



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Omföderskors uppfattning av en normal förlossning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anneli Lindholm
Sofia Mattsson

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Januari 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Omfödorskors uppfattning av en normal förlossning

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Anneli Lindholm, Sofia Mattsson

Handledare: Linda Kvist

Magisteruppsats

Januari 2015

Abstrakt

Förlossningsupplevelsen grundar sig i vilka förväntningar kvinnan har och om komplikationer tillstöter. Förväntningarna och den verkliga förlossningsupplevelsen skiljer sig ofta åt. Detta måste uppmärksammas för att kvinnan ska känna sig delaktig och ha kontroll. Syftet med studien var att beskriva omfödorskors uppfattning av en normal förlossning samt undersöka vilka förväntningar de hade på sin kommande förlossning. En kvalitativ intervjustudie utfördes som bearbetades med kvalitativ innehållsanalys, där 13 omfödorskor inkluderades. I resultatet framkom fyra huvudkategorier; Tidigare förlossningsupplevelse som grund för normalitetsuppfattningen, Att föda med kroppens kraft eller med hjälpmedel, Att känna sig trygg och Att ha kontroll i förlossningssituationen. Uppfattningen av normaliteten visade sig vara komplex utifrån tidsaspekten, delaktighet och interventioner. Förlossningen bör formas efter individens behov och det är inte alltid definitionen av en normal förlossning som i slutändan blir det normala för den födande kvinnan.

Nyckelord

Förväntningar, normal förlossning, omfödorskor

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	3
Normal förlossning	3
Förlossningsupplevelsen	3
Förväntningar	4
Delaktighet och autonomi	5
Perspektiv och utgångspunkter	6
Studiens betydelse	6
Syfte	7
Specifik frågeställning	7
Metod	7
Urval av undersökningsgrupp	7
Genomförande av datainsamling	8
Genomförande av databearbetning	9
Etisk avvägning	10
Förförståelse	10
Resultat	11
Tidigare förlossningsupplevelse som grund för normalitetsuppfattningen	11
Erfarenheter styr uppfattningen	12
Att uppleva tiden som ett mått på normalitet	12
Att se smärtlindring som en del av normal förlossning	13
Att föda med kroppens egen kraft eller med hjälpmedel	14
Interventioner som intrång eller hjälpmedel	14
Kroppens egen kraft	15
Att känna sig trygg	16
Barnmorskans professionella stöd	16
Barnmorskans empatiska förmåga	17
Att känna tillit till barnmorskan	17
Att ha kontroll i förlossningssituationen	18
Att uppleva autonomi	18
Att ha partners stöd	19
Att förlora kontrollen	20
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Diskussion av framtaget resultat	22
Konklusion	27
Förslag till vidare forskning	27
Referenser	28
Bilaga 1 (2)	31
Bilaga 2 (2)	32

Problembeskrivning

Förlossningen är en stor livshändelse som är betydande för kvinnan och barnets framtida välbefinnande (Lundgren, 2009; Lundgren, 2010; Ryding, 2012). Förlossningsupplevelsen kan påverka relationen mellan mor och barn samt relationen mellan kvinnan och hennes partner (Lundgren, 2010). Hur kvinnan upplever sin förlossning grundar sig i om komplikationer tillstöter, vilka förväntningar kvinnan har inför förlossningen samt hennes smärtupplevelse och vårdens organisation (a.a.). Det finns en klyfta mellan kvinnans förväntningar och den verkliga förlossningsupplevelsen som måste uppmärksammas för att kvinnan skall känna sig kompetent och självsäker (Rilby, Jansson, Lindblom & Mårtensson, 2012). Kvinnan önskar vara delaktig under förlossningen, göra egna val och känna att hon har kontroll (Gibbins & Thomson, 2000; Lavander, Walkinshaw & Walton, 1999; Rilby et.al, 2012). Om barnmorskan är medveten om kvinnans förväntningar har hon möjlighet att ge information och stöd samt låta kvinnan vara delaktig i de beslut som fattas. Realistiska förväntningar kan då förhoppningsvis bli uppfyllda vilket kan förbättra förlossningsupplevelsen (a.a.). Studier belyser även att uppfattningen om den unika normaliteten, där den subjektiva och individuella upplevelsen av förlossningen, ur kvinnans perspektiv, anses som det viktigaste (Darra, 2009; Downe, 2004). Barnmorskor kan istället för att fokusera på vad som är normalt, lyssna till varje kvinnas önskemål om sin förlossning och bara ta till de åtgärder som ger henne den omsorg hon behöver. Detta leder till att förlossningsupplevelsen blir unik för kvinnan och därmed får hon en känsla av tillfredsställelse (a.a.). Det är svårt att använda ordet ”normalt” om en förlossningsupplevelse eftersom den är helt individuell och unik för varje kvinna (Darra, 2009).

I en kvantitativ enkätstudie som innefattade 35 förlossningsenheter i Sverige, framkom det att barnmorskor tycker att en förlossning är normal trots att interventioner har använts (Sandin-Bojö & Kvist, 2008). Interventioner så som vacuumextraktion, värkstimulering samt epiduralanestesi (a.a.). Vid förlossningar utan identifierade riskmarkörer ses ofta en kaskad av interventioner och därmed minskar andelen vaginala förlossningar som skulle kunna avslutas utan medicinsk assistans (Tracy, Sullivan, Wang, Black & Tracy, 2007). Därför finns ett behov av att undersöka vad omföderns upplever som normala interventioner inför sin kommande förlossning för att barnmorskan på bästa sätt ska kunna tillgodose kvinnans behov.

Bakgrund

Normal förlossning

En normal förlossning definieras enligt World Health Organization (WHO) som: enkelbörd, graviditetslängd mellan vecka 37+0 och 41+6, att det vid förlossningens start inte föreligger några medicinska riskfaktorer som bedöms kunna påverka förlossningens förlopp eller utfall, att värkarbetet startar spontant, att förloppet är utan komplikationer från värkarbetets start till efter moderkakans framfödande, att barnet föds spontant i huvudbjudning samt att mor och barn mår bra efter förlossningen (World Health Organization, 1996). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska beskrivs att barnmorskor i Sverige självständigt ska ansvara för och ha förmåga att handlägga en normal graviditet, förlossning samt eftervård (Socialstyrelsen, 2005). Det är viktigt att veta kriterierna för en normal förlossning för att barnmorskor och läkare ska ha tydliga riktlinjer för ansvarsfördelning när en förlossning övergår från normal till komplicerad (Lundgren, 2010). En kvinna som redan innan förlossningen har en riskgraviditet kan alltså inte, enligt WHO:s definition, ha en normal förlossning eftersom det inte får finnas några komplikationer när förlossningen startar (World Health Organization, 1996).

Förlossningsupplevelsen

Kvinnors förlossningsupplevelser skiljer sig mycket åt (Lundgren, 2010). En del kvinnor upplever sin förlossning som något positivt medan andra upplever sin förlossning som en traumatisk händelse som de inte vill vara med om igen (a.a.). Det framhävs att en viktig faktor för att kvinnan ska få en positiv upplevelse av förlossningen är kontinuerligt stöd (Lundgren, 2009; Lundgren, 2010; World Health Organization, 1996). Stödet kan komma från partnern eller annan familjemedlem, från en vän, en doula, läkare eller barnmorska (Lundgren, 2009; Lundgren, 2010). För barnmorskan handlar det om att acceptera kvinnans val av stödjande personer och se dem som ett komplement till vården. Ett gott stöd kan ge ett kortare förlossningsförlopp, minskad smärtupplevelse, mindre behov av smärtlindring, lägre frekvens av instrumentella förlossningar samt förbättrad upplevelse av förlossningen (a.a.). WHO anser att kontinuerligt stöd med personer kvinnan känner sig trygg med, är betydelsefullt för en bra

förlossningsupplevelse (World Health Organization, 1996). Det har även visat sig att viktiga element för att få en bra förlossning är respektfull vård, föräldrautbildning under graviditeten, fortlöpande information samt en stödjande, trygg miljö med icke-farmakologisk smärtlindring (Young, 2009). Det har framkommit i studier att olika faktorer kan påverka förlossningsupplevelsen negativt för kvinnan (Rudman, El-Khoury & Waldenström, 2007; Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006). Faktorer som ålder yngre än 25 år, låg utbildningsnivå, ensamstående, oplanerad graviditet, dålig support från partnern och psykiska symtom (Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006). Även avsaknad av postpartumsamtal, stort sjukhus, dålig support från barnmorskan, för lite delaktighet i beslut, missnöje med förlossningsförhållanden samt bristande tillfälle att få amningshjälp, stöd och möjlighet att ställa frågor var faktorer som påverkade förlossningsupplevelsen negativt (a.a.).

Förväntningar

En kvalitativ studie beskriver att kvinnors förväntningar inför förlossningen är varierande (Gibbins & Thomson, 2000). Det kan handla om smärtan som i sin tur kan ge upphov till oro och ångest. Rädsla för kontrollförlust, övergivenhet samt komplikationer som framförallt kunde innebära skador på barnet framkom. Kvinnorna uttryckte även en oro för hur de kommer att klara förlossningen och vilket stöd de får av partnern och barnmorskan (a.a.). Barnmorskan kan genom att ställa frågor om känslor, attityder och förväntningar till kvinnan under graviditeten förbereda henne inför förlossningen (Ryding, 2012). Kunskapen om kvinnors förväntningar och attityder kan hjälpa barnmorskan att informera och stödja kvinnan i sin förmåga att föda barn och att bli mamma (Haines, Rubertsson, Pallant & Hildingsson, 2012). Kvinnans tillfredsställelse under förlossningen är inte alltid korrelerad till graden av smärta eller smärtlindring (Hodnett, 2002; Ryding, 2012). Istället handlar det om kvinnans förväntningar blir uppfyllda eller inte och barnmorskans attityder och bemötande (Hodnett, 2002). Personliga förväntningar, stöd från vårdgivare, kvaliteten på interaktionen mellan vårdgivaren och patienten samt möjlighet till delaktighet i beslut är faktorer som är viktiga för kvinnan (Hodnett, 2002; Lavander, Walkinshaw & Walton, 1999; Lundgren, 2009; Rilby et.al, 2012).

I en kvantitativ studie gjord i både Australien och Sverige där 511 kvinnor inkluderades, framkom det kategorier som identifierade vilka förväntningar kvinnor hade inför

förlossningen samt utfallet av dessa (Haines, Rubertsson, Pallant & Hildingsson, 2012). Kvinnorna i den ”rädda” kategorin var rädda för smärta, att tappa kontrollen och få negativa kroppsliga effekter av förlossningen. Detta innebar en negativ effekt på den emotionella hälsan under graviditeten, en ökad risk för sectio samt en risk för negativ förlossningsupplevelse. Kategorin ”tar det som det kommer” var inte rädda för att föda barn och hade inga förväntningar på sin förlossning. De identifierades som en sårbar grupp med ökad risk för sectio på grund av avsaknad av förväntningar. En tredje kategori ”bestämma själv” hade tydliga synpunkter och förväntningar samt ingen rädsla inför förlossningen. Dessa kvinnor hade den lägsta andelen förlossningar med interventioner. Resultatet tyder på att förväntningar och förlossningsrelaterad rädsla är viktiga faktorer som speglar förlossningsutfallet. Barnmorskor behöver arbeta för en positiv upplevelse genom att förbereda kvinnorna inför förlossningen (a.a.).

Delaktighet och autonomi

Autonomiprincipen innebär individens rätt till självbestämmande (Bolmsjö, 2005). Kvinnan har frihet att välja att acceptera eller avböja den erbjudna vården (Bolmsjö, 2005; SFS 1982:763). Barnmorskor skall respektera kvinnors val och ge stöd i kvinnans ansvar för resultatet av sitt val (SFS 1982:763; Svenska barnmorskeförbundet, 1999). De ska ge stöd i kvinnors rätt att aktivt delta i beslut om sin egen vård och uppmuntra till att föra sin egen talan när det gäller frågor som rör sin egen hälsa (Svenska barnmorskeförbundet, 1999). Barnmorskan är skyldig att informera kvinnan om fördelar och nackdelar på ett sätt som gör att kvinnan kan fatta ett eget beslut (Bolmsjö, 2005; Socialstyrelsen, 2005). För att kunna informera kvinnan korrekt krävs en god kommunikation, utan maktutövning, mellan kvinnan och barnmorskan samt respekt för hennes val och integritet (a.a.). Mödrahälsovårdens (MHV) förmåga att förbereda kvinnan, att kvinnan känner sig delaktig i de beslut som fattas samt bra stöd från förlossningspersonalen och partnern har alla en positiv inverkan på kvinnans förlossningsupplevelse (Ryding, 2012).

Perspektiv och utgångspunkter

I en barnmorsketeori av Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) framkommer det att barnmorskans professionalitet är central för en god omvårdnad av den gravida och födande kvinnan. Enligt teorin finns det fem centrala komponenter som definierar professionalismen hos en skicklig barnmorska; professionell kompetens, professionell och individuell omvårdnad, professionell visdom, kunskap och erfarenhet, personlig utveckling samt förmåga att stärka kommunikationen och ha kunskap i mellanmänskliga relationer. De fem faktorerna utgör tillsammans en professionell helhet (a.a.). Barnmorskan behöver ha en förmåga att sätta sig in i kvinnans situation och därigenom kunna bemöta henne med respekt för hennes åsikter och erfarenheter. Denna mellanmänskliga relation skapar en trygghet och tillit hos kvinnan och därmed kan förlossningsupplevelsen bli god.

Studiens betydelse

Avhandlingen av Hellmark Lindgren (2006) visar att gravida kvinnor i vården tenderar att sjukliggöras. De flesta barnmorskor och läkare ser dock graviditeten och förlossningen som i grunden ett normalt och friskt tillstånd. Avhandlingen visar på svårigheterna med att tala om förlossningen som ett ”naturligt” fenomen när det är påverkat av kultur och teknik. Många kvinnor önskar en så naturlig förlossning som möjligt, med så lite farmakologisk smärtlindring och med så få medicinska ingrepp som möjligt. En naturlig förlossning innebär för kvinnorna en vaginal förlossning som äger rum på sjukhus. Om förlossningen inte blir som kvinnan tänkt sig, kan det leda till besvikelse och känslor av förlust. Kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan är därför mycket viktig för kvinnans förlossningsupplevelse (a.a.).

Målet med omvårdnaden av den gravida och födande kvinnan är att vården skall resultera i att både mamman och barnet mår bra med så få interventioner som möjligt, samt att kvinnan ska få en positiv upplevelse av förlossningen (World Health Organization, 1996). Med anledning av detta är det viktigt att ta reda på vilka förväntningar omfödorskor har på sin förlossning, vad de tycker är normalt och därmed få svar på vilken vård de efterfrågar så att barnmorskor kan möta dessa kvinnor i förlossningsprocessen.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva omfödorskors uppfattning av en normal förlossning.

Specifik frågeställning

Vilka förväntningar har omfödorskor på sin kommande förlossning?

Metod

Studien har genomförts som en empirisk intervjustudie med en kvalitativ ansats. Den kvalitativa metoden inriktas på att öka förståelsen om mänskliga fenomen utifrån den intervjuades perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). För att få svar på syftet har en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats använts, där undersökningen förutsättningslöst har fokuserat på kvinnornas förväntningar och erfarenheter, vilket rekommenderas av Lundman och Hällgren-Graneheim, 2012.

Urval av undersökningsgrupp

Vid urval av undersökningsgrupp har ett bekvämlighetsurval använts på grund av den begränsade tiden för datainsamlingen. Att använda sig utav bekvämlighetsurval innebar att de informanterna som var intresserade av att delta i studien vid tidpunkten för intervjun inkluderades (Polit & Beck, 2006). Studien genomfördes på MHV-mottagningar i Skåne som omfattades av både privata aktörer och av primärvården i Region Skåne. Ett ändamålsenligt urval har använts vilket innebar att kvinnorna var omfödorskor och hade således erfarenhet av minst en tidigare förlossning. Kriterier för att inkluderas i studien var att kvinnorna skulle vara svensktalande. De med tidigare elektiva sectio exkluderades. I studien intervjuades 13 omfödorskor i graviditetsvecka 28-33 i samband med ett barnmorskebesök. Informanterna var

i åldern 27-42 år. Åtta av kvinnorna väntade sitt andra barn, fyra väntade sitt tredje barn och en kvinna väntade sitt fjärde barn.

Genomförande av datainsamling

Fyra verksamhetschefer på MHV-mottagningar i Skåne fick skriftlig information via mail om studien och alla fyra verksamhetschefer gav sitt skriftliga samtycke om studiens genomförande. Dessa verksamheter omfattade totalt 13 MHV-mottagningar i Skåne men endast tre mottagningar var positiva till att medverka i studien. Av de resterande 10 mottagningarna hade en inte möjlighet att medverka på grund av tidsbrist, en lyckades inte rekrytera någon informant och de andra åtta gav ingen respons vid kontakt.

Verksamhetscheferna informerade först barnmorskorna om studien och därefter kontaktade författarna barnmorskorna för att ge muntlig och skriftlig information. Barnmorskorna överlämnade sedan informationsbrev till kvinnorna i samband med ett barnmorskebesök. Kvinnorna som önskade delta i studien tog kontakt med författarna via mail, telefon eller textmeddelande för att bestämma tid och plats för intervju. Informanterna fick information både muntligt och skriftligt av författarna. Information gavs om att intervjuerna spelades in, vilket samtliga informanter gav sitt samtycke till. Enligt Kvale & Brinkmann (2009) används ljudinspelning för att inte tappa koncentrationen och för att få flyt i informanternas utsagor. Intervjuerna genomfördes på MHV i samband med ett barnmorskebesök. Intervjuerna varade i mellan 15-35 minuter och hölls i ett avskilt rum för att undvika avbrott.

Författarna har använt sig av semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide (Bilaga 1) med frågeområden där samma frågor ställdes till alla informanterna. Intervjuguiden som användes inleddes med bakgrundsfrågor, därefter ställdes två öppna ämnesfrågor *"Vad anser du är en normal förlossning?"* och *"Kan du berätta vilka förväntningar och tankar du har inför din kommande förlossning?"*. Dessa frågor följdes upp med fördjupande frågor utefter kvinnans svar, exempelvis *"Hur menar du?"* eller *"Kan du utveckla mer?"*. Slutligen tillfrågades kvinnan om det var något annat hon ville berätta eller tillägga samt om det fanns några oklarheter för henne i intervjun. Informanterna fick tala fritt om ämnet för att kunna delge så detaljerad information som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2009; Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

En pilotintervju där båda författarna medverkade genomfördes för att testa intervjuguiden. Pilotintervjun genomfördes för att upptäcka styrkor och svagheter i intervjun och för att se om intervjuens utformning stämde överens med studiens syfte, vilket den gjorde. Pilotstudien inkluderades därför i studien. Ytterligare två intervjuer utfördes gemensamt av författarna, resterande 10 intervjuer delades upp lika mellan författarna.

Genomförande av databearbetning

Intervjuerna transkriberades ordagrant av respektive författare så snart det var möjligt efter intervjutillfället. Intervjutexterna analyserades därefter med manifest kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Denna analysmetod fokuserade på det som textinnehållet klart uttryckte vilket innebar att de synliga och uppenbara komponenterna i texten beskrevs. Vidare handlade det om att i analysarbetet finna likheter och skillnader som därefter kodades och kategoriserades utifrån texterna (a.a.).

Processen med analysen startade med att de transkriberade texterna lästes flera gånger för att få en uppfattning om innehållet. En del av det transkriberade materialet lästes av handledaren för studien. I texten markerades meningsenheter, i förhållande till syftet, med färg för att sedan kondenseras och kodas. Transkriptionerna med den färgmarkerade texten lästes igenom av båda författarna, för att säkerställa att all väsentlig information hade plockats ut. Meningsenheter, kondenserade meningsenheter och koder placerades i ett analyschema för varje intervju (se tabell 1). Författarna gjorde enskilda analyscheman. Därefter jämförde författarna varandras scheman för att tillsammans utföra kodningen. Resterande del av analysen gjordes gemensamt. Koderna jämfördes med varandra för att finna de med liknande innehåll som därefter slogs tillsammans och bildade underkategorier. Analysen fortsatte genom att finna liknande underkategorier för att sedan skapa kategorier. Analysen med kodning, underkategorier och kategorier diskuterades med handledaren. Intervjutexterna lästes på nytt för att få en uppfattning om kategorierna speglade innehållet i intervjuerna. Efter ett första utkast av resultatet gjordes flera gemensamma justeringar, tills författarna ansåg materialet färdiganalyserat.

TABELL 1 Presentation av meningsenhet, kondenserad meningsenhet och kod

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod
”Att man inte behöver ta till någon sugklocka eller nått liknande eller man behöver inte använda nån medicin för att få igång värkarna, utan att allt bara går som naturen tänkt om man kan säga så.” (1)	Utan hjälp av sugklocka och värkstimulering och att allt går som naturen har tänkt sig.	Sugklocka eller värkstimulering ingår ej i normalt.
”För mig är det inte en normal förlossning att föda hemma, för mig tillhör det lite det onormala.” (2)	För mig är det inte normalt att föda hemma utan det tillhör det onormala.	Onormalt med hemförlossning.

Etisk avvägning

Rådgivande yttrande angående studien har lämnats av Vårdvetenskapliga etiknämnden (WMA Declaration of Helsinki, 2013). Kvinnorna informerades om att deras deltagande var frivilligt och skriftligt samtycke inhämtades från deltagarna. Upplysning gavs om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan negativa följder. Medvetenhet fanns hos författarna angående risken för intrång i den personliga integriteten under intervjun. Hänsyn togs till kravet på konfidentialitet genom att den transkriberade texten avidentifierades och kodades, samt att endast de som arbetade med studien hade tillgång till materialet. Det inspelade materialet och den transkriberade texten förvarades inlåst och förstörs efter studiens avslutande. Resultatet av studien redovisades så att undersökningspersonen inte kunde identifieras (a.a.).

Förförståelse

Med förförståelse menas de kunskaper och tidigare erfarenheter forskaren har samt hur forskaren i förväg uppfattar det som kommer fram i undersökningen (Forssén & Carlstedt, 2012). Författarnas förförståelse utgjordes av att de är mammor och har därmed erfarenhet av egna förlossningsupplevelser. De har tidigare erfarenhet av att arbeta inom slutenvården på neonatalavdelning och onkologavdelning samt hemsjukvård såsom palliativ vård. Författarna har gjort sin verksamhetsförlagda utbildning inom mödrahälsovård och förlossningsvård och har således träffat kvinnor under både graviditet och förlossning. Förförståelsen grundade sig

även i att författarna genom olika artiklar läst att det är svårt att beskriva normalitet och att kvinnorna har olika förväntningar på sin kommande förlossning.

Resultat

Det analyserade materialet resulterade i fyra huvudkategorier och totalt 11 underkategorier (se tabell 2) som alla syftade till att beskriva omföderns uppfattning av en normal förlossning samt vilka förväntningar de hade på sin kommande förlossning.

TABELL 2 Presentation av underkategorier och huvudkategorier

Underkategori	Huvudkategori
Erfarenheter styr uppfattningen	Tidigare förlossningsupplevelse som grund för normalitetsuppfattningen
Att uppleva tiden som ett mått på normalitet	
Att se smärtlindring som en del av normal förlossning	
Interventioner som intrång eller hjälpmedel	Att föda med kroppens egen kraft eller med hjälpmedel
Kroppens egen kraft	
Barnmorskans professionella stöd	Att känna sig trygg
Barnmorskans empatiska förmåga	
Att känna tillit till barnmorskan	
Att uppleva autonomi	Att ha kontroll i förlossningssituationen
Att ha partners stöd	
Att förlora kontrollen	

Tidigare förlossningsupplevelse som grund för normalitetsuppfattningen

Uppfattningen om begreppet ”normalitet” var mångsidig hos informanterna och speglade deras individuella upplevelse av sin tidigare förlossning. Olika aspekter som tid, smärtlindring och värkstimulering ingick i informanternas syn på normaliteten.

Erfarenheter styr uppfattningen

Uppfattningen av vad som kunde anses vara en normal förlossning påverkades av infomanternas egna upplevelser av tidigare förlossningar. De beskrev att den förra förlossningen innebar det normala oavsett om informanterna hade erfarenhet av interventioner såsom värkstimulering, vacuumextraktion, akut sectio eller andra oförutsedda komplikationer.

”Ja, alltså det som är normalt för mig känner jag ändå är just min förlossning.” (2)

”Ja, alltså... jag fick ju använda sugklocka på slutet, men... men läkaren sa att det var mest för att peppa mig. För det behövdes egentligen inte. Men... ja... alltså som min förlossning var... jag tycker den var normal.” (4)

Omfödernorna ansåg att det mest normala var att föda på sjukhus istället för en hemförlossning. Normalitetsbegreppet innefattade även att förlossningens olika faser passerade i rätt ordning med vattenavgång, värkar och krystvärkar.

Att uppleva tiden som ett mått på normalitet

Tidsaspekten påverkade informanternas syn på normaliteten. En förlossning som framskred utan att ta lång tid betraktades som normal. Både de informanter som tidigare haft en snabb förlossning och de som hade erfarenhet av en långdragen förlossning önskade ett snabbt förlopp. Variationen var stor hos informanterna angående uppfattningen av förlossningens längd. Allt från tre timmar till flera dygn ansågs vara normalt. Dock framkom det att vid ett mycket snabbt förlopp vid förra förlossningen, fanns en önskan om att vara längre tid inne på förlossningsavdelningen istället för att riskera att föda i bilen eller att precis hinna in vid nästkommande förlossning. Även en tro på att ett litet barn skulle ge en snabb förlossning fanns.

”Vattnet har gått och det ska inte ta mer än tre timmar...” (9)

”Ja en normal förlossning... det är väl att det tar inte allt för många dagar, man får värkarna ganska fort och du får barnet ganska fort.” (8)

En långdragen förlossning ansågs kunna ge extrem trötthet och minnesluckor och var därmed inte längre normal. Vid en långdragen förlossning hade omföderna olika syn på om värkstimulering var normalt eller onormalt. När värkstimulerande dropp ansågs normalt var det för att påskynda förlossningsförloppet eftersom det innebar att mötet med barnet skulle ske tidigare.

”Ja det tycker ja. ... Det kommer ju ändå gå normalt till... bara att man påskyndar.” (4)

Att se smärtlindring som en del av normal förlossning

Informanternas tidigare erfarenheter av smärtlindring speglade deras tankar inför den kommande förlossningen. Informanterna som uttryckte en positiv upplevelse av epiduralanestesi önskade få det igen och kunde uttrycka att den gjorde att de kunde slappna av under förlossningen.

”... andra gången hade jag ryggmärgsbedövning och den var ju bra så den tänker jag den vill jag ha nu om det skulle vara så att det behövs.” (11)

Smärtan som omföderna upplevt under tidigare förlossning innebar inte att de hade en rädsla inför kommande förlossning utan de kände en trygghet till den smärtlindring som fanns att tillgå. Det framkom att informanterna hade en positiv inställning till alternativ smärtlindring såsom bad och akupunktur. Det fanns en öppenhet hos informanterna att våga prova smärtlindringsmetoder som inte fungerat förra gången då de tänkte att det kunde bli annorlunda nästkommande förlossning.

”Det kan ju faktiskt vara så att de grejerna funkar denna gången alltså typ akupunkturen, badet alltså alla de här grejerna som finns runt om kring kan ju funka denna gången fast de inte funkade förra gången.” (5)

Omföderna menade att epiduralanestesi, lustgas och alternativa metoder ingick i den normala förlossningen. Smärtlindring ansågs vara ett hjälpmedel som användes under förlossningen. Informanterna upplevde det inte som någon prestigeförlust att få epiduralanestesi utan som en naturlig del i förlossningsförloppet. Erfarenhet fanns om att epiduralanestesi gav känselbortfall vilket kunde göra att kvinnan inte kände sina krystvärkar och då var i behov av att barnmorskan påtalade när värken kom, då ansågs epiduralanestesi som onormalt.

”Sen tänker jag så här också att normal förlossning då använder man alla sorters bedövning, nu hann ju inte jag det. Men lustgas och epidural anser jag en del av normal förlossning.” (7)

Att föda med kroppens egen kraft eller med hjälpmedel

Omfödernas uppfattning av normaliteten vid en förlossning var mycket komplex och det sågs en stor variation inom området. Normaliteten vid en förlossning kunde innebära både en användning av interventioner bara barnet mår bra samt att kroppen skulle sköta förlossningen helt själv.

Interventioner som intrång eller hjälpmedel

Omföderna tenderade att se både det normala och det onormala i interventionerna som användes. Det centrala för uppfattningen om normalitet var att barnet mår bra när det föddes oberoende om sectio, vacuumextraktion eller tång användes för att avsluta förlossningen. Omföderna såg interventionerna enbart som hjälpmedel.

”... klocka, tång och det var snitt och epidural... de här sakerna är normalt, ja det är ju hjälpmedel.” (5)

”Det är beroende på hur utgången blir [av akut sectio], blir det att barnet mår bra att det kommer ut och mår bra... så jag tycker nog inte att det känns jätte onormalt.” (11)

Tyngdpunkten i omfödernors uttalanden om normaliteten låg i att barnet skulle må bra efter förlossningen oavsett vilka interventioner som användes. Informanterna uttryckte att barnets välmående kom före eventuella ingrepp på sin egen kropp.

”... allt ska vara bra med bebisen så är jag nöjd liksom, sen får dom gör vad som helst, det får de göra med mig, men så länge det inte händer något med den lille...” (8)

Även motsatsen fanns bland informanternas utsagor, där sectio, vacuumextraktion och att inducera en förlossning istället ansågs ingå i den icke-normala förlossningen. Det framkom även att det upplevdes icke-normalt med sätesförlossning, prematur förlossning, stora bristningar och placentarettention.

”Alltså för mig är nog... ett snitt hade inte varit normalt för mig om det hade blivit att jag hade behövt göra ett akut snitt. Då hade jag inte känt att jag hade haft en normal förlossning.” (3)

Att använda läkemedel som påverkade kroppen tyckte en del informanter var onormalt medan andra sa att värkstimulering var normalt.

”Jag det kan jag säga, jag tycker inte det är normalt att få sån medicin som ska skynda på, och det fick ju jag och jag är väldigt anti det.” (6)

”De säger att man ska få värkstimulerande dropp och så får man det, men dropp är ju någonting bra och tänker man inte mer på det... jag tycker det är normalt.” (10)

Kroppens egen kraft

En normal förlossning upplevdes av omfödernorna som en förlossning där kroppen fick sköta sig själv. Förlossningen framskred utan hinder, barnet föddes vaginalt med kroppens egen kraft, utan komplikationer för både mor och barn.

”En normal förlossning är en vaginal förlossning där, ja..., det inte blir några komplikationer helt enkelt. Ja, alltså jag tänker normal det är när barnet kommer ut med mammans kraft så att säga.” (1)

”Att naturen har sin egen gång eller vad man ska säga. Att kroppen fixar det, att mamman fixar det och att barnet fixar det.” (7)

Att känna sig trygg

Informanterna lade stor vikt i stödet, tryggheten och bemötandet de fick av barnmorskan vid förra förlossningen. Det speglade förväntningarna på barnmorskan inför den kommande förlossningen. Trygghet och kunskap blev centrala begrepp som informanterna uttryckte var betydelsefullt hos barnmorskan.

Barnmorskans professionella stöd

Det ansågs betydande för den kommande födelsen att barnmorskan skulle ge bra stöd under förlossningen. Stöd i form av uppmuntran och vägledning var i högsta grad betydelsefullt för informanterna. Stödet från barnmorskan kunde innebära att informanten fick kraften att genomföra förlossningen. Det framkom även att de förväntade sig att stödet skulle finnas i den situation som de behövde det.

”Stödet från barnmorskan det tycker jag är viktigt, framförallt i sista skeendet ju, så mycket innan nja då är man mycket uppe i sitt eget utan just det här pushningen där sista biten och att man blir lite styrd det tycker jag att man behöver faktiskt den sista biten.” (10)

Barnmorskans empatiska förmåga

Att barnmorskan har en empatisk förmåga uttrycktes vara betydelsefullt inför den kommande förlossningssituationen. Informanterna upplevde att det första mötet med barnmorskan lade grunden till förlossningsupplevelsen.

”Bemöter en barnmorska så vill man gärna att hon är väldigt jordnära och väldigt... bryr sig om sin patient alltså har empatin.” (5)

Det uttrycktes att tidigare negativa erfarenheter av barnmorskan de träffade på förlossningen skapade oro och en ogynnsam upplevelse. Omföderna önskade istället ett tryggt, positivt och individuellt bemötande vid ankomst till förlossningsavdelningen. Informanterna uttryckte att de vid sin förra förlossning oftast upplevde ett individuellt bemötande på förlossningen trots hög arbetsbelastning, vilket de såg som positivt.

”När vi kom in så fick jag en bra känsla, jag fick en, en... personalen som mötte upp mig var väldigt omhändertagande, väldigt måna om mig Att man känner ju, alltså just det här att bli bemött som människa och inte en i mängden utan det är det här lite individuella ändå, och där var ganska mycket barn som föddes under det dygnet.” (2)

Stor vikt lades också i att personkemin stämde mellan informanten och barnmorskan och att barnmorskan hade förmågan att kunna läsa av kvinnan och känna av individens behov samt lyssna in önskemål.

”Hon va ja jag fick väldigt bra... det var kanske som vi klickade rent personkemi mässigt också.” (2)

Att känna tillit till barnmorskan

Informanterna upplevde en känsla av trygghet under sin förra förlossningen, vilket de även förväntade sig inför den kommande förlossningen. Tryggheten kunde komma både från barnmorskor och från övrig personal. Tryggheten som skapades av personalen berodde på den

kunskapen som personalen hade. Detta ledde till ett starkt förtroende och en stark tillit till barnmorskan.

”Att jag kände mig trygg hela tiden. Hon var så pushande sen kanske de säger samma sak till alla men hon kändes väldigt trygg och peppade oss väldigt bra och så.” (1)

”Men det var så bra personal då. Så jag kände mig väldigt trygg med det.” (9)

Informanterna uttryckte att närvaro av en personal och känslan av tillit, trygghet och empati kunde leda till mindre behov av smärtlindring.

”Ja, ja då kan man nog vara mycket utan smärtlindring och så bara man har dem bredvid sig så man känner just de grejerna.” (5)

Att ha kontroll i förlossningssituationen

Centralt för informanterna var att barnmorskan skulle se och lyssna till den enskilda kvinnans behov vid kommande förlossning. Barnmorskan skulle lotsa kvinnan med sin kompetens och erfarenhet och inte sätta sig över hennes egen vilja. Partnern var ett komplement till barnmorskans närvaro med sin kontinuerliga närvaro och sitt stöd för sin kvinna. Informantens tidigare förlossningserfarenhet gjorde att det fanns en viss oro och rädsla att förlora kontrollen för oförutsedda komplikationer vid nästkommande förlossning.

Att uppleva autonomi

Det framkom att informanternas autonomi var betydelsefull för förlossningsupplevelsen. De uttryckte att de önskade få igenom sin vilja och att våga stå på sig gentemot barnmorskan. Barnmorskan skulle ge alternativ och valmöjligheter när det gällde råd vid smärtlindring men det var viktigt att informanten själv fick välja. Att känna sig delaktig i beslut kring förlossningen uttrycktes som betydande.

”Men det är ju viktigt att man blir avläst och så vill man ha rätt information vid rätt tillfälle... alltså att man får ändå en åsikt men att det ändå är mitt beslut.”

(10)

Barnmorskan bestämde ibland vilket gjorde att informanterna inte vågade säga emot då de tänkte att personalen visste bäst. Detta innebar att de följde barnmorskans uppmaningar. Informanterna hade dessutom en känsla av att vara utelämnade samt en känsla av stark beroendeställning under förlossningen.

”Sen så tycker jag ju personligen då att ja har upplevt att det [smärtlindring] styrs väldigt mycket av ansvarig barnmorska, men inte så mycket av vad jag tycker utan vad den personen tycker.” (13)

”Man är ju i en väldigt utsatt situation, eller man är i en väldigt beroende situation. Man är inte sjuk men man är ändå på sjukhus. Man är ju väldigt beroende av personalen och man är väldigt ensam tyckte jag och sen vet man ingenting, framförallt första gången.” (6)

Att ha partners stöd

Partners stöd var viktigt för informanterna under tidigare förlossning. De beskrev att stödet från partnern betydde mycket och gav en känsla av trygghet vilket de värderade högt inför kommande förlossning. Partners delaktighet under förlossningen upplevdes som positivt då paret blev ett team med ett gemensamt mål vilket gav informanterna en känsla av kontroll.

”För jag visste ju att han var ju min trygghet, det var ju hans hand jag höll.”

(2)

En annan synvinkel som framkom hos informanterna var att stödet från partnern inte var det primära utan kvinnan måste lita på sig själv när det gäller att klara av förlossningen.

Att förlora kontrollen

Omföderna uttryckte att de hade en ökad oro inför förlossningen på grund av tidigare erfarenheter och kunskap om vad som eventuellt kunde hända. Det kunde vara en rädsla för att få en bristning, för vacuumextraktion eller för att dö. Oron och rädslan handlade om en kontrollförlust inför komplikationer som inte gick att förutse eller som informanterna inte själv kunde påverka.

”Jag är mer rädd eller orolig denna gången än jag var förra gången för då visste man inte så mycket. Nu vet man ju mer vad som kan hända och vad som kan uppstå under en förlossning.” (8)

Det fanns en oro för platsbrist och personalbrist på den förlossningsenhet som informanterna hade planerat att vända sig till vid förlossningsstart, vilket gav en känsla av att tappa kontrollen. Andra situationer som istället gav kontroll uttrycktes vara induktion av förlossningen och elektivt sectio.

”Vi har diskuterat att vi ska bestämma en igångsättning. Och då slipper man... asså... då slipper man de här tankarna liksom att man inte har kontroll.” (12)

Diskussion

Diskussion av vald metod

För att få svar på syftet har en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats använts vilket syftade till att utifrån informanternas upplevelser försöka förstå hur de uppfattade sin livsvärld (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Författarna valde att göra en kvalitativ intervjustudie för att förutsättningslöst fokusera på kvinnornas förväntningar och uppfattningar. Författarna kommer att diskutera trovärdigheten i resultatet utifrån begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna använde sig utav bekvämlighetsurval vilket innebar att informanterna som var intresserade av att delta i studien vid tidpunkten för intervjun inkluderas (Polit & Beck, 2006). Informanterna representerades endast från ett fåtal MHV-mottagningar vilket kan påverka giltigheten av hur omföderns uppfattning om normalitet är. I studien intervjuades 13 kvinnor i graviditetsvecka 28-33. Informanterna var i åldern 27-42 år och de väntade allt från sitt andra till sitt fjärde barn, vilket gav en bra variation och därmed god överförbarhet till andra omföderns. Ett ändamålsenligt urval användes som innebar att kvinnorna var omföderns och hade således erfarenhet av minst en tidigare förlossning, vilket stärker studiens giltighet (Polit & Beck, 2006). Anledningen till att författarna valde att intervjua omföderns och inte förstföderns var för att det är svårt att definiera en normal förlossning prospektivt (Darra, 2009). Kvinnor som inte talade svenska exkluderades på grund av tidsbrist och kostnaden att rekrytera tolk.

Författarna använde sig av semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide med frågeområden där samma frågor ställdes på samma sätt till alla informanterna (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2008). Författarna hade begränsad erfarenhet av intervjuetodik, vilket kan ses som en svaghet. Därför utfördes tre intervjuer tillsammans för att säkerställa att intervjutekniken var densamma. Den första av dessa intervjuer var en pilotintervju som genomfördes för att upptäcka styrkor och svagheter samt för att se om intervjuens utformning överensstämde med studiens syfte. De två sista intervjuerna som genomfördes ansågs mättade då det inte framkom någon ny information utan istället återkom liknande data, vilket kan ses som en styrka då det bekräftade det som redan framkommit. Ett problem som författarna stötte på var kvinnornas svårighet att tänka på sin kommande förlossning då de ofta återkom till sina tidigare förlossningsupplevelser. En reflektion som författarna har gjort var att de i större utsträckning skulle ha avbrutit informanterna för att leda dem tillbaka till frågeställningen som handlade om förväntningar inför den kommande förlossningen och inte om den föregående förlossningsupplevelsen.

Vid en kvalitativ ansats blir författarna medskapare till texten när följdfrågor används under intervjun (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012). Delaktigheten medför att resultatet inte kan ses som oberoende av författarna (a.a.). Giltigheten i studien stärktes sedermera av att intervjuerna innehöll öppna frågor och ljudinspelades, vilket gjordes för att säkerställa att materialet överensstämde med informanternas berättelse (Lundman & Hällgren-Graneheim,

2012; Polit & Beck, 2006). En styrka i resultatet var att materialet med de transkriberade texterna samt analysen med kodning, underkategorier och kategorier har tolkats genom grundligt resonemang och reflektion för att förtydliga innehållet. Materialet har bearbetats av båda författarna samt diskuterats med handledaren vilket har ökat tillförlitligheten eftersom det har bekräftats hur resultatet är rubricerat och sorterat (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012; Polit & Beck, 2006). En reflektionsprocess som denna ger en ökad stringens vilket leder till att tillförlitligheten stärks (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2012).

Överförbarhet innebär i vilken utsträckning resultatet kan överföras till andra liknande sammanhang och grupper med hänseende till hur tydligt urval, datainsamling och analysprocessen har beskrivits (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna ser ingen grund till att resultatet inte kan överföras till en liknande kontext. Citat från intervjutexterna har presenterats i resultatet för att stärka trovärdigheten och överförbarheten (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2006). Citaten illustrerar det analyserade materialet vilket överensstämmer med koder och kategorier (a.a.).

Eftersom författarna inte har arbetat inom förlossningsvården anses inte studiens trovärdighet ha påverkats. Den teoretiska förståelse som gavs genom granskning av vetenskapliga studier inom området har författarna medvetet försökt ställa åt sidan under forskningstiden, vilket rekommenderas av Polit & Beck (2006).

Diskussion av framtaget resultat

I resultatdiskussionen kommer huvudsakligen tre aspekter som framkom i resultatet att diskuteras. Dessa aspekter är: att informanterna beskrev att tidsaspekten var viktigt när de definierade en normal förlossning, att normalitetsbegreppet beskrevs utifrån erfarenhet av tidigare förlossning oavsett användningen av interventioner samt vikten av att ha kontroll över sin förlossning och därmed få vara delaktig i beslut som togs.

I resultatet framkom att informanterna ansåg att tiden var central för uppfattningen om normaliteten i förlossningsupplevelsen. Informanterna uttryckte durationen av förlossningen mycket olika i klocktimmar vilket troligen har sin grund i att det finns två olika sorters tid. Precis som fysiker och professor Jönsson (1999) uttrycker finns det personlig, alltså upplevd tid, samt klocktid. Jönsson (1999) menar att den personliga tiden inte är pålitlig utan varierar

beroende på den situation som personen befinner sig i. Den personliga tiden är bara din och personen upplever den i sina tankar och med sina känslor (a.a.). När informanterna talade om tiden antar författarna att det inte alltid handlade om antal klocktimmar som gått utan informantens upplevda tid relaterat till föregående förlossning. Om förra förlossningen var snabb, enligt den personliga definitionen, förväntade informanterna sig åter en snabb förlossning. Tidsbegreppet i klocktid var följaktligen inte samma för de olika kvinnorna. Downe (2006) tar upp hur normen om längden på förlossningen har förändrats genom åren och redogör för att medellängden på en förstföderskas förlossning, redan 1931, beskrevs som 15-20 timmar. Allt eftersom tiden gick ändrades tidsaspekten för den normala förlossningen och år 1958 var tiden för en normal förlossning 12 timmar medan 1975 var tiden reducerad till 11 timmar. I modern tid förklarar Downe (2006), att längden på förlossningen varierar individuellt och att ange en genomsnittlig tid för en förlossning kan vara mycket missvisande. Studier har visat att kvinnor med en förlängd förlossning oftare har en negativ förlossningsupplevelse jämfört med de kvinnor som har en kort förlossning, som då ansågs vara normal (Nystedt, Högberg & Lundman, 2004; Tarkka, Paunonen & Laippala, 2000). En kortare förlossning ansågs vara en bidragande faktor till en positiv förlossningsupplevelse (a.a.). Detta stärker studiens trovärdighet då informanterna beskrev att tiden hade betydelse för normaliteten samt att de uttryckte att ett snabbt förlossningsförlopp var mer normalt än ett långdraget förlopp.

I resultatet framkom att informanternas erfarenheter av tidigare förlossningar styrde uppfattningen om vad just de ansåg vara en normal förlossning. Första förlossningen var således viktig som grund för kommande förlossningar. I andra studier har det framkommit att föregående förlossning påverkar mödrars kommande förlossningar både positivt och negativt (Dencker, Taft, Bergqvist, Lilja & Berg, 2010). En negativ första förlossningsupplevelse ökade även risken för en negativ inställning inför kommande förlossningar och valet av förlossningssätt. En normal första förlossningsupplevelse var av stor vikt för att kvinnan skulle få fler positiva förlossningsupplevelser. Hos kvinnor med tidigare negativa upplevelser sågs oftare förlossningsrädsla och önskan om elektivt sectio (a.a.). En studie beskrev att förklaringen om vad som var en normal förlossning inte var det viktigaste utan det var om kvinnan uppfattade sin förlossning som normal eller inte (Wackerhausen, 1999). Informanternas berättelser om att deras egen förlossningsupplevelse blev den normala stärks av de studier som har presenterats.

Studier pekar på att naturlig eller normal förlossning har olika innebörd för olika kvinnor (Wackerhausen 1999; Waldenström, 2007). För en del kan normal förlossning innebära en naturlig vaginal förlossning och för andra en vaginal förlossning som inkluderar interventioner (a.a.). Wackerhausen (1999) förklarade det positiva av termen naturlig och beskrev att vilken intervention som helst kan vara naturlig om den uppfyller vissa kriterier. Kriterier till att använda interventioner beskrevs som att undvika död eller skador och att istället främja lycka och välbefinnande, och då blev interventionen positiv (a.a.). En annan studie av Bibeau (2014) visade att amerikanska kvinnor var tveksamma till interventioner under förlossningen. Men om kvinnan var i behov av interventionerna och barnmorskan beslutade att ingripa upplevde kvinnorna sig trots det trygga. Deltagarna i studien av Bibeau (2014) hade olika preferenser angående interventioner under förlossningen men de flesta kvinnorna prioriterade säkerheten för barnet först och såg då interventionerna som en väg att minimera riskerna (a.a.). Detta upptäckte även författarna till föregående studie bland informanterna, att det viktigaste blev ett välmående barn och inte vilka interventioner som hade använts för att komma dit.

Informanterna uttryckte att det var viktigt att ha kontroll under förlossningen eller tvärtom en rädsla för att mista kontrollen. Förväntningar inför den kommande förlossningen var att få vara väl informerad och delaktig i beslut vilket då gav en känsla av kontroll. Flera studier stärker resultatets trovärdighet då de har visat att kvinnorna vill ta en aktiv del i sin förlossning och därmed få en känsla av att ha kontroll (Gibbins & Thomson, 2001; Lavander, Walkinshaw & Walton, 1999; Rilby et.al, 2012; Waldenström, Rudman & Hildingsson, 2006). Att ha en känsla av kontroll, få möjlighet till delaktighet och självbestämmande angående förlossningen var väsentligt för kvinnorna och stämmer väl överens med begreppet empowerment. Empowerment handlar om människors förmåga och vilja att påverka sin livssituation. Det kan beskrivas som individuell egenmakt över personliga val, makt att själv bestämma över egna behov och friheten att hävda sina åsikter (Kjellman & Tideman, 2010).

För att en kvinna ska känna sig trygg och säker under sin förlossning menade studien skriven av Nilsson, Thorsell, Hertfelt Wahn & Ekström (2013) att kvinnan måste bli bekräftad som en unik individ av både personal och partner. Studien visade även att en snabb progress av förlossningen och professionellt stöd gav en känsla av tillfredsställelse samt att tilliten till barnmorskan och personkemin mellan kvinnan och barnmorskan var av stor vikt för den kommande upplevelsen. Det framkom även i studien att en positiv upplevelse av

förlossningen skapades vid kontinuerlig närvaro av barnmorska eller partner. Kvinnorna som blev individuellt bemötta hade oftare en positiv förlossningsupplevelse (a.a.). Vård och behandling ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och bygga på respekt, autonomi, värdighet och integritet för patienten (SFS 1982:763; Socialstyrelsen, 2005). Resultatet visade att professionellt stöd och närvaro från barnmorskan var väsentligt för informanterna. Vikten av en snabb progress av förlossningen, stöd, tillit till barnmorskan samt en önskan om att personkemin stämde var saker informanterna förväntade sig inför sin kommande förlossning. Barnmorskans professionella stöd hade således stor betydelse för informanterna då det gällde deras förväntningar inför nästkommande förlossning men även professionellt stöd sågs som en del i den normala förlossningen. Detta styrks i avhandlingen av Hellmark Lindgren (2006) där det framkom att kommunikationen mellan barnmorskan och kvinnan var av stor vikt för att kvinnans förlossningsupplevelse inte skulle leda till besvikelse.

Författarna har valt att koppla resultatet till en barnmorsketeori av Halldorsdottir & Karlsdottir (2011). I teorin framkommer det att barnmorskans professionalitet är central för en god omvårdnad av den födande kvinnan. Fem centrala komponenter belyses som definierar professionalismen hos en skicklig barnmorska och utgör tillsammans en professionell helhet (se figur 1).

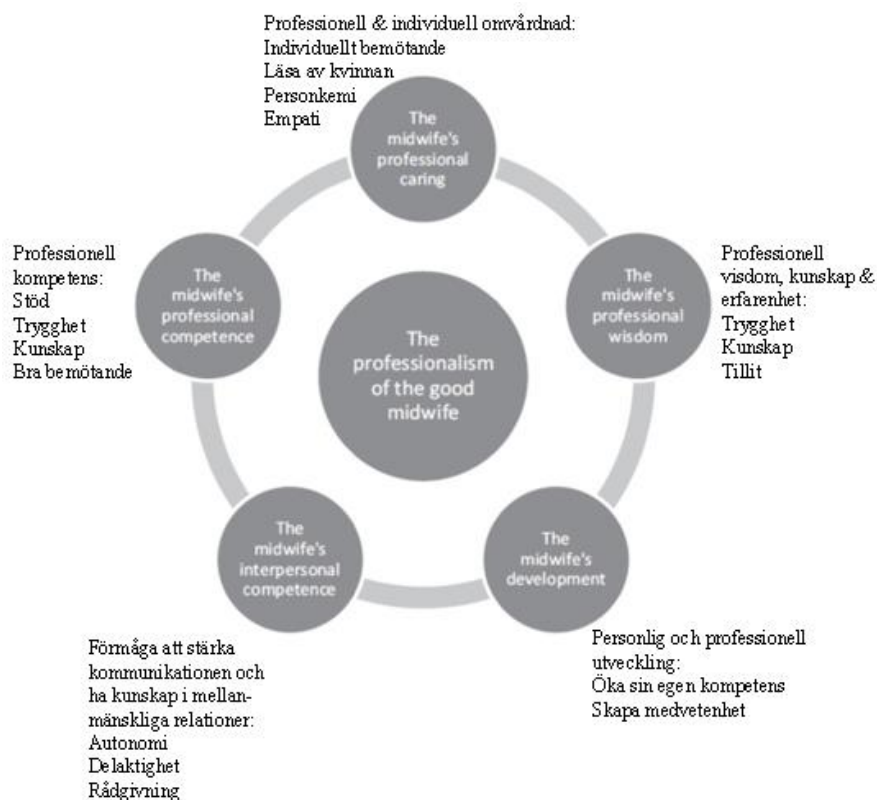
I resultatet framkom det att *barnmorskans professionella kompetens* var betydelsefull för informanterna. De lade stor vikt i stödet, tryggheten och bemötandet som de fick av barnmorskan vid förra förlossningen, vilket även blev förväntningen inför den kommande förlossningen. Barnmorskans förmåga att ge professionellt stöd kunde ge informanten kraften att genomföra förlossningen. Att kunna ge stöd, inge trygghet och förmedla kunskap är en del av barnmorskans professionella kompetens.

Professionell och individuell omvårdnad innebar att barnmorskan behövde ha en förmåga att sätta sig in i kvinnans situation och därigenom kunna bemöta henne med respekt för hennes åsikter och erfarenheter. I resultatet framkom att stor vikt lades på barnmorskans individuella omvårdnad och bemötande vilket innebar att personkemin stämde samt att barnmorskan hade förmåga att läsa av informantens behov.

Barnmorskans professionella visdom, kunskap & erfarenhet visade sig vara betydelsefulla för informanterna. Kunskapen och erfarenheten hos barnmorskan ledde till trygghet och en känsla av tillit hos informanterna.

I resultatet framkom det att i *barnmorskans personliga och professionella utveckling* var det viktigt att ta reda på vilka förväntningar informanterna hade på sin förlossning, vad de ansåg var normalt och därmed få svar på vilken vård de efterfrågade så att barnmorskan kunde möta kvinnan i förlossningsprocessen. Realistiska förväntningar kunde då förhoppningsvis bli uppfyllda vilket förbättrade kvinnans förlossningsupplevelse. Om barnmorskan var medveten om kvinnans förväntningar hade hon möjlighet att ge information och stöd samt låta kvinnan vara delaktig i de beslut som fattades.

I resultatet framkom det även att *barnmorskans förmåga att stärka kommunikationen och ha kunskap i mellanmänniska relationer* innebar att informanterna fick känna sig delaktiga i beslut som fattades kring förlossningen. Barnmorskan skulle ge alternativ och valmöjligheter när det gällde råd vid smärtlindring men det var viktigt att informanten själv fick välja. Det framkom dessutom att informanternas autonomi var betydelsefull för utfallet av förlossningsupplevelsen.



FIGUR 1 Resultatet presenterat i *The professionalism of the good midwife* (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011)

Konklusion

I resultatet framkom det att tidsaspekten var avgörande för omfödernors uppfattning om normaliteten samt att hennes tidigare förlossningsupplevelse lade grunden för normalitetsuppfattningen och att många interventioner ansågs ingå i den normala förlossningen bara barnet mår bra när det föddes. Genom att belysa komplexiteten i kvinnornas uppfattning av normaliteten, kan förståelsen och kunskapen ökas hos barnmorskor inom förlossningsvården. På så sätt kan en god vårdrelation skapas utifrån kvinnans individuella uppfattning och därmed ges förutsättningarna för en positiv förlossningsupplevelse.

Kvinnans uppfattning om normaliteten styrs av barnmorskans förmåga att ge kvinnan professionellt stöd samt kvinnans tidigare förlossningsupplevelse. Relationen till barnmorskan och närvaron av denna var något som kvinnorna förväntade sig under förlossningen. En närvarande barnmorska kan då genom sin kunskap skapa trygghet för kvinnan och partnern. Förlossningen bör formas efter individens behov och det är inte alltid definitionen av en normal förlossning som i slutändan blir det normala för den födande kvinnan.

Förslag till vidare forskning

Angående normalitetsbegreppet indikerar resultatet att det hade varit av intresse att ta del av ett resultat från en kvantitativ studie för att få tydlighet i om vilka interventioner som uppfattas normalt av kvinnorna i en större population. Det hade även varit intressant att utföra en kvalitativ intervjustudie där tidsuppfattningen efterfrågas i en djupare dimension. Då tiden ansågs viktig för kvinnorna hade det varit lärorikt att veta om omfödernorna menade upplevd tid eller klocktid samt räknade med latensfas eller enbart aktiv fas i tidsuppfattningen av förlossningen.

Referenser

- Bibeau, A. M. (2014). Interventions during labor and birth in the United States: A qualitative analysis of women's experiences. *Sexual & Reproductive Healthcare* 5, 167-173.
- Bolmsjö, I. (2005). *De fyra principerna*. Vårdalsinstitutets Tematiska rum: Etik. Hämtad 3 april, 2014, från <http://www.vardalsinstitutet.net>.
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good enough' birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry*, 16(4), 297-305.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H. & Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 81.
- Downe, S. (2004). *Normal childbirth: Evidence and debate*. London: Churchill Livingstone.
- Downe, S. (2006). Engaging with the concept of unique normality in childbirth. *British Journal of Midwifery*, 1(6), 352-356.
- Forssén, A. & Carlstedt, G. (2011). Feministisk forskning – ett exempel. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (sid. 75-93). Lund: Studentlitteratur
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2000). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17, 302-313.
- 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.
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F. & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12:55.
- Halldórsdóttir, S. & Karlsdóttir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25, 806-817.
- Hellmark Lindgren, B. (2006). *Pregnoscape, den gravida kroppen som arena för motstridiga perspektiv på risk, kön och medicinsk teknik*. Department of Cultural Anthropology and Ethnology at Uppsala University.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 186, 160-172.
- Jönsson, B. (1999). *Tio tankar om tid*. Stockholm: Brombergs bokförlag.

Kjellman, C. & Tiderman, M. (2010). Funktionshinder och hälsa - om att ta plats och makt. I Hallberg, L, R-M, (Red.), *Hälsa och livsstil – Forskning & praktiska tillämpningar*. (sid.113-135). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

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

Lundgren, I. (2009). Professionellt förhållningsätt. I A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Red.). *Lärobok för barnmorskor*. (s.45-79). Lund: Studentlitteratur.

Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I M. Berg & I. Lundgren (Red.). *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande*. (s.117-143). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & Höglund-Nielsen, B (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.

Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*. doi:10.1155/2013/349124.

Nystedt, A., Högberg, U. & Lundman, B. (2004). The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *Journal of Clinical Nursing* 14(5), 579-86.

Polit, D. F. & Beck, C.T. (2006). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins.

Rilby, L., Jansson, S., Lindblom, B. & Mårtensson, L.B. (2012). A Qualitative Study of Women's Feelings About Future Childbirth: Dread and Delight. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 120-125.

Rudman, A., El-Khoury B. & Waldenström, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing*, 59(5), 474–487.

Ryding, E-L. (2012). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Red.). *Obstetrik* (s.135-150). Lund: Studentlitteratur.

Sandin-Bojö, A-K. & Kvist, L. J. (2008). Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth*, 35(4), 321-328.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 1 december, 2014, från Socialstyrelsen

http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Svenska barnmorskeförbundet. (1999). *ICM:s Etiska kod för barnmorskor*. Stockholm: Svenska barnmorskeförbundet.

Tarkka, M., Paunonen, M. & Laippala, P., (2000). How first-time mothers cope with child care while still in the maternity ward. *International Journal of Nursing Practice* 6, 97–104.

Tracy, S. K., Sullivan, E., Wang, Y. A., Black, D. & Tracy, M. (2007). Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study. *Women and Birth*, 20(2), 41-48.

Wackerhausen S. (1999). What is natural? Deciding what to do and not to do in medicine and health care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 106, 1109–12.

Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, 20, 175-180.

Waldenström, U., Rudman, A. & Hildingsson, I. (2006). Intrapartum and postpartum care in Sweden: woman's options and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 551-560.

WMA Declaration of Helsinki (2013). *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 1 december, 2014, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

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

Young, D. (2009). Editorial. What is Normal Childbirth and Do We Need More Statements About It? *Birth*, 36(1), 1-3.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

- Hur gammal är du?
- Hur många barn har du fött, och när har du fött dem?

Huvudämnesfrågor

- Vad anser du är en normal förlossning?
- Kan du berätta vilka förväntningar och tankar du har inför din kommande förlossning?

Exempel på följdfrågor

- Hur menar du då?
- Kan du utveckla det du berättade nyss?
- Hur tänker du då?

Förslag på avslutande frågor

- Varför tror du att det är så...?
- Är det något mer du vill berätta om din förra förlossning?

Bilaga 2 (2)