

Kvinnors feedback om förlossningsupplevelsen

- en kvalitativ innehållsanalys av skriftlig feedback

Patricia Ekblad

Mikaela Westerholm

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	6092, 7215
Författare:	Patricia Ekblad & Mikaela Westerholm
Arbetets namn:	Kvinnors feedback om förlossningsupplevelsen- en kvalitativ innehållsanalys av skriftlig feedback
Handledare (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet (HUS)
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta är en kvalitativ innehållsanalys enligt Kyngäs & Vanhanen (1997) av skriftlig feedback, men induktivt närmelsesätt. Feedbacken har insamlats från två olika förlossningsavdelningar i södra Finland och är skriven mellan januari 2009 och december 2010. Som teoretisk referensram för detta examensarbete används ”Den ontologiska hälsomodellen” av Katie Eriksson (1995). Syftet med detta examensarbete är att skapa en bättre förståelse för barnmorskorna om hur föderskorna upplever förlossningen och den smärta som uppstår vid förlossning. Förhoppningsvis bidrar resultatet till att föderskorna får optimal vård under förlossningen. Frågeställningarna undersökningen ville ha svar på är ”Vad har kvinnorna upplevt som positivt under förlossningen?” och ”Vad är föderskorna missnöjda över?”. Genom innehållsanalysen uppstod sex huvudrubriker och 17 underrubriker. Enligt resultatet upplevde kvinnorna att information, barnmorskans roll, språkkunskaper, studerandes närvaro, bemötandet, smärtlindring och förlossningsmiljön/-stämningen bidrog till en positiv förlossningsupplevelse eftersom dessa påverkar tryggheten och det psykiska välbefinnandet. Faktorer som skapade missnöje hos kvinnan var brist på information, barnmorskans roll i negativ bemärkelse, brister i kontinuiteten och språkkunskaper, dåligt bemötande, oeffektiv smärtlindring, dålig patientsäkerhet och hygien samt att de inte själv alltid kunna påverka förlossningens gång. Feedback inlämnat av stödpersoner, samt ”tack” och vitsord utsluts ur detta examensarbete eftersom detta inte ger svar på undersökningens frågeställningar.</p>	
Nyckelord:	förlossningsupplevelse, feedback, kvinnoprojektet, kvalitativ innehållsanalys, förlossningssmärta
Sidantal:	81 + bilagor
Språk:	svenska
Datum för godkännande:	11.11.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	6092, 7215
Author:	Patricia Ekblad & Mikaela Westerholm
Title:	Women`s feedback about labour experience - a qualitative content analysis of written feedback
Supervisor (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Commissioned by:	Women`s project (Kvinnoprojektet)
<p>Abstract:</p> <p>This is a qualitative content analysis study, with a inductive approach, where written feedback is analyzed by the method of Kyngäs & Vanhanen (1997). Feedback, which is written between January 2009 and December 2010, is gathered from two different maternity wards in south of Finland. The teoretical context used in this degree thesis is "The ontological health model" by Katie Eriksson (1995). The purpose of the study is to create a better understanding for midwives about how the birthgivers experience the labor and the pain that occurs during birth. Hopefully the result contributes optimal care for the birthgivers during delivery. The main questions in this study are "What have the women experienced as positive during birth?" and "What are the women disappointed with?". Through the content analysis study resulted in three main headlines and 17 subheadings. According to the result the women experienced that infomation, the midwives role, language skills, the presence of students, treatment, painrelief and labor atmosphere that contributes to a positive laborexperience since these affect on safety and psychical well-being. Factors that cause dissatisfaction were lack of information, midwives role in a negative sense, lack in continuity and language skills, bad treatment, aneffektive painrelief, bad patientsafety and hygien but also the fact that they can`t influence on the labor process. Feedback written by the support person, "thank yous" and grades were excluded from this study because these doesn`t answer the main questions in this thesis degree.</p>	
Keywords:	Childbirth experience, feedback, women`s project, content analysis study, labor pain
Number of pages:	81 + attachments
Language:	swedish
Date of acceptance:	11.11.2011

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	6092, 7215
Tekijä:	Patricia Ekblad & Mikaela Westerholm
Työn nimi:	Naisten palautteet synnytyskokemuksesta -laadullinen sisällönanalyysi kirjallisesta palautteesta
Työn ohjaaja (Arcada):	Pirjo Väyrynen
Toimeksiantaja:	Naisen terveys projekti (Kvinnoprojektet)
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tässä opinnäytetyössä on tehty laadullisen sisällönanalyysin, kirjallisesta palautteesta Kyngäksen & Vanhasen (1997) mukaan, induktiivisella lähestymistavalla. Palautetta on kerätty kahdesta eri synnytysosastolta eteläsuomessa ja materiaali on kirjoitettu tammi-kuusta 2009 joulukuuhun 2010. Teoreettinen viitekehys tässä opinnäytetyössä on Katie Erikssonin (1995) ”Ontologinen terveysmalli”. Tarkoitus tällä opinnäytetyöllä on luoda parempi ymmärrys kättilöille, miten synnyttäjät kokevat synnytys ja kivut jotka esiintyy synnytyksen aikana. Toivon mukaan tulos johtaa optimaaliseen hoitoon synnyttäjille synnytyksen aikana. Keskeiset kysymykset tässä opinnäytetyössä ovat ” Mitä synnytyksessä naiset ovat kokeneet positiivisena?” ja ” Mihin asioihin synnyttäjät ovat tyytymättömiä?” Sisällön analyysi johti kuuteen pääkategoriaan ja seitsemääntoista alaluokkaan. Tulosten mukaan naiset kokivat että tiedonsaanti, kättilön rooli, kielitaidot, opiskelijoiden läsnäolo, vastaanotto, kivunlievitys ja synnytysympäristö/-tunnelma edistivät positiivista synnytyskokemusta. Tekijät jotka aiheuttivat tyytymättömyyttä ovat tiedonpuutetta, kättilön rooli kielteisessä merkityksessä, puutteita hoitojatkuvuudessa ja kielitaidoissa, huono vastaanotto, tehoton kivunlievitys, huono potilasturva ja hygienia ja myös että synnyttäjät eivät aina pystyneet vaikuttamaan synnytyksen etenemistä. Tukihenkilöiltä jätetyt palautteet, ”kiitokset” ja arvostukset ovat poissuljettuja tässä opinnäytetyössä koska nämä eivät anna vastausta tutkimuksen kysymyksiin.</p>	
Avainsanat:	Synnytyskokemus, palaute, naisen terveys projekti, laadullinen sisällönanalyysi, synnytyskipu
Sivumäärä:	81 + liitteet
Kieli:	ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	11.11.2011

INNEHÅLL

1	INLEDNING	9
	1.2 Definitioner	9
2	FÖRLOSSNINGENS GÅNG	11
	2.1 Förlossningsskedena	11
	2.2 Förlossningssmärta	12
	2.2.1 Bakomliggande orsaker till förlossningssmärta	13
	2.3 Smärtlindring	14
	2.4 Etik i barnmorskearbete	16
3	LITTERATURÖVERSIKT	18
	3.1 Tidigare forskningar i korthet.....	18
	3.1.1. <i>Parents' need to talk about their experiences of childbirth</i>	19
	3.1.2. <i>The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study</i>	20
	3.1.3. <i>Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria</i>	21
	3.1.4. <i>The Oxford worries about labour scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth</i>	22
	3.1.5. <i>Factors related to childbirth satisfaction</i>	23
	3.1.6. <i>Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women</i>	24
	3.1.7. <i>Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: a preliminary study</i>	24
	3.1.8. <i>Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective</i>	25
	3.1.9. <i>Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives</i>	26
	3.1.10. <i>Women's expectations and experience of birth</i>	27
	3.1.11. <i>Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and paincontrol choices</i>	29
	3.1.12. <i>Perception of the childbirth experience: continuity and changes over the postpartum period</i>	30
	3.1.13. <i>Giving Birth: Perceptions of Finnish Childbearing Women</i>	31
	3.1.14. <i>Managing labour pain safely</i>	32
	3.1.15. <i>Longitudal study of the intensity of memorized labour pain</i>	32
	3.1.16. <i>A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain</i>	34
	3.1.17. <i>Subcutaneous sterile water injection for labour pain: A randomized controlled trial</i>	35
	3.1.18 <i>Ensisynnyttäjien kokemuksia kyvyistään selviytyä synnytyksessä</i>	36
	3.2 Sammanfattning av tidigare forskning	38

4	TEORETISK REFERENS RAM	41
5	PROBLEMBESKRIVNING OCH UNDERSÖKNINGENS MÅL	43
6	CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR	44
7	DESIGN.....	45
8	METOD	47
	8.2 Analysprocessen	48
9	ETISKA REFLEKTIONER	51
10	RESULTATREDOVISNING	53
	10.1 Trygghet	53
	10.1.1 Information.....	53
	10.1.2 Barnmorskans (bm) roll	54
	10.1.3 Språkkunskaper	55
	10.1.4 Studerandes närvaro.....	55
	10.2 Psykiskt välbefinnande.....	56
	10.2.1 Bemötande	56
	10.2.2 Smärtlindring	57
	10.2.3 Förlossningsmiljö/-stämning.....	57
	10.3 Brist på trygghet	58
	10.3.1 Information.....	58
	10.3.2 Barnmorskans roll	59
	10.3.3 Kontinuitet.....	60
	10.3.4 Språkkunskaper	60
	10.4 Psykiskt illabefinnande	61
	10.4.1 Bemötande	61
	10.4.2 Smärtlindring	62
	10.5 Oprofessionalitet	63
	10.5.1 Patientsäkerhet	63
	10.5.2 Hygien	63
	10.6 Kutym	64
	10.6.1 Förlossningens gång.....	64
11	RESULTATET I RELATION TILL DEN TEORETISKA REFERENS RAMEN ...	66
	11.1 Trygghet	66
	11.2 Psykiskt välbefinnande.....	66
	11.3 Brist på trygghet	67
	11.4 Psykiskt illabefinnande	67

11.5 Oprofessionalitet	67
11.6 Kutym	68
12 RESULTATET I RELATION TILL LITTERATURÖVERSIKTEN	69
13 DISKUSSION.....	71
14 KRITISK GRANSKNING	75
Källor	78
Bilagor	82

Figurer

Figur 1 Studiens design	45
Figur 2 Utdrag ur dataanalysen	50
Figur 3 Analysprocessen i korthet	50

Tabeller

Tabell 1 Litteratursökning från databaser.....	90
Tabell 2 Vad har kvinnorna upplevt som positivt under förlossningen?.....	94
Tabell 3 Vad är föderskorna missnöjda över?	97

Bilagor

Bilaga 1 Följebrev till avdelningsskötaren.....	82
Bilaga 2 Följebrev till överskötaren.....	84
Bilaga 3 Följebrev till avdelningsskötaren (finska).....	86
Bilaga 4 Följebrev till överskötaren (finska).....	88
Bilaga 5 Litteratursökning från databaser.....	90
Bilaga 6 Förkortad plan för examensarbete.....	91
Bilaga 7 Dataanalysen.....	94

1 INLEDNING

I denna studie undersöks nyblivna mammors feedback och klagomål angående hur de har upplevt sin förlossning och deras smärtupplevelse. Vi valde detta tema för vårt examensarbete eftersom det är intressant och för att det behövs mer kunskap inom området för att kunna ge bästa möjliga vård åt föderskan. Detta ämne har stor relevans i arbetslivet eftersom barnmorskan och föderskan kan uppleva förlossningen på olika sätt.

Eftersom förlossningen är ny, skrämmande upplevelse som inte går att förutspå, är det viktigt att kvinnan får vara sig själv och få det stöd hon behöver. Varje människa är unik och upplever situationer olika, även om situationen är den samma utifrån sett.

Syftet med denna undersökning är att skapa en bättre förståelse för barnmorskorna om hur föderskorna upplever förlossningen. Vi strävar efter att föderskor skall få en bättre vård under förlossningen i framtiden m.h.a. resultatet från vår undersökning.

Detta examensarbete ingår i Kvinnoprojektet och är ett beställningsarbete. Informanterna är kvinnor som förlöst på två olika förlossningsavdelningar i södra Finland under tiden januari 2009 – december 2010. Materialet består av feedback som avdelningarna fått av föderskorna efter deras förlossning.

1.2 Definitioner

Antenatal = före födelsen. T.ex. på antenatal avdelning vårdas kvinnor med graviditetskomplikationer.

Apgar poäng = bedömning av barnets mående vid en minut och fem minuters ålder samt v.b. tio minuters ålder. Barnet kan få högst tio poäng, noll till två poäng av fem teman: hjärtfrekvens, andning, muskeltonus, irritation och färg.

CTG = cardiotokografi, cardio (hjärtfunktion), toko (trycket i livmodern) och grafi (överför informationen grafiskt vidare till papper eller monitor). Det vill säga fostrets hjärtljud och föderskans sammandragningar registreras via en apparat.

Forskning = tidigare forskning

i.m = intramuskulärt

i.c. = intracutan

i.v = intravenöst

Moderkaka = placenta

Paritet = antal gånger kvinnan har fött ett barn (över 24 graviditetsveckor)

Postpartum = efter förlossningen

Regelbundna sammandragningar = då sammandragningarna hållit på i över två timmar och kommer med tio minuters mellanrum eller mindre och sammandragningen räcker 40-60 sekunder.

TENS = Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. Apparat som genom elektrisk stimulans har smärtlindrande effekt.

Undersökning = examensarbete

2 FÖRLOSSNINGENS GÅNG

Det följande stycket tar upp förlossningsskedena, smärta, smärtlindring och etiken i barnmorskearbetet. Detta för att få en klarare bild inför undersökningen och forskningsartiklar som används i bakgrunden för vår undersökning.

2.1 Förlossningsskedena

Det *första skedet* heter öppningsskedet som räcker fr.o.m. regelbundna sammandragningar till att livmodermunnen är öppen 10 cm. I detta skede behöver föderskan oftast smärtlindring och mycket stöd från stödpersonen och barnmorskan. Barnmorskan följer noggrant med föderskans och barnets mående. (Raussi-Lehto 2009:236)

Fr.o.m. tillfället då livmodermunnen är öppen 10 cm tills barnet är fött, kallas för *andra skedet*. Det är viktigt att föderskan inte börjar krysta för tidigt eftersom detta kan vara ett förlossningshinder då kvinnan blir svullen i förlossningskanalen. Föderskan blir även lätt trött om hon börjar krysta för tidigt. Den bjudande delen skall vara lågt nere och ha rätt huvudposition. I krystningsskedet följer barnmorskan noggrant med barnets hjärtljud efter varje sammandragning, då föderskan krystar. Barnmorskan handleder föderskan angående hur hon skall krysta. Det är bra att pröva olika förlossningsställningar så att föderskan har det bekvämt, och vissa ställningar är att föredra för barnets nedkommande. Ifall krystningsskedet drar ut på tiden, två timmar för förstföderskan och en timme för omföderskor, slutar förlossningen oftast med hjälp av sugklocka eller t.o.m. kejsarsnitt. Det är i krystningsskedet som rupturer kan uppkomma och ibland måste barnmorskan klippa episiotomi för att få barnet ut med minsta möjliga komplikationer. Barnmorskan stöder mellangården och hjälper ut barnet. (Raussi-Lehto 2009:253-258)

Det *tredje* och sista skedet heter efterbördsskedet. Efterbördsskedet börjar fr.o.m. att barnet är fött till att moderkakan och hinnorna är födda. Barnmorskan kontrollerar barnets mående, ger apgar poäng och avnavlar. Då barnet är fött får modern läkemedel för att få moderkakan att sammandras så snabbt som möjligt för att minska på blödningsrisken. Moderkakan och hinnorna brukar födas inom 10 minuter efter att barnet är fött. Ibland måste barnmorskan hjälpa till för att moderkakan skall lossna. Barnmorskan kontrollerar moderns mående samt blödningsmängden under efterbördsskedet. (Raussi-Lehto 2009:262-263)

Efter de tre förlossningsskedena kan man kalla de följande två timmarna för *fjärde* förlossningsskedet. Under dessa två timmar övervakas barnet och modern noggrant i förlossningssalen, före de flyttas över till barnsängsavdelningen. Under fjärde förlossningsskedet kontrollerar barnmorskan ifall det uppstått rupturer hos föderskan och syr dem vid behov. Barnmorskan kontrollerar moderns mående bl.a. livmoderns sammandragning, blödning och blodtryck. Barnmorskan kontrollerar även barnets storlek och mående bl.a. temperatur, puls och andning. Barnmorskan handleder och hjälper till vid första amningen. Man tvättar barnet och modern får gå i duschen. Det är viktigt att modern urinerar under dessa två timmar. Man går även kort igenom förlossningen och kan lite senare på barnsängsavdelningen diskutera mera. (Raussi-Lehto 2009:266-268)

Detta är rutinerna efter en förlossning som löpt bra. Ifall någonting avviker t.ex. barnet inte mår bra efter födseln eller modern blöder mycket är rutinerna andra. Barnet kanske skiljs från modern för att övervakas noggrannare eller få vård snabbt eller modern kanske hamnar till operationssalen för att få blödningsstopp eller för att sys. Detta görs för att modern och barnet skall må så bra som möjligt, men det kan vara en tung upplevelse för föräldrarna.

2.2 Förlossningssmärta

Värkarna och smärtan som känns under förlossningen har en viktig betydelse för själva födelseförloppet. Orsaken till denna smärta är i första hand att livmodern öppnas och barnet förflyttas neråt genom förlossningskanalen. (Abascal 2008:47)

Smärtan som uppkommer under förlossningen har även som uppgift att informera föderskan om att hennes barn är på kommande. Genom att kvinnan känner av förlossningssmärtan, kan hon förbereda sig för en så trygg förlossning som möjligt i en trygg miljö. (Abascal 2008:47)

Genom att känna smärta under förlossningen, kan föderskan få information om ungefär var barnet befinner sig i förlossningskanalen. Dessutom leder smärtan till stöd och uppmärksamhet av både partnern och förlossningspersonalen som ger kvinnan kraft att kämpa vidare. (Abascal 2008:48)

Trots att förlossningssmärtan anses höra till en av de svåraste smärtorna, är det inte ovanligt att en kvinna frivilligt går igenom upplevelsen flera gånger. Enligt Abascal (2008:49) kan detta fenomen jämföras med att ingen knappast frivilligt skulle återuppleva ett grymt migränanfall som man tidigare varit med om.

Det är viktigt att föderskan hittar det positiva som förlossningssmärtan för med sig. Smärtan talar om för den födande kvinnan och övriga inblandade vid förlossningen hur hårt livmodern arbetar. Livmoderns hårda arbete leder sedan fram till att ett nytt liv föds. Det är viktigt för föderskan att komma ihåg att förlossningssmärtan är övergående och att det är viktigt att utnyttja pauserna mellan värkarna till att vila. Efter att en kvinna har genomgått en förlossning kan hon upptäcka nya styrkor hos sig själv som hon sedan kan bära med sig resten av livet. (Abascal 2008:49)

2.2.1 Bakomliggande orsaker till förlossningssmärta

Då förlossningen är igång och barnet trängs neråt längs förlossningskanalen uppstår

smärta hos föderskan p.g.a. sammandragningar men även på grund av att vävnader tånjs ut. De inre organen utsätts för stort tryck och även detta leder till smärta och obehag hos föderskan. En av de mest betydande orsakerna till smärtan är det skede då livmodermunnen håller på att öppnas. En inflammatorisk process sker i livmoderns muskler som orsakas av att barnet pressas mot livmoderhalsen. Senare under förlossningen är det även vanligt att det förekommer vävnadsskador och bristningar, speciellt under själva utdrivningsfasen. (Abascal 2008:65)

Föderskan känner oftast av smärta i ryggen, buken, ljumskarna och låren, trots att smärtan egentligen förekommer i kvinnans inre organ. Orsaken till att smärtan känns på "fel" ställe är att nervbanorna inte uppfattar varifrån smärtan egentligen kommer. (Abascal 2008:65)

Smärtan är mildast i början av första skedet och värst i slutet av öppningsskedet då smärtan är i livmodermunnen och nedersta delen av livmodern. När fostret trängs neråt i förlossningskanalen och bäckenets benmembran, livmoderligamenten och väggen i vaginan töjs ut uppstår smärta. Smärtan är också som värst i krystningsskedet men på grund av föderskans kraftiga krystningar känns smärtan inte lika starkt. (Raussi-Lehto 2009 s.244)

2.3 Smärtlindring

Smärtan kan lindras på flera olika sätt. Det är viktigt att föderskan har lite förhandsinformation om förlossningen och smärtan före hon kommer för att föda. Förlossningen är smidigare för föderskan om hon är öppen för råd och handledning. Det är viktigt att barnmorskan ger information om förlossningens gång, framskridande och undersöknings resultat. Det är viktigt att byta ställning och röra på sig under förlossningen. Blodcirkulationen och andningen fungerar bättre vid rörelse. Vid upprätt ställning öppnas livmodermunnen snabbare då barnet trycks neråt och ställningen är även bra för sammandragningarna. Smärtan är lindrigare vid upprättställning då trycket

minskar. Då svanskotan är fri är bäckenet större och ger mera utrymme och vävnaden ger mera efter vilket minskar på rupturrisken. Det är viktigt att föderskan andas normalt vilket lugnar henne. Man skall även ta hand om föderskans grundbehov t.ex. näring och vätska för att föderskan skall ha krafter, eftersom både törst och hunger försvårar smärtan. (Raussi-Lehto 2009:246-247)

Massage får musklerna att slappna av, vilket leder till att blodcirkulationen blir bättre och förlossningen framskrider bättre då musklerna inte är spända. Varmt vatten i form av bad, dusch eller varma handdukar kan lindra smärtan. Då musklerna avspänns framskrider förlossningen lättare. (Raussi-Lehto 2009:247)

Stödpersonens roll är mycket viktig för föderskan. Genom att ha en bekant person närvarande, kan föderskan känna sig trygg, vilket minskar på rädsla och smärta. Det är också viktigt att omgivningen är lugn och trygg. Barnmorskan kan även ge akupunktur, zonterapi och sterilvatteninjektion som minskar på smärtan. (Raussi-Lehto 2009:248)

Till medicinska smärtlindringsmetoder hör bl.a. lustgas, injektioner t.ex. Petidin, paracervikal- eller pudendalbedövning och spinal- eller epiduralbedövning. Den medicinska smärtlindringen har alltid en risk för biverkningar eller komplikationer, sammandragningarna kan bli påverkade vilket leder till att förlossningen kan framskrida långsammare. (Raussi-Lehto 2009:248)

Lustgasen innehåller en blandning av syre och typdioxid som inhaleras genom en mask. Lustgasen stimulerar endorfinerna i kroppen. Lustgasen verkar bäst då föderskans livmodermun är öppen tre till sex cm. Föderskan skall börja inhalera lustgasen när hon känner att sammandragningen börjar och fortsätta inandas lustgas tills sammandragningen nästan är över. Lustgasen försvinner snabbt ut från kroppen vilket gör att det är en ganska mild medicinsk smärtlindringsmetod. (Raussi-Lehto 2009: 248-249)

Petidin i.m. injektion används i början av förlossningen, då livmodermunnen är 0-3 cm öppen. Petidin har en lugnande effekt på föderskan och livmodermunnen. Petidin skall inte ges i slutskedet av förlossningen, eftersom detta kan orsaka svåra andningsproblem

för den nyfödda. Dessutom sänks barnets puls av Petidin. Om föderskan får Petidin i ett sent skede, påverkas barnets sugreflex vilket kan leda till att amning kommer dåligt igång. (Raussi-Lehto 2009:249)

Epiduralbedövning är en mycket effektiv smärtlindringsmetod. Epiduralbedövning sätts då förlossningen säkert är igång, livmodermunnen ca tre till fyra cm öppen. Anestesiläkaren sätter in epiduralkatetern i epiduralutrymmet i ryggen och ger bedövnings- och smärtlindrande medicin genom katetern. En ordentlig anamnes är viktig före epiduralbedövning. Epiduralbedövningen kan ha biverkningar som minskad känsel i benen och urinblåsan, illamående och blodtrycksfall. Det finns även risk för större komplikationer. Det är viktigt att följa med CTG-kurvan d.v.s. barnets hjärtljud och sammandragningar, samtidigt är det viktigt att följa med moderns blodtryck. Vid epiduralbedövning får modern även i.v. kanyl med vätskedropp för att snabbt få vätska, ifall blodtrycket sjunker. Epiduralbedövningens effekt kan hålla upp till två timmar, men man kan även sätta tilläggsdoser efter det. Spinalbedövning liknar epiduralbedövningen, den ända skillnaden är att det sätts längre in i ryggen och smärtlindringen har en snabbare effekt. (Raussi-Lehto 2009: 250-252)

Paracervikalbedövning, PCB, sätts i livmoderns nerver då livmodermunnen är öppen fyra cm. Effekten börjar inom två minuter och effekten räcker upp till två timmar. Barnmorskan följer med ctg-kurvan eftersom barnets puls kan påverkas negativt, detta p.g.a. att läkemedlet förs vidare från blodcirkulationen i livmodern via moderkakan till fostret. Pudendalbedövning som sätts i nerver längre ner, sätts vid krystningsskedet för att lindra smärtan vid krystningen. Bedövningen mjukar upp mellangården vilket lättar på motståndet. Effekten hålls från en till två timmar. (Raussi-Lehto 2009: 252-253)

2.4 Etik i barnmorskearbete

Barnmorskor måste följa etiska principer. Barnmorskan skall arbeta för kvinnans välmående, respektera människorätten och självbestämmanderätten. Barnmorskan skall

vara jämlik och bemöta kvinnorna som en enskild unik individ och vara familjecentrerad. Barnmorskan skall inge trygghet, ta ansvar och självständigt stöda familjen. Hon skall även kunna samarbeta t.ex. vid mer krävande situationer. Det är viktigt att vården är kontinuerlig, bl.a. att information ges om den fortsatta vården. (Väyrynen 2009:32)

Barnmorskearbetet är karitativt. Det vill säga, att man med sin professionella kunskap, vill göra allt man kan för kvinnan. Barnmorskan skall följa huvudet, handen och hjärtat. Med detta menas att barnmorskan har teori och kunskap, kan sin teknik och är praktisk samt följer etiska och moraliska aspekter. (Väyrynen 2009: 32-33,35)

Bemötande är en viktig aspekt i barnmorskearbetet. Barnmorskan skall ha viljan och kunskap om att se kvinnans behov och professionellt kunna svara på dem. (Väyrynen 2009:36)

För att övervaka kvaliteten följer man kriterier för hur bra barnmorskor skall vårda kvinnan. Till detta hör att kvinnan skall känna att hon fått stöd, hjälp och handledning. Kvinnan skall känna sig förberedd och ha fått tillräckligt med information. Det är viktigt att kvinnan är medveten om att förlossningen inte alltid löper normalt. De som har avvikande graviditet eller förlossning bör få information om detta eftersom de senare skall kunna sköta sig själv och barnet. (Väyrynen 2009: 37-38)

Växelverkan är viktig och barnmorskan skall ge anvisningar och information åt föderskan. Hon skall acceptera, stöda och trösta. Det är viktigt att barnmorskan lyssnar på kvinnan och låter hennes känslor komma fram. Barnmorskan skall även kunna konfrontera kvinnan och diskutera med henne. (Äimälä 2009:41)

3 LITTERATURÖVERSIKT

Tidigare vårdvetenskaplig forskning har undersökts för att få en uppfattning om vad som tidigare forskats inom området och för att få mer bakgrundsinformation. Det har gjorts en hel del tidigare forskningar om smärtlindring och förlossning ur medicinsk synvinkel. Det finns inte lika mycket forskat kring kvinnors upplevelser av förlossningen som helhet. Det hittades endast några forskningar om hur väl kvinnor efter en tid minns smärtan de känt under förlossningen.

De forskningar som har valts är relevanta för temat och beskriver upplevelsen av förlossningssmärtan i första hand ur föderskans perspektiv, men även några forskningar tar upp barnmorskans perspektiv. Forskningar där informanterna föder hemma har exkluderats, eftersom informanterna i denna undersökning har fött på en förlossningsavdelning.

Tidigare forskning har letats efter på databaserna Cinahl och Ovid, se bilaga 5, men manuella sökningar har även gjorts i Arcadas bibliotek. Forskningarna som varit av intresse, har i första hand funnits tillgängliga i fulltext eller åtminstone i linked fulltext.

Det har varit svårt att få tag på finländska forskningar som undersöker kvinnors upplevelser av förlossning. Denna undersökning kan därför ha stor betydelse då den beskriver de finländska förhållandena.

3.1 Tidigare forskningar i korthet

Tidigare forskning beskrivs kort för att läsaren skall få en inblick i vad som tidigare forskats inom området, samt för att ge mer bakgrundsinformation om ämnet.

3.1.1. Parents' need to talk about their experiences of childbirth

Syftet med denna forskning var att ta reda på hur nyblivna föräldrarna upplevt förlossningen, samt vilket behov de upplever att de har av att få tala om sina upplevelser efter förlossningen. Forskningen var kvantitativ och utfördes med hjälp av frågeformulär som delades ut till 350 mammor och 343 pappor på en förlossningsavdelning i den svenska staden Stockholm under en period på fyra veckor år 1999. Frågeformulären utgjordes av 31 slutna frågor och två öppna. Resultatet baserar sig på en analys av de svar som 251 mammor och 235 pappor lämnade. Jämförelser mellan mammor och pappor till sitt första barn och mammor och pappor som redan har barn gjordes också i undersökningen.

Resultatet visade ingen skillnad mellan mammors och pappors upplevelser, vid förstfödelse, angående smärtlindring under det första och andra skedet av förlossningen. Däremot visade sig smärtlindring ha stor betydelse för både mammor och pappor vid suturering.

En viktig sak som både mammor och pappor önskade få diskutera efter förlossningen var upplevelsen av smärta, smärtlindring, samt orsaken till att de blivit utan smärtlindring. Bland de mammor som tidigare fött barn visade det sig att många ville få tala om att de upplevt att förlossningen varit snabb, mycket smärtsam, att de saknat smärtlindring eller att de psykiskt inte klarat av förlossningen. Många av föräldrarna ansåg det viktigt att efter förlossningen få veta ifall deras förlossning framskridit normalt eller inte. En annan sak som intresserade föräldrarna var vad som orsakat att deras förlossning dragit ut på tiden eller om de borde uppfört sig annorlunda under förlossningen. En del mödrar uppgav att de hade negativa känslor efter förlossningen, som t.ex. skuld känslor, rädsla och en känsla av att ha misslyckats. (Olin & Faxelid 2003)

3.1.2. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study

Detta är en kvantitativ fall-kontroll studie gjord i Sverige. Syftet med denna forskning var att analysera och beskriva hur kvinnor ansåg att en normal förlossning var jämfört med en förlängd förlossning.

Kvinnorna i denna forskning svarade på ett frågeformulär beträffande upplevelser och påverkan av förlängd eller normal förlossning. Frågeformulären innehöll frågor angående erfarenheter av förlossningen, tidigare familjerelationer och erfarenheter från barndomen. Frågeformulären hade svarsalternativ på en skala från ett (lägsta poäng) till fem (högsta poäng). Det fanns också färdiga påståenden att välja mellan. Forskarna analyserade en forskning beträffande förlängd förlossning som bakgrund i denna forskning för att få en bättre uppfattning om hur formulären skulle utarbetas.

Kvinnorna i denna forskning var förstföderskor, födde ett barn i 37 graviditetsveckan eller senare. De hade gått igenom en normal, spontan och vaginal förlossning. Av dessa kvinnor var 84 kvinnor med om en förlängd förlossning medan 171 kvinnor hade en normal förlossning. Kvinnorna valdes retrospektivt från medicinska journaler under ett års tid mellan åren 1998 och 1999 från tre sjukhus i Sverige. Frågeformulären skickades hem till kvinnorna som valdes ut.

Resultaten visade att kvinnor som hade en förlängd förlossning, hade negativare erfarenheter (34%) av förlossningen jämfört med kvinnors erfarenhet (4%) i normal förlossning. Den negativa upplevelsen förbinds med stor smärta. De ansåg att de inte hade klarat sig utan smärtlindring. Förlossningen var positiv enligt 76% av föderskorna som hade normal förlossning medan endast 29% av föderskorna som hade förlängd förlossning ansåg att förlossningen var positiv. Skillnaden mellan kvinnorna som hade genomgått en förlängd förlossning och hade en negativ erfarenhet av förlossningen och de som hade en positiv erfarenhet var oftast oense om påståendet ”det var underbart att följa kroppens rytm då förlossningssmärtan sätter igång”. De var ofta ense över påståenden som t.ex. ”Det var så smärtsamt att jag trodde att jag skulle dö”,

”Smärtlindring under förlossningen räddade mitt liv”.

Nästan alla föderskor som hade normal förlossning ansåg att partners och barnmorskans stöd samt att barnmorskan lyssnade på föderskan bidrog till en positiv upplevelse. Förlossningen var spännande enligt 84% av de som hade förlängd förlossning och 90% av de som hade normal förlossning.

Det fanns inte stora skillnader mellan kvinnornas tidigare familjerelationer och erfarenheter från barndomen. Största delen av kvinnorna hade alla själv blivit födda genom normal förlossning, endast 11% av kvinnorna med förlängd förlossning och 3% av de som hade normal längd på förlossningen hade själv blivit födda med hjälp av instrument eller kejsarsnitt. Kvinnorna som hade förlängd förlossning hade inte ett nära förhållande med deras fader i 21% av fallen medan 10% av kvinnorna med normal längd på förlossningen ansåg att de stod sin pappa nära. (Nystedt et. al 2004)

3.1.3. Principal components analysis of the perceptions of labour and delivery scale and revised scoring criteria

Denna kvantitativa forskning gjordes i England. Frågeformuläret Principal of Labour and Delivery Scale (PLDS) utvecklades, vars syfte var att se om formulären kunde användas som ett verktyg för att ta fasta på erfarenheter relaterade till traumatisk förlossning. Frågeformuläret fylldes i av 107 kvinnor i graviditetsveckan 36 och sedan sex veckor efter förlossningen. Detta är en 24 punkters skala från ett till tio, ett= inte alls och tio= extremt. Kvinnorna hade varit med om olika sorters förlossningar och var både först- eller omföderskor.

Det visade sig att detta frågeformulär var lyckat. Kvinnor som hade kejsarsnitt hade inte lika mycket smärta men de var mera rädda än de kvinnor som födde vaginalt. Kvinnor som hade vaginal förlossning eller kvinnor som var med om en förlossning som utvecklades oväntat, hade ganska hög smärta och mycket rädsla. Det fanns korrelationer

mellan stöd av personalen och rädsla samt mellan stöd av personalen och smärta men inte mellan smärta och rädsla. Barnmorskans roll i förlossningen var mycket viktig i alla dessa fall. (Bailham & Joseph 2004)

3.1.4. The Oxford worries about labour scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth

Denna kvantitativa forskning mätte hur oroliga kvinnorna var inför förlossningen och födseln. Forskarna gjorde en skala "Oxford worries about labour scale" (OWLS) med nio punkter och tio olika påståenden angående de vanligaste faktorer som mödrarna är oroliga över under förlossningen. Formulären hade en skala från ett (mycket orolig) till fyra (lite orolig). Det fanns även en öppen fråga där kvinnorna själv fick skriva om det fanns något annat de var oroliga över. Forskarna intervjuade först några kvinnor för att kontrollera om språket begrips samt om frågorna var nödvändiga.

Slumpmässigt valdes 4800 kvinnor från födsel registrerings register för en vecka. Kvinnorna bodde på olika platser i England. Kvinnor vars barn hade dött eller kvinnor som var under 16 år uteslöts ur forskningen. Kvinnorna fick enkäten hem på posten tre månader postpartum. Det var 2933 kvinnor som svarade på enkäten.

Resultatet visade att kvinnorna var mest oroliga över smärta, obehag och lång förlossning. En tredje del av kvinnorna var mycket oroliga och en tredje del av kvinnorna var ganska oroliga över detta. Kvinnorna var även oroliga för att hamna förlösa med hjälp av instrument. Endast en liten del av kvinnorna (3,8%) var oroliga över saker som inte kom upp i enkäten. Till dessa hörde bl.a. babys välmående under förlossningen (51 kvinnor), påverkan av tidigare erfarenheter (21 kvinnor) och perineala skador, dvs. bristningar i området kring anus och könsorganet (26 kvinnor). Endast 16 kvinnor var oroliga över möjliga komplikationer och 12 kvinnor oroade sig över behovet av epidural bedövning.

Resultatet visade att OWLS bra kunde användas som instrument för att värdera kvinnors oro inför förlossningen och den service hon får. (Redshaw et. al 2008)

3.1.5. Factors related to childbirth satisfaction

Denna studie gick ut på att hitta faktorer som påverkar känslan av tillfredsställning vid förlossning samt hela erfarenheten av förlossningen. Det var 60 kvinnor som postpartum fyllde i enkäter av olika slag. Till dessa skalor hörde Labor Agency Scale (LAS), McGill Pain Questionnaire (MPQ) och Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (MCSRS). MPQ är ett frågeformulär där man väljer ut ett ord av påståenden i 20 punkter angående smärtnivån. LAS tangerar personliga kontrollen i förlossningen. Denna har 29 punkter och deltagarna skall fylla i den med en skala från ett till sju. MCSRS har 34 punkter och fem olika teman (själv, partner, baby, vårdare och läkaren) och skala från ett till fem. Denna frågeformulär berör tillfredsställelsen i förlossningen.

Kvinnorna fyllde även i en bakgrunds frågeformulär och information samlades även in från medicinska dokument. Kvinnorna hade gått igenom en normal vaginal förlossning, var 18-46 år, låg risk graviditet och använde sig av olika slags smärtlindringsmetoder under förlossningen. Dessa kvinnor födde på två medicinska centraler i sydöstra Förenta Staterna.

Kvinnorna kände tillfredsställelse vid förlossning, hög personlig kontroll samt måttlig förlossningssmärta. Föderna ansåg att det var viktigt att ha personlig kontroll över förlossningen för att kunna känna tillfredsställelse. Kvinnorna som hade genomgått förlossningsförberedelse, de med högre utbildning och yrke, och de som hade mindre förlossningssmärta kände högre tillfredsställelse. Flera mödrar kände sig nöjda över partnern då de hade genomgått förlossningsförberedelse och hade personlig kontroll. Den personliga kontrollen associerades med tillfredsställelse till barnet och barnläkaren samt sjukskötarens deltagande. Kvinnor som hade mindre smärta under förlossningen

kände sig nöjdare med sig själv. (Goodman et. al 2003)

3.1.6. Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women

Syftet med denna forskning var att ta reda på hurdana förväntningar kinesiska kvinnor i Hong Kong har inför förlossningen. Till denna forskning rekryterades 200 kinesiska kvinnor från sjukhuset mellan juni 1999 och januari 2000. Det var 186 gravida förstföderskor från en antenatal klinik i Hong Kong som deltog i forskningen. Kvinnorna hade inte kroniska sjukdomar, var minst 18 år och kunde språket ”cantonese”. Dessa kvinnor fyllde i en strukturerad frågeformulär ”Childbirth Expectations Questionnaire” (CEQ). Kvinnorna fyllde även i en blankett angående demografisk information.

Resultatet visade att gravida kvinnor i Kina borde genomgå förberedelse kurs inför förlossningen för att kunna se realistiskt på förlossningen, samt ha realistiska mål och förväntningar inför förlossningen. De kinesiska kvinnorna hade höga förväntningar av att få stöd av barnmorskan och partnern. Endast två kvinnor hade genomgått förlossnings förberedelse kurs före besöket på kliniken. Kvinnorna kunde inte ana hur de skulle klara av smärtan. Över hälften av kvinnorna, (54,1%) hade planerat att använda avkopplings- och andningsövningar som smärtlindring. Av dessa kvinnor hade 27,6% dessutom planerat använda sig av smärtlindringsmetoder i form av medicinska injektioner och 18,4% tänkte använda epidural bedövning som smärtlindring. (Ip et. al 2003)

3.1.7. Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: a preliminary study

I denna forskning deltog 18 förstföderskor i Förenta Staterna. Syftet med forskningen var att ta reda på kvinnornas förväntningar av smärtan i förlossningen. Förväntan av förlossningssmärthan undersöktes i slutet av graviditeten. Kvinnorna skulle sedan förklara den riktiga känslan av smärta under första stadiet av förlossningen och inom 48 timmar efter förlossningen. Fyra till sju veckor postpartum testades hur minnesuppfattningen av förlossningssmärthan var. Man använde sig av MPQ och Visual Analogue Scale (VAS) i denna forskning. VAS mäter i detta fall smärt intensiteten med en skala från noll till tio (noll= ingen smärta, tio= värsta smärtan man kan tänka sig).

Resultatet visade att kvinnorna kände minst smärta i första stadiet av förlossningen. De rapporterade den högsta smärt nivån inom 48 timmar efter förlossningen då de skulle beskriva den totala förlossningssmärthan. Då kvinnorna vid sista tillfället i efterhand fyllde i enkäterna, användes orden ”krampande” och ”intensiv” mest, vid alla tillfällen då kvinnorna skulle fylla i enkäterna. Ordet ”penetrerande” kom ofta upp vid det sista tillfället då kvinnorna skulle ge minnesuppfattningen av förlossningen men det kom inte upp under de tre föregående gångerna. (Terry & Gijbers 2000)

3.1.8. Labour pain experience and intensity: a Jordanian perspective

Syftet med denna kvalitativa forskning var att mäta erfarenheter och nivån av smärta i förlossningen. Forskningen är beskrivande. I denna forskning deltog 100 kvinnor (50 förstföderskor och 50 omföderskor) som var minst 18 år och hade låg-risk graviditet och genomgått normal vaginal förlossning. Kvinnorna rekryterades från en postpartum enhet i ett stort sjukhus i staden Amman i Jordanien.

Erfarenheten av smärtan i förlossningen mättes m.h.a. Numeric Pain Intensity Scale (NPIS), en smärtvärderings- och demografisk frågeformulär. NPIS är en skala från ett (ett = ingen smärta) till tio (tio = outhärdlig smärta). Deltagarna skulle välja ett nummer som representerade smärtnivån under förlossningen. I smärtvärderings formuläret skulle kvinnorna med egna ord beskriva kvaliteten av smärtan, faktorer som försvårar och

lättar på smärtan, symptom och smärtlindring. Demografiska formulären fastställde ålder, yrke, civilstånd, socioekonomisk ställning, hälsotillstånd, samt utbildning. Kvinnorna fyllde i dessa formulär inom 48 timmar efter förlossningen.

Resultatet visade att det fanns skillnader mellan förstföderskor och omföderskor. Det fanns en stor skillnad på åldern mellan förstföderskor och kvinnor som hade barn från tidigare. Medelåldern för förstföderskor var 22,4 år medan omföderskorna i medeltal var 28,6 år och alla var gifta. En tredjedel hade högskoleutbildning men de flesta kvinnorna arbetade inte utanför hemmet.

De flesta, 65 kvinnor (28 förstföderskor, 37 omföderskor), använde inte medicinsk smärtlindring under förlossningen, medan 35 kvinnor (22 förstföderskor, 13 omföderskor) använde medicinsk smärtlindring. På smärtskalan NPIS rapporterade 81 kvinnor ha en smärtsam förlossning på nivån åtta eller över. Här fanns inte stora skillnader mellan först- och omföderskor. Det var 54 kvinnor som kände illamående, yrhet och hade huvudvärk under andra stadiet av förlossningen. Fyra förstföderskor, och nio omföderskor var rädda för förlossningen och framskridandet av förlossningen. Psykiskt relaterad smärta d.v.s. utmattning och framskridande av förlossningen som uppkom hos 59 kvinnor (31 förstföderskor, 23 omföderskor) ansågs vara en faktor som försvårade förlossningssmärtan. Den svåraste faktorn som förvärrade förlossningssmärtan var framkallande av förlossningen och vaginal undersökning. Saker som lindrade smärtan under förlossningen var stödet från personalen (psykiskt). (Abushaikha & Oweis 2005)

3.1.9. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives

I denna kvalitativa forskning deltog 13 välmående gravida kvinnor (fem förstföderskor och åtta omföderskor) som valdes ut och frivilligt deltog i forskningen. Kvinnorna valdes ut inom två års tid ifrån ett stort sjukhus i Australien. Nio av dessa föderskor förlöste vaginalt, två hade tång förlossning och två föderskor var med om akut

kejsarsnitt. Även nio barnmorskor deltog i forskningen för att jämföra barnmorskornas och föderskornas uppfattning av smärta under förlossningen.

Forskningens syfte var att mäta smärtnivån hos kvinnan som var i förlossningen. Barnmorskorna och de gravida kvinnorna fyllde i frågeformulär med 15 minuters mellanrum fr.o.m. att föderskan kom till förlossningsavdelningen. Frågeformulär som användes var ”Short Form McGill Pain Questionnaire” (SF – MPG) i kombination med ”Visual Analogue Scale” (VAS), ”Verbal Response Scale” (VRS) och ”Present Pain Intensity scale” (PPI). VRS är en lista med 15 adjektiv och har två teman; sensoriskt och emotionellt. Dessa adjektiv bedöms med skalan ett (inget) till fyra (allvarligt). PPI mäter smärt intensiteten på en skala från noll (ingen smärta) till sex (olidlig smärta).

Resultatet visade att barnmorskorna och föderskorna i stort sätt skrev likadant över hela smärtskalan. Enligt VAS kände kvinnorna den svåraste smärtan i slutet av förlossningen och även barnmorskorna ansåg att detta var fallet. Barnmorskornas och föderskornas poängtal var likartade på måttlig smärtnivå, men då föderskan kände smärtan som värst underskattade barnmorskan denna smärta på VAS skalan. Detta var även fallet på både sensoriska och emotionella VRS skalan där skillnader fanns mellan föderskorna och barnmorskorna under mild/måttlig smärt nivå men vid svår smärta fanns inte stora skillnader. På PPI skalan fanns stor skillnad mellan barnmorskornas och föderskornas erfarenhet vid svår smärta men inte under mild/måttlig smärt nivå. (Baker et. al 2001)

3.1.10. Women's expectations and experience of birth

Denna forskning hade tre syften. Första syftet var att tanger hur kvinnorna under graviditeten förhöll sig till förväntan av förlossningen och symtom av ångest. Forskarna ville även ta reda på förväntan jämfört med erfarenheterna av förlossningen och ifall pariteten kan inverkan. I denna kvalitativa forskning deltog 289 gravida kvinnor i London. De fyllde i ”Expectation and Experience of Birth Scale” (EEBS) frågeformulär i kombination med VAS, där de skulle svara på hur de förväntar att födelsen skall bli

(känslor, kontroll, smärta m.m.) och sedan erfarenheten efter födelsen. Förutom EEBS formulären undersökte forskarna även grundläggande demografisk information och information om deltagarnas hälsotillstånd genom formulär som sjukhuset använde. Kvinnorna fyllde i frågeformulären gällande förväntan i graviditetsveckan 36. De fyllde sedan i frågeformulär beträffande erfarenheten av förlossningen en vecka efter förlossningen, sex veckor postpartum och sex månader postpartum.

EESB frågeformulären tangerar positiva och negativa känslor. Punkter som kontroll, smärta, hälsotillstånd och smärtlindrings effekt tas upp i formulären. Forskarna lade till två punkter i denna forskning. Dessa var bedömning om födseln var utmanande eller traumatisk samt stödet från partnern, barnmorskan och läkaren. VAS skalan användes under alla punkter (noll = inte alls och tio = fullständigt/extremt) för att mäta nivån. Födorskans oro under graviditeten bedömdes med "State-Trait Anxiety Scale" (STAI). Detta formulär har 20 punkter där deltagarna bedömer sina egna symptom.

Resultaten visade att oron under graviditeten berodde på att kvinnorna förväntade sig negativa känslor under graviditeten, mer traumatisk förlossning, mindre förtroende att klara av förlossningen, mindre kontroll och stöd under födelsen. Känslor som var positiva, beträffande förväntningarna inför förlossningen, var att ha högre kontroll och bra effekt av smärtlindring.

Några aspekter av kvinnans erfarenheter var annorlunda än förväntan inför förlossningen. Det fanns även vissa skillnader mellan förstfödorskor och kvinnor som fött tidigare, både som tangerade erfarenhet och förväntan av födelsen. Förstfödorskor hade mera negativa förväntningar och erfarenheter. De ansåg att förlossningen var mer traumatisk och utmanande och de förväntade större effekt av smärtlindringen. Flera omfödorskor trodde att deras baby skulle behöva vara kopplad till hjärtmonitor, hamna gå igenom kejsarsnitt eller att förlossningen skulle sättas igång med dropp. Det var inte många förstfödorskor som trodde att de skulle behöva detta. Förstfödorskorna kände mindre kontroll än vad de hade förväntat sig. De ansåg även att effekten av smärtlindringen var bättre än vad de hade förväntat sig medan omfödorskorna ansåg att effekten var mindre än förväntat. (Ayers & Pickering 2005)

3.1.11. Epidural or no epidural anesthesia: relationships between beliefs about childbirth and paincontrol choices

Syftet med denna forskning var att ta reda på vilka skillnader det finns vid förlossningar där det används epidural bedövning och förlossningar utan epidural bedövning. Denna kvantitativa forskning har gjorts i USA och utfördes på ett diskussionsforum där olika frågor relaterade till graviditet tas upp. Forskarna publicerade en annons på detta diskussionsforum där de sökte mammor som ville delta i en forskning angående ”de val kvinnor gör under förlossning”. De kvinnor som önskade delta i forskningen uppgav en e-post adress till vilken forskarna sedan skickade vidare instruktioner och de frågor de ville ha svar på. Samplet i forskningen bestod av 46 kvinnor som varit med om förlossning inom det senaste halvåret. Åldern på deltagarna varierade mellan 21-40 år. Av alla deltagare valde 26 kvinnor epiduralbedövning under sin förlossning och 20 kvinnor genomgick förlossningen utan epiduralbedövning.

Forskningen genomfördes i tre olika steg. Det första steget gick ut på frågor angående kvinnornas bakgrund, bl.a. ålder, antal barn och vilka metoder de haft nytta av under förlossning. Det andra steget i forskningen var ett färdigt instrument, ”The Utah test for the childbearing”, som består av tre olika skalor; ”the fear of the childbirth process”, ”the childbearing health locus of control: the power of others” och ”the active compliance vs. the active participation in childbirth care decisions”. Detta instrument består alltså av påståenden kring dessa tre teman, som deltagarna väljer att antingen hålla med om eller vara av annan åsikt. Forskarna i denna forskning valde däremot att ändra på instrumentet och göra en skala från ett till fem där ett betyder att man starkt är av annan åsikt, tre betyder att man är neutral och fem att man håller med. Det tredje och sista steget i denna forskning gick ut på att undersöka hurdan kunskap deltagarna hade angående de biverkningar och risker som epiduralbedövning medför. Detta undersöktes m.h.a. påståenden som deltagarna valde ifall de ansåg att var sanna eller falska.

Resultatet av denna forskning visar att de kvinnor som valde att ta epiduralbedövning

verkade vara mer rädda för förlossningen och intog en mera passiv roll under förlossningen. De kvinnor som valde epidural uttryckte sig även på ett sätt där det framkom att en orsak till deras val av epidural som smärtlindring var oron över den kommande smärtan. Oberoende vilket val kvinnorna gjorde angående epiduralbedövning, uppgav 91% att de var nöjda med sitt val. De kvinnor som var missnöjda med sitt val, uppgav olika orsaker till sitt missnöje, bl.a. skyllde någon på att läkaren misslyckats med administreringen av epiduralbedövningen. I den del av forskningen som undersökte kvinnornas kunskap om epiduralbedövning var 28 poäng det bästa möjliga. Den kvinna som fick högst poäng fick 26, medan den som klarade testet sämst endast fick fem poäng. (Heinze & Sleigh 2003)

3.1.12. Perception of the childbirth experience: continuity and changes over the postpartum period

Detta är en kvalitativ forskning med 68 portugisiska kvinnor som deltaganden. Syftet med forskningen var att undersöka kontinuiteten och eventuella förändringar kvinnorna känner angående förlossningsupplevelsen i ett senare skede. Kvinnorna fyllde i "Childbirth Experience and Satisfaction Questionnaire" (CESQ) frågeformulär angående erfarenheter av förlossningen. För att få information om kontinuiteten, fyllde kvinnorna i CESQ frågeformuläret 48 timmar efter förlossningen, samt tre och fem månader postpartum. Kvinnorna hade varit med om både vaginal förlossning och kejsarsnitt.

Resultatet visade att det inte fanns stora skillnader mellan alla tre tidpunkter. Kvinnor som hade kejsarsnitt hade inte kunnat slappna av vid förlossningen lika bra som kvinnor med vaginal förlossningen, med eller utan epidural bedövning. Kvinnor som hade vaginal förlossning ansåg även att partners stöd var mer positiv än vad kvinnorna med kejsarsnitt ansåg. Kvinnor som varit med om kejsarsnitt uppfattade förlossningserfarenheten positivare än kvinnorna som genomgått vaginal förlossning. Här fanns det även skillnader mellan tidsperioderna; 48 timmar postpartum ansåg alla att förlossningserfa-

renheten var mer negativ än vad de ansåg tre månader senare. Alla kvinnor hade mindre bekymmer över barnets och den egna hälsan sex månader postpartum jämfört med tre månader tidigare. Kvinnor som hade genomgått kejsarsnitt hade inte lika mycket smärta vid förlossningen jämfört med kvinnor som hade vaginal förlossning, förlossning med tång eller sugklocka, med eller utan smärtlindring. Kvinnorna ansåg att smärtan under förlossningen var värre 48 timmar efter förlossningen än vad de ansåg att smärtan vid förlossningen var tre månader efter förlossningen. (Conde et. al 2008)

3.1.13. Giving Birth: Perceptions of Finnish Childbearing Women

Syftet med denna forskning var att ta reda på finländska kvinnornas upplevelser av förlossningen. I denna kvalitativa forskning deltog 20 finländska kvinnor som hade fött barn. Kvinnorna fyllde först i ett demografiskt formulär sedan intervjuades de angående uppfattningen av förlossningserfarenheten. Intervjun var semistrukturerad med öppna frågor och räckte ca en timme. Kvinnorna intervjuades inom två dagar efter förlossningen. Alla kvinnor hade deltagit i familjeförberedelsekurs, ammade och hade en partner. Kvinnorna hade förlöst vaginalt eller genom kejsarsnitt.

Resultatet visade att kvinnorna ansåg att det var otroligt att de kunde skapa ett nytt liv. De hade förväntat sig att förlossningen skulle vara smärtsam och klarade sig därför utan att genast behöva smärtlindring. Kvinnorna använde sig istället av andningsövningar, stödet av partnern, promenader, gungstol, byte av ställningar, massage, akupressur och förlossning i vatten bassäng. De använde så lite medicin de bara kunde.

Kvinnorna hade ett starkt moderligt förtroende vilket gjorde att kvinnorna hade driften att klara av förlossningssmärtan. De var aktivt deltagande vid beslut angående vården vid förlossningen. (Callister et. al 2001)

3.1.14. Managing labour pain safely

Syftet med denna forskning är att ta reda på hur effektivt och uppskattat det är bland föderskor att använda sig av sterilt vatten intracutant som smärtlindring mot den smärta som kan uppstå i nedre delen av ryggen under förlossningen.

Forskningen är kvantitativ och utfördes på två sjukhus i Australien där barnmorskorna registrerat smärtnivån m.h.a. VAS- skalan hos föderskan före och efter injektionen av sterilt vatten. Två dagar efter förlossningen fick kvinnorna fylla i ett frågeformulär som fungerade som den andra delen av denna undersökning. Av de 60 föderskor som deltog, lämnade 52 kvinnor in frågeformulären, vilket gav en svarsprocent på 87%. Materialet analyserades sedan med SPSS (Statistical Package for the Social Science).

Enligt resultatet uppgav alla kvinnor som deltog i undersökningen metodens säkerhet för barnet som en viktig faktor då man skall välja smärtlindring. Med tanke på den smärta som uppstår vid själva injektionen, ansåg alla kvinnor att det var värt den smärtan för att sedan få förlossningssmärtan lindrad. En orsak till att så många kvinnor valde just sterilvattens injektion som smärtlindring, var att den metoden inte har biverkningar som påverkar barnet. Största delen av kvinnorna, 90%, uppgav att ryggsmärtan minskat inom fem minuter efter injektionen och några kvinnor uppgav att de hade nytta av injektionen upp till 90 minuter. De kvinnor som var missnöjda med denna metod av smärtlindring ansåg att den smärta de kände vid injektionen var värre än de positiva effekterna metoden hade. Några av deltagarna uppgav att de inte hade nytta av injektionen. Undersökningen visar alltså att detta är en relativt bra metod som borde diskuteras med gravida kvinnor innan förlossningen då man funderar kring olika smärtlindringsmetoder. (Peart 2008)

3.1.15. Longitudal study of the intensity of memorized labour pain

Syftet med denna forskning var att ta reda på hur bra mödrarna minns den smärta de upplevde under förlossningen efter ett dygn, efter en månad och efter ett till två år. Det

här är en kvantitativ forskning som är gjord i Japan och utfördes med hjälp av VAS-skalan och frågeformulär.

I forskningen deltog 196 kvinnor av vilka 101 var förstföderskor och 95 omföderskor. Forskningen tog även fysiska och psykologiska faktorer i beaktande, samt den vardagliga livsmiljön. VAS-skalan användes som instrument vid mätningen av smärtans intensitet under förlossningen eftersom denna anses vara ett pålitligt verktyg för att mäta smärta. Senare fick deltagarna svara på frågeformulär som delades ut efter ett dygn och skickades hem till dem per post efter en månad och igen efter ett till två år för att se vad kvinnorna minns av smärtupplevelsen. Deltagarna delades in i två olika grupper utgående från deras smärtupplevelse. En grupp med högre grad av smärta, kallar denna för grupp A, och en med lägre grad av smärta, grupp B. De som fanns i grupp A hade alla varit med om en längre förlossning än de som hörde till grupp B.

Resultatet visar att då förlossningen förlängs, uppstår det ofta mer komplikationer och svårigheter som sedan leder till kraftigare förlossningssmärta. De kvinnor som var i grupp A och alltså upplevde svårare grad av smärta, var äldre än kvinnorna i grupp B. Detta kan bero på att åldern har ett visst samband med hurdan förlossningskanalen är och dålig kondition kan förlänga förlossningen.

Ett gott självförtroende är en viktig egenskap för att få en så bra förlossningsupplevelse som möjligt. I denna undersökning visade det sig att den gruppen där deltagarna upplevde högre grad av smärta, dvs. grupp A, hade betydligt lägre självförtroende än deltagarna i grupp B.

Speciellt de kvinnor som varit med om en svår eller lång förlossning kommer ihåg smärtupplevelsen efter ett par år. Detta visar hur viktigt det är att försöka undvika långa förlossningar. Genom att få föderskan att ha det så bekvämt som möjligt under förlossningen kan självsäkerheten och hela förlossningsupplevelsen bli bättre. Det kommer även fram i forskningen att det är viktigt med stöd och hjälp med barnet postpartum, eftersom den ena gruppen visade ett stort behov av detta. (Kabeyama & Miyoshi 2000)

3.1.16. A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain

Syftet med denna undersökning var att ta reda på förhållandet mellan kvinnors förväntningar angående smärtupplevelsen efter förlossningsförberedelsekursen och den egentliga smärtan de upplevde under förlossningen.

I forskningen användes frågeformuläret "Expectations of Childbirth Questionnaire" (ECQ). Detta frågeformulär bestod av 45 punkter som baserade sig på Banduras teori om självkänedom. Deltagarna skulle utvärdera sina förväntningar och vad de trodde slutresultatet skulle vara utgående från vad de lärt sig på förlossningsförberedelsekursen. I samband med frågeformulären fick kvinnorna även allmän information angående förlossningens olika skeden, bl.a. hur livmodermunnen vidgas under förlossningens gång.

Antalet deltagare var 65 kvinnor och deras partner eller stödperson. Kvinnorna skulle vara minst 18 år och i graviditetens tredje trimester. För övrigt skulle kvinnorna inte ha planerat att använda epiduralbedövning. Deltagarna har alla varit med på förlossningsförberedelsekurs. I kursen ingick fakta om kroppens anatomi och fysiologi, olika andnings- och avslappningsövningar, samt övningar i att fokusera tankarna på något annat än själva smärtan. För att deltagarna skulle ha så lika tidigare kunskap som möjligt angående förlossning, fick endast förstföderskor och deras partner/stödpersoner delta i denna undersökning.

Av de 65 kvinnorna som deltog i undersökningen var det 37 kvinnor som fullföljde sitt deltagande. De 28 kvinnor som inte var med till slut lämnade inte in alla sina frågeformulär. Demografiska faktorer påverkade inte vilka kvinnor som slutförde undersökningen.

Resultaten visar att kvinnornas förväntningar om hur de kommer att kunna hantera förlossningssmärtan skiljer sig från verkligheten under förlossningens första del.

Kvinnorna förväntar sig inte att de skall kunna klara av smärtan i förlossningens senare skede lika bra som i början. Forskarna anser att denna forskning tyder på att förlossningsförberedelsekurser inte kanske är det bästa sättet att lära sig hantera förlossningssmärtan. Det kan hända att tankar och den egna tron på vad man klarar av påverkar den smärta som kvinnorna upplever. (Larsen et. al 2001)

3.1.17. Subcutaneous sterile water injection for labour pain: A randomized controlled trial

Syftet med denna forskning var att ta reda på effekten av sterilt vatten injektion i jämförelse med placebo injektioner.

Deltagarnas smärta bedömdes tre gånger under, innan injektionen, efter tio minuter och efter 45 minuter. Som verktyg för att mäta smärtan användes en sticka med ansikten som visar olika miner och hade en skala från noll till fem. Deltagarna var 100 kvinnor som delades in i två olika grupper med 50 deltagare i varje grupp. Den ena gruppen fick injektioner med sterilt vatten, medan den andra gruppen fick injektioner med placebo.

För att delta skulle kvinnorna ha en planerad vaginal förlossning i veckorna 37-42. En annan kriterie för att kunna delta i denna forskning var att kvinnorna skulle känna smärta i nedre delen av ryggen under förlossningens första skede. Kvinnorna fick slumpmässigt ett nummer som avgjorde till vilken grupp de hörde. Injektionerna numrerades också, samt fylldes med sterilt vatten i hälften av sprutorna och placebo i andra hälften. Endast forskaren, som inte hade någon roll i vården av föderskorna, visste vilka kvinnor som injicerades med vad. En utomstående barnmorska tog hand om administreringen av injektionen, mätning av smärtgraden, samt de vaginala undersökningar som utfördes. Injektionerna gavs subcutant i den smärtsammaste delen av lumbo-sacral området. Ingen av deltagarna hade fått någon annan medicinsk smärtlindring innan injektionen.

Resultatet visar att flesta deltagarna i båda grupperna kände smärtgrad fyra innan injektionen. Efter tio minuter uppgav kvinnorna som fått placebo att de fortfarande hade en fyra på smärtskalan, medan den gruppen som fått sterilvattensinjektion uppgav att deras smärta sjunkit till en tvåa. Liknande resultat och skillnader kunde ses igen efter 45 minuter.

Fem deltagare föll bort från forskningen, eftersom de hamnade genomgå kejsarsnitt på grund av att förlossningen drog ut på tiden. Tre av dessa fem deltagare var från placebogruppen, medan två var från sterilvattensgruppen. De andra 95 kvinnorna födde vaginalt som planerat.

Denna forskning visar alltså att sterilvattensinjektioner subcutant kan underlätta smärtupplevelsen under förlossningen. Subcutana injektioner orsakar mindre smärta än intracutana injektioner för föderskan. Eftersom prisklassen för båda metoderna och båda kräver samma resurser, valdes subcutan injektion för denna forskning p.g.a. att den orsakar mindre lidande hos deltagarna i forskningen. (Bahasadri et. al 2006)

3.1.18 Ensisynnyttäjien kokemuksia kyvyistään selviytyä synnytyksessä

Syftet med denna forskning var att ta reda på hur förstföderskor i Finland anser att deras inre kontroll är under en normal förlossning. Detta är en kvalitativ undersökning som är gjort på två barnsängsavdelningar i ett sjukhus i Finland. Det var 33 förstföderskor som i essäformat svarade på frågor angående kontrollen under en normal förlossningen. Kvinnorna besvarade på frågorna en till fem dagar efter förlossningen.

Kvinnorna fick känsla av kontroll genom att röra på sig, vara i stående ställning och gunga sig. De fick kraft och ork att fortsätta genom att slappna av, röra på sig, använda ljud, näring m.m. De kände att de fick kontroll genom motivation, som den kommande babyn, men också av känslor och mål. Självförtroendet påverkade också känslan av kontroll, vilket uppstod genom personligheten och erfarenheter.

Öppenhet var viktigt för kvinnorna för att kunna känna kontroll. Några kvinnor planerade och var beredda och kände på detta sätt kontroll medan andra som inte hade planerat och kände då mera kontroll eftersom de var öppna för allt. Kvinnorna ansåg att man måste tänka positivt för att klara av förlossningen, vara tacksam över barnet och känna trygghet. De kände trygghet genom en bra graviditet, stödpersonen och barnmorskan och genom ett gott självförtroende.

Resultatet visade bl.a. att kvinnorna ansåg att man måste vara positiv t.ex. ha humor och kämpa på, medan rädsla, arghet, harm och nervositet inverkade negativt. Dessa negativa känslor gjorde att de kände sig utanför och hjälplösa. Vissa kvinnor tyckte att de negativa känslorna gav mera kraft i t.ex. krystningsskedet.

Kvinnorna ville ha information för att känna kontroll. De ansåg att familjeförberedelsekurs och erfarenheter från andra kvinnor var bra. De ville vara beredda, ha kunskap, lära sig tekniker t.ex. ställningar och veta att smärtan tar slut. Under förlossningen fick de information genom att lyssna på kroppen och handla efter det. Kvinnorna ville ha ordentlig information. Oklar information var negativt.

På en etisk nivå kände de kontroll genom självbestämmande. De kunde bestämma om ställningar, undersökningar och smärtlindring. De ville även ha smärtlindringstöd av barnmorskan som även tog hand om grundbehoven och mående. De fick stöd av barnmorskan som sporrade och handledde, vilket var viktigt för att stöda kontrollen. Respekt, bra bemötande och individualitet var viktigt för deltagarna.

Personalen, stödpersonen och omgivningen gav stöd. Barnmorskans attityd var viktig. Barnmorskan skulle enligt kvinnorna vara lugn, professionell, äldre till åldern, empatisk, uppmuntra, lyssna och inte stressa. Barnmorskans lugnhet stärkte förtroendet på sig själv. Stödpersonen stödde kontrollen genom t.ex. tålmod, trygghet och uppmuntran att kämpa vidare. Även positiv stämning påverkade genom t.ex. individualitet och hemtrevlighet.

Några kvinnor ville att barnmorskan skulle ta över kontrollen när kvinnorna kände att

de inte klarade av det mera. Några ansåg även att det är lättare då andra bestämde för dem. (Hautaniemi & Melander 2008)

3.2 Sammanfattning av tidigare forskning

Den information som kommit fram genom tidigare forskning har fungerat som bakgrundsinformation för denna undersökning. Det har visat sig att tidigare forskning undersökt en hel del om hur kvinnor upplever olika smärtlindringar, vilka förväntningar kvinnor har inför förlossningen och förlossningssmärtan.

Tidigare forskning visar att barnmorskan spelar en viktig roll för föderskan under förlossningen (Bailham et. al 2004). Barnmorskans skall ha en bra attityd. Föderskor önskar att barnmorskan skall vara lugn, professionell, äldre, empatisk, uppmuntrande och kunna lyssna. En stressad barnmorska uppfattas som negativt. (Hautaniemi & Melander 2008) I resultaten kommer det fram att ett tillräckligt stöd från personalen och från stödpersonen kan hjälpa till att lindra föderskans smärta (Abushaikha & Oweis 2005, Conde et. al 2008, Nystedt et. al 2004). Föderskan förväntar sig ett stort stöd av både barnmorskan och stödpersonen (Ip et. al 2003). Det framkommer ur forskning att kvinnor med vaginal förlossning upplever mer stöd av stödpersonen än de kvinnor som går igenom kejsarsnitt. Däremot upplevdes förlossningen mer positiv för de kvinnor som gick igenom kejsarsnitt än för de som hade vaginal förlossning.(Conde et. al 2008) Det har också visat sig att det är viktigt att kvinnan får stöd och hjälp postpartum och inte endast under förlossningen (Kabeyama & Miyoshi 2000). Det stöd föderskan får genom barnmorskans sporrande inställning och handledning är viktigt för att föderskan skall uppleva att hon har kontroll över det som sker (Hautaniemi & Melander 2008).

Faktorer som väcker oro hos föderskan kan vara smärta, obehag och utdragen förlossning. En del föderskor känner även oro över att hamna föda med hjälp av instrument, men även babys välmående under förlossningen skapar oro. Risken för att komplikationer inträffar skapade inte så mycket oro bland kvinnorna. (Redshaw et. al. 2008)

Kvinnor får negativare upplevelse av förlossningen om den blir utdragen än ifall den framskrider normalt (Nystedt et. al 2004).

Smärtupplevelsen uppges vara värst i slutet av förlossningen och det höll även barnmorskorna med om (Baker et. al 2001). Minst smärta upplevdes av föderskorna i förlossningens första skede (Terry & Gijbers 2008). Föderskan och barnmorskan uppfattar smärtnivån lika medan smärtan är måttlig, men då föderskan upplever svår smärta uppskattade barnmorskan en lägre smärtnivå hos föderskan (Baker et. al 2001). Då förlossningen blir utdragen är det vanligt att komplikationer förekommer som sedan leder till kraftigare förlossningssmärta (Kabeyama & Miyoshi 2000). Framkallande av förlossning, samt vaginal undersökning under pågående förlossning uppges förvärra föderskans smärta (Abushaikha & Oweis 2005). Äldre kvinnor upplever ofta en svårare smärta än yngre (Kabeyama & Miyoshi 2000). De flesta föderskorna förväntar sig inte klarar av smärtan lika bra i senare skeden av förlossningen som de tror sig klara av smärtan i ett tidigt skede (Larsen et. al 2001).

Angående smärtlindring visade det sig att det oftare var kvinnor som upplevde mer rädsla inför förlossningen som valde att ta epiduralbedövning. En vanlig orsak till att kvinnor valde epiduralbedövning var att det var rädsla för den smärta som de kommer känna vid ett senare tillfälle. (Heinze & Sleight 2003) Enligt resultatet klarar sig kvinnor som ställt in sig på att förlossningen kommer att vara smärtsam längre tid utan medicinsk smärtlindring (Callister et. al 2008). Injektion av sterilt vatten visade sig vara ett omtyckt alternativ av smärtlindring. Orsaken till att många kvinnor föredrar denna smärtlindring är att den inte påverkar barnet.(Peart 2008) I en jämförelse av placeboinjektion och sterilvatteninjektion subcutant, visade det sig att sterilvatteninjektionen klart hade bättre effekt på förlossningssmärta (Bahasadri et. al 2006).

En av forskningarna behandlade nyblivna föräldrars behov av att få diskutera förlossningen efteråt. Det vanligaste föräldrarna ville diskutera om var smärtupplevelsen, smärtlindringen, samt orsaker till att de blivit utan smärtlindring.(Olin & Faxelid 2003)

Resultaten visar att faktorer som bidrar till en förhöjd känsla av tillfredställelse är känslan av att ha kontroll över sig själv under förlossningen och endast en lägre grad av smärta (Goodman et. al 2003). Föderskor upplever att de har mer kontroll om de får tillräckligt med information (Hautaniemi & Melander 2008).

4 TEORETISK REFERENS RAM

Den Ontologiska hälsomodellen innebär hälsa som görande, varande och vardande, och att genom dessa uppnå en känsla av helighet. Hälsa kan betyda olika för olika personer. Hälsa är att uppleva sig unik, som en helhet och ha ansvar som människa. Man behöver då känna till sin andlighet och religiositet och ha en balans mellan kropp, själ och ande. Detta kallas människans varande. (Eriksson et. Al 1995:11) Vid förlossningen kan kvinnan hitta kraft att kämpa vidare utav den unika känslan av att ett nytt liv skapas.

Hälsa är inget man kan lära sig, detta måste utvecklas då människan påverkas av både yttre och inre omständigheter som t.ex. relationer och språket. Det är viktigt för människan att se sambandet mellan lidande och hälsa eftersom dessa alltid ingår i människans liv. Ibland måste man gå igenom lidande för att hitta livslusten och hälsa, som människan söker. Om lidande känns starkt, kan det vara svårt att uppleva hälsa. (Eriksson et. Al 1995: 11-12)

Människan rör sig ständigt mellan dimensionerna ”görande”, ”varande” och ”vardande”. Denna rörelse syns då människan upplever begär, behov och problem. Då hälsa är som ”görande” bedöms den genom yttre faktorer. En del beteenden hör ihop med hälsa så som ett hälsosamt liv samt att undvika risker i livet. Människan försöker tänka och handla så att sjukdomar inte förekommer i livet. (Eriksson et. al 1995: 12-13)

I hälsa som ”varande” är strävan efter välbefinnande centralt. Människan förstår sambandet mellan kropp och själ, fysiska och psykiska samt inre och yttre faktorer, som kan leda till att människan känner harmoni och balans i livet. (Eriksson et. al 1995:13)

Inom ”vardandets” hälsa spelar livsfrågorna en stor roll. Människan är inte rädd för lidande utan försöker i stället hitta försoning med livets svårigheter. Både positiva och negativa händelser i livet kan ge en djupare förståelse i tillvaron. Man talar om vardande av hälsa då människan upplever helhet som inte påverkas av yttre faktorer. (Eriksson et. al 1995:14)

Då människan har mod att gå över görandets varandets och gränser, kan hon hitta sitt inre och bli den hon skall vara. (Eriksson et. al 1995:14)

Vid en förlossning finner man alla tre dimensioner, dvs. görande, varande och vardande eftersom kvinnor kan känna rädsla, ångest och glädje inför det okända då ett nytt liv blir till. Under förlossningen behöver kvinnan stöd, men hon måste även vara lyhörd för sig själv. Då kvinnan känner sig själv är det lättare för henne att hitta en passlig metod och en bra ställning att föda. Detta kan leda till att kvinnan blir självsäkrare och får på det sättet mera hopp och kraft.

5 PROBLEMBESKRIVNING OCH UNDERSÖKNINGENS MÅL

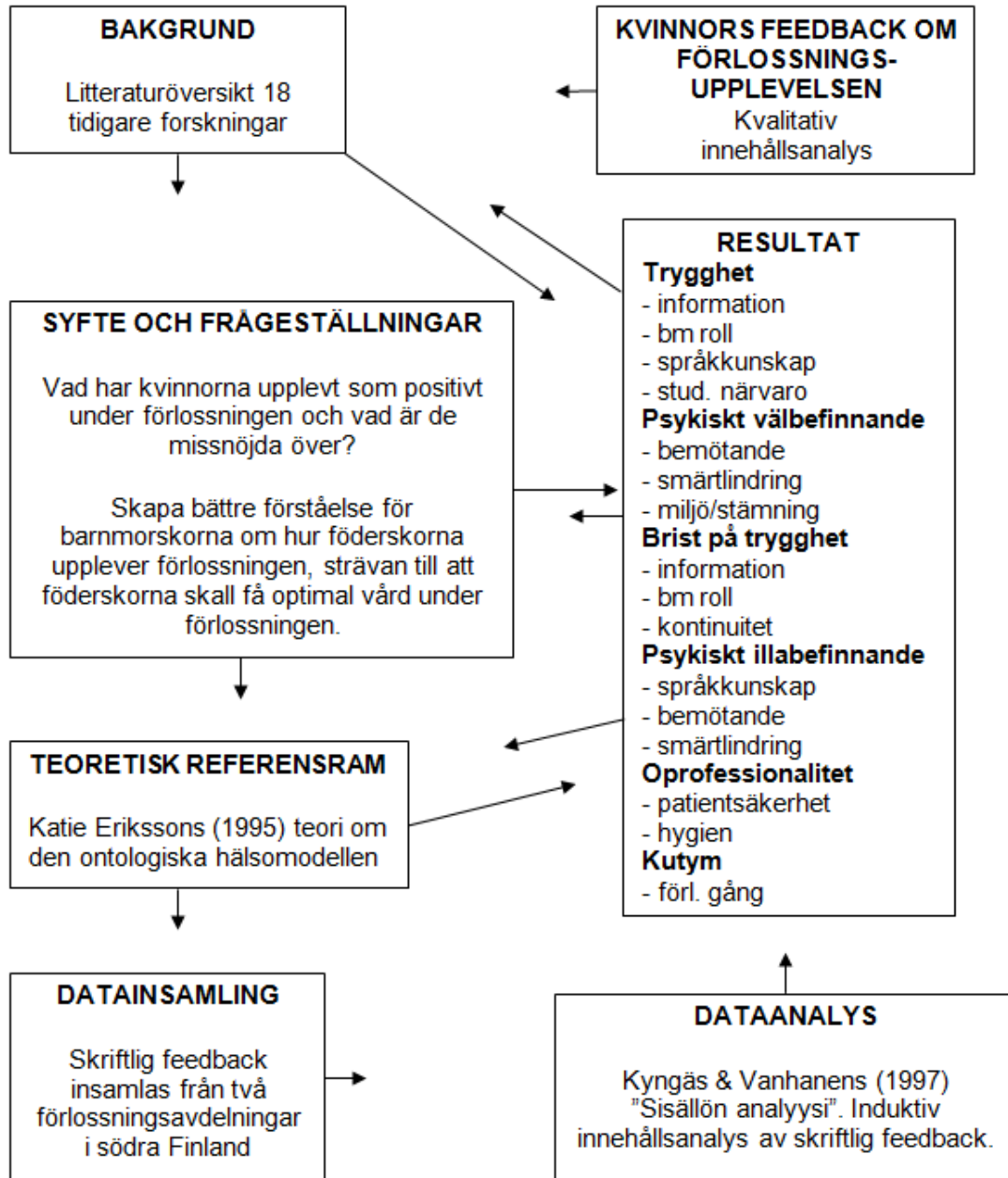
Avdelningarna i denna undersökning samlar in feedback efter förlossningar, där föderskan eller stödpersonen kan ge feedback angående den vård de har fått. Avsikten med denna undersökning är att sammanställa kvinnornas feedback angående deras förlossning och deras smärtupplevelse under förlossningen.

Vårt syfte är att skapa en bättre förståelse för barnmorskorna om hur föderskorna upplever förlossningen och den smärta som uppstår vid förlossning. Vi hoppas också att vårt resultat skall bidra till att föderskorna får optimal vård under förlossningen.

6 CENTRALA FRÅGESTÄLLNINGAR

1. Vad har kvinnorna upplevt som positivt under förlossningen?
2. Vad är föderskorna missnöjda över?

7 DESIGN



Figur 1 Studiens design

Figuren ovanför visar undersökningens design. Med utgångspunkten föderskornas feedback om förlossningen, uppkom bakgrunden d.v.s. 18 tidigare forskningar, varifrån syftet och frågeställningarna uppstod. Ur detta uppstod valet av teoretiska referensramen, ”Den ontologiska hälsomodellen” av Katie Erikssons (1995). Datainsamlingen bestod av skriftlig feedback som analyserades enligt Kyngäs & Vanhanens (1997) innehållsanalys. Detta ledde till resultatet som består av sex huvudrubriker och 17 underrubriker som svarar på frågeställningarna och syftet. Resultatet tolkas sedan med bakgrunden och teoretiska referensramen.

8 METOD

Detta är en empirisk kvalitativ undersökning av skriftlig feedback med induktivt närmelsesätt. Materialet analyseras m.h.a. innehållsanalys enligt Kyngäs & Vanhanen (1997). Materialet som skall analyseras, är feedback av kvinnor som de skrivit efter förlossningen.

8.1 Datainsamlingsmetod

Materialet för denna undersökning fanns redan skrivet då undersökningen startade, eftersom det består av skriftlig feedback från två förlossningsavdelningar i södra Finland. Avdelningen som fungerar som uppdragsgivare, kontaktades för att ta reda på hur mycket feedback de får per år för att kunna avgöra hur bred tidsperiod som skulle undersökas. Avdelningen meddelade att de endast får feedback av ca fem till tio informanter per år, då bestämdes det även att undersöka någon annan förlossningsavdelnings feedbacklåda. Då en annan förlossningsavdelning på ett annat sjukhus kontaktades, var svaret att de får feedback av ca 50-100 mammor och stödpersoner per år. Efter detta meddelande bestämdes det att ta med en avdelning från vardera sjukhus och den feedback som inkommit mellan januari 2009 och december 2010.

För bakgrundsinformation gjordes sökningar av tidigare forskning på databaserna Cinahl och Ovid. Förutom att få ut bakgrundsinformation ur tidigare forskning var tanken även att ta reda på vad som forskats inom området, samt hur lika resultatet blir av denna undersökning som det som framkommit i tidigare forskning.

Skribenterna var öppna för vad som fanns skrivet i feedbacken och mängden text på blanketterna varierade mycket. På en del blanketter fanns det endast en kort mening, medan en del föderskor skrivit tre sidor text. Feedback skriven av stödpersonen, samt feedback angående annat än förlossningen exkluderades, eftersom detta inte var av intresse för denna undersökning. Materialet analyserades hemma hos skribenterna, ef-

tersom detta kändes lämpligt, både för avdelningarna och skribenterna. Slutligen bestod materialet av feedback av 225 personer och detta beräknas vara ca 80 sidor text på en A4. För undersökningen hittades ingen teoretiker som beskriver datainsamling av skriftlig feedback.

8.2 Analysprocessen

I artikeln ” Sisällön analyysi” beskriver Kyngäs & Vanhanen (1997) hur en innehållsanalys kan utföras. Då materialet skall analyseras på ett objektiva och systematiska sätt, är det lämpligt att använda sig av innehållsanalys. Metoden går ut på att få en förkortad och allmän beskrivning av det som undersöks.(Kyngäs & Vanhanen 1997:4)

En undersökning räknas som kvalitativ då det t.ex. frågas efter vad som sker, medan undersökningen blir kvantitativ om man vill ha reda på antalet gånger något speciellt förekommer i materialet. Det är vanligt att göra innehållsanalys om materialet består av skriftlig information från bl.a. dagböcker, artiklar eller brev. (Kyngäs & Vanhanen 1997:4)

Det finns inga egentliga regler för hur själva analysen utförs, men nog en del riktlinjer som kan vara nyttiga längs processen. Innehållsanalys kan göras med antingen induktivt eller deduktivt närmelsesätt. Med induktivt menas det att forskaren utgår från det aktuella materialet, medan deduktivt betyder att man utgår från en färdig teori. (Kyngäs & Vanhanen 1997:5) I denna undersökning används det induktiva närmelsesättet, eftersom undersökningen utgår från det insamlade materialet, d.v.s. den skriftliga feedbacken.

Innan analysprocessen kan börja, måste den som utför undersökningen bestämma om endast det som uttrycks i materialet analyseras, eller ifall det även skall finnas utrymme

för egna tolkningar i materialet. (Kyngäs & Vanhanen 1997:5) I denna undersökning analyseras det som uttrycks direkt i feedbacken, men skribenterna gör egna tolkningar av resultatet.

En induktiv innehållsanalys påbörjas genom att materialet reduceras av den som utför undersökningen. Reduceringen av materialet görs med hjälp av frågor som lämpar sig för den pågående undersökningen. De svar som frågorna får ur materialet, skrivs sedan i marginalen. Det är viktigt att de reducerade texterna blir så lika originaltexterna som möjligt. Efter det här, samlas all text från marginalen och utgående från den bildas sedan listor. (Kyngäs & Vanhanen 1997:5-6)

Nästa steg är att hitta likheter och olikheter i det reducerade materialet som sedan bildar olika kategorier. De uttryck som har samma betydelse läggs i samma kategori och kategorin namnges sedan med ett beskrivande namn som talar om hurdant innehåll det finns i den kategorin. (Kyngäs & Vanhanen 1997:6)

Genom att sedan slå ihop liknande kategorier, till s.k. underkategorier, går det att få fram överkategorier. Även dessa överkategorier namnges med passande namn som beskriver deras innehåll. Eftersom det kan kännas svårt att hitta lämpliga namn på kategorierna, är det vanligt att använda färdiga begrepp eller sådana ord som ofta används tillsammans t.ex. ”psykiskt välbefinnande”. (Kyngäs & Vanhanen 1997:6-7)

I resultatet utformas det sedan beskrivande kategorier och begrepp som uppkommit under analysens gång. Med hjälp av dessa kategorier och begrepp, går det sedan att bilda t.ex. en begreppskarta eller en modell som leder till en helhet som kan vara till hjälp för att finna likheter mellan de olika begreppen. Den som utför undersökningen kan fritt välja hurdana begrepp som används, men det är viktigt att vara konsekvent och använda termerna logiskt. (Kyngäs & Vanhanen 1997:4-5)

BRIST PÅ TRYGGHET	INFORMATION	Fungerar dåligt vid skiftesbyten Bristfällig Dålig angående förlossningens framskridande
	BARNMORSKANS ROLL (BM)	Bristfällig handledning Personalbrist Önskemål togs inte i beaktande Inte omtänksam Borde uppmuntra föderskan att ställa frågor Fick inte svar på frågor, frågan "skyflades" vidare Informerade inte om olika förlossningsställningar i tid Osakligt bemötande, tog inte föderskans smärta på allvar Upplevdes som kommenderande Dålig på att uppmuntra, lyssna eller visa mildhet Gick ut ur rummet vid opassligt tillfälle Argsint Ansåg att bedövning kunde vänta
	KONTINUITET	Otrygg pga personalbyte
	SPRÅKKUNSKAP	Brister i det svenska språket Brister i det engelska språket

Figur 2 Utdrag ur dataanalysen

Då resultatet av innehållsanalysen presenteras går det att använda den modell eller karta som utformades under analysens gång. Innehållet i de olika kategorierna kan beskrivas m.h.a. underkategorierna, samt med utdrag ur det reducerade materialet. Genom att också ta med direkta citat ur det ursprungliga materialet blir resultatet pålitligare. Det är dock viktigt att komma ihåg att deltagarna i undersökningen är anonyma så det skall ses till att ingen kan identifieras utgående från citaten. (Kynge & Vanhanen 1997:10)

Steg 1.	Steg 2.	Steg 3.
Texten reduceras	Kategorier bildas	Abstrahering

Figur 3 Analysprocessen i korthet

9 ETISKA REFLEKTIONER

Det är viktigt att följa etiska principer i en forskning. Skribenterna kommer att vara noggranna så att ingen av informanterna tar illa upp av forskningens innehåll. Skribenten får inte avslöja sådant som kan leda till att deltagarna kan hamna i problem för det hon/han sagt. Skribenten bör behandla materialet anonymt, ej uppge namn på personen eller orten. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998 s.31)

Informanterna på avdelningarna har varit anonyma då de har lämnat skriftlig feedback. Materialet från de två avdelningarna kommer att blandas och på det sättet kommer jämförelser mellan de olika avdelningarna inte att ske. Denna undersökning har blivit godkänd av det etiska rådet vid Arcada. Skribenterna har bekantat sig med ”god vetenskaplig praxis i studier vid Arcada” innan examensarbetet påbörjades.

Enligt Abbott & Sapsford (1998 s.32) bör skribenten under forskningens gång vara medveten om att forskningen är gjord utav människors personliga tankar, och får därför inte kränka dem genom att ta ut t.ex. bara sådana fakta som intresserar en själv. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen (1998 s.26-33) säger att en undersökning måste vara mera till nytta än vara till skada. Ansvar för undersökningen ligger på den som leder undersökningen. Skribenten måste även följa lagen om patientens rättigheter.

Denna undersökning är retropektiv eftersom materialet inkommit redan innan studien påbörjats och informanterna är därför inte medvetna om att deras feedback kommer att användas i denna undersökning. Men informanterna har frivilligt gett informationen. (Brink & Wood 1989 s.47) Materialet förvaras hemma hos skribenterna, med avdelningarnas lov, under undersökningens gång. Eftersom skribenterna inte vet vilken feedback föderskorna skrivit, finns det inga begränsningar och inga förutfattade tankar om resultatet.

Skribenten bör ge tillräcklig information och få lov för undersökningen. Undersökningen är frivillig och får avbrytas när som helst. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998 s.26-33) Skribenterna har varit i kontakt med ledande översköterskan för

sjukhusen per e-post och bifogat följebrev (bilaga 1-4), förkortad plan för examensarbete (bilaga 6) och HUS forskningslovsansökan till henne samt till avdelningssköterna på avdelningarna. Detta för att ge information angående undersökningen och även för att ge möjligheten att tacka nej till deltagandet i undersökningen. Lov har sedan givits av ledande översköterskan och avdelningssköterna för att bearbeta materialet. Ansökan om forskningslov har även godkänts av HUS. Materialet behandlas konfidentiellt.

Då undersökningen är klar önskar den ena avdelningen att feedbacken lämnas tillbaka eftersom originaltexterna användes. Från den andra avdelningen kopierades feedbacken och detta material kommer att förstöras då undersökningen är klar.

10 RESULTATREDOVISNING

Ur materialet framsteg sex huvudkategorier och 17 underkategorier som svarar på frågorna i denna undersökning och även syftet uppnås. Största delen av feedbacken var skriven i flytande text som bearbetades och finns presenterad i resultattabellen. En del av feedbacken bestod endast av vitsord eller tack ord riktade till den vårdande personalen, detta kunde inte användas i denna undersökning. De flesta citaten som användes ur feedbacken var ursprungligen skrivna på finska, endast en del på svenska, men skribenterna har fritt översatt de finska citaten till svenska.

10.1 Trygghet

Fyra underkategorier bidrog till huvudkategorin trygghet. Dessa underkategorier presenteras och exempel ges i form av citat.

10.1.1 Information

“Vi fick bra vård och information om hur förlossningen framskred. Inget blev oklart...”

Information om förlossningens gång uppskattas, eftersom förlossningspersonalen varit med om många förlossningar och har erfarenhet av vad som är normalt och vad som är avvikande. Oftast litar föderskan på barnmorskans kunskap och känner sig tryggare om barnmorskan ger information om vad som händer. *” I slutskedet, då det blev bråttom med sugklockan, sköttes allting snabbt och sakligt och man hann också ge tillräcklig information om vad som hände”*. Vid brådskande och avvikande situationer är det speciellt viktigt att ge information åt föderskan och stödpersonen om vad som händer för att undvika traumatiska upplevelser från förlossningen.

Eftersom barnmorskan förväntas ha mer erfarenhet än föderskan, uppskattas barnmorskans förslag under förlossningen. ”...vi fick bra förslag/ blev bra uppdaterade.” Barnmorskans förslag angående smärtlindring är viktiga eftersom föderskor inte alltid är insatta i vad det finns för smärtlindringar eller vilken smärtlindring som passar i vilken situation. ”.fick förslag om smärtlindring.”

10.1.2 Barnmorskans (bm) roll

Barnmorskans roll upplevdes viktig för de flesta föderskor. En del uppgav att barnmorskan fungerade som diskussionskumpan då stödpersonen inte hade möjlighet att vara på plats. Det upplevdes som positivt att barnmorskan tar stödpersonen i beaktande och ger denne handledning ”Barnmorskan var övertygande lugn, säker och kunde handleda även pappan att delta i förlossningen...”. ”Då tron på den egna kroppen höll på att försvinna, skapade du tro.” Här beskrivs hur barnmorskan ingav hopp då föderskan trodde att hon inte skulle klara av situationen fysiskt. Barnmorskans varmandliga bemötande uppskattades: ”..varmandligt stöd, speciellt då spinalbedövningen administrerades och dessutom erbjöd hon hänsynsfullt att fotografera babyn första gången, medan jag låg i uppvaket.”

”Barnmorskan kunde verkligen sin sak, orden räcker inte till för att beskriva hennes professionalitet och arbetserfarenhet, med hjälp av vilka hon kunde bemöta en rädd och nervös moder och lyckades utmärkt med att omvända dessa känslor till en positiv upplevelse.” ”Speciellt barnmorskan, som på ett bra sätt tog våra önskemål (om bl.a. smärtlindring) i beaktande och dessutom skapade en ”positiv” stämning som gjorde att man orkade bra.” Dessa citat beskriver nöjda föderskors tankar om hur viktig roll barnmorskan har under förlossningen.

Pappan eller stödpersonen kan känna sig väldigt hjälplös och utanför under en förlossning eftersom han eller hon inte alltid vet på vilket sätt det går att stöda

föderskan. Det är viktigt att barnmorskan ger stödpersonen uppmärksamhet och även får denne att känna sig delaktig i förlossningen. *”Även pappan uppmärksammades på ett bra sätt.”*

I en stor del av feedbacken beskrevs barnmorskan med olika positiva adjektiv som finns i tabellen i bilaga 7.

10.1.3 Språkkunskaper

“God service även på svenska, vilket var ett stort stöd för båda föräldrarna” *”Eftersom vi är en tvåspråkig familj, betydde det mycket för oss att barnmorskan kommunicerade på engelska med min man. En sak som vi är väldigt tacksamma för.”* Det uppskattas att barnmorskan har språkkunskaper och att hon vågar använda olika språk. Det kan kännas viktigt för föderskan och även stödpersonen att få använda sig av sitt eget modersmål under förlossningen eftersom det är enklast att beskriva sina känslor på det egna språket.

10.1.4 Studerandes närvaro

“Det var trevligt att det hela tiden fanns en bekant person, trots att barnmorskorna varierade.” Studerande följer oftast en förlossning under sitt skift och har därför möjlighet att spendera mycket tid i förlossningssalen. Detta kan inge trygghet åt föderskan, eftersom någon kunnig finns närvarande nästan hela tiden. *”Det var fint att få en egen barnmorskestuderande som stöd under hela förlossningen. Det minskade mycket på nervositeten.”* *”På dagtid hade barnmorskan med sig en studerande, vilket var positivt eftersom det kändes som om det alltid fanns en person på plats och frågade om måendet m.m.”* Alla föderskor som gav feedback om studerande, hade bara positiva kommentarer. Det verkar alltså som om studerande har en positiv inverkan på föderskan

under förlossningen.

10.2 Psykiskt välbefinnande

Tre underkategorier har bidragit till denna huvudrubrik som heter Psykiskt välbefinnande. Underkategorierna kallas ”bemötande”, ”smärtlindring” och ”förlossningsmiljö/-stämning”.

10.2.1 Bemötande

“Våra önskemål togs aktivt i beaktande.” Det är viktigt att föderskorna upplever att förlossningspersonalen lyssnar på deras egna önskemål. Däremot är det också viktigt att föderskan kommer till förlossningen med en öppen inställning, eftersom det inte går att planera en förlossning på förhand. *”Anestesiläkarens engagering i vården väckte förtroende (efter epiduralbedövningen, kom denne personligen tillbaka för att försäkra sig om att patienten fick den hjälp hon behövde).”* Det psykiska välbefinnandet höjs då anestesiläkaren har tid att själv följa upp situationen, men detta är inte alltid möjligt eftersom läkarna är få och ofta väldigt upptagna.

Många gravida är rädda att åka till förlossningen för tidigt för att sedan bli hemskickade. En kvinna skrev: *”Tacksam för en vänlig och professionell barnmorska, samt för att ni inte vände oss om vid dörren.”*

”Barnmorskorna och läkarna var vänliga och uppmuntrande.” *”Jag vill framföra ett speciellt tack för hur jag blev behandlad då jag kom för att föda, samt under själva förlossningen.”* *”...hela personalen på förlossningsavdelningen behandlade mig utmärkt och professionellt just så som de borde.”*

Många föderskor beskrev hur de blivit bemötta med hjälp av olika adjektiv. Dessa

adjektiv finns uppräknade i bilaga 7.

10.2.2 Smärtlindring

Föderskorna uppskattade att få medicinsk smärtlindring så fort som möjligt:

“...smärtlindring gavs utan att man hamnade vänta.” *”Förstföderskans brist på kunskap om t.ex. smärtlindringsmetoder togs i beaktande.”* De flesta kvinnor som använde epiduralbedövning som smärtlindring, var nöjda: *”Epiduralbedövningen var bra.”*, *”Sedan fick jag fort epiduralbedövningen och då kändes allt lättare.”*

”Det var fint att smärtan togs på allvar och vi fick professionell vård från början till slut.” *”Och smärtlindringen togs på allvar så man inte behövde lida i onödan.”* Det är viktigt att föderskan upplever att hennes smärta tas på allvar och att hon får effektiv smärtlindring för att minska hennes lidande.

”Jag var medveten om att smärtan kan lindras m.h.a. olika metoder och dessa får man nog om man vill ha. Jag anser att det var bra att smärtlindring inte erbjöds automatiskt, utan mamman, d.v.s. jag själv, fick lita på att jag klarar av att föda utan smärtlindring. Sådan här attityd höjer förtroendet för vad den egna kroppen är kapabel till.”

Föderskan menar antagligen medicinsk smärtlindring, eftersom icke-medicinska smärtlindringsmetoder nog brukar erbjudas åt föderskor utan att de behöver be om det.

10.2.3 Förlossningsmiljö/-stämning

”Förlossningsrummet väldigt trevligt, inte för ljust och dessutom hemtrevligt. Det var inte för mycket folk närvarande och lugn stämning.” Förlossningen kan vara väldigt hektisk och detta kan upplevas stressande för föderskan. Därför är det viktigt att hon

upplever att det är trivsamt i förlossningssalen, vilket kan leda till ett höjt psykiskt välbefinnande. *”Vi fick ett fint rum och det verkade inte som om barnmorskorna hade bråttom.”* *”...en lugn stämning stödde den naturliga förlossningen.”*

”Överlag var stämningen lugn och väckte förtroende. Stillheten efter förlossningen gav god motvikt till den hektiska förlossningen.” Efter förlossningen kan det verka som om tiden stannar upp och det är viktigt att föderskan och stödpersonen i lugn och ro får bekanta sig med den nyfödde. *”Utrymmena på sjukhuset var rena och trivsamma.”* Det är viktigt att sjukhuset håller hög standard, vilket bl.a. innebär optimal renlighet men även trivsam miljö för föderskan.

10.3 Brist på trygghet

Huvudkategorin ”brist på trygghet” uppkom genom fyra underkategorier. Underkategorierna är ”information”, ”barnmorskans roll”, ”kontinuitet” och ”språkkunskaper”.

10.3.1 Information

Föderskorna upplevde missnöje över förlossningen då de inte fick tillräcklig information. Brist på information kan lätt leda till missförstånd. En kvinna skrev: *”Jag hamnade ligga i förlossningssängen under hela förlossningen, men efteråt hörde jag att det är den sämsta möjliga ställningen att föda i. Ingen berättade för mig när jag skulle ha fått röra på mig (barnets huvud var inte fixerat då jag kom till förlossningssalen)* En annan kvinna nämnde: *”Det var bråttom i förlossningssalen och därför uppstod det otrevliga och förbryllande situationer efter förlossningen: assisterande barnmorskan kunde inte förbereda patienten om kommande ingrepp (manuellt avlägsnande av*

placentan) och berättade inte att sängens ryggstöd inte får höjas m.m. Pappan hamnade vänta ensam en timme i förlossningssalen...” En annan kvinna borde fått mera information: ”Jag skulle ha önskat förtydligande av efterbördesskedet. Det blev oklart för mig, varför moderkakan inte fick födas naturligt, utan medicinering påbörjades och kraftiga tryckningar. Kanske blödningen var så riklig att man inte kunde vänta på moderkakan.”

En kvinna var missnöjd för att hon inte fick någon förklaring till episiotomi ”Jag bad flera gånger om att slippa episiotomi, men det gjordes ändå. Jag vet inte orsaken.”

10.3.2 Barnmorskans roll

Barnmorskans roll kunde även skapa missnöje hos föderskan. En kvinna beskriver hur hennes vård fördröjdes p.g.a. personalbrist och att den egna barnmorskan försvann och det kom en annan i stället: ”Föderskan hade bett om epiduralbedövning. Ingreppet förbereddes. Efter detta avlägsnade sig barnmorskan till något annat ingrepp. Epiduralbedövningen gavs en timme senare. Det var en annan barnmorska än den egna som assisterade vid epiduralbedövningen.” En kvinna ansåg att barnmorskan inte kunde handleda henne då epiduralbedövningen gavs: ”Barnmorskan borde ha fått ordentlig handledning för t.ex. epiduralbedövning så att hon skall kunna handleda föderskan kvickt under ingreppet.”

”Det olämpliga beteendet fortsatte också senare, när jag hade svåra smärtor och sammandragningar och barnmorskan i fråga jämförde styrkan på sammandragningen med en hönfis. Jag hade påriktigt sjuka sammandragningar och sen får jag höra sådant prat som sårar mig.” Den här kvinnan ansåg att hon blev osakligt bemött då hennes smärta inte togs på allvar.

En annan kvinna upplevde också att hennes barnmorska var endast kommenderande istället för att uppmuntra och lyssna: ”Barnmorskan var kall och kommenderade, hon

gav just inget stöd alls. Som smärtlindring bad jag om havrepåsar, men fick som svar att sådant inte finns att tillgå, vilket jag inte tror på. Barnmorskan lämnade rummet just innan krystningskedet skulle börja, utan att meddela om vart hon skulle eller hur länge hon skulle vara borta. När jag informerade om att jag verkligen hade ont, fick jag bara höra att ingen föder utan smärta...” Det skulle vara viktigt att barnmorskan visar att hon tar föderskan i beaktande, så att föderskan verkligen känner att hennes smärtor tas på allvar.

10.3.3 Kontinuitet

Resultatet visade att kontinuiteten kunde varit bättre eftersom en kvinna kände sig otrygg p.g.a. personalbyte och tidsbrist vilket ledde till brister i informationsflödet bland personalen. *”Den största utvecklingen inom sjukhusystemet borde ske inom skiftesbyten och informationsflödet. Informationen var bristfällig ofta och eftersom tiden känns lång för den som väntar, kändes det som om en väldigt liten sak i det egna huvudet (påverkat av alla blandade känslor) kunde växa till något väldigt stort.”*

”På avdelningen fanns många föderskor i samma skede av förlossningen. På grund av detta böts barnmorskorna flera gånger och det här orsakade osäkerhet hos oss.” Situationen på en förlossningsavdelning förändras hela tiden och ibland är det bråttom och då måste barnmorskorna hjälpa varandra. Såklart påverkas föderskorna av detta, men alla barnmorskor arbetar för föderskans bästa.

10.3.4 Språkkunskaper

Det visade sig att det fanns brister i språkkunskaperna på svenska och engelska. Eftersom Finland är ett tvåspråkigt land, skulle det vara önskvärt att få vård på det egna modersmålet.

Önskemål om att även stödpersonen borde få information på engelska, som var dennes modersmål framkom i denna undersökning: *”Det hade varit önskvärt att barnmorskorna skulle varit mer villiga att tala engelska. Speciellt åt barnets pappa (engelsk) efter att det uppkommit problem.”*

10.4 Psykiskt illabefinnande

Huvudkategorin som kallas ”psykiskt illabefinnande” uppkom ur två underkategorier som var ”bemötande” och ”smärtlindring”.

10.4.1 Bemötande

Mest missnöjda var kvinnorna med hur de blev bemötta. Kvinnorna upplevde att anestesiläkaren uppförde sig illa i många fall. *”Anestesiläkaren är i ett kundbetjäningssyrke, så det hör till yrkesrollen att presentera sig/ hälsa och dessutom borde denne hjälpa föderskan att slappna av inför ett ingrepp.”*

”Feedback åt anestesiläkaren, som blandade sig i kundens storlek. Sa rakt ut att fläsket är i vägen.” *”Anestesiläkarens beteende var väldigt osakligt, fräck både mot mig och enligt min åsikt även mot barnmorskan. Då läkaren infann sig på plats, presenterade denne sig inte och gav ingen handledning eller information angående ingreppet åt en förstföderska. Jag upplevde även att läkaren behandlade barnmorskan nedvärderande i*

patientens närvaro. Läkaren tog ingen kontakt alls med patienten (mig) under hela ingreppet men här är några kommentarer läkaren gav barnmorskan : ”hör du det här kan räcka en halv minut eller en halv timme, helt hur ni själv vill”, ”jag vet verkligen inte var det här är (hänvisar till injektionsstället), antingen hjälper det här eller så hjälper det inte (kastar samtidigt handskarna), men om den där börjar skrika (menar mig) så ge inga opiater!” Efter det här gick läkaren iväg och lämnade den utskämda barnmorskan och den uppskrämda/sjuka föderskan för sig själva. Tur att epiduralen lyckades efter allt detta och satte fart på förlossningen. Det är ju klart att ryggen ömmar och är sjuk! Efter de sex! injektionshål som går att räkna på min rygg. Även här skulle läkaren kunna utvecklas utöver behovet att förbättra sitt beteende.” All vårdpersonal borde bemöta patienterna på ett bra sätt och visa respekt för denne. Förtroendet på vårdpersonalen kan försämrats och även skapa problem i framtiden, om man blir dåligt bemött.

En kvinna ansåg att papporna borde få mer uppmärksamhet under förlossningen. Hon var inte missnöjd med hur hennes partner blivit bemött, men ansåg att det är viktigt att komma ihåg detta. ”En förbättring kunde ske angående hur papporna blir bemötta. Graviditet och förlossning är en stor händelse för dem med och det skulle vara önskvärt att de skulle få mer uppmärksamhet än vad de får nu...”

10.4.2 Smärtlindring

”Jag är besviken för att jag inte fick tillräckligt med smärtlindring, som jag hade trott.” Det är möjligt att en del föderskor förväntar sig att smärtan försvinner helt då de får smärtlindring, men i verkligheten så lindras ju smärtan och försvinner alltså inte helt.

”Det negativa med förlossningen, var att jag inte fick epiduralbedövning, eftersom anestesiologen var upptagen med annat...” Det är bra om föderskan kan förstå att det inte alltid är möjligt att få den smärtlindring man önskar, av en eller annan orsak. Däremot förstår man också att föderskan under förlossningen kan ha svårt att visa

förstående för detta, eftersom hon känner smärta och hela situationen kan upplevas svår och stressande.

10.5 Oprofessionalitet

Två underkategorier, ”patientsäkerhet” och ”hygien” ledde till huvudkategorin ”oprofessionalitet”.

10.5.1 Patientsäkerhet

“...i undersökningsrummet på avdelningen fanns det framme känsliga uppgifter om andra patienter.” Detta får inte förekomma, eftersom det bryter patientsäkerheten. All vårdpersonal har tystnadsplikt och bör undanhålla information angående andra patienter.

10.5.2 Hygien

En oprofessionell aspekt kom fram i feedbacken av en föderska där hon lagt märke till att barnmorskorna hade nagellack och vigselringar. Handhygien och aseptiken är viktigt i barnmorskeyrket för att minska infektionsrisken. *”Lite feedback i alla fall om HANDHYGIENEN. Båda barnmorskorna som medverkade under min förlossning hade nagellack och ena av dem hade vigselringar på fingret. Enligt min uppfattning stämmer detta inte överens med de aktuella anvisningarna för sjukhushygien.”*

10.6 Kutym

Ur citaten från feedbacken uppstod en underkategori, ”förlossningens gång” som sedan bildade huvudkategorin ”kutym”.

10.6.1 Förlossningens gång

En kvinna var missnöjd eftersom hon inte kunde vara i den ställningen hon önskade p.g.a. att hjärtljuden följdes med hela tiden *”Det var en tråkig överraskning att hjärtljuden skulle följas med kontinuerligt och att detta förutsatte liggande ställning (den bärbara maskinen fungerade inte då man böjde sig framåt, så som jag från början kunnat lindra smärtan).”*

”Jag hade kanske önskat få stiga upp o röra på mig mellan krystningarna för att bli van med den nya sortens smärta.” Barnmorskan i detta fall borde förklarat situationen mera och kanske låtit kvinnan försöka stiga upp. En kvinna var missnöjd över att rummet byttes *”ett minus var för min del alla de (3) gånger som rummet byttes, som harmade mig...”*. En kvinna upplevde att hennes egna önskningar och känningar inte togs i beaktande *”Mina önskemål och känningar togs inte på något sätt i beaktande under förlossningen, utan istället följdes det mera med prover och kutym. Maskinerna fungerade inte felfritt.”*

En föderska nämnde *”i en tidigare förlossning hade jag tredje gradens bristningar, men nu behövdes inte ett endaste stygn och på alla sätt en positiv förlossningsupplevelse.”* medan en annan blev positivt överraskad för att hon genast fick barnet till sig: *”Då barnet fötts gav barnmorskan denne blixtnabbt till mig, vilket var en glad överraskning. Jag hade varit rädd för att barnet genast skulle få poäng och diagnostiseras, men istället behandlade barnmorskorna barnet som en individ och*

poängen gavs diskret...”

11 RESULTATET I RELATION TILL DEN TEORETISKA REFERENS- RAMEN

Som teoretisk referensram för denna undersökning valdes *Den ontologiska hälsomodellen* av Katie Eriksson (1995). I resultatet uppkom sex huvudrubriker som i detta kapitel tolkas med den teoretiska referensramen.

11.1 Trygghet

Hälsa för den födande kvinnan påverkas av yttre och inre omständigheter och detta kan göra henne mycket sårbar. Resultatet visar att trygghetskänslan är viktig för kvinnan under förlossningen och den kan påverkas av flera olika faktorer. Enligt resultatet anser föderskorna att de känner sig tryggare genom att få tillräckligt med information. Relationer påverkar hälsan och känslan av trygghet, så det anses viktigt att föderskan har en god relation med barnmorskan, eventuella studerande, stödpersonen och läkare. Föderskorna uppger att möjligheten att få tala och bli tilltalad på det egna modersmålet är viktigt för dem.

11.2 Psykiskt välbefinnande

Resultatet visar att bemötandet spelar stor roll för det psykiska välbefinnandet. Då föderskan får god smärtlindring lindras hennes smärta vilket höjer det psykiska välbefinnandet. Stämningen och miljön i förlossningssalen kan höja det psykiska välbefinnandet. Då kvinnan upplever hälsa genom psykiskt välbefinnande kan hon även känna sig starkare och självsäkrare under förlossningen.

11.3 Brist på trygghet

Även då föderskan inte känner sig trygg är det viktigt att hitta förståelse för det som sker och att kunna försonas med svårigheterna i livet. Ibland kan det finnas en bra förklaring till att föderskan upplevt sig otrygg, så som ett missförstånd eller brist på resurser. Faktorer som orsakar brister i den upplevda tryggheten kan vara bristfällig information och dåliga språkkunskaper hos personalen. Barnmorskans attityd och brist på kontinuitet skapar otrygghet bland föderskorna.

11.4 Psykiskt illabefinnande

Det psykiska illabefinnandet kan påverkas av lidande och det kan kännas svårt att uppleva hälsa då man lider. Det psykiska illabefinnandet kan påverkas om föderskan blir dåligt bemött i förlossningssalen. Utebliven, sen eller otillräcklig smärtlindring skapar lidande hos föderskan, vilket bidrar till psykiskt illabefinnande.

11.5 Oprofessionalitet

Ifall förlossningspersonalen beter sig oprofessionellt, t.ex. har dålig handhygien eller om patientsäkerheten otryggas kan det påverka föderskans upplevelse av hälsa. För att uppnå hälsa försöker människan undvika risker i livet och strävar efter att sjukdomar inte skall förekomma i livet.

11.6 Kutym

Människans rörelse mellan *görande*, *varande* och *vardande* syns då hon upplever begär, behov och problem. Ur resultatet framsteg egna önskemål angående förlossningens gång samt hur man går till väga vid undersökningar som viktiga. Genom att föderskans egna önskemål och begär beaktas under förlossningen kan hon få en positivare upplevelse av hela förlossningen.

12 RESULTATET I RELATION TILL LITTERATURÖVERSIKTEN

Resultatet i denna undersökning visade att kvinnors förlossningsupplevelser har likheter med resultat från tidigare forskningar. Speciellt en forskning (Hautaniemi & Melender 2008) som är gjord i Finland, har kommit till liknande resultat som denna undersökning. Vissa aspekter som syns i vårt resultat kommer inte upp i tidigare forskningar, mer funderingar kring detta finns också i diskussionen.

Trygghet visade sig vara en viktig del av förlossningsupplevelsen både i denna undersökning och i tidigare forskningar. Informationen påverkar trygghetskänslan eftersom föderskorna upplever att de har mer kontroll över förlossningen och kände högre tillfredsställelse då de fått tillräckligt med information. De som hade fått mera information inför förlossningen, t.ex. på familjeförberedelsekurs, hade en mer realistisk bild av förlossningen och förlossningssmärtan.

Oro hos föderskan kan leda till brist på trygghet. I tidigare forskning nämns att smärta, obehag och utdragen förlossning kan väcka oro. Medan denna undersökning visar att brist på information och barnmorskans roll kan leda till försämrad trygghet. Tidigare forskning visade också att kvinnor var oroliga över att tappa kontrollen under förlossningen, men detta kom inte fram i denna undersökning.

Barnmorskans roll hade stor påverkan på hur kvinnorna upplevde förlossningen. Barnmorskorna önskas ha bra attityd och ha goda egenskaper som t.ex. empati, uppmuntrande och kunna lyssna. Dessa egenskaper som uppkom i tidigare forskningar framsteg även ur denna undersökning. Utöver detta uppskattades, även i denna undersökning, att barnmorskan hade yrkesmässig kompetens, gjorde yrkeskunniga beslut och gav god handledning. Postpartum samtal uppskattades både i denna undersökning och tidigare forskning. I denna undersökning var smärtupplevelsen och smärtlindringen sådant som föräldrarna önskade diskutera om.

Psykiskt illabefinnande kan enligt tidigare forskning upplevas då föderskan och barnmorskan uppfattar smärtnivån olika. Psykiskt illabefinnande förekommer lätt då få

förlossningen blivit utdragen och det uppstår komplikationer som leder till svårare smärta. I denna undersökning framkommer det att lång väntan, för lite smärtlindring eller utebliven smärtlindring orsakar psykiskt illabefinnande. Även vårdpersonalens bemötande påverkar det psykiska illabefinnande. *”Ainoa miinus synnytyksessä saa anestesia lääkäri, eli nainen joka sähläsi epiduraalipuudutuksen kanssa niin, että äiti huusi kivusta. Anestesia lääkäri puhui myös niin matalalla äänellä, että häntä ei kuultu kunnolla ja kysyi epä-kohteliasti äidiltä, että onko hänellä vika korvissa kun hän koko ajan kysyy mitä”*.

Denna undersökning visade att smärtlindringen upplevdes som effektiv och att smärtan tas på allvar. Det var positivt att olika smärtlindringsmetoder erbjöds och speciellt epiduralbedövning och lustgas ansågs effektiva. Tidigare forskning visade att en vanlig orsak till att kvinnor valde epiduralbedövning var att de upplevde mer rädsla inför förlossningen. Det framkom även i tidigare forskning att många kvinnor valde injektion av sterilt vatten eftersom den inte påverkas barnets välmående.

En lugn stämning, ren och hemtrevlig miljö höjde det psykiska välbefinnandet enligt undersökningen. Enligt tidigare forskning blev stämningen mer positiv då det var hemtrevligt och vården var individuell.

13 DISKUSSION

I denna undersökning finner man likheter med tidigare forskningar. Frågorna i denna undersökning var vad kvinnorna upplevt som positivt under förlossningen och vad de varit missnöjda över. Dessa frågor besvarades genom den feedback som undersöktes.

Resultatet kan leda till att barnmorskorna får en bättre förståelse om hur föderskorna upplever förlossningen, vilket var undersökningens syfte. Detta kan även bidra till att föderskorna får optimal vård.

En del aspekter som framsteg ur denna undersökning kom inte fram i tidigare forskningar. Dåliga språkkunskaper, speciellt i svenska och engelska, visade sig vara ett problem för en del barnmorskor uppgav föderskorna. Dessa problem kom inte fram i tidigare forskningar. Orsaken till detta kan tänkas bero på att Finland är ett tvåspråkigt land där vården borde kunna förverkligas på de båda inhemska språken. Det finns också en hel del inflyttade som önskar vård på det egna språket eller åtminstone på engelska. I många av länderna där de tidigare forskningarna gjorts finns kanske endast ett inhemskt språk. De föderskor och stödpersoner som blev bemötta på det egna modersmålet upplevde det som positivt.

Studeranden upplevdes positiva i denna undersökning. Föderskorna upplevde att de ingav trygghet eftersom studerandena oftast befann sig i föderskans närvaro hela tiden. I de tidigare forskningarna tangerades inte studerandes roll, kanske för att tidigare forskningar inte handlat om öppen feedback utan varit mer specifikt inriktad på något speciellt område.

Tidigare forskningar har ej tagit upp direkta klagomål av föderskorna och därför kom det fram väldigt lite negativa upplevelser i forskningarna. I denna undersökning visade det sig att bemötande, både i positiv och negativ bemärkelse, påverkade om föderskan fick en positiv förlossningsupplevelse eller kände missnöje. Då föderskan blev tagen på allvar och hennes önskemål togs i beaktande upplevde hon att hon blev positivt bemött. Det är endast kvinnan själv som vet hur hon känner och därför är det viktigt att

barnmorskan lyssnar och tar föderskans önskemål i beaktande. Enligt Eriksson et. Al. (1995:11) kan hälsa kan betyda olika för olika personer och det kan synas då barnmorskan och föderskan uppfattar varandra olika. Kvinnorna kände sig i många fall dåligt bemötta av anestesiläkaren och endast några uppgav att barnmorskans bemötande skapat missnöje hos dem. Det skulle vara viktigt att även läkaren fick information angående detta resultat eftersom det visade sig att de bidrog till största missnöje. Föderskorna borde bli bemötta som en unik helhet och inte ses som ett objekt.

Resultatet i denna undersökning visade att information var en viktig faktor som ledde till en positiv förlossningsupplevelse. Det var viktigt att få förklarat om hur förlossningen framskred, olika ingrepp samt olika förslag på bl.a. smärtlindring. Alla förlossningar är unika och även de som fött barn tidigare kan aldrig förutspå förlossningens gång. För att känna hälsa är informationen viktig. I undersökningen kom det fram att förbättring borde ske vid skiftesbyten eftersom informationen inte alltid fördes vidare, enligt en föderska. Det skulle vara speciellt viktigt att informationsflödet fungerar vid skiftesbyten eftersom föderskan är sårbar och kanske inte orkar förklara samma sak flera gånger.

Barnmorskans roll var mycket viktig enligt föderskorna i denna undersökning. Adjektiv som föderskorna ofta använde för att beskriva barnmorskan var bl.a. professionell, empatisk, lugn, kunnig, vänlig och uppmuntrande. Det uppskattades att barnmorskan hade tid för föderskan och stödpersonen och att deras önskemål togs i beaktande. Många uttryckte sitt tack personligen till den vårdande barnmorskan i sin feedback. Om föderskan lider eller känner starkt lidande, anser vi att det är barnmorskans uppgift att göra allt i sin makt för att kvinnan skall uppleva hälsa. De kvinnor som upplevde missnöje med den vårdande barnmorskan uppgav bl.a. att de fick bristfällig handledning eller att deras barnmorska var argsint. Det är viktigt att komma ihåg att alla personligheter inte passar att ihop, transferens kan förekomma ibland, men alla parter bör ändå göra det bästa av situationen för att föderskans förlossningsupplevelse blir så positiv som möjlig.

Brister i kontinuiteten skapade känsla av otrygghet hos en föderska. Ibland är det inte möjligt att ha samma barnmorska igenom hela förlossningen och det kan kännas otryggt

för föderskan då hon måste skapa förtroende för en ny barnmorska då den föregåendes skift tar slut.

De flesta föderskorna ansåg att barnmorskorna tog deras smärta på allvar och de fick effekt smärtlindring som bidrog till en positivare förlossningsupplevelse. Det var även positivt att barnmorskorna gav förslag på olika smärtlindringar eftersom de ofta har mera medicinsk kunskap än föderskorna. Barnmorskans initiativ och förslag till smärtlindring är viktigt i den omvälvande situation föderskan befinner sig i. Även om föderskan bekantat sig med olika smärtlindringsmetoder innan förlossningen är det möjligt att hon glömmer informationen. Föderskorna var i vissa fall missnöjda med att de fått vänta länge på smärtlindringen. Vissa uppgav också att de blivit utan smärtlindring p.g.a. brist på resurser. Någon föderska önskade att hon fått mera smärtlindring. Föderskorna har kanske inte alltid en realistisk uppfattning om smärtlindringens styrka och smärtans intensitet. Ibland har de inte heller tillräckligt med kunskap om varför man inte kan ge en viss smärtlindring vid ett visst tillfälle och detta kan leda till missuppfattningar då föderskan tror att barnmorskan inte vill ge smärtlindring. Det är vanligt att kvinnor diskuterar sina förlossningserfarenheter med varandra vilket kan orsaka rädslor inför förlossningen. Det är förståeligt att anestesiläkaren inte alltid är tillgänglig då det skulle vara lämplig tid för medicinsk smärtlindring och detta kan skapa missnöje.

Man kan själv påverka stämningen i förlossningssalen genom att ta med sig personliga föremål för att skapa trivsel. Det har blivit allt vanligare att föderskorna tar med sig t.ex. egna värmedynor, musik och TENS. Vi vet inte om kvinnorna i undersökningen själv försökt påverka stämningen men det framkom att en hemtrevlig, prydlig och ren förlossningssal skapade en positivare förlossningsupplevelse.

I undersökningen kom det fram att andra patienters information låg framme i ett av undersökningsrummen. Detta tas upp i resultatet trots att det var en stödperson som lämnat feedbacken. Orsaken till att detta tagits upp i denna undersökning är p.g.a. att patientsäkerheten alltid bör vara i ordning.

Som vidare forskning kunde man undersöka stödpersonens upplevelser av förlossningen

samt en undersökning av föderskans smärtupplevelse. Denna undersökning kunde göras med enkäter där påståenden fokuseras på smärtan.

14 KRITISK GRANSKNING

Originaltiteln på denna undersökning var ”kvinnans feedback och klagomål angående smärta vid förlossning”. Därför tangerade de tidigare forskningarna vi använde oss av som bakgrundsinformation smärtupplevelsen. Då vi började analysera den skriftliga feedback vi fick från avdelningarna upptäckte vi att smärtupplevelsen inte direkt framkommer ur texten. Vi ändrade då rubriken till den nuvarande ”kvinnors feedback om förlossningsupplevelsen” för att den skulle motsvara undersökningens innehåll bättre. På grund av denna förändring tangerar inte de tidigare forskningarna det vi slutligen var ute efter, alltså förlossningsupplevelsen som helhet.

Resultatet av informationssökningen kunde ha varit bättre om vi från början koncentrerat oss på förlossningsupplevelsen som helhet, istället för att leta efter artiklar som tar upp smärtupplevelsen. Många artiklar som behandlade smärtupplevelsen var skrivna ur ett medicinskt perspektiv. I litteraturöversikten står det att de tidigare forskningarna som hittades, var relevanta för denna undersökning. Detta stämmer inte, eftersom undersökningen nu handlar om förlossningsupplevelsen som helhet och inte om smärtupplevelsen som det var meningen från början. Alla tidigare forskningarna är alltså inte relevanta för denna undersökning. Under senare delen av examensarbetets gång har vi beaktat oss med forskning som undersökt förlossningen som helhet och hittat några forskningar vi gärna använt som bakgrundsinformation. Båda artiklarna hittades på databasen cinahl den 4.9.2011. Sökorden som användes var ”birth” or ”delivery” and ”experience”. Artiklarna fick finnas som linked fulltext. Då årtalen var 1985-2011 kom det 50 träffar av vilka två skulle ha passat denna undersökning. Dessa presenteras nu i korthet.

Dahlén et. al (2010) gjorde en forskning i Australien, där syftet var att ta reda på hur förstföderskor upplever förlossningen både hemma och på sjukhus. Materialet samlades in genom djupgående intervju hemma hos deltagarna. Samplet bestod av 19 kvinnor, av vilka sju förstföderskor födde på allmänt sjukhus, sju förstföderskor födde hemma, två kvinnor som födde första gången på ett förlossningscenter, en kvinna som första gången födde på privat sjukhus och två kvinnor som hade fött barn tidigare. Enligt resultatet

bearbetade kvinnorna förlossningen genom att tänka tillbaka på förlossningen, diskutera om den och genom känslor. Genom detta kunde föderskorna arbeta med sina känslor angående förlossningen och få en djupare förståelse vad det innebär att bli mamma. Det verkade som om förstföderskor bearbetar förlossningen i större utsträckning än omföderskor eftersom förstföderskorna upplever detta för första gången.

Thomson & Downe (2009) har forskat hur kvinnor i England, som tidigare varit med om en traumatisk förlossning, senare förbereder sig och upplever en positiv förlossning. Materialet i den här forskningen samlades in genom ostrukturerad djupgående intervju och samplet bestod av 14 kvinnor. Bland de 14 kvinnor som deltog fanns det både kvinnor som uppgav att de genomgått en traumatisk förlossning och kvinnor som hade haft en positiv förlossningsupplevelse. Enligt resultatet upplevde kvinnorna som tidigare haft traumatisk förlossning rädsla då de blev gravida igen. Kvinnorna fick stort stöd av att få diskutera om sin upplevelse med barnmorskor eller andra professionella. En del kvinnor klarade sig med endast några sessioner, medan andra behövde mer. En del av kvinnornas identitet hade förstörts p.g.a. deras traumatiska förlossningsupplevelse och kvinnorna använde ord som ”sönder”, ”tom” och ”delar som fattades” då de skulle beskriva sig själva. Om följande förlossning upplevdes som positivare uppgav flera av kvinnorna att de kände sig hela igen, men flera av deltagarna ansåg att det trauma de varit med om nog lämnat permanenta psykiska men. Genom att få hjälp postpartum kunde föderskorna alltså bearbeta det trauma de varit med om.

Eftersom feedbacken hade lämnats in redan tidigare innan denna undersökning påbörjats ansåg vi att innehållsanalys var den mest lämpliga metoden. Ingen teoretiker kunde hittas som beskriver datainsamling av skriftlig feedback. Vi valde att göra en kvalitativ undersökning eftersom materialet var skrivet i fri text, d.v.s. avdelningarna hade inga svarsalternativ på feedback blanketterna. Många av föderskorna hade liknande feedback och samma saker kom upp flera gånger men vi valde att inte räkna antalet likheter eftersom detta är en kvalitativ undersökning. Under denna tid som vi arbetat med denna undersökning har vi insett att det även kunde varit lyckat att göra en kvantitativ undersökning av materialet. Detta eftersom bl.a. barnmorskans roll ofta beskrevs m.h.a. adjektiv, man kunde då ha räknat hur många gånger samma adjektiv förekom i materialet.

Det är viktigt att komma ihåg att resultatet uppkommit utgående från våra egna tankar och att det i verkligheten kan vara annorlunda. Vi hade ett stort sampel (225) och feedbacken var allt från mycket negativ till väldigt positiv. Största delen var skriven under sjukhusvistelsen men några enstaka hade skickat e-post till avdelningarna efter sin sjukhusvistelse. På grund av detta anser vi att resultatet är trovärdigt och generaliserbart i Finland.

Teoretiska referensramen vi använde i denna undersökning var Katie Erikssons (1995) "Ontologiska hälsomodell". Denna visade sig passa denna undersökning eftersom ger skribenten stora möjligheter att tolka materialet. Genom att göra innehållsanalys på feedbacken har vi verkligen haft möjlighet att göra egna tolkningar av resultatet och vi valde att inte "läsa mellan raderna" då vi analyserade feedbacken.

Det har varit väldigt tidskrävande men lärorikt att jobba med detta examensarbete. Vi anser själva att vi kunde arbetat mer effektivt i början, men då vi väl kom igång fördröjdes processen p.g.a. sådant vi inte kunde påverka t.ex. godkännande av forskningslovet, vilket tog tre månader. Valet att arbeta med denna undersökning i par kändes som ett bra val. Detta har lett till högre arbetsmotivation, då man haft någon att dela tankar och idèer med. Det har varit lätt att diskutera och med varandras hjälp hålla sig till ämnet. En negativ synpunkt angående att skriva examensarbete i par, är att det kan vara svårt att hitta lämpliga tider för båda att arbeta med undersökningen.

KÄLLOR

Abascal, Gudrun. 2008 *Att möta förlossningssmärtan* Stockholm: Bonnier fakta s.47-65
ISBN: 978-91-7424-003-0

Abbott, Pamela & Sapsford, Roger 1998 *Research methods for nurses and the caring professions*, 2 uppl, USA, s.32, ISBN 0335196977

Brink, Pamela J. & Wood, Marilyn J. 1989 *Advanced design in nursing research*, London: Sage Publications, s. 47, ISBN: 0-8039-2742-8

Eriksson, Katie; Bondas-Salonen, Terese; Herberts, Siv; Lindholm, Lisbet & Matilainen, Dahly 1995 *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*, Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, 11-14, ISBN: 951-650-549-X

Hautaniemi, Soili & Melander, Hanna-Leena, 2008 Kättilölehti *Ensisynnyttäjien kokemuksia kyvyistään selviytyä synnytyksessä*, nr 2, s.48-53, ISSN: 0022-9415

Heinze, S.D. & Sleigh, M.J. 2003 *Epidural or no epidural anaesthesia: relationship between beliefs about childbirth and paincontrol choices I: Journal of Reproductive and Infant psychology* vol.21, nr 4, s.323-333

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1997 *Sisällön analyysi I: Hoitotiede* vol.11 nr 1/99, s.4-12

Raussi-Lehto, Eija; Väyrynen, Pirjo & Äimälä, Anna-Mari 2009 i *Kätilötyö* 1.-3. uppl., Helsingfors:Edita Prima, 674 s., ISBN: 978-951-37-5097-8

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri, 1998, *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*.

1.-2. uppl., Borgå, WSOY :Juva, s.26-33, ISBN: 951-0-20587-7

Elektroniska källor:

Abushaikha, Lubna & Oweis, Arwa, 2005, *Labour pain experience and intensity:*

A Jordanian perspective, International Journal of Nursing, Vol.11 s.33-38. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 4.11.2009

Ayers, S. & Pickering A.D., 2005, *Women's expectations and experience of birth*, *Psychology and Health*, Vol. 20 nr.1 s.79-92 tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.12.2009

Bahasadri, Shohreh; Ahmadi-Abhari, Sara; Dehghani-Nik, Mojghan & Habibi, Gholam Reza 2006 Subcutaneous sterile water injection for labour pain:A randomised controlled trial, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* vol.46, s.102-106 Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.9.2010

Bailham, D.; Slade, P. & Joseph, S. 2004 *Principal components analysis of the Perceptions of Labour and Delivery Scale and revised scoring criteria*, *Journal of Reproductive & Infant Psychology* vol.22 nr.3 s.157-165 Tillgänglig Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.12.2009

Baker, Angela; Ferguson, Sally A.; Roach, Gregory D. & Dawson, Drew 2001 *Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives*, Journal of advanced nursing Tillgänglig: Ovid. Hämtad 16.12.2009

Callister, Lynn Clark; Vehvilainen-Julkunen, Katri & Lauri, Sirkka 2001 *Giving Birth: Perceptions of Finnish Childbearing Women*, MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing Tillgänglig: Ovid SP hämtad 11.9.2010

Conde, Ana Albertina; Figueiredo, Bárbara; Costa, Raquel; Pacheco, Alexandra & Pais Álvaro 2008 *Perception of the childbirth experience: continuity and changes over the postpartum period*, Journal of Reproductive and Infant Psychology vol.26, nr.2 s.139-154. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.12.2009

Goodman, Petra; Mackey, Marlene C. & Tavakoli, Abbas S. 2003 *Factors related to childbirth satisfaction*, Journal of Advanced Nursing vol.46, s.212-219. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.12.2009

Ip, W.Y. ; Chien, W.T. & Chan, C.L. 2003 *Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women*, Journal of Advanced Nursing vol.42 s.151-158. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.12.2009

Kabeyama, Kiyoko & Miyoshi, Masamitsu 2000, *Longitudinal study of the intensity of memorized labour pain*, International Journal of Nursing Practice vol.7, s.46-53. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.9.2010

Larsen, K.E.; O'Hara, M.W.; Brewer, K.K. & Wenzel, A 2001 *A prospective study of self-efficacy expectancies and labour pain*, Journal of Reproductive and Infant Psychology vol.19, nr.3 Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.9.2010

Nystedt, Astrid; Högberg, Ulf & Lundman, Berit 2004 *The negative birth experience of prolonged labour: a case – referent study*, Journal of Clinical Nursing vol.14 s.579-586. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 4.11.2009

Olin, Rose-May & Faxelid, Elisabeth 2003 *Parents' needs to talk about their experiences of childbirth*, Scandinavian Journal of Caring sciences vol.17, s.153-159. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.12.2009

Peart, Kerry 2008, *Managing labour pain safely*, Australian Journal of Advanced Nursing vol.23, nr.3, s.43-48. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 16.9.2010

Redshaw, Maggie; Martin, Colin; Rowe, Rachel & Hockley, Chris, 2008, *The Oxford worries about labour scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth*, Psychology, Health and Medicine vol.14, nr.3, s.354-366. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 30.9.2010

Terry, R. & Gijbbers K. 2000 *Memory for the quantitative and qualitative aspects of labour pain: a preliminary study*, Journal of Reproductive and Infant Psychology vol.18, nr.2, s.143-152. Tillgänglig: Ebsco Academic Search Elite. Hämtad 4.11.2009

BILAGOR

Bilaga 1

Bästa avdelningsskötare

Vi är två vårdstuderande, Patricia Ekblad och Mikaela Westerholm, från Yrkeshögskolan Arcada och vi gör vårt examensarbete angående vilken feedback kvinnor ger angående förlossningen. Det är meningen att använda material som samlas in i feedback-lådor på förlossningsavdelningarna. Vi samlar material från januari 2009 till december 2010. Vi önskar nu att vi kunde gå igenom och bearbeta materialet från er feedback-låda på avdelningen.

Material vi samlat in bearbetas konfidentiellt och i det färdiga arbetet kommer inga namn eller avdelningar att nämnas. Vi har ansökt om forskningslov från HUS och fått godkännande av Arcadas etiska råd för att få utföra denna undersökning. Vi kommer i den närmaste framtiden att ta kontakt med er angående tidpunkt för bearbetning av materialet på er avdelning.

Tack för samarbetet.

Om ni har frågor angående undersökningen kan ni ta kontakt med oss:

Ekblad Patricia

Barnmorskestuderande - Arcada

patricia.ekblad@arcada.fi

Westerholm Mikaela

Sjukskötarstuderande - Arcada

mikaela.westerholm@arcada.fi

Väyrynen Pirjo

Lektor/handledare - Arcada

pirjo.väyrynen@arcada.fi, tfn 0207 699 653

Bilaga 2

Bästa ledande överskötare

Vi är två vårdstuderande, Patricia Ekblad och Mikaela Westerholm, från Yrkeshögskolan Arcada och vi gör vårt examensarbete angående vilken feedback kvinnor ger angående förlossningen. Detta arbete hör till Kvinnoprojektet som görs i samarbete med Arcada och HNS. Detta är en kvalitativ undersökning där materialet består av skriftlig feedback från förlossningsavdelningarnas feedbacklåda. Analysen kommer att göras enligt Kyngäs & Vanhanens (1997) forskning ”sisällön analyysi”. Material vi samlat in bearbetas konfidentiellt och i det färdiga arbetet kommer inga namn eller avdelningar att nämnas. Vi önskar nu att vi kunde samla in och analysera materialet från feedbacklådorna på avdelningarna. Vi samlar material från januari 2009 till december 2010. Vänligen, se brevet till avdelningsskötaren.

Vi kommer att kontakta er, och vid behov kan ni ta kontakt med oss eller lektorn/handledaren.

Ekblad Patricia

Barnmorskestuderande - Arcada

patricia.ekblad@arcada.fi

Westerholm Mikaela

Sjukskötarstuderande - Arcada

mikaela.westerholm@arcada.fi

Väyrynen Pirjo

Lektor/handledare - Arcada

pirjo.vayrynen@arcada.fi, tfn 0207 699 653

Bilaga 3

Hyvä osastonhoitaja

Olemme kaksi hoito-alan opiskelijaa Patricia Ekblad ja Mikaela Westerholm Arcadan Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä siitä, millaista palautetta naiset antavat synnytyksistä. Materiaali kerätään synnytysosastojen palautelaatikoista. Tutkimuksemme kattaa palautelaatikon sisällön tammikuusta 2009 joulukuuhun 2010. Toivomme, että voimme saada käyttöömme ja työstää aineistoa teidän osastolta.

Materiaalia käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöiden tai osastojen nimiä tulla käyttämään tutkimustyössämme. Olemme hakeneet HUS:in tutkimuslupaa ja Arcadan eettinen toimikunta on hyväksynyt tutkimussuunnitelmamme. Tulemme sopimaan lähiaikoina kanssanne tutkimuksen suorittamisen ajankohdasta osastollanne.

Jos teillä on kysyttävää tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä meihin

Yhteistyöstä kiittäen.

Ekblad Patricia

kätilöopiskelija Arcadasta

patricia.ekblad@arcada.fi

Westerholm Mikaela

sairaanhoitajaopiskelija Arcadasta

mikaela.westerholm@arcada.fi

Väyrynen Pirjo

Lehtori/ohjaaja Arcada

pirjo.vayrynen@arcada.fi, nro 0207 699 653

Bilaga 4

Hyvä ylihoitaja

Olemme kaksi hoito-alan opiskelijaa Patricia Ekblad ja Mikaela Westerholm Arcadan Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä, siitä millaista palautetta naiset antavat synnytyksistä. Tämä opinnäyte kuuluu Naistenterveysprojektiin, joka tehdään yhteistyössä Arcadan ja HNS:n kanssa. Tämä on laadullinen tutkimus, jonka materiaali kostuu kirjallisista palautteista synnytysosastojen palautelaatikoista. Analyysi tullaan tekemään Kyngäksen & Vanhasen (1997) artikkelin ”sisällön analyysi” mukaan. Materiaali käsitellään täysin luottamuksellisesti eikä henkilöiden tai osastojen nimiä tulla käyttämään tutkimustyössämme. Toivomme että saamme tarvittavan materiaalin käyttöömmä tutkimusta varten. Tarvitsemme materiaalin tammikuusta 2009 joulukuuhun 2010. Oheessa myös kirjeemme osastonhoitajalle.

Tarvittaessa voitte ottaa yhteyttä meihin tai ohjaajaamme Pirjo Väyryseen.

Ekblad Patricia

kätilöopiskelija Arcadasta

patricia.ekblad@arcada.fi

Westerholm Mikaela

sairaanhoitajaopiskelija Arcadasta

mikaela.westerholm@arcada.fi

Väyrynen Pirjo

Lehtori/ohjaaja Arcada

pirjo.vayrynen@arcada.fi, nro 0207 699 653

Bilaga 5

Tabell 1 Litteratursökning från databaser

Databas	Sökord	Årtal	Antal träffar	Hämtat
Cinahl	Pain and childbirth	2000-2009	35 träffar använt 1	4.11.2009
Cinahl	Experience and pain and labour	2000-2009	41 träffar använt 2	4.11.2009
Cinahl	Childbirth or birth or parturition or labor and pain and complain* or feedback or measure* or experience	2000-2009	305träffar Använt 7	16.12.2009
Ovid	Childbirth and pain	2000-2010	10 träffar använt 1	11.09.2010
Cinahl	Labour pain	2000-2010	9 träffar använt 4 (4st tidigare)	16.9.2010

Förkortad plan för examensarbete

Inlämnas till Etiska rådets utskottsmöte 28 / 1 2011

Författare: Patricia Ekblad (barnmorskastuderande) & Mikaela Westerholm (sjukskötarestuderande)

Rubrik :

Kvinnors feedback angående förlossningsupplevelsen.

Arbetslivsrelevans:

Resultatet av denna undersökning kan ge barnmorskorna mer kunskap angående kvinnornas förlossningsupplevelser. Eventuella förändringsförslag och önskemål kan framstiga ur resultatet.

Syfte:

Syftet med denna undersökning är att skapa en bättre förståelse för barnmorskorna om hur föderskorna upplever förlossningen och den smärta som uppstår vid förlossningen.

Forskningsfrågor:

Frågor som väntas få svar på är hur kvinnorna upplever förlossningen som helhet och på vilket sätt kvinnorna påverkats av smärtan under förlossningen.

Kortfattad teoretisk referensram:

Som teoretisk perspektiv har valts "Den ontologiska hälsomodellen" enligt Katie Eriksson (1995). Den Ontologiska hälsomodellen innebär hälsa från görande, varande och vardande, och genom dessa uppnå en känsla av helighet. Hälsa kan betyda olika för olika personer.

Koppling till tidigare forskning:

Resultat från tidigare forskning visar att varje kvinna och förlossning är unik. Förlossningens gång och användning av smärtlindring har stor inverkan på hur förlossningen upplevs som helhet. Andra faktorer som möjligen påverkar förlossningsupplevelsen är bl.a. ålder, paritet, vilken typ av förlossning, bakgrund, om man deltagit i förlossningsförberedelsekurser.

Material (informanter, undersökningsobjekt, sekretessbelagt material, planerat urval och antal):

Materialet består av feedback som lämnats i förlossningsavdelningars feedbacklådor efter förlossning. Materialet som planeras att användas är från juni 2009-december 2010. Storleken på materialet beräknas vara 70-100 skriftlig feedback.

Metod (datainsamling, bearbetning av insamlad data):

Detta är en kvalitativ undersökning av skriftlig feedback. Feedbacken har frivilligt lämnats i förlossningsavdelningarnas feedbacklådor på förlossningsavdelningen 14 i Barnmorskeinstitutet samt förlossningsavdelningen i Kvinnokliniken, efter förlossning.

Dataanalysmetoden är kvalitativ innehållsanalys enligt Kyngäs & Vanhanens (1997)

artikel

” Sisällön analyysi”.

Etiska reflektioner (hur principer om frivillighet, anonymitet, informerat samtycke, icke-skada samt nytta beaktas, vem har tillgång till materialet, hur förvaras sekretessbelagd information, råmaterial osv):

Undersökningen är en kvalitativ innehållsanalys. Allmänna etiska principer används. Materialet kommer att förvaras på avdelningen under undersökningens gång och kommer att lämnas kvar där även efter att studien slutförts. Undersökningen godkänns av Arcadas Etiska Råd. Ansökan till HNS om lov för denna undersökning ges till ledande överskötare Inger Mäenpää. Följebreven skickas till avdelningsskötarna efter att lovet för undersökningen godkänts.

Handledare: Pirjo Väyrynen

Samarbetspartner:

(kryssa för rätt alternativ)

- beställningsarbete ja (x) / nej ()
- arbetet ingår i Arcadas projekt ja (x) / nej ()

Sökord:

Förlossningsupplevelse, förlossningssmärta, ontologiska hälsomodellen, kvalitativ innehållsanalys.

Bilaga 7

Tabell 2 Vad har kvinnorna upplevt som positivt under förlossningen?

	INFORMATION	Tacksam för att ha fått saker förklarade Frågorna besvarades snabbt och kunnigt Barnmorskan gav förslag Information om hur förlossningen framskred och vad som hände Fick förslag om smärtlindring Tillräcklig info om förlossning med sugklocka
	BARNMORSKANS (BM) ROLL	Lugn Empatisk Kunnig Vänlig Ljuvligt sporrande Kämpande Professionell Varm och saklig Lyssnar Uppmuntrande Ingav hopp Beslutsam Glad och trevlig Bra tålamod Sympatisk Ansvarsfull

TRYGGHET

Omtänksam

Kärleksfull

Positiv

Hurtig

Energisk

Hjälpsam

Social

Yrkesmässig kompetens

Information om olika ingrepp

Fick föderskan att glömma smärta och rädsla

Behandlar föderskan individuellt

Stöd för föderskan

Yrkeskunniga beslut om smärtlindring o rätt tidpunkt

Fick pappan att känna sig delaktig

Bra uppdatering om situationen

Hade tid att diskutera med föderskan/stödpersonen

Handledning för föderskan/stödpersonen

Ingav en känsla av att man var välkommen

Hade tid för föderskan/stödpersonen

Föderskan och hennes egna önskemål togs i beaktande

Postpartum-samtal uppskattas

Arbetserfarenhet

Gav förslag åt föderskan

Tog föderskans okunnighet i beaktande, bl.a vid val av smärtlindring

Stort stöd då stödpersonen var frånvarande

<p>SPRÅKKUNSKAP</p>	<p>God service även på svenska</p> <p>BM kommunicerade med pappan på hans modersmål (eng)</p>
<p>STUDERANDES NÄRVARO</p>	<p>Lugn</p> <p>Trevlig</p> <p>Underlättade nervositeten</p> <p>Utförde jobbet utmärkt</p> <p>Ständig närvaro och omvårdnad uppskattades</p> <p>Fanns kvar även om BM varierade under förlossningen</p> <p>Uppmärksam, reagerade på komplikation</p>

<p>BEMÖTANDE</p>	<p>Sakligt</p> <p>Vänligt</p> <p>Trevligt</p> <p>Föderskans behov togs i beaktande</p> <p>Varmt</p> <p>Vänligt</p> <p>Sporrande</p> <p>omtänksamt</p> <p>människonära</p> <p>Professionellt</p> <p>Hörd</p> <p>Önskemål togs i beaktande</p> <p>Blev tagen på allvar</p> <p>Togs emot</p> <p>Anestesiläkaren uppföljde måendet</p>
------------------	--

		Personalen hanterar förlossningsrädsla bra
PSYKISKT	SMÄRTLINDRING	Smärtan tas på allvar, får smärtlindring
VÄLBEFINNANDE		Effektiv, ex. epidural och lustgas
		Förslag ges
		Fås snabbt
		Olika metoder erbjuds
		Anestesiläkaren var fingerfärdig vid bedövningen
	FÖRLOSSNINGSMILJÖ/ STÄMNING	Lugn
		Väckte förtroende
		Sympatisk anda
		Hemtrevlig och lämplig förlossningssal
		Fungerande avdelning
		Prydligt och rent

Tabell 3 Vad är föderskorna missnöjda över?

	INFORMATION	Fungerar dåligt vid skiftesbyten
		Bristfällig
		Dålig angående förlossningens framskridande
	BÄRMORSKANS (BM) ROLL	Bristfällig handledning
		Personalbrist
		Önskemål togs inte i beaktande
		Inte omtänksam
		Borde uppmuntra föderskan att ställa frågor
		Fick inte svar på frågor, frågan "skyfflades" vidare

BRIST PÅ TRYGGHET		<p>Informerade inte om olika förlossningsställningar i tid</p> <p>Osakligt bemötande, tog inte föderskans smärta på allvar</p> <p>Upplevdes som kommanderande</p> <p>Dålig på att uppmuntra, lyssna eller visa mildhet</p> <p>Gick ut ur rummet vid opassligt tillfälle</p> <p>Argsint</p> <p>Ansåg att bedövning kunde vänta</p>
	KONTINUITET	Otrygg pga personalbyte
	SPRÅKKUNSKAP	<p>Brister i det svenska språket</p> <p>Brister i det engelska språket</p>
PSYKISKT ILLA- BEFINNANDE	BEMÖTANDE	<p>Anestesiläkaren var oprofessionell</p> <p>Önskingar och smärtekänningar togs inte i beaktande</p> <p>Maskiner och prover verkade viktigare än föderskan</p> <p>Läkaren var hårdhänt</p>
	SMÄRTLINDRING	<p>Lång väntan</p> <p>Utebliven smärtlindring pga brist på resurser</p> <p>För lite smärtlindring</p>
OPROFESSIO- NALITET	PATIENTSÄKERHET	Andra patienters information framme i undersökningsrummet
	HYGIEN	Barnmorskan hade nagellack och vigselring
KUTYM	FÖRLOSSNINGENS GÅNG	<p>Saknade möjlighet att stiga upp i pauserna under krystningsskedet</p> <p>Önskvärt att inte behöva byta rum under förlossningen</p> <p>Skulle helst inte varit fastspänd i CTG-apparaten hela tiden</p>