

Förlossningsupplevelser

Förlossningsupplevelse hos kvinnor med erfarenhet av en negativ förlossning med fokus på vad som skulle kunna göra förlossningsupplevelsen positiv för dem

| | |
|---------------------|--|
| FÖRFATTARE | Sara Nyblom Karin Rydin |
| PROGRAM/KURS | Barnmorskeprogrammet/ Examensarbete i reproduktiv och perinatal hälsa RPH100 HT 2013 |
| OMFATTNING | 15 högskolepoäng |
| HANDLEDARE | Ingela Lundgren |
| EXAMINATOR | Helen Elden |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



| | |
|----------------------|---|
| Titel (svensk): | Förlossningsupplevelser - Förlossningsupplevelse hos kvinnor med erfarenhet av en negativ förlossning med fokus på vad som skulle kunna göra förlossningsupplevelsen positiv för dem |
| Titel (engelsk): | Childbirth experience - Childbirth experience for women with previous negative childbirth experience with focus on what could be a positive childbirth experience for them |
| Arbetets art: | Självständigt arbete |
| Program/kurskod/kurs | Barnmorskeprogrammet RPH100 Reproduktiv och perinatal hälsa |
| Arbetets omfattning: | 15 Högskolepoäng |
| Sidantal: | 33 sidor |
| Författare: | Sara Nyblom Karin Rydin |
| Handledare: | Ingela Lundgren |
| Examinator: | Helen Elden |

SAMMANFATTNING (svenska)

Att föda barn är för många kvinnor en av de största händelserna i livet. Ett flertal faktorer påverkar kvinnans upplevelse såsom smärta, kontroll och stöd. Att få kontinuerligt stöd under förlossningen påverkar både förlossningsupplevelsen och förlossningsutfallet i positiv riktning. Det finns flera studier om förlossningsupplevelser men få som enbart fokuserar på negativa upplevelser av förlossningen. Studier som beskriver vad kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse upplever skulle vara viktigt för att få en mer positiv upplevelse saknas helt. Syftet med studien var att beskriva förlossningsupplevelse hos kvinnor med erfarenhet av en negativ förlossning med fokus på vad som skulle kunna göra förlossningsupplevelsen positiv för dem. Underlaget för datainsamlingen var ett kvalitetsuppföljningsprojekt År 2011 på ett sjukhus i Väst-Sverige. 1234 kvinnor fick skatta sin förlossning på en skala mellan 0 och 10 tre dagar efter förlossningen vid ett rutinmässigt återbesök på sjukhuset fick förlossningen. Elva % av kvinnorna hade en negativ upplevelse, dvs. skattade mellan 0 och 4. Informationsbrev om studien skickade till 30 kvinnor som svarat 0 eller 1. Av dessa kvinnor valde två av att delta i studien. De intervjuades vid ett tillfälle. Tre innebördsteman framkom ur resultatet; Att kunna göra en ohanterlig smärta hanterlig, Att ha en barnmorska som skapar en relation och inte är frånvarande, Att vara närvarande och inte helt tappa sig själv. Att ha en ohanterlig smärta, att inte bli tagen på allvar, att ha en känsla av att tappa kontrollen och vara utanför sig själv och inte ha någon som fångade upp dem var enligt kvinnorna bidragande till att de fick en negativ förlossningsupplevelse. Det är viktigt att barnmorskan är närvarande, lyhörd och lotsar kvinnan igenom förlossningen för att bidra till att kvinnan får en positiv upplevelse av förlossningen.

ABSTRACT (engelska)

Giving birth is for many women one of the biggest events in life. Getting a good experience is very important as it can affect her in many ways. Several factors affect a woman's experience, such as pain, control and support. To get continuous support affects both the birth experience and birth outcome in a positive direction. There are several studies about childbirth experiences but few focus only on the negative experiences of childbirth. The aim of this study is to describe childbirth experience for women with previous negative childbirth experience with focus on what could be a positive childbirth experience for them. What women with a negative birth experience think would be a positive birth experience for them. The basis for the data collection was a quality project in 2011 at a hospital in western Sweden. At a routine return three days after delivery women rated their experience of childbirth on a scale from 0 to 10. Two of the women who rated their childbirth experience negative, i.e. 0-4 were interviewed about their childbirth experience. Three themes formed the result; being able to manage an unmanageable pain, a continuous support and a good relationship with the midwife who creates a relationship and who is not absent, to be present and not completely lose oneself. Having an unmanageable pain, not to be taken seriously, to have a sense of losing control and being outside oneself and not have someone who caught them were the significant factors that gave these women a negative birth experience. It is important that the midwife is present, perceptive, and lead the woman through childbirth to help the woman have a positive experience of their birth.

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| BARNMORSKANS HISTORIA I SVERIGE..... | 1 |
| VÅRD VID BARNAFÖDANDE | 2 |
| TEORETISK REFERENSRAM..... | 3 |
| <i>Kontroll</i> | 3 |
| <i>Stöd</i> | 4 |
| KVINNORS FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSER | 6 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 9 |
| SYFTE | 10 |
| METOD | 10 |
| FENOMENOLOGI..... | 10 |
| FORSKNINGSETIK..... | 11 |
| DATAINSAMLING | 13 |
| RESULTAT | 14 |
| ATT GÖRA EN OHANTERLIG SMÄRTA HANTERLIG..... | 14 |
| ATT HA EN BARNMORSKA SOM SKAPAR EN RELATION OCH INTE ÄR FRÅNVARANDE..... | 16 |
| ATT VARA NÄRVARANDE OCH INTE HELT TAPPA SIG SJÄLV | 18 |
| DISKUSSION | 19 |
| METODDISKUSSION..... | 19 |
| RESULTATDISKUSSION | 21 |
| KONKLUSION | 23 |
| REFERENSER | 24 |
| BILAGA 1 | 27 |
| BILAGA 2 | 28 |

INLEDNING

Att föda barn är för många kvinnor en av de största händelserna i deras liv. Att få en bra upplevelse är därför mycket viktigt då den kan påverka henne på många olika plan. I barnmorskeutbildningen har vi både inom de teoretiska kurserna och i praktiken fått en insikt i betydelsen av barnmorskans bemötande och det stöd hon ger till den födande kvinnan för upplevelsen av förlossningen. Det är viktigt att ha kunskap om detta då vi i vår framtida yrkesroll kommer att möta dessa kvinnor. Genom att beskriva kvinnors negativa upplevelser av sin förlossning kan bättre förståelsen för dem öka.

Föreliggande studie är del av ett kvalitetsuppföljningsprojekt vid ett sjukhus i västra Sverige År 2011 som syftade att kartlägga kvinnors upplevelser av sin förlossning, förlossningen.

BAKGRUND

BARNMORSKANS HISTORIA I SVERIGE

I äldre tider var förlossningarna främst en kvinnoangelägenhet som skedde i stängda rum. En eller flera kvinnor kom till den födande kvinnan och det var då liksom nu sällsynt i alla kulturer att föda ensam. Barnmorska är det äldsta kvinnoyrket med en kunskap som länge varit dold för den manligt dominerade läkarvetenskapen. Den traditionella barnmorskans eller ”jordegummans” arbete förr byggde inte på den medicinska vetenskapen utan på folklig läkekonst där riter och olika örter användes. Hon skulle behärska konsten att bejaka de goda krafterna och fördriva de onda. Hon var också någon som skulle kunna lyssna på den födande kvinnans problem och hemligheter och hade alltså flera roller. Traditionella barnmorskor som dessa finns fortfarande kvar i flera länder (Höjeberg, 2011).

Under 1600-talet började barnmorskeyrket att kontrolleras och en viktig roll hade Collegium Medicum. Det uttrycktes önskemål om en formell utbildning och en viktig person var Johan von Hoorn (1662-1774) också benämnd som den svenska obstetrikens fader. Han ville införa vetenskap till den svenska förlossningskonsten och ansåg att den traditionella kunskapen vilade på vidskepelse och ritualer. Han startade en utbildning för barnmorskor i egen regi redan i slutet av 1600-talet och undervisade barnmorskor fram till sin död. De första utbildade barnmorskorna examinerades den 9 maj 1712 i Stockholm. I början av 1800-talet ställdes det krav på att varje socken skulle ha en barnmorska med formell utbildning. 1885 beslöt sig barnmorskan Johanna Hedén för att samla kåren och startade Göteborgs

Barnmorskesällskap och ett år senare startades Svenska Barnmorskeförbundet. Syftet var att få en enighet i kåren och kunna utbyta kunskap samt föra kampen om längre utbildning och högre lön. För att kunna ta del av vetenskapen och få ny kunskap startades tidskriften Jordmodern som finns kvar än idag (Höjeberg, 2011; Nordfjell & Persson, 2004).

VÅRD VID BARNAFÖDANDE

Under de första decennierna på 1900-talet skedde en enorm förändring inom förlossningsvården i Sverige då allt fler började föda barn på sjukhus. I slutet av 1800-talet födde över 90 % i hemmen och på 1940-talet endast 35 %. Detta tillsammans med de sociala reformer som genomfördes under 1940-talet gjorde att mödra- och barnadödligheten sjönk markant och Sverige har idag bland de lägsta siffrorna i världen (Kaplan, Hogg, Hildigsson & Lundgren, 2009).

I äldre tider försökte barnmorskan lindra förlossningen med olika typer av örtbehandlingar som användes för att skynda på eller sakta ner värkarbetet. Värme- och grötomslag samt ångbad fanns för att lindra smärta (Höjeberg, 2011). Synen på huruvida kvinnor skall ha smärtlindring eller ej vid barnafödande har varit varierande genom tiderna. I Bibeln står det t.ex. att kvinnan skall föda i smärta, det har också funnits uppfattningar om att förlossningen inte primärt är en smärtsam process utan smärtan ansågs uppkomma ur kulturella attityder och miljön. De senaste 40 åren har dock kvinnornas uppfattningar och syn på smärtan satts i första rummet och 1971 kom ett riksdagsbeslut i Sverige som sa att alla kvinnor har rätt till smärtlindring under förlossning (Hansson, 2004).

En ständigt återkommande faktor för att hjälpa kvinnan igenom en förlossning är stöd. Louyse Bourgeois (1564-1636) var en fransk hovbarnmorska som skrev läroböcker i förlossningskonst. Hon skrev om mötet med den födande kvinnan, att varje kvinna var unik. Det var viktigt att få en tillitsfull relation samt vara medmänsklig och flexibel. Barnmorskan skall vara hos kvinnan och stödja under hela förlossningen för att undvika negativa utfall. Även en svensk barnmorska vid namn Helena Malheim skrev År 1752 en undervisningsbok i förlossningskonst där hon påpekade att barnmorskans främsta uppgift var att hjälpa kvinnan genom lidandet genom närvaro där humor kunde vara ett verktyg. Denna tilläts dock inte ges

ut av Collegium Medicine som bestod av läkare och kan jämföras med dagens Socialstyrelse. (Lundgren 2010).

I den internationella etiska koden för barnmorskor, framtagen av International Confederation of Midwives (ICM) (1999), framhålls den professionella relationen som bygger på hänsynstagande och lyhördhet vilket innebär att stödja och uppmuntra den unika kvinnan och hennes partner. Barnmorskan skall respektera kvinnans rätt till egna val och värna om deras integritet samt arbeta för att kvinnor skall få en god och säker vård.

Att finnas hos och stödja födande kvinnor har genom historien varit en viktig del av förlossningskonsten. I dag finns det forskning som visar att kontinuerligt stöd påverkar både förlossningsupplevelsen och förlossningsutfallet i positiv riktning (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2012)

TEORETISK REFERENSRAM

Att förlora kontrollen och ett bristande stöd från barnmorskan är något som påverkar förlossningsupplevelsen i negativ riktning. Detta är återkommande i många studier vi läst om förlossningsupplevelser (Walderström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004; Hodnett, 2002; Green & Baston, 2003; Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg, 1996) Därför har vi valt att fördjupa oss i dessa två begrepp.

Kontroll

Att ha en känsla av kontroll vid barnafödande är något som återkommer som en central del för att få en positiv upplevelse av sin förlossning i ett flertal studier (Walderström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004; Hodnett, 2002; Green & Baston, 2003).

Kontroll kan innebära många olika saker för en kvinna som föder barn. Det kan vara att ha kontroll eller att släppa kontrollen. Att ta kontrollen beskrivs som att vara delaktig i förlossningsprocessen, att följa med värkarna och det som sker i kroppen under förlossningen.

Kvinnan kan uppleva en yttre kontroll, dvs. att veta vad som görs med henne och ha kontroll över det. Hon kan också ha en inre kontroll som betyder att ha kontroll över sin kropp och sitt beteende. Vissa kvinnor känner större kontroll när de vågar lämna över beslutsfattandet och litar på vårdpersonalen. Det är viktigt att barnmorskan förstår vad kontroll är för just den kvinna hon vårdar (Green & Baston, 2003; Lundgren, 2010).

Att som kvinna vara medveten om vad vårdgivarna gör med henne var enligt en studie av Green och Baston (2003) mycket viktigt. Det var enligt studien få kvinnor som kände att de hade kontroll över detta under hela sin förlossning. Studien visar att det är viktigt att från vårdgivarnas sida ge information om vad som händer och vad de kommer att göra med kvinnan. Det är också viktigt att kvinnan får vara med i beslutsfattandet om sin egen vård.

Kontroll vid barnafödande är också förknippat med födelseplats, att välja att föda sitt barn exempelvis hemma eller på ett mindre sjukhus. Det kan också vara att välja att inte gå igenom en vaginal förlossning utan bli förlöst med kejsarsnitt (Larking, Begley & Devane, 2009).

Kvinnor har i en studie av Lundgren (2005) beskrivit känslan av kontroll under förlossning som att låta sig följa med kroppen, att lita på sig själv och sin kapacitet, men ändå ha kontroll över sig själv och sin kropp. Barnmorskans stöd utgjorde en stor del för att kvinnorna skulle kunna hantera detta och behålla kontrollen över sig själva när smärtan blev svår eller om någon komplikation uppstod. I samma studie ser dock kvinnorna även barnafödande som något som inte går att kontrollera, de menar att "låta sig följa kroppen" också betyder att kunna släppa kontrollen.

Stöd

Stöd från barnmorskor och annan personal i samband med barnafödande har en positiv effekt på hur kvinnan upplever förlossningen. Stöd kan innebära närvaro, respekt och att lyssna på kvinnan (Hodnett et al., 2012). Precis som tidigare skrivits i avsnittet om kontroll bör barnmorskan involvera kvinnan i beslut som har med hennes förlossning att göra. Genom att kvinnan får detta kan tillit till barnmorskan skapas vilket är viktigt för att kunna vara ett bra stöd (Lundgren, 2010). Detta framgår även i kompetensbeskrivningen för barnmorskor där man påtalar vikten av att barnmorskan har respekt för patientens autonomi, integritet och

värdighet (Socialstyrelsen, 2006). Barnmorskan ska se vad kvinnan behöver och uppmuntra henne genom förlossningens olika delar så att hon skall känna att hon klarar av att följa med sin kropp (Lundgren, 2005).

Att som barnmorska kunna ge självförtroende och styrka till kvinnan som föder barn har visat sig vara viktigt för att få en bra förlossning (Hodnett, 2002). Relationen mellan kvinnan och barnmorskan är den viktigaste delen i vårdandet vid förlossning. Barnmorskan måste kunna möta kvinnan och hennes partner på deras nivå och se dem som unika personer och på så sätt bygga upp en bra relation (Hallgren & Lundgren, 2010).

Den födande kvinnans partners stöd har också visat sig vara viktigt för att förlossningen skall bli positiv. I en studie av Gibbings och Thomson (2001) uttrycker de intervjuade kvinnorna att de fick det största stödet av deras partner.

Susanna Heli (2009) är en sjukgymnast och doula som under lång tid har arbetat för att få fram metoder och verktyg för att kunna hantera en förlossning. Hon skriver att den födande kvinnan ska bejaka tryggheten och "lugn- och ro systemet" i kroppen. Genom att stimulera avspänning och trygghet så kan negativa känslor minska. Detta är även något som Uvnäs-Moberg (2000) har forskat mycket kring.

Att ha med en doula under förlossningen kan vara ett alternativ för att få kontinuerligt stöd. En doula är en person som är med vid förlossning för att ge stöd, uppmuntran och hjälp till kvinnan. Doulan har ingen formell utbildning och är inte heller anställd av sjukhuset. Eftersom barnmorskan ofta vårdar fler än en patient åt gången och därför inte alltid kan ge det kontinuerliga stöd som kvinnan kan behöva ses doulan som en tillgång (Akhavan & Lundgren, 2012).

Studien av Hodnett et al. (2012) visar att effekten av stöd är bättre om den ges av icke-professionella såsom doulor i jämförelse med professionella. En orsak till detta är att de är närvarande under hela förlossningen och kan därmed skapa en god relation (Hodnett et al., 2012). Det gäller inte bara att få stöd av barnmorskan i förlossningsprocessen utan det handlar också om mödrahälsovården. Kvinnor som fått för lite tid eller bristande stöd före förlossningen hade i högre grad sämre upplevelse av förlossningen. Kvinnorna vill ha tid att

få svar på sina egna funderingar (Walderström et al, 2004). Att kvinnan redan inom mödravården får information om förlossningen och vilka val hon har får kvinnor att känna sig säkrare och mer beredda inför förlossningen (Gibbins & Thomson, 2001).

KVINNORS FÖRLOSSNINGSUPPLEVELSER

Att föda barn är en viktig upplevelse i en kvinnas liv och upplevelsen kan påverka hennes välmående, barnets välmående och relationen till barnet (Lundgren, 2005).

Kvinnors upplevelser av förlossningar är komplexa, subjektiva och beror på flera faktorer. De psykologiska upplevelserna under en förlossning får ofta stå tillbaka för de mer konkreta och mätbara faktorer så som interventioner, vårdkvalitet och dödlighet vid förlossning .

Förlossningen och framfödandet av sitt barn ses av många kvinnor som en stor händelse, en milstolpe som förändrar ens identitet vilket kan vara både positivt och negativt. Vissa kvinnor ser upplevelsen som underbar, inspirerande och kraftfull medan andra känner sig besvikna och kränkta av upplevelsen samt att de har förlorat sin egen identitet (Larkin Begley & Divane, 2009).

Tidigare studier visar att det framför allt är tre faktorer som påverkar kvinnans generella upplevelse av förlossningen; kontroll, stöd och smärta. Stöd ses ofta som den enskilt viktigaste faktorn. (Larkin et al., 2009; Hodnett et al., 2012)

Redan under graviditeten kan kvinnan oroa sig för förlossningen och den smärta det kommer att innebära. Det är viktigt att kvinnor får information om olika typer av smärtlindring och vilka positiva samt negativa effekter dessa har. Att inte få adekvat och tillräcklig information om detta kan medföra ökad oro och rädsla hos den gravida kvinnan. Många kvinnor uttrycker att smärtan i samband med förlossning inte är den samma som vid sjukdom eller skada och vissa beskriver det till och med som en positiv smärta. Detta gäller dock inte för alla kvinnor då det finns de som inte upplever någon skillnad mellan förlossningssmärta och annan smärta (Lally, Murtagh, Macphail & Thomson, 2008). En studie visar att de kvinnor som under graviditeten var mycket oroliga och trodde att smärtan under förlossningen skulle bli outhärdlig fick i större utsträckning en negativ förlossningsupplevelse (Walderström et al., 2004).

Nystedt, Högberg och Lundmans (2004) studie visar att smärta under förlossningen var det som starkast associerades med en negativ upplevelse. I en annan studie däremot så har inte smärta och effektiv smärtlindring samma påverkan på förlossningsupplevelsen som stöd och attityder från vårdgivare (Hodnett, 2002).

De förväntningar som finns hos kvinnor inför en förlossning stämmer inte alltid överens med hur det sedan blir. I en studie av Lundgren (2005) så fanns det kvinnor som innan förlossningen trodde att de skulle vara tuffare och kunna hantera smärta bättre än vad de sedan kunde under förlossningen. Det fanns även de som innan förlossningen föreställde sig att det skulle bli en mycket smärtsam och svår process men att det istället blev en positiv upplevelse (Lundgren, 2005). En annan studie visar att de gravida kvinnor som hade en trygg inställning till förlossningen oftare fick en positiv förlossningsupplevelse (Tarkka, Paunonen, Laippala, 1999).

En positiv förlossning ger ofta många kvarstående fördelar, till exempel en positiv inverkan på anknytningen till det nyfödda barnet och till moderskapet vilket bidrar till självkänsla och en känsla av att ha utfört något bra. En negativ förlossningsupplevelse kan påverka framtida graviditeter genom att påverka kvinnans beslut vid kommande förlossning till exempel att välja kejsarsnitt framför vaginal förlossning (Larkin et al., 2009).

En studie av Waldenström (1999) där 1111 kvinnor medverkade visar att 3,2 % av kvinnorna hade en mycket negativ upplevelse. I denna studie var det fem faktorer som spelade in för att ge en negativ upplevelse; delaktighet i förlossningsprocessen. D.v.s. om kvinnan kände kontroll över situationen, ångest, smärta, antal tidigare barn och barnmorskans stöd. Det var cirka en tredjedel av kvinnorna i studien som skattade sin förlossningsupplevelse som mindre positiv eller negativ (Waldenström, 1999). I en annan studie med 326 medverkande kvinnor (Tarkka et al., 1999) upplevde 63 % av kvinnorna att förlossningen var smärtsam eller outhärdligt smärtsam och ungefär hälften av kvinnorna tyckte att det var en otrevlig upplevelse. Generellt så tyckte kvinnorna i denna studie att upplevelsen var mer negativ än positiv. I en studie av Waldenström et al. (2004) var det 7 % av 2541 kvinnor som hade en negativ förlossningsupplevelse som orsakades av flera faktorer. En var oväntade medicinska ingrepp så som induktion eller instrumentell förlossning. Det kunde också orsakas av sociala

problem hos kvinnan till exempel att graviditeten var oönskad eller att partners stöd var otillräckligt. En tredje orsak var faktorer som var kopplade till kvinnans känslor exempelvis mycket smärta under förlossningen eller avsaknad av kontroll. Den sista orsaken som kom fram i studien berodde på vårdarna. De var inne hos kvinnan i för liten utsträckning, de var inte tillräckligt stöttande och kvinnorna var inte nöjda med administrerandet av smärtstillande.

Hos gravida kvinnor växlar ofta tillstånd av glädje och förväntan med oro och ängslan, vissa kvinnor kan inte hantera detta, utan oron tar över och uttrycks i förlossningsrädsla. Detta tros ha ökat då det är mycket fokus på risker och vad som kan gå fel under graviditet och förlossning. (Nilsson, 2010). Förlossningsrädsla kan bero på psykisk ohälsa hos kvinnan och upplevelser i barndomen (Ryding, Wirfelt, Wängborg, Sjögren & Edman, 2007).

Omfödorskors inställning och rädsla för förlossningen präglas ofta av deras tidigare upplevelse av att föda barn. Många känslor under den tidigare förlossningen påverkade den negativt till exempel smärta, ensamhet och ångest. Detta kan göra att kvinnan känner sig osäker inför en ny förlossning (Nilsson, Bondas & Lundgren 2010).

Flera studier visar att kvinnor som genomgår förlossningar där processen är långdragen och smärtsam ofta får en mer negativ förlossningsupplevelse än de kvinnor som har en normal process (Nystedt et al., 2004; et al., 1999; Lundgren, 2005; Larkin et al., 2009; Waldenström, 1999). En studie visar att av de kvinnor som har haft en långdragen förlossning så var det cirka en tredjedel som fick en negativ förlossningsupplevelse. Av de kvinnor som hade en normal process så var det 4 % som fick en negativ förlossningsupplevelse. De kvinnor som hade en långdragen förlossning tyckte i större utsträckning att förlossningen var smärtsam, de drabbades oftare av panik då de inte visste vad som hände. Två tredjedelar av de med långdragen förlossning uttryckte att förlossningsupplevelsen kommer att sätta djupa spår och de tyckte i större utsträckning att det var smärtlindringen som räddade dem. Smärtan var central i deras negativa upplevelse. I denna studie var det ingen skillnad på upplevt stöd mellan de med förlängd förlossning (> 7 timmar aktiv fas) och de med normal förlossningslängd (Nystedt et al., 2004).

Den födande kvinnans förhållande till sin barnmorska har visat sig vara viktigt. I en studie där merparten av kvinnorna tyckte att förlossningen var obehaglig och en negativ upplevelse så

ansåg ändå majoriteten av kvinnorna att barnmorskan gav en positiv inverkan på förlossningen. Av de 326 kvinnorna i studien så ansåg 72 % att barnmorskan visade empati, 93 % såg på barnmorskan som en expert och 66 % ansåg att barnmorskan var ömsint (Tarkka et al., 1999).

För kvinnan är det viktigt av att bli sedd som en individ av barnmorskan och att barnmorskan är närvarande både i person och tanke. Om barnmorskan är för dominerande under förlossningen och inte är lyhörd för kvinnans önskemål så kan kvinnan känna rädsla och stress vilket i sin tur leder till en negativ förlossningsupplevelse (Berg, Lundgren, Hermansson & Wahlberg, 1995). Otillräcklig information om progressen i värkarbetet från vårdpersonal, att som kvinnan inte vara delaktig i beslut och inte bli lyssnad på samt om barnmorskan inte förmår att stödja kvinnan är faktorer som enligt en studie gjorde att kvinnor löpte större risk att drabbas av en negativ förlossningsupplevelse (Waldenström et al., 2004).

En del kvinnor upplever under förlossningen något som enligt Beck (2004) benämns som ”birth trauma”. Beck menar att alla förlossningar ger en subjektiv upplevelse. Kvinnan kan uppleva förlossningen som traumatisk medan förlossningspersonalen upplever att den som rutinmässig och normal. ”Birth trauma” kan leda till posttraumatisk stress. Kvinnan upplever rädsla, hjälplöshet, avsaknad av kontroll och skräck. Det var några faktorer som var särskilt framträdande hos kvinnorna som drabbats av ”birth trauma”. Det handlade om att de inte fick tillräckligt med stöd och omsorg, de kände sig övergivna och ensamma. De kände också att de fick bristfällig information och hade velat att personalen kommunicerade med dem bättre. De kände sig inte heller trygga med vården under förlossningen En studie av Soet, Brack och Dilorio (2003) visar att kvinnor som varit utsatta för sexuellt våld har i större utsträckning negativa upplevelser av sin förlossning och riskerar att drabbas av ”birth trauma” till följd av detta .

PROBLEMFORMULERING

Negativa förlossningsupplevelser kan på olika sätt påverka kvinnan. Med anledning av detta är det viktigt att uppmärksamma problemet och undersöka kvinnor med negativa förlossningsupplevelser. Det finns många studier om förlossningsupplevelser men få studier som enbart fokuserar på negativa upplevelser av förlossning. Studier som beskrivit vad

kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse upplevde vara viktigt för dem för att de skulle få en mer positiv upplevelse saknas helt.

SYFTE

Syftet med studien var att beskriva förlossningsupplevelse hos kvinnor med erfarenhet av en negativ förlossning med fokus på vad som skulle kunna göra förlossningsupplevelsen positiv för dem.

METOD FENOMENOLOGI

Den metod som valdes för uppsatsen är fenomenologi då detta passar bra för att besvara syftet. Fenomenologi har sitt ursprung i filosofin och har varit ett begrepp sedan 1700-talet. Husserl är den moderna fenomenologins fader, begreppet namngav hans filosofiska ansats. Fenomenologi som en vetenskaplig teori innebär att möta människan i sin vardagsvärld eller deras *livsvärld* (Dahlberg, 1997).

En annan central person inom fenomenologin är Merleau-Ponty som i livsvärldsbegreppet även inkluderat *den levda kroppen*. Med livsvärld menas den värld som vi dagligen lever i, erfar och som är självklart i vår vardag (Bengtsson, 2005). Varje människa har också ett unikt förhållande till sin kropp och det är genom sin kropp hon upplever sig själv och världen. Inom fenomenologin ses kroppen som ett subjekt och inte ett objekt och kroppen kan inte skiljas från vår intelligens, våra känslor eller vår själ. Kroppen innefattar hela människan. Människan *har* inte en kropp utan *är* sin kropp. Husserl menar att vetenskapen måste utgå från människors livsvärld istället för att ta avstånd från den (Dahlberg, 1997).

Den fenomenologiska metoden har två grundläggande komponenter, ”vändning mot sakerna själva” och ”kravet på följsamhet mot sakerna” (Bengtsson, 2005). Forskaren skall gå till sakerna så att sakerna kan visa sig och förstås som fenomen. Detta är att vända sig till den erfarna verkligheten. Att ha ett livsvärldsperspektiv innebär att forskaren har ett öppet förhållningssätt. *Saken*, det som undersöks förstås alltid som något. Inom den fenomenologin försöker forskaren hitta kärnan eller essensen hos det som undersöks (Dahlberg, 1997).

I denna studie har vi utgått från Dahlbergs (1997) beskrivning av en fenomenologisk dataanalys. Grunden är tre faser som kan beskrivas som helhet- delar - helhet. Den första fasen går ut på att forskaren lär känna data som samlats in. Vid en intervjustudie innebär det att dessa först skrivs ut ord för ord och att det transkriberade materialet sedan läses igenom flera gånger. Efter detta börjar själva analysen av data. Inom fenomenologin betyder det att forskaren letar efter kvalitativa likheter och skillnader som visar sig i materialet. Från dessa likheter och skillnader kan innebördsteman bildas. Dessa innebördsteman kan synliggöras genom att föra en dialog med texten, forskaren ställer frågor om vad som sägs i texten och hur det sägs. Finns det någon företeelse som återkommer, något beteende som upprepas, osv.? Det är också viktigt att ta hänsyn till saker som den intervjuade gör t.ex. pauser, hummande eller suckande, då det handlar om att förstå den egentliga meningen i det som sägs. Den sista fasen handlar om att sammanställa det analyserade materialet till ett resultat så att det blir förståeligt för andra personer än forskaren. Inom fenomenologin innebär det att synliggöra fenomenets kärna eller essens (Dahlberg, 1997). Om materialet inte är tillräckligt omfattande kan analysen stanna vid att beskriva innebördsteman (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2013).

Validitet innebär att undersöka det som avses undersökas. Att en intervju blir valid innebär att man lyckas fånga de centrala delarna av det som ska studeras. Något som kan försvåra validiteten när det gäller intervjumetoden är att intervjuaren under intervjun upplever samförstånd och vet precis vad intervjupersonen menar men när de utskrivna intervjuerna sedan läses känns det inte längre lika klart. Hur vet egentligen intervjuaren att intervjupersonen har förstått frågans innebörd och vad som står i fokus? Inom en fenomenologisk studie kan det vara svårt att validera metoden, det är inte möjligt att ha några generella riktlinjer för en validering. Det viktigaste validitetskriteriet inom en fenomenologisk studie är att tillvägagångssättet för datainsamlingen och analys av data tydligt redogörs samt att beskriva hur forskarna har kommit fram till resultat och slutsats (Dahlberg, 1997).

FORSKNINGSETIK

Inom all forskning krävs att det finns ett etiskt ställningstagande. Det är viktigt att forskaren värnar om människans integritet och att risken för att personen skulle fara illa till följd av sitt deltagande elimineras. Med anledning av detta har många lagar och förordningar, internationella och nationella framarbetats. Dessa måste forskaren rätta sig efter och ha i beaktande vid sitt forskningsarbete. Utöver att följa dessa lagar och förordningar måste forskaren göra egna etiska överväganden genom att väga för och nackdelar mot varandra, detta görs med en risk/nytta-analys (Wallen, 1996).

Efter att svåra missförhållanden och kränkningar av mänskliga rättigheter inom forskning uppdagats efter andra världskriget formulerades kodexar. Dessa fastställdes först i Nürnbergkodexen under Nürnbergrättegångarna och har senare vidareutvecklats i Helsingfors År 1964 av World Medical Association och går nu under namnet Helsingforsdeklarationen. Dessa innefattar bland annat att det måste finnas informerat samtycke, att forskningen måste vara till värdefull nytta för mänskligheten och att de som deltar i forskningen har rätt att avbryta när som helst (Forsman, 1997).

Vad det gäller Svenska lagar finns det flera som innefattar paragrafer vilka behandlar mänskliga rättigheter och den personliga integriteten, i regeringsformen (1974) kapitel 2 §6 står det skrivet:

”Utöver vad som föreskrivs i första stycket är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Lag (2010:1408)”

Även lagen om etikprövning (2003:460) måste beaktas. Denna lag innehåller bestämmelser om etikprövning vid forskning och syftet är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet. Denna lag omfattar dock inte studier på högskolans grund- eller avancerade nivå.

I denna studie tillgodosågs dessa etiska överväganden genom att vi sökte samtycke av vårdenhetschefen se bilaga 1, som var ansvarig för kvalitetsuppföljningsprojektet som vår uppsats ligger till grund för, för att få tillgång till kvinnornas journaler. I informationsbrevet till kvinnorna står också tydligt att deras deltagande är frivilligt och att de kan avbryta när

som helst. Det framgår också i brevet att informationen kommer att behandlas konfidentiellt, se bilaga 2.

DATAINSAMLING

Denna studie grundar sig på ett kvalitetsuppföljningsprojekt vid ett västsvenskt sjukhus år 2011. I samband med ett återbesök till sjukhuset inom den första veckan efter förlossningen fick kvinnor besvara ett antal frågor om förlossningsupplevelse och samtal efter förlossningen. I en tidigare magisteruppsats sammanställdes data. Resultatet visar att 11 % av kvinnorna skattade förlossningsupplevelsen som negativ, dvs. mellan 0 och 4 på en 10-gradig skala, vilket innebar 136 av 1234 kvinnor. Majoriteten av dessa 136 kvinnor var förstföderskor. Av studien framgår också att de flesta som skattade sin förlossning som negativ uppfyllde kriterierna för en normal förlossning, i.e. partus normalis, denna grupp utgjorde 46 %. Studien visar också att 82 % av kvinnorna med negativ upplevelse inte hade haft postpartumsamtal. Av dessa kvinnor önskade majoriteten (53 %) inte något samtal (Ingvarsson & Ingvarsson, 2013).

Utifrån resultatet av studien av Ingvarsson och Ingvarsson (2013) valdes kvinnor ut som uppfyllde kriterierna för partus normalis och som hade skattat sin förlossning som 0 eller 1 på skalan vilket var 51 stycken. Kvinnorna valdes enligt listordning i studien. Målet var att intervjua fyra kvinnor som skulle svara på frågorna: Berätta om din förlossning. Vad skulle för dig vara en positiv förlossning. Informationsbrev skickades till verksamhetschefen på sjukhuset som var ansvarig för studien och fick godkännande om att få tillgång till dessa kvinnors journal för att få tag i deras adress, se bilaga 1. Första steget var att skicka ut förfrågan om att vara med i uppsatsen till tio kvinnor. Av dessa fick vi inget svar. Då skickades ytterligare tio brev, av dessa fick vi ett svar. Eftersom fler kvinnor önskades till studien skickades ytterligare tio brev och av dessa fick vi ännu ett svar. På grund av tiden för studiens genomförande kunde vi inte skicka ut fler informationsbrev.

Eftersom det kunde vara traumatiska upplevelser så var handledaren med vid intervjuerna. För att det inte skulle vara för många med under intervjun deltog handledaren vid varje intervju tillsammans med en av författarna till studien. Intervjuerna ägde rum på valfri plats som intervjupersonen fick bestämma. Intervjun tog cirka en timma och spelades efter godkännande från deltagaren in. Intervjuerna lyssnades igenom och transkriberades. Först

lästes intervjuerna igenom för att se helheten och få en förståelse för den. Sedan analyserades data genom att läsa noggrant och stryka under det som var signifikant i de båda intervjuerna. Enligt fenomenologins grunder så ska det färdigställda resultatet utmynna i en essens, detta har på grund av tidsaspekt och materialets omfattning inte varit möjligt utan istället stannade analysen vid de innebördsteman som formades (Dahlberg et al. 2013).

RESULTAT

Kvinnorna som intervjuades var båda försföderskor och hade fött barn för cirka två år sedan. De hade normala, vaginala förlossningar utan komplikationer för varken mor eller barn. De hade båda skattat sin förlossning som negativ, 0 eller 1 på en skala mellan 0 och 10.

De tre innebördsteman som formulerades var: *Att göra en ohanterlig smärta hanterlig, Att ha en barnmorska som skapar en relation och inte är frånvarande, Att vara närvarande och inte helt tappa sig själv.*

ATT GÖRA EN OHANTERLIG SMÄRTA HANTERLIG

Att ha en ohanterlig smärta fanns med i kvinnornas berättelser. En av kvinnorna beskriver detta som den största faktorn till att hennes förlossningsupplevelse blev så negativ. Hon beskriver en lång latensfas med mycket stark smärta i flera dagar. Hon kände att hennes smärta inte blev tagen på allvar och att hon inte fick några råd om vad hon kunde prova i tidigt skede, hon fick heller inga förklaringar till varför hon inte kunde få EDA (epiduralbedövning) eller lustgas tidigt i förlossningen.

Det var liksom, det var ingen som förklarade varför jag inte kunde få hjälp utan det var liksom bara; nä vi måste vänta tills du är öppen 4cm..... jag har hållit på i två dygn drygt och jag har så ont att jag inte vet vart jag skall ta vägen och jag får ingen hjälp.

En annan dimension av ohanterlig smärta är att kvinnan försvinner bort från sig själv.

Detta beskriver den andra kvinnan som istället upplever en väldigt plötslig och intensiv smärta. Hon beskriver det som att två timmar av hennes förlossning är helt svart. Hon beskriver att det inte var smärtan som var det värsta utan känslan av att tappa kontrollen och känslan av att vara utanför sig själv, att inte ha någon uppfattning om vad som hänt.

Sen så var det vid tio eller strax innan tio på kvällen på onsdagen då, då gick jag upp ur badet och gick bort till rummet för att det kändes inte bekvämt att ligga där och då smällde det till och det var det som jag tror gör att min förlossning kändes jobbig. Då fick jag jätteont, jag började med lustgasen och värkarna stegrade väldigt, väldigt mycket, så det gjorde att jag gick in i mig själv helt och hållet..... Dom 2 nästan 2,5 timmarna har jag nästan ingen uppfattning om vad som har hänt alls.

Att hantera smärta kan innebära att få smärtlindring som kan upplevas som en räddning vilket är något som kvinnorna berättade. En av kvinnorna uttrycker att lustgasen var en "livhanke" något som hon höll fast vid. Även den andra kvinnan berättar om hur smärtlindringen med lustgas och EDA var hennes räddning. Lustgasen gjorde henne lugn och skön, men effekten var snart inte tillräcklig. När hon fick EDA:n fick hon en efterlängtd paus och kände sig som en annan människa.

Jag höll hårt i den där masken den var min livhanke. Och jag andades tydligen ganska bra i den. Den höll nog ändå smärtorna i schack antar jag. Det var den jag höll fast vid på något sätt.

När den tog då blev jag ju helt som, jag satt bara och skrattade och drog massa skämt och ja höll på hur mycket som helst. Skojade med narkosläkaren och sa att han var det bästa som hänt mig. Då var det ju toppen så då fick vi ju sova allihop en stund. Det var välbehövligt.

Kvinnorna upplevde att de inte fick hjälp att hantera smärtan i tillräcklig grad. De uttryckte en önskan om att få tips och råd kring smärtlindring samt att ordentligt förklarar varför t ex EDA inte är ett bra alternativ i detta skede. Att bli tagna på allvar i sin smärta var viktigt. Detta är faktorer som kvinnorna beskriver saknades för att deras förlossning skulle vara positiv.

ATT HA EN BARNMORSKA SOM SKAPAR EN RELATION OCH INTE ÄR FRÅNVARANDE

Kvinnorna upplevde att barnmorskan ej skapade en bra relation, de uttryckte att det är viktigt att barnmorskan är lyhörd och att de blir tagna på allvar. Barnmorskan skall ge kontinuerligt stöd under hela förlossningen och lotsa kvinnan för att kvinnan skall få en så bra upplevelse som möjligt.

Man hade hela tiden känslan av att folk inte tog en på allvar. Att det var liksom att ja men du är ju bara öppen 1-2 cm, hur ont kan det göra. Så till slut så skrek jag ju att när folk kommer in och är öppna 6 cm och har såhär ont så får ju dom EDA liksom, alltså vad ska jag göra?

Båda kvinnorna vittnar om att de saknade en barnmorska som fanns där på riktigt och stöttade dem. En av kvinnorna kände att hon inte blev tagen på allvar och att barnmorskan inte gav henne råd eller förklarade tillräckligt. Hon kände att det var hon själv som fick komma med idéer.

Det kändes aldrig som att någon förklarade för mig att; så här kan det vara, detta kan vi inte ge men det finns det här och har du testat det här. Det var som att man själv fick komma med idéer mitt i smärtan

Ja alltså..jag tycker att den andra kom mer med förslag och kanske såg lite mer vad jag hade skrivit i mitt personliga brev. Jag ser här att du har skrivit att du gärna vill testa Pilatesboll och ska vi ta fram den kanske och det kändes som att hon mer försökte hjälpa mig och försökte se vad hon trodde att jag själv ville. Medan den andra fanns där men inte egentligen så mycket för mig utan hon fanns där eftersom hon är barnmorska liksom men inte mer än så. Utan jag är här och gör det jag ska men..

En av kvinnorna uttrycker att hon ångrar att hon inte var mer tydlig med hur hon vill ha det. Hon hade önskat att hon skrivit ett förlossningsbrev. Det är också viktigt att vara noga med och kräva att barnmorskan är lyhörd och att kvinnan vill bli tagen på allvar. Den andra kvinnan saknade någon som verkligen nådde fram till henne. Hon upplevde att hennes

barnmorska var professionell och tekniskt duktig men fick aldrig någon riktig känsla för henne, hon nådde inte fram. Hon kunde inte lotsa henne ur känslan att vara totalt innesluten.

Hon kändes inte oprofessionell och dålig på något sätt men det är som att gå till en massör; vissa har magiska händer och vissa är duktiga tekniskt. Hon var duktig tekniskt skulle jag säga.

Det framkom att det var viktigt att barnmorskan var närvarande både fysiskt och mentalt. Kvinnorna beskriver hur de inte vill att barnmorskan skall lämna rummet även om de har sin partner eller anhörig där. De beskriver deras stöd från anhöriga som bra men det var ändå mycket viktigt att barnmorskan skulle vara närvarande. Det var barnmorskan som hade kunskapen, som skulle komma med råd och förklara vad som händer. Det var viktigt att barnmorskan var professionell och hade koll på vad hon gjorde och att hon fattade rätt beslut. Men det framkom också att det var lika viktigt att barnmorskan nådde fram till kvinnan, att hon kunde fånga upp kvinnan när hon försvann bort.

Det var vid något tillfälle hon försökte gå där ifrån och jag sa att hon inte fick lämna rummet, att jag inte vill att hon skulle gå där ifrån. Jag tror hon frågade mig ”är det okej om jag går här ifrån” och då var jag väldigt tydlig med att det fick hon inte göra. Hon behövde finnas där.

Jag kände att bara att nu måste han ju komma snart liksom och så sa hon att nu går jag på lunch. Man bara men det går ju inte nu kommer ju han. Och hon sa att nej nej nej det är minst en halvtimme kvar tills det..

En av kvinnorna uttryckte att hon tror att en doula skulle ha gjort hennes upplevelse bättre just för att hon då skulle få ha någon som är med henne och närvarande genom hela förloppet.

Jag har hört talas om doula, det låter som en trevlig upplevelse. Det var nån som hade haft det på sin förlossning och tyckte det var en jättebra grej. Nån som är med hela vägen igenom. Så det tänker jag att man kanske skulle ha nästa gång.

Kvinnorna hade en känsla av att barnmorskan inte var riktigt närvarande mentalt på förlossningsrummet. Den ena kvinnan tyckte att barnmorskan kändes stressad och förvirrad. Kvinnan beskriver att det är viktigt att hon som föderska inte bara känner sig som en i mängden utan att hon ska känna att barnmorskan är där för just hennes skull.

Man vet ju inte vad de gör när de inte är inne på rummet, de kanske är inne hos någon annan men man vill ändå känna att när de är inne hos en så vill man känna att hon är hos mig nu och det är jag som gäller.

ATT VARA NÄRVARANDE OCH INTE HELT TAPPA SIG SJÄLV

Båda kvinnorna beskriver att de någon gång under förlossningen kände att de tappade kontrollen och att de var ”helt borta” eller det var ”helt svart”. De beskriver en känsla av att vara utanför sig själv. För en av kvinnorna var detta den enskilt största faktorn till att hon fick en negativ och traumatisk upplevelse av förlossningen. För henne handlar det om flera timmar som hon inte kommer ihåg något från. Hon berättar om hur hon gick totalt in i sig själv och såg sig själv utifrån. Fortfarande nu när hon pratar om detta flera år senare blir hon mycket berörd. Hon tror att det hon hade behövt för att förlossningen skulle ha blivit mer positiv var att barnmorskan hade nått fram till henne. För även om hon tyckte att hennes barnmorska var professionell och fattade rätt beslut rent medicinskt så var det något som saknades, barnmorskan lyckades inte nå fram till henne och lotsa henne ur de tillstånd hon var i. Hon har också funderingar på om bättre smärtlindring hade kunnat få henne ur det tillstånd hon var i.

Men hon hade nog kunnat göra ett bättre jobb där skulle jag tro med att fånga upp det. För att jag kunde ju uppenbarligen inte påverka det som hände alltså på något sätt varken mentalt eller fysiskt så var det bortanför min kontroll. Men någon som på något sätt fångar upp mig och försöker locka tillbaka mig.

För den andra kvinnan handlade det mer om episoder av att tappa kontrollen på grund av att hon hade sådan svår smärta och upplevde att hon inte fick hjälp med att hantera den. Hon hade blivit lovad en EDA men sedan drog det ut på tiden på grund av att barnmorskan hade missat att ta fram material när narkosläkaren kom, då kände kvinnan att hon inte orkade kämpa längre utan släppte kontrollen helt.

Det blev bara för mycket, jag släppte kontrollen. Man kände att nu tänker jag inte ens försöka mer, innan försökte man ändå att andas och testa olika ställningar men just då kom jag till en punkt när jag kände att jag skiter i det, jag orkar inte mer....det kändes mer som att man var i en annan värld, jag var borta, jag var utanför liksom.

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Inklusionskriterier i studien var att kvinnorna skulle ha haft en normal förlossning och att de hade skattat sin förlossning 0 eller 1 på en skala mellan 0 och 10. Dessa kriterier valde vi för att vi ville undersöka hur kvinnor som har en normal förlossning utan medicinska komplikationer kunde uppleva en så negativ förlossning och vad för dessa kvinnor är en positiv upplevelse. Vi ville på detta sätt undvika att det var medicinska komplikationer eller interventioner som var i fokus. Det andra kriteriet att de skulle ha skattat sin förlossningsupplevelse till 0 eller 1 valdes för att kunna inkludera de med mest negativ upplevelser i studien.

Förfrågning om deltagande skedde via brevutskick. Detta kan förklara den låga svarsfrekvensen. Ett annat utfall kanske hade kunnat uppnås om kvinnorna kontaktats via telefon men då kanske kvinnorna känt press att delta båda kvinnorna som deltog gjorde det på eget initiativ, vilket kan ha haft en positiv inverkan på intervjuresultatet.

Denna studie är baserad på få intervjuer. Det kan vara en styrka i kvalitativ forskning att ha få intervjuer eftersom det gör det lättare att tolka data på ett meningsfullt sätt. Genom att arbeta med ett mindre antal intervjuer möjliggörs en mer noggrann analys där helheten av innehållet lyfts fram. Nackdelen med få intervjuer är risken att inte få tillräcklig mängd data för att nå ett djup (Dahlberg, 1997). Från start fanns målsättningen att intervjua fyra kvinnor men endast två inkluderades. Det är möjligt att fler intervjuer resulterat i ett större djup och variation i data.

I intervjurena var det viktigt att inte ha ledande frågor. Två huvudsakliga frågor ställdes till informanterna, dessa var: Kan du berätta om din förlossning? Vad är för dig en positiv förlossningsupplevelse? Detta gjordes för att undvika ledande frågor och på så vis få endast deras upplevelse. Det är dock omöjligt att helt undvika ledande frågor, då vi ställde vissa följdfrågor blev de i viss mån omedvetet ledande. Eftersom dessa kvinnors berättelser var traumatiska var det också viktigt att bekräfta deras upplevelse genom att förklara och stötta

dem i sina känslor. Även detta kan ha medfört att intervjun inte blev så öppen som hade varit önskvärt. Detta är dock när det gäller kvalitativa studier. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att det inte nödvändigtvis är negativt för resultatet att ha ledande frågor utan att det tvärtom kan vara positivt.

De båda kvinnorna som deltog var förstföderskor vilket också kan ha påverkat resultatet. De hade svårt att veta vad som kunde ha påverkat deras upplevelse då de inte har någon annan förlossningsupplevelse att jämföra med. Det kan vara en styrka för uppsatsen att de båda är förstföderskor då vi kunde fördjupa oss i förstföderskans upplevelse.

Handledaren var med vid båda intervjutillfällena med tanke på att kvinnornas berättelser kunde komma att medföra traumatiska minnen. Då var det bra att ha en erfaren barnmorska med som kunde bemöta och stötta kvinnan på ett professionellt sätt. På grund av detta valde vi att hålla i vår sin intervju eftersom vi annars skulle enligt vår mening varit för många under intervjun. Detta kan ha påverkat resultatet då vi kan ha uppfattat saker på olika sätt. Vi tror dock att det hade haft en mer negativ inverkan på informanten om vi hade varit tre intervjuare, det tror vi hade kunnat få henne att känna sig obekvämt och utpekad. Intervjuerna gav kvinnorna ett tillfälle att prata om sina upplevelser på ett sätt de inte fått gjort tidigare. Liknade upplevelser för deltagare har beskrivits i en studie av Polit och Beck (2008)

Genom att datainsamling och analys beskrivits noggrant så har validitetskriterierna för en fenomenologisk studie utförts (Dahlberg, 1997).

Trots många förfrågningar till kvinnor med negativa förlossningsupplevelser om deltagande i studien så var det bara två kvinnor som accepterade att delta. Orsaken till detta kan vara att kvinnor som har en negativ förlossningsupplevelse inte vill prata om den. Detta visas också i Ingvarsson och Ingvarssons (2013) uppsats där resultatet visar att en majoritet av de med negativ upplevelse av förlossningen inte önskade postpartumsamtal. Att kvinnor inte vill prata om sin negativa förlossningsupplevelse är något som bör studeras vidare. Vi tror det är viktigt att få bearbeta och tala om en traumatisk förlossningsupplevelse för kvinnans välmående och framtida graviditeter.

RESULTATDISKUSSION

Ett resultat från studien är att en positiv upplevelse för kvinnor som har erfarenhet av en negativ förlossningsupplevelse är att kunna göra en ohanterlig smärta hanterlig. Merparten av kvinnor som föder barn upplever smärta och vissa till och med outhärdlig smärta (Nystedt et al., 2004; Tarkka et al. 1999). Att smärtan under förlossningen har betydelse för vad kvinnan får för upplevelse av sin förlossning är återkommande i de studier som publicerats i ämnet och detta styrks av resultatet av vår studie (Larkin et al., 2009; Hodnett et al., 2012; Nilsson et al., 2010; Nystedt et al., 2004; Tarkka et al., 1999). Kvinnorna upplevde att de inte blev tagna på allvar och att de inte fick några riktiga förklaringar till varför viss smärtlindring inte gick att få i ett visst skede av förlossningen. De fick inte heller råd om alternativ till EDA eller lustgas. Eftersom smärtan är en sådan stor del av förlossningsupplevelsen tycker vi att det är mycket viktigt att som barnmorska verkligen vara lyhörd inför vad kvinnan känner och vad hon är i behov av. Det är också viktigt att man går igenom olika typer av smärtlindring och hur de fungerar under något besök på mödravården så att kvinnan redan innan förlossningen är förberedd. Vi tror också att vi inom förlossningsvården måste vara flexibla med när t ex EDA får ges då det kanske kan hjälpa kvinnorna att få en bättre upplevelse. Kanske hade en ”sen” EDA gjort att en av de kvinnorna vi intervjuade hade fått en bättre upplevelse och inte som hon själv uttrycker det ”blivit snuvad” på sin förlossning då hon kände att hon var helt borta de sista 2,5 timmarna av förlossningen. En australiensisk studie från 2003 som undersökt förstföderskors tillfredsställelse med smärtlindring under förlossning visar att de som fick EDA blev bättre smärtlindrade och att det gjorde att de kunde hantera smärtan under förlossningen bättre än de som inte fick den. Samma studie visade dock att det inte fanns någon skillnad mellan grupperna i tillfredsställelse över förlossningen i sin helhet. Den visar också att det är barnmorskans stöd, närvaro och lyhördhet som är de största faktorerna för att kvinnan skall få en positiv upplevelse av förlossning (Dickinson, McDonald & Evans, 2003). Vi tänker att det är viktigt att kombinera stöd och närvaro med adekvat smärtlindring. Att det är viktigt att uppmärksamma och ta kvinnans smärta och behov av smärtlindring på allvar och vara noga med att kvinnan själv får vara delaktig i beslut om förlossningen.

En annan dimension av en positiv förlossningsupplevelse enligt resultatet i studien är att ha en barnmorska som skapar en relation och inte är frånvarande. Kvinnorna upplevde att relationen till barnmorskan bidrog till deras negativa upplevelse av förlossningen. De berättar bland annat om att de skulle velat ha en mer lyhörd barnmorska som såg dem, lyssnade på dem och

nådde fram till dem. De ville bli behandlade som individer och inte som en i mängden. Att födande kvinnor inte får det stöd de önskar av barnmorskan och därför får en negativ förlossningsupplevelse kan även ses i andra studier (Beck, 2004; Hodnett et al., 2012; Larkin et al., 2009; Lundgren, 2010; Tarkka et al. 1996). Enligt kvinnor som varit med om ett ”birth trauma” är brist på stöd, omsorg och närvaro av barnmorskorna en bidragande orsak till detta (Beck, 2004). Enligt Tarkka et al. (1996) så beskriver kvinnorna att något av det viktigaste under barnafödande och hur upplevelsen av det blir är förhållandet mellan kvinnan och barnmorskan. Vidare beskriver kvinnorna att de ville få individanpassad vård samt att deras egna önskemål skulle tas i beaktande av barnmorskan vilket överensstämmer med kvinnornas upplevelse i föreliggande studie.

Kvinnorna beskriver att de inte ville bli lämnade ensamma under slutskedet av förlossningen och att det är viktigt att barnmorskan är närvarande både fysiskt och mentalt för att de ska känna sig trygga och få en positiv upplevelse av förlossningen. Detta tas även upp i en artikel av Nilsson et al. (2010). I den artikeln bekräftas att känslan av att vara helt ensam och inte veta vad som ska hända eller vad man som födande kvinna ska göra lämnade djupa spår hos kvinnorna. Ytterligare en artikel tar upp vikten av att ha en mentalt och fysiskt närvarande barnmorska, det gör att en trygg relation skapas och barnmorskan kan då vägleda och stötta kvinnan på hennes villkor (Berg, Olafsdottir, Lundgren, 2012). Efter att ha arbetat med analysen av data i studien har vi blivit medvetna om vikten av att som barnmorska vara närvarande. Kvinnorna uttryckte att de under förlossningen inte ville bli lämnade av barnmorskan. De anhöriga som var med var viktiga för kvinnan men barnmorskans närvaro fyllde en annan funktion. Det upplevde en trygghet av att ha henne där. Detta visar på vikten av att vara en barnmorska per förlösande kvinna så att det finns möjlighet att vara närvarande hos kvinnan precis så mycket som hon behöver och känner att hon vill.

Resultatet visar att den ena kvinnan hade svårt att få en bra kontakt med sin barnmorska, barnmorskan kunde inte riktigt nå fram till henne. Hon beskriver barnmorskan som tekniskt duktig men att hon inte kunde nå fram till kvinnan och hjälpa henne ur den jobbiga situation som hon befann sig i vilket medförde att förlossningsupplevelsen blev negativ. Detta beskrivs även i artikeln av Nilsson et al. (2010). Där berättar kvinnorna om hur de uppfattade att barnmorskan pratade över deras huvuden och att de kände sig som objekt, inte som en

människa. Kvinnorna upplevde det som att barnmorskan var mer intresserad av det tekniska och praktiska än av hur kvinnan mår.

Resultatet visar vidare att vara närvarande och inte helt tappa sig själv är centralt för en positiv upplevelse. Kvinnorna beskriver en känsla av att vara utanför sig själva, de tappade och även släppte kontrollen. Den ena kvinnan beskriver detta specifikt och menar att hon inte kommer ihåg stora delar av förlossningen. Detta fenomen beskrivs även i tidigare studier som gjorts (Hodnett, 2002; Green & Baston, 2003; Nilsson et al., 2010 Walderström et al., 2004). Nilsson et al. (2010) beskriver det som att kvinnorna hade en ofullständig förlossningsupplevelse då de var utanför sig själva och inte riktigt ”var med” under förlossningen utan istället stod ”bredvid” eller ”utanför” upplevelsen. Saker bara hände med deras kroppar utan att de kunde göra något aktivt åt det. För att undvika att kvinnan känner såhär tror vi att det är viktigt att så tidigt som möjligt skapa en relation med kvinnan så att hon känner sig trygg och vågar lita på barnmorskan. Först när en bra relation har upprättats kan barnmorskan ”fånga upp” kvinnan. Det är troligen viktigt att förbereda kvinnan på vilka reaktioner som kan uppstå under en förlossning så att dessa inte kommer som en chock. Då kan kvinnan kanske på ett lättare sätt följa sin kropp och på så sätt hantera dessa känslor och reaktion.

KONKLUSION

Resultatet visar att, att tappa kontrollen och en otillräcklig kontakt med barnmorskan har stor betydelse för en negativ upplevelse av förlossningen. Kvinnor med en negativ första förlossningsupplevelse beskriver att de tror att det viktigt för positiv förlossningsupplevelse att få hjälp att behålla kontrollen och hantera sin smärta och att få kontinuerligt stöd av en närvarande barnmorska.

REFERENSER

Beck, C. T. (2004). Birth trauma: In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28-35.

Bengtsson, J. (2005) Kap 1. En livsvärldsansats för pedagogisk forskning. Ingår i Bengtsson, J. (red.). *Med livsvärlden som grund*. Studentlitteratur, Lund.

Berg, M., Lundgren, I., Hermansson, E & Wahlberg, V. (1995). Women's experience of the encounter with the midwife during childbirth. *Midwifery* 12, 11-15.

Berg, M., Ólafsdóttir, O. A., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care - in Swedish and Icelandic settings. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Studentlitteratur, Lund.

Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2013). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dickinson, J. E., Paech, M. J., McDonald, S. J., & Evans, S. F. (2003). Maternal satisfaction with childbirth and intrapartum analgesia in nulliparous labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(6), 463-468.

Forsman, B., (1997). *Forskningsetik- En introduktion*. Studentlitteratur, Lund

Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313

Green, J. M., & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235-247.

Hallgren, A., & Lundgren, I. (2010). Förlossningsförberedelse och metoder för att hantera förlossningen. Berg, M. och Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka- Vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur, Lund.

Hansson, U. (2004). Skall kvinnan föda sitt barn i smärta? Lindberg, B (red). *Svensk kvinnosjukvård under ett sekel*. Svensk förening för obstetric och gynekologi, Uppsala.

Heli, S. (2009). *Föda utan rädsla*. Bokförlaget Bonnier Existens, Lettland.

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5 SUPPL.), 160-172.

- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., & Weston, J. (2012). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Library*, 10.
- Höjeberg, P. (2011) *Jordemor*. Carlssons bokförlag, Stockholm.
- Ingvarsson, L. & Ingvarsson, S. (2013). Kvinnor med negativa förlossningsupplevelser – en kvantitativ studie. Magisteruppsats i reproduktiv och perinatal hälsa vid Göteborgs universitet.
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildigsson, I., & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. Studentlitteratur, Lund.
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur, Lund.
- Lally, J. E., Murtagh, M. J., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More in hope than expectation: A systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354.
- Lundgren, I. (2010). Förlossningsvårdens historia. Berg, M. och Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka- Vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur, Lund.
- Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. Berg, M. och Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka- Vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur, Lund.
- Magnusson, B. (1998). Barnmorskan och förlossningsrädslan. Sjögren, B. (red.) *Förlossningsrädsla*. Studentlitteratur, Lund.
- Nilsson, C. (2010). Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla. Berg, M. Och Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka – vårdande vid barnafödande*. Studentlitteratur, Lund.
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Nordfjell, A., & Persson, E. (2004). Samverkan mellan läkare och barnmorskor. Lindberg, B (red). *Svensk kvinnosjukvård under ett sekel*. Svensk förening för obstetric och gynekologi, Uppsala.
- Nystedt, A., Högberg, U., Lundman, B. (2004). The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 579-586
- Polit, D. F., Beck C.T. (2008) *Nursing research : generating and assessing evidence for*

nursing. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, cop., Philadelphia

Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtat 121228 från www.socialstyrelsen.se.

Svensk författningssamling (1974). *Regeringsformen 1974:152*. Hämtat 130104 från www.riksdagen.se

Tarkka, M-T., Paunonen, M. (1996). Social support and Its impact on mothers' experiences of childbirth. *Journal of advanced nursing*, 23, 70-75.

Tarkka, M-T., Paunonen, M., & Laippala, P. (1999). Importance of the Midwife in the First-time Mother's Experience of Childbirth. *Scand J Caring Sci*, 14, 184-190.

Uvnäs-Moberg, K. (2000). *Lugn och beröring – oxytocinets läkande verkan i kroppen*. Natur och kultur, Stockholm

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.

Waldenström, U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5), 471-482.

Wallén, G. (1996). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Studentlitteratur, Lund

BILAGA 1

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Informationsbrev till vårdenhetschef/verksamhetschef

Vi är två barnmorskestudenter som studerar vid Göteborgs Universitet. Under hösten 2012-hösten 2013 kommer vi att skriva ett examensarbete.

Studiens bakgrund

Forskning visar att upplevelser av förlossningen har betydelse för kvinnor över tid.. Det är viktigt att vi som barnmorskor är medvetna om faktorer som påverkar kvinnans förlossningsupplevelse för att kunna förhindra negativa sådana, som i förlängningen kan leda till ett lidande för kvinnan. År 2011 pågick ett kvalitetsuppföljningsprojekt med syfte att fånga upp kvinnor i behov av samtal tidigt efter förlossningen. Kvinnor fick på en skala från 0-10 skatta förlossningsupplevelsen. Detta skedde på Storkenmottagningen 3-6 dagar post partum.

Vi vill nu genom att intervjua några av de kvinnor som skattat sin förlossning som negativ, dvs. svarade 0-4 på skalan undersöka hur kvinnor med en negativ förlossningsupplevelse beskriver en positiv upplevelse.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av intervjuer med 2-4 kvinnor som skattade förlossningsupplevelsen negativt. Urvalet kommer att ske via det kvalitetsuppföljningsprojekt som beskrivs ovan. . Kvinnorna kommer att få besvara en inledande fråga; kan du berätta om din tidigare förlossning och vad för dig skulle kunna vara en positiv förlossningsupplevelse. Det kan handla både om vad du saknade och vad du skulle önska om du födde barn igen. All information kommer att behandlas konfidentiellt och endast ansvariga för studien kommer att ha tillgång till materialet. Deltagande i intervjuerna är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Examensarbetet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet och deltagarna kommer inte att kunna identifieras i uppsatsen.

Vill du veta mer om vår studie så ring eller skriv gärna till oss eller vår handledare

Ingela Lundgren, ingela.lundgren@gu.se 031-7786052

Med vänlig hälsning

Sara Nyblom

gusnybsa@student.gu.se

mobil: 0704071192

Karin Rydin

gusrydik@student.gu.se

mobil: 0736176680

BILAGA 2

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Studiens bakgrund och syfte

Forskning visar att upplevelser av förlossningen har betydelse för kvinnor över tid. Att få en bra upplevelse är därför mycket viktigt då den kan påverka kvinnan på många olika plan. Genom att prata med kvinnor som haft negativa upplevelser och ta reda på vad för dem skulle vara en positiv upplevelse kan barnmorskan få viktig information för att kunna bemöta kvinnan på bästa sätt. Vi som utför studien är två barnmorskestudenter tillsammans med vår handledare som också är barnmorska. Syftet med studien är att beskriva hur kvinnor med en tidigare negativ förlossningsupplevelse beskriver en positiv förlossning.

Studiens genomförande

Du är utvald eftersom du tidigare har besvarat en enkät i samband med återbesöket på Storken. Du skattade då din förlossningsupplevelse negativt, dvs. 0-4 på en 10-gradig skala. Vi vill nu intervjua Dig för att kunna förstå Dina perspektiv på den tidigare förlossningen. Studien kommer att genomföras i form av intervju, samtalet kommer att spelas in och beräknas att ta cirka 60 min. En fråga kommer att inleda intervjun; kan du berätta om din tidigare förlossning och vad som för dig skulle kunna vara en positiv förlossningsupplevelse. Det kan handla både om vad du saknade under förra förlossningen och vad du skulle önska om du födde barn igen. Platsen för intervjuerna är inte fastställd utan kan bestämmas i samråd mellan intervjuaren och den intervjuade. All information kommer att behandlas konfidentiellt och endast ansvariga för studien kommer att ha tillgång till materialet. Deltagande i intervjuerna är helt frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Examensarbetet kommer att presenteras i form av en magisteruppsats vid Göteborgs Universitet och deltagarna kommer inte att kunna identifieras i uppsatsen. Är Du intresserad av att vara med vill vi att Du kontaktar någon av oss via mail eller mobiltelefon.

Ansvariga

Sara Nyblom

gusnybsa@student.gu.se

Mobil: 0704071192

Karin Rydin

gusrydik@student.gu.se

Mobil: 0736176680

Handledare

Ingela Lundgren

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet

Ingela.lundgren@gu.se

Mobil: 0768672657