras i form av en rapport som kommer att läggas fram vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet.

Frivillighet och konfidentialitet

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst utan närmare förklaring avbrytas. All data kommer att behandlas konfidentiellt. Enskild persons svar är endast tillgängliga för den som är ansvarig för studien och kommer behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ingen information kommer att kunna härledas till någon speciell person eller klinik. Forskaren arbetar inte på avdelningen. Ansvarig för personuppgifter är vid:

Personuppgiftsombud på SU:

Ing-Marie Bergbrant

031-342 17 73

ing-marie.bergbrant@vgregion.se

Personuppgiftsombud på NÄL:

John Norlin

0522-99606

john.norlin@vgregion.se

Ansvariga

Har du ytterligare frågor kan du kontakta följande personer

Maria Pettersson

Barnmorska/student

Institutionen för

Vårdvetenskap och hälsa

Göteborgs Universitet

mariape71@spray.se

0735541166

Lena Mårtensson

Handledare,

Barnmorska, Med Dr

Institutionen för

Vårdvetenskap och hälsa

Göteborgs Universitet

lana.martensson.2@gu.se



**GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN**

Informerat samtycke

**Kvinnors erfarenheter av möten med barnmorskestudenter
i samband med förlossning**

Jag har muntligen informerats om studien och har tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är fullt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Ort och datum

.....

Namnunderskrift

.....

Namnförtydligande

.....

Ansvariga

Har du ytterligare frågor kan du kontakta följande personer

Maria Pettersson

Barnmorska/student

Institutionen för

Vårdvetenskap och hälsa

Göteborgs Universitet

mariape71@spray.se

Lena Mårtensson

Handledare,

Barnmorska, Med Dr

Institutionen för

Vårdvetenskap och hälsa

Göteborgs Universitet

lena.martensson.2@gu.se

