

## **Att skynda på eller stärka sammandragningar**

– En kvalitativ enkätstudie om kvinnors upplevelser av  
värkstimulering

Henna Lindell

Examensarbete för (YH)- examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Barnmorska (YH)

Vasa 2023

## EXAMENSARBETE

Författare: Henna Lindell  
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa  
Handledare: Terese Österberg

Titel: Att skynda på eller stärka sammandragningar – En kvalitativ enkätstudie om kvinnors upplevelser av värkstimulering

---

Datum: 30.5.2023      Sidantal: 48      Bilagor: 2

---

### Abstrakt

Syftet med examensarbetet var att beskriva finlandssvenska kvinnors upplevelser kring användning av värkstimulerande medel under en förlossning. Studien har gjorts för att öka barnmorskors kunskap och förståelse kring ämnet.

Examensarbetet utfördes som en kvalitativ enkätstudie med ett induktivt förhållningssätt. Som teoretisk utgångspunkt valdes vårdmodellen MiMo – Midwifery model of woman-centred childbirth care framtagen av Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012). Deltagare efterlystes genom ett publicerat inlägg i Facebook-gruppen *Mammor och gravida i Österbotten*. Intresserade kvinnor som uppfyllde kriterierna för deltagande tog kontakt och fick på så sätt tillgång till en länk där de fick gå in och besvara en anonym webbenkät.

13 användbara kvalitativa webbenkäter blev insamlade. Datamaterialet har analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys genom vilken tre övergripande kategorier lyftes fram med tillhörande underkategorier.

Huvudfynden i resultatet är att föderskorna beskriver värkstimuleringen bland annat som kraftig, smärtsam och intensiv. Effekten av värkstimuleringen beskrivs som både god och sämre. Delaktigheten i beslutsfattandet att påbörja värkstimuleringen lyfts fram och det visar sig finnas tydliga indikationer till värkstimulering, tillit till barnmorskan och hennes yrkeskompetens lyfts även fram men samtidigt finns en något bristande informationsgång. I resultatet framkommer även varierande upplevelser hos föderskorna, så som fysiska och psykiska utmaningar. Även tankar kring interventionens meningsfullhet samt både positiva och negativa känslor uppstår, kring värkstimuleringen och själva förlossningen.

---

Språk: svenska

Nyckelord: förlossning, upplevelser, värkstimulering

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Henna Lindell  
Koulutus ja paikkakunta: Kätilö, Vaasa  
Ohjaaja(t): Terese Österberg

Nimike: Nopeuttamalla tai vahvistamalla supistuksia – Kvalitatiivinen lomaketutkimus naisten kokemuksista supistusten vahvistamisesta

---

Päivämäärä: 30.5.2023

Sivumäärä: 48

Liitteet: 2

---

### Tiivistelmä

Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvailla suomenruotsalaisten naisten kokemuksia synnytyksen aikana käytetyistä keinoista supistusten vahvistamiseen. Tutkimus tehtiin lisäämään kätilöiden ymmärrystä ja tietämystä asiaa kohtaan.

Opinnäytetyö tehtiin kvalitatiivisena lomaketutkimuksena, jossa on käytetty induktiivista lähestymistapaa. Teoreettiseksi lähtökohdaksi valittiin hoitomalli MiMo – Midwifery model of woman-centred childbirth care jonka on laatinut Berg, Ólafsdóttir ja Lundgren (2012). Osallistujia haettiin julkaisun avulla Facebook-ryhmään *Mammor och gravida i Österbotten*. Kiinnostuneet naiset, jotka täyttivät osallistumisen kriteerit, ottivat yhteyttä saadakseen linkin anonyymiin verkkokyselylomakkeeseen.

13 käyttökelpoista kvalitatiivista verkkokyselylomaketta valittiin. Datamateriaalin analysointiin käytettiin laadullista sisällönanalyysiä, jonka avulla kolme kokonaisvaltaista kategoriaa nostettiin esille sekä niihin liittyvät alakategoriat.

Tuloksen päälöydöksiin kuuluu muun muassa, että synnyttäjät kuvailevat supistusten vahvistamisen voimakkaaksi, kivuliaaksi sekä intensiiviseksi. Supistusten vahvistamisen teho kuvaillaan sekä tehokkaaksi että vähemmän tehokkaaksi. Synnyttäjän osallistuminen supistusten vahvistamisen aloittamiseen päätökseen nostetaan tuloksessa esiin. Tuloksessa ilmenee myös, että supistusten vahvistamisen aloittamiseen on selvät indikaatiot. Luottamus kätilöön sekä hänen ammattipätevyyteensä nostetaan tuloksessa esiin, samalla ilmenee, että informointi on jonkin verran puutteellinen. Tuloksessa ilmenee myös synnyttäjien kertomista kokemuksista, fyysisiä ja psyykkisiä haasteita ja ajatuksia intervention merkityksellisyydestä. Sekä positiivisia että negatiivisia ajatuksia ilmenevät myös supistusten vahvistamisesta ja synnytyksestä.

---

Kieli: ruotsi

Avainsanat: synnytys, kokemus, supistusten vahvistaminen

## BACHELOR'S THESIS

Author: Henna Lindell  
Degree Programme: Midwife, Vasa  
Supervisor(s): Terese Österberg

Title: To speed up or to strengthen contractions – A qualitative questionnaire study about women's experiences of labour augmentation

---

Date: 30.5.2023      Number of pages: 48      Appendices: 2

---

### Abstract

The aim of this Bachelor's thesis was to describe how Finland- Swedish women experience the use of labour augmentation methods during childbirth. The study was made to increase midwives knowledge and understanding about the subject.

The Bachelor's thesis was made as a qualitative questionnaire study with an inductive approach. The caring-model MiMo – Midwifery model of woman-centred childbirth care made by Berg, Ólafsdóttir and Lundgren (2012) was used as a theoretical framework. Participants were searched by publishing a post in the Facebook-group, *Mammor och gravida i Österbotten*. Women who were interested and who fulfilled the criteria to participate, took contact and got access to a link, in which they were able to answer an anonymous web questionnaire.

13 useful qualitative web questionnaires were collected. Data were analyzed by a qualitative content analysis through which three overall categories were found with associated subcategories.

The main findings from the result are that the women who gave birth described labour augmentation, among other things, as powerful, painful and intense. The effect of the augmentation is described both as good and poor. Participating in the decision-making to start labour augmentation is highlighted and the result shows that there were clear indications to start the augmentation. Trust in the midwife and in the professional skills is also highlighted but a lack in getting all necessary information were mentioned. The result also shows that there are varying experiences, for example, in physical and psychological challenges among women who have given birth. Thoughts about the meaningfulness of the intervention and both positive and negative feelings were mentioned about the labour augmentation and the childbirth itself.

---

Language: Swedish

Key words: childbirth, experience, labour augmentation

## Innehållsförteckning

1	Inledning .....	1
2	Syfte och frågeställningar .....	2
3	Bakgrund.....	2
3.1	Förlossningsvårdens historia från hemmet till sjukhus.....	3
3.2	Förlossningens naturliga förlopp.....	5
3.3	Kroppseget oxytocin.....	6
3.4	Dystoci .....	8
3.4.1	Riskfaktorer för dystoci hos föderskan .....	9
3.4.2	Andra orsaker till dystoci .....	9
3.5	Värkstimulerande metoder .....	10
3.5.1	Amniotomi .....	10
3.5.2	Syntetiskt oxytocin .....	11
3.5.3	Naturlig värkstimulering.....	13
4	MiMo- Midwifery model of woman-centred childbirth care.....	14
5	Metod .....	17
5.1	Urval .....	18
5.2	Datainsamling.....	19
5.3	Dataanalys .....	21
5.4	Etik .....	22
6	Resultat .....	24
6.1	Påverkan på förlossningsförloppet.....	26
6.2	Delaktighet i beslutsfattandet.....	27
6.3	Föderskans upplevelser.....	30
7	Diskussion .....	32
7.1	Metoddiskussion .....	33
7.2	Resultatdiskussion.....	38
7.3	Slutsats.....	44
	Källförteckning.....	45
	Bilaga 1 Facebook-inlägg	
	Bilaga 2 Enkät	

# 1 Inledning

Som examensarbete har jag valt att fördjupa mig i ämnet *Att skynda på eller stärka sammandragningar*. Jag har själv fött två barn och har egna upplevelser av både amniotomi och syntetiskt oxytocin, eftersom medicinskt påskyndande av sammandragningarna blivit aktuellt under båda förlossningarna. Ämnet har således följt med mig en tid och intresset för ämnet väcktes redan för flera år sedan. Jag har funderat en del kring värkstimulering och på vilket sätt det påverkar förloppet, inte enbart under mina egna förlossningar utan under förlossningar över lag.

Det har spekulerats kring om man inom förlossningsvården ibland har för bråttom med att börja påskynda förlossningen med medicinska värkstimulerande medel. En studie gjord på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och Ryhovs länsjukhus i Jönköping studerade till exempel skillnaderna mellan tidig och sen start av oxytocininfusion. Studien handlar i stora drag om ifall förlossningarna visade sig ha olika slutresultat beroende på om man startat infusionen tidigt eller avvaktade med att påbörja infusionen, under en normal förlossning. I studien deltog friska förstföderskor vars förlossning startat spontant. Kvinnorna vars värkarbete var långsamt eller avstannat delades in i två grupper. Den ena gruppen fick värkstimulerande oxytocin direkt medan man avvaktade med behandling i ytterligare 3 timmar hos kvinnorna i den andra gruppen. Resultatet påvisade att det inte framkom någon signifikant skillnad mellan grupperna förutom att förlossningsförloppet blev som förväntat längre hos den andra gruppen. Resultatet av studien påvisade däremot att man hos 13% av kvinnorna i den andra gruppen helt kunde undvika värkstimulerande medel genom att avvakta. (Dencker et al., 2009)

Värkstimulering diskuteras en hel del på olika forum och i sociala medier. Där framkommer tydligt att kvinnornas upplevelser är mycket varierande. Variationen finns inte endast olika kvinnor emellan utan upplevelserna kan variera även hos samma födande kvinna under olika förlossningar. I en pågående studie av Alòs-Pereñíguez et al. (2022) har även

konstaterats att ett begränsat antal studier har gjorts kring föderskornas upplevelser av stimulering med syntetiskt oxytocin och att det behöver studeras mera kring ämnet.

## 2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet är att beskriva finlandssvenska kvinnors upplevelser kring användning av värkstimulerande medel under en förlossning. Studien görs för att öka barnmorskors kunskap och förståelse kring ämnet.

Examensarbetets övergripande frågeställningar är:

1. Hur upplever föderskorna värkstimuleringen?
2. På vilket sätt tas föderskan med i beslutsfattandet att påbörja medicinsk värkstimulering och har beslutet att ingripa påverkat förlossningen och upplevelsen på något sätt?

## 3 Bakgrund

I den här delen av examensarbetet beskrivs förlossningens historia från naturliga hemförlossningar till att de förflyttades till sjukhus och vilka följder den utvecklade förlossningsvården haft för barnafödandet. I kapitlet beskrivs även definitionen av ett

naturligt förlossningsförlopp samt vad kroppseget oxytocin är och vad det har för inverkan på kroppen under förlossningen. I kapitlet förklaras även vad begreppet dystoci innebär samt vilka riskfaktorerna är och slutligen beskrivs olika värkstimulerande metoder och när de används samt vilka eventuella risker användningen av dem kan medföra.

### 3.1 Förlossningsvårdens historia från hemmet till sjukhus

Barnmorskans roll beskrevs redan 2500 f.Kr. i Grekland och Kina, som en vägledare för kvinnan som på egen hand föder sitt barn (Lindgren, Christensson & Dykes, 2022, s. 53). Medeltidens första barnmorskor i de nordiska länderna skulle vara gifta eller änkor som själva fött barn. De första barnmorskorna, så kallade traditionella barnmorskor, skulle vara skickliga och begåvade, de använde sig av örter och fick sina kunskaper från naturen. Under förlossningarna samlades även ett flertal andra hjälpkvinnor för att stöda föderskan och babyn. Kvinnorna samlade kunskap och information genom berättelser. Barnmorskorna lärde sig att på rätt sätt utföra nöddop och hur de med rätt ord kunde stöda föderskan till uthållighet och hoppfullhet. På den tiden fick männen varken närvara under förlossningen eller under barnsängstiden. (Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto & Äimälä, 2015, s.19; Lindgren et al, 2022, s. 53–54)

Under 1600-talet förändrades förlossningsrummen från att ha varit slutna rum till mer offentliga, i samband med läkares delaktighet under förlossningarna och den medicinska förlossningsvårdens uppkomst. I teorier redan från den tiden beskrevs att barnmorskans viktiga uppgifter var att lyssna och observera, vara öppen och flexibel, använda humor och visa empati. Samtidigt var det även viktigt att skapa tillitsfulla relationer till föderskan och bevara en professionell roll. (Lindgren et al. 2022, s. 55)



I Stockholm började man utbilda barnmorskor år 1706, där utbildades även finländska barnmorskor eftersom Finland hörde till Sverige på den tiden. Den första allmänna förlossningskliniken öppnades i Stockholm år 1775. Till en början var det främst fattiga och de som inte ville avslöja sin identitet som kom till klinikerna för att föda. En målsättning med klinikerna var att minska på mödra- och barnadödligheten, en annan avsikt med klinikerna var att manliga läkare kunde ta över kontrollen, för första gången i barnafödandets historia. Förlossningarna började så småningom hospitaliseras allt mer och de normala förlossningarna blev barnmorskornas specialområde medan den framskridande medicinska kunskapen inom förlossningsvården skötte mera komplicerade förlossningar. De normala förlossningarna hamnade i skuggan av den medicinska vården i vetenskapliga sammanhang och den kunskap som barnmorskorna bar blev en "tyst kunskap" som sällan skrevs ner. (Paananen et al., 2015, s. 19-21; Lindgren et al., 2022, s. 53-58)

År 1816, under tiden när Finland hörde till Ryssland, öppnades landets första förlossningssjukhus i Åbo där man även började utbilda barnmorskor. Barnmorskeutbildningen förflyttades till Helsingfors universitet år 1833. I Finland hade man då varken råd eller viljan att ha barnmorskor i varje kommun. Under tiden då Ryssland regerade fanns få läkare varav majoriteten bodde i kustområdena. På landsbygden var det sällan möjligt att få hjälp av läkare och det fanns få utbildade barnmorskor. År 1879 lärde de finländska barnmorskorna sig att använda tång under förlossningen, men samtidigt var det på landsbygderna fortfarande främst den traditionella barnmorskan som skötte om förlossningarna. (Paananen et al., 2015, s.21-23)

I slutet av 1800-talet sköttes ännu 90% av förlossningarna hemma men förlossningarna började allt mer förflyttas till sjukhus. I mitten av 1940-talet sköttes endast ca hälften av förlossningarna hemma och på 1960-talet i samband med att centralsjukhusen utvecklades sjönk andelen hemförlossningar markant i Finland. (Paananen et al., 2015, s.21-23) Kring samma tid minskade även antalet nyfödda delvis till följd av en allt mer individuell livsstil bland folk, delvis på grund av att det blev allt vanligare att kvinnor utbildade sig och började jobba. En tid senare, kring 1970-talet, minskade antalet nyfödda ytterligare till följd av

utvecklingen av preventivmedel och bättre preventivrådgivning som ledde till en bättre kontroll och mera planerade graviditeter. (Keski-Petäjä, 2022).

Statistiken från dagens förlossningsvård påvisar en tydlig medikalisering av förlossningarna i jämförelse med hur förlossningsvården sett ut under tidigare århundraden. Statistiken påvisar till exempel att 33,9% av alla förlossningarna i dag blir igångsatta på konstgjord väg och under mer än hälften av alla förlossningarna används någon form av smärtlindrande medel (THL, 2023c). Användningen av syntetiskt oxytocin var enligt den senaste statistiken 36% (THL, 2023a). Andelen section var enligt THL:s statistik år 1975 7,9%, jämfört med dagens siffror som år 2020 var hela 18,4% av alla förlossningar i Finland. Även andelen instrumentella förlossningar med suglocka har ökat avsevärt under de senaste 40 åren. Perinataldödligheten har däremot minskat under åren men även så antalet förlossningar per år, som minskat från år 1975 till 2020 med ca 20 000 förlossningar i Finland. (THL, 2023b)

### 3.2 Förlossningens naturliga förlopp

Förlossningens förlopp indelas i olika faser. Den första fasen, latensfasen, innebär oregelbundna sammandragningar som varierar i smärta och inte har en större effekt på öppnandet av livmodermunnen. Barnet tränger ner i bäckenet och cervix blir mjukare. Latensfasen följs av öppningsskedets aktiva fas. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009, s. 251)

Förlossningen anses vara i aktiv fas när två av följande tre kriterier uppfylls. Det första kriteriet är att förlossningsvärkarna kommer spontant och är regelbundna, det vill säga 2–3 värkar / 10 minuter. Värkarna är nu ofta mer smärtsamma. Det andra kriteriet är att livmodermunnen är minst 4 cm öppen eller att livmodertappen är utplånad och

livmodermunnen minst 1 cm öppen och det tredje kriteriet är att fosterhinnorna brustit spontant. Förlossningsvärkarna kommer i intervaller på 3–5 minuter och pågår i 30–90 sekunder. Värkarnas intensitet i öppningsskedets början är ca 20–30 mmHg och i slutet ca 60–80mmHg. Öppningsskedet varar tills cervix är 10 cm öppen. (Kaplan, Hogg, Hildingsson & Lundgren, 2009, s. 251; Ajne, Blomberg & Clarsson, 2021 s. 125-126)

Under utdrivningsskedets första fas, nedträngningsfasen, tränger barnet ner i förlossningskanalen. Nedträngningsfasen övergår till utdrivningsfasen då huvudet nått bäckenbotten och kvinnan aktivt börjar krysta ut fostret. Efterbördsskedet börjar när barnet är fött och moderkakan (placentan) ska födas ut. (Ajne, Blomberg & Clarsson, 2021 s. 125-126)

Förlossningens förväntade längd skiljer sig avsevärt mellan en förstföderska och en omföderska. Hos en förstföderska i öppningsskede, är det vanligt att livmodermunnen öppnar sig ca 0,5–1 cm / timmen tills den är fullt öppen medan förloppet ofta går snabbare hos en omföderska. Även utdrivningsskedet är i regel längre för förstföderskan eftersom vävnaden runt förlossningskanalen behöver tänjas ut för första gången. (Ajne et al., 2021 s. 131-132, 133). Enligt WHO:s rekommendationer (2018) kan ändå en öppningshastighet på 1cm i timmen vara orealistiskt för en del kvinnor, som en definition på ett normalt förlossningsförlopp. Samma resultat framkom i en studie av Oladapo et al. (2018) framför allt under öppningsskedet då cervix dilationen var under 5 cm, efter en öppningsgrad på 6 cm hade öppningshastigheten en tendens att framskrida i en snabbare takt. WHO rekommenderar i stället att durationen från att cervix öppnats 5 till 10 cm inte ska överskrida 12 timmar för en förstföderska och 10 timmar för en omföderska. Definitionen på normal duration under utdrivningsskedet ska inte överskrida 3 timmar för förstföderskor och 2 timmar för omföderskor, varav 1–2 timmar är nedträngningsfas och 30 minuter- 1 timme är krystningsfas. (WHO, 2018; Ajne et al., 2021 s. 552-553)

### 3.3 Kroppseget oxytocin

Det kroppsegna hormonet oxytocin frisätts från hypofysens baklob i hjärnan. Hormonet produceras även i livmodern, livmoderslemhinnan (decidua) och även fostret producerar oxytocin som går över till mamman. (Ajne et al., 2021 s. 118). Oxytocinhormonet skyddar mot rädsla och stress och höjer smärttröskeln genom dess påverkan på det autonoma nervsystemet. Kroppens egna oxytocin har även en påverkan i det område i hjärnan som reglerar bland annat blodtryck och puls. (Heli & Svensson, 2017, s. 49; Lindgren et al., 2022, s. 695)

Hormonet bidrar till en ökad nivå av välmående, har en stressreducerande och en ångstdämpande effekt. Oxytocinet har en betydande roll under förlossningen eftersom det orsakar kontraktioner i livmoderns glatta muskulatur och har en förmåga att dämpa smärtupplevelsen hos den födande kvinnan. (Heli, 2009, s.172; Uvnäs-Moberg, Handlin, & Petersson, 2015; Lindgren et al., 2022, s. 301). Det kroppsegna hormonet frisätts vid stimulering av sensoriska nerver under förlossningen, vid amning och vid sexuellt umgänge. Matintag, hud-mot-hudkontakt, beröring, massage och värme stimulerar också frisättningen av oxytocin. (Uvnäs-Moberg et al., 2015). Hormonet stimulerar även den parasympatiska aktiviteten som gynnar känsla av lugn och ro, därför kallas oxytocin även för "lugn och ro-hormonet" (Heli, 2009, s. 172; Lindgren et al., 2022, s. 787-788). Oxytocinets viktiga roll vid amningen beror på dess mjölkutdrivande påverkan på bröstkörtlarna. Förutom effekten under förlossningen och amningen vet man dessutom att oxytocinet bland annat stimulerar sociala interaktioner och modersbeteende. (Lindgren et al., 2022, 787-788)

Kroppens egna oxytocinproduktion minskar och påverkas negativt av oro och stress eftersom adrenalin som är ett stresshormon, frisätts. Oro och stress kan förebyggas genom att stöda mamman och att stödpersonen och barnmorskan är närvarande i förlossningssalen. (Heli, 2009, kap. 3; Ajne et al., 2021 s. 558). Uvnäs-Moberg et al. (2019) påvisar i en studie att syntetiskt oxytocin inte har samma effekt i hjärnan som kroppseget oxytocin, eftersom oxytocinet som administreras intravenöst inte kan passera blod-hjärnbarriären och når därför inte hjärnan.

### 3.4 Dystoci

Begreppet dystoci (eng.: dystocia) kan användas när förlossningen är svår eller utdragen, vid värkrubbning och värksvaghet eller om förlossningsförloppet är onormalt långsamt. Ordet härstammar från grekiskans *dys-* som betyder 'svår, illa fungerande, onormal' och *tokos-* på svenska: 'födelse'. (Ajne et al., 2021 s. 551). Definitionen på värksvaghet (inertia uteri) är att värkarna under en förlossning är för svaga, att värkarna kommer för sällan, det vill säga mindre än 2 värkar/ 10 minuter, att värkarnas intensitet är mindre än 30mmHg eller att förlossningsförloppet avstannat (Kaplan et al., 2009, s. 344; Selin, 2018). Ajne et al. (2021) har vidare delat in dystoci under förlossningens aktiva fas i primär och sekundär dystoci. Primär dystoci innebär att förlossningen framskridit långsamt redan från början. Sekundär dystoci innebär ett förlossningsförlopp som startat och framskridit i normal takt till en början men avtagit i styrka och intensitet under 2–4 timmar. I praktiken går det dock sällan att dela upp, utan dystoci är ofta en kombination av dessa. (Ajne et al., 2021, s. 551-552)

Komplikationer till följd av värksvaghet är både fysisk och psykisk utmattning hos föderskan, ökad infektionsrisk samt postpartumblödningar. Ett utdraget förlossningsförlopp kan resultera i en negativ förlossningsupplevelse och ökar risken för instrumentella förlossningar med tång eller sugklocka och akut sectio. Hos fostret ökar ett utdraget förlopp risken för infektioner, ökar risken för andningssvårigheter och asfyxi. (Kaplan et al., 2009, s. 345)

### 3.4.1 Riskfaktorer för dystoci hos föderskan

Enligt Selin (2018) drabbar dystoci främst förstföderskor, i ca 20–40% av fallen, och hos omföderskor är motsvarande siffror 2–10. En omföderska som inte tidigare fött vaginalt, löper större risk att drabbas av dystoci. Andra faktorer som kan öka risken för dystoci är bland annat om föderskan är kort, har övervikt, om det gått lång tid mellan graviditeterna, överburenhet, om föderskan har graviditetsdiabetes eller ökad mängd fostervatten (polyhydramnion). Det finns studier som visar att det även finns en viss ärftlig risk att drabbas av dystoci både för döttrar till mödrar och för systrar till kvinnor som förlösts med sectio. (Ajne et al., 2021 s. 551-553). Komplikationer som kan uppstå till följd av dystoci hos föderskan är bristningar i bäckenbotten, urinretention, episiotomi, infektioner och stora postpartumblödningar (Ajne et al., 2021 s. 554).

### 3.4.2 Andra orsaker till dystoci

Dystoci kan också förekomma av förlossningsrelaterade orsaker så som vattenavgång utan värkar och lång latensfas. Fetala orsaker kan vara makrosomi som innebär en födelsevikt över 4500g, om fostret ligger högt i bäckenet eller i avvikande bjudning (till exempel vidöppen bjudning) eller är felroterat i bäckenet. Den vanligaste orsaken till dystoci är ändå otillräckliga värkar i livmodermuskulaturen, vilket leder till svagt eller långsamt värkarbete. Dystoci är den vanligaste orsaken till att man behöver ingripa under en förlossning. Det är även den vanligaste orsaken till att akut kejsarsnitt utförs. (Ajne et al., 2021 s. 551-554)

### 3.5 Värkstimulerande metoder

Det ska finnas en tydlig indikation till att värkstimulerande metoder behövs och besluten att påbörja värkstimulering ska fattas i samråd med den födande och övriga i förlossningsteamet. En indikation för påbörjande kan vara att förlossningsförloppets förväntade framsteg är fördröjt med 3 timmar, under öppningsskedets aktiva fas. Påbörjande av värkstimulerande medel kan avvaktas i en timme under nedträngningsfas och i 30 minuter under krystningsfas såvida förlossningen framskridit normalt fram till dess. Genom inre undersökning bör eventuellt mekaniskt hinder uteslutas. Det vanligaste värkstimulerande medlet är oxytocininfusion. Infusionen påbörjas för att stärka eller skynda på sammandragningar till exempel vid dystoci. För att oxytocindropp ska påbörjas behöver det finnas klara riktlinjer. (Ajne et al., 2021, s. 133-134). Om fosterhinnorna inte brustit, ska amniotomi utföras först och inom en timme kan oxytocininfusionen påbörjas försiktigt om inte värkarbetet kommit i gång efter att man amniotomerat. En bättre effekt uppnås av infusionen om man amniotomerar först men man gör det främst för att bedöma kvaliteten och mängden fostervatten. (Ajne et al., 2021, s. 133-134)

Det är även möjligt att med naturliga medel, bland annat genom trygghet, värme, ”snäll” beröring och lugn, stimulera kroppens oxytocin-frisättning och på så sätt även främja kroppens egna förmåga till naturlig värkstimulering. Stödpersoners närvaro är viktig för att kvinnan ska känna trygghet och lugn under förlossningen. (Heli, 2009, kap. 3)

#### 3.5.1 Amniotomi

Amniotomi eller hinnsprängning innebär att man tar håll på fosterhinnorna. Ingreppet kan utföras som värkstimulerande metod ifall värksvaghet konstaterats eller ifall

sammandragningarna på något sätt behöver påskyndas eller stärkas. Indikationer till amniotomi kan vara att förlossningsförloppet är utdraget, att det finns ett behov av bedömning av fostervattnet eller att en skalpelektrod behöver sättas för kontinuerlig fosterövervakning. (Lindgren et al., 2022, s. 594). Hinnsprängning kan också bli aktuellt om förlossningen snabbt behöver avslutas instrumentellt. Ingreppet utgörs med en så kallad amniohook, en virknålsliknande plastkrok. Amniotomin utförs då värken tilltar. Det finns risker med ingreppet. Vid riklig mängd fostervatten kan en amniotomi medföra en plötslig, stor volymminskning som leder till en tryckökning i livmodern. Tryckökningen kan i sin tur leda till att placentan lossnar, ablatio placentae. Ingreppet kan även orsaka navelsträngs prolaps, ifall den bjudande fosterdelen är rörlig. Vid långvarig vattenavgång ökar risken för infektioner. En ovanlig komplikation som kan förekomma i samband med en amniotomi är att något blodkärl i fosterhinnorna punkteras, detta medför i sådana fall en blödning hos fostret och är en allvarlig komplikation. (Kaplan et al., 2009, s. 272–273)

Enligt en studie som berör svenska barnmorskors upplevelser av amniotomi framkom att ett enkelt och ganska vanligt ingrepp även kan vara komplext och riskfyllt. I studien framkom även att det kan vara svårt för barnmorskorna att avgöra om ingreppet är nödvändigt att utföra eller om man kunde avvakta. Om det fanns en tydlig indikation för utförandet så kändes det även lättare att fatta beslutet att ta håll på fosterhinnorna. (Ingvarsson et al., 2020)

### 3.5.2 Syntetiskt oxytocin

Syntetiskt oxytocin kan ges intravenöst i samband med en förlossning, då i syfte att skynda på eller stärka sammandragningarna. Enligt den senaste statistiken från THL användes syntetiskt oxytocin under 36% av förlossningarna i Finland år 2021. Användningen av syntetiskt oxytocin har ändå minskat sedan år 2012 då andelen låg på 53,7% i hela landet. På Mellersta Österbottens centralsjukhus låg användningen på 34,7% och på Vasa



centralsjukhus 38,7% år 2021. (THL, 2023a). Enligt Lindgren et al. (2022 s.806) används oxytocininfusion i 60–70% av alla förlossningar med syftet att stärka sammandragningarna. Det är viktigt att infusionen påbörjas med så låg dos som möjligt eftersom det kan påverka både föderskans och fostrets mående negativt (Daly et al., 2020). Oxytocinkänsligheten varierar mycket och därför ska dosen trappas upp vid behov och kontinuerlig fosterövervakning med kardiokografi, CTG, krävs. Den eftersträvalde värkfrekvensen under aktiv fas är 4–5 värkar / 10 minuter. 6 eller fler värkar / 10 minuter klassas som överstimulering och ökar risken för komplikationer. (Ajne et al., 2021, s. 133-134)

I en studie gjord av Uvnäs-Moberg et al. (2019) kunde man konstatera att höga doser av syntetiskt oxytocin kan leda till hyperstimulering som i sin tur kan leda till hypoxi hos fostret. I studier gjorda av Nyfløt et al. (2017) och Uvnäs-Moberg et al. (2019) framkommer att det, inte enbart vid överanvändning utan vid användning över lag av syntetiskt oxytocin, har visat sig påverka livmoderns kontraktionsförmåga negativt och ökar risken för postpartumblödning. Studien gjord av Uvnäs-Moberg et al. (2019) påvisade att en 20–60% lägre totaldos av syntetiskt oxytocin behövdes under förlossningen när infusionen gavs som en bolus i stället för att det droppade kontinuerligt. Risken för komplikationer och hyperstimulering visade sig även vara lägre när oxytocinet administrerades som en bolus. Intervallerna mellan doserna kunde dessutom med fördel vara 30–40 minuter i stället för 15 minuter. (Uvnäs-Moberg et al., 2019)

I ett avhandlingsarbete gjort av Selin (2018) undersöktes även riskfaktorer vid värksvaghet samt på vilket sätt förlossningen påverkades av värksvagheten. I studien undersökte man också användningen av syntetiskt oxytocin. Resultatet av avhandlingen påvisade att oxytocin som värkstimulerande medel överanvändes kraftigt. Även felbehandling med endera för tidig eller för sen insättning av läkemedlet förekom. Akut kejsarsnitt förekom oftare hos förstföderskor vars förlängda förlossningsförlopp behandlats med syntetiskt oxytocin, 17,1% jämfört med 2,3% hos kvinnor vars förlopp var normalt. Vid högdosbehandlingar förekom mer hyperstimulering med fosterljudspåverkan. En högre dos oxytocin resulterade i samma antal akuta kejsarsnitt som vid behandling med en lägre dos. (Selin, 2018)

### 3.5.3 Naturlig värkstimulering

Kvinnans kropp är skapt att föda barn men det betyder inte att det alltid är enkelt att föda. Upplevelsen och smärtan är något helt nytt för en kvinna som inte tidigare fött barn och det är svårt att på förhand veta hur var och en hanterar den nya situationen och smärtan. Därför är det inte konstigt om kvinnan blir rädd. Rädsla och stress i sin tur försvårar förlossningens naturliga förlopp. Det är viktigt att förstå rädslan och smärtan för att lättare kunna hantera dem. (Heli, 2009, kap. 1). På samma sätt som rädsla och stress har en bromsande effekt på förlossningens förlopp, påverkas förlossningen positivt av trygghet som förmedlar en känsla av lugn och ro. (Heli & Svensson, 2017, s. 48). För att motverka känslan av stress och rädsla och stimulera känslan av trygghet har Heli & Svensson (2017) lyft fram följande fyra verktyg; andning, avspänning, rösten och tankens kraft. Andningen ska vara mjuk och ljudlös, kroppen tung och avspänd, rösten mörk under värken och tankarna positiva. (Heli & Svensson, 2017, s. 73)

Förlossningens framskridande påverkas av ett samspel mellan hormoner och psykologiska och fysiska faktorer men även omgivningens stöd har en stor inverkan. (Lindgren et al., 2022, s. 695). Kroppens egna oxytocin frisättning kan stimuleras av lätt och mjuk yttre beröring och värme. Frisättningen av hormonet kan även stimuleras med tankens kraft och genom synintryck. (Heli & Svensson, 2017, 50-51). Under förlossningen kan detta konkret ske genom att se och ha personer man tycker om nära sig, att man befinner sig i en trygg miljö samt genom värme och kärleksfull beröring. (Lindgren et al., 2022, s. 695). Enligt Heli (2009) är kärlek, närvaro och beröring och massage stödpersonens viktigaste redskap under förlossningen. Beröringens stora inverkan på trygghetskänslan beror till en viss del på att huden är vårt största känselorgan. Beröring från såväl stödpersonen som barnmorskan är av stor betydelse under en förlossning. Om stödpersonen är föderskans partner kan denne förmedla naturlig och kärleksfull beröring medan barnmorskans beröring har en mer direkt inverkan på att stimulera trygghet och frisättningen av kroppseget oxytocin. Hurudan beröring föderskan behöver är individuellt och kan variera under förlossningens olika skeden. Några exempel på olika former av beröringen som stödpersonen och/ eller barnmorskan kan bidra med är kroppslig närhet, strykningar över

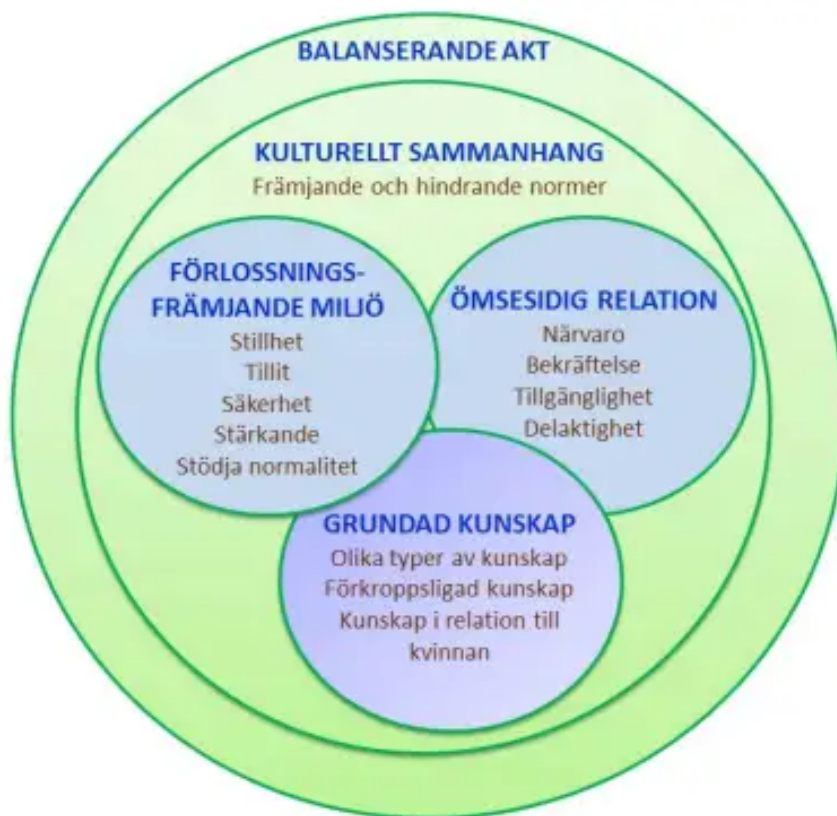
kroppen, tryck med handen på olika ställen på kroppen, att trycka ihop föderskans höft och att hjälpa föderskan att göra gungande rörelser under värkarna. (Heli & Svensson, 2017, s. 107–115)

#### 4 MiMo- Midwifery model of woman-centred childbirth care

Som teoretisk utgångspunkt i examensarbetet används vårdmodellen MiMo – Midwifery model of woman-centred childbirth care. Vårdmodellen är en relevant teoretisk utgångspunkt eftersom den beskriver på vilket sätt man kan uppnå vård där den födande kvinnan är i fokus och examensarbetets syfte är att ta reda på och beskriva kvinnors egna upplevelser.

Vårdmodellen presenteras i studien *A midwifery model of woman-centred childbirth care - In Swedish and Islandic settings* och är framtagen av Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012). Vårdmodellen har framtagits genom en syntes av 12 kvalitativa studier om kvinnors och barnmorskors upplevelser av förlossningar och av vården under en förlossning. Modellens validitet och reliabilitet prövades genom sex fokusgruppsintervjuer där sammanlagt 30 verksamma barnmorskor i Sverige och på Island medverkade. Syftet med studien var att framställa en evidensbaserad modell för barnmorskearbete med kvinnan i fokus. (Berg, Ólafsdóttir & Lundgren, 2012)

I MiMo-modellen framkommer fem huvudteman. Av dessa fem tema-områden är de tre första, *Ömsesidig relation*, *Förlossningsfrämjande miljö* och *Grundad kunskap* mera centrala och sammanflätade teman. De två övriga är *Kulturellt sammanhang* och *Balanserad akt*. Ensamt är inget tema tillräckligt utan samtliga teman behöver uppnås för att man ska kunna uppnå en optimal kvinnocentrerad vård. (Berg et al., 2012)



Figur 1. MiMo- Midwifery model of woman-centred childbirth care (Göteborgs Universitet, u.å.)

Temat **Ömsesidig relation** (Resiprocal relationship) innebär att barnmorskan först och främst behöver lära känna föderskan och förstå hennes behov och vad hon har för önskemål. Till temat hör fyra underkategorier; *närvaro*, *bekräftelse*, *tillgänglighet* och *delaktighet*. Närvaro (presence), handlar i korthet om att finnas till för och finnas där för föderskan, fysiskt och psykiskt under förlossningens gång. Bekräftelse (affirmation), innebär att föderskan bör bli sedd. Att bli sedd, ger föderskan självförtroendet och styrkan att lita på sin förmåga att föda barn, att våga vara delaktig och ta ansvar. Barnmorskan behöver känna samhörighet med föderskan och hennes roll är att vara där med och finnas där för föderskan. Med tillgänglighet (availability) menas att barnmorskan ska vara

tillgänglig för föderskan, att finnas där för henne, att vara öppen, stöttande och anpassningsbar för varje föderskas unika behov. Delaktighet (participation) innebär att föderskan är delaktig och kommunikationen fungerar mellan föderskan och barnmorskan och att barnmorskan lyssnar på och informerar föderskan samt stöttar henne att ta ansvar och fatta egna beslut. (Berg et al., 2012)

En **Förlossningsfrämjande miljö** (A birthing atmosphere) ger en känsla av *stillhet, tillit* och *säkerhet*. Miljön skall även vara *stärkande* och *stödja normalitet*. Genom att skapa en förlossningsfrämjande miljö kan föderskan och stödpersonen känna att de äger rummet, känna sig avslappnade och ha en total närvaro. En viktig faktor för att uppnå en förlossningsfrämjande miljö är även att den ömsesidiga relationen uppnås eftersom dessa två teman går hand i hand. Stillhet (calm) och en lugn miljö främjar föderskans förmåga att vara närvarande och följa förlossningsförloppet. En viktig faktor i stillheten är tystnad. Det är viktigt att det byggs upp en tillitsfull (trust) atmosfär, så att föderskan kan lita på barnmorskans råd och de har ett gott samarbete. Underkategorin säkerhet (safety) syftar på medicinsk säkerhet och professionell kompetens. Dessa främjar i sin tur föderskans känsla av trygghet och självförtroende, även information ger en trygghetskänsla hos föderskan. I en stärkande (strengthening) atmosfär är barnmorskans roll att uppmuntra föderskan att tro på kroppens förmåga att föda barn och föderskans uppgift är att våga låta kroppen jobba. Att stödja normalitet (supporting normality) innebär att man undviker att störa förlossningens normala process. Man använder sig av lugn, tillit, känsla av trygghet och en ömsesidig relation. Av barnmorskan krävs närvaro, förmåga att avläsa och bedöma situationen och att följa med i förlossningens förlopp. (Berg et al., 2012)

I temat **Grundad kunskap** (Grounded knowledge) lyfter man fram vikten av att barnmorskan bör kunna använda sin kunskap på olika sätt beroende på föderskans individuella behov. Till temat hör underkategorierna; *Olika typer av kunskap*, *Förkroppsligad kunskap* och *Kunskap i relation till kvinnan*. Det är viktigt att barnmorskan besitter olika typer av kunskap (different kinds of knowledge), teoretisk-, erfarenhetsbaserad- och känslomässig kunskap. Att barnmorskan har tillräckligt goda kunskaper ger en känsla av trygghet och förtroende att vägleda genom en naturlig

förlossning. Förkroppsligad kunskap (embodied knowledge) är en integrerad kunskap hos barnmorskan som är en del av det dagliga arbetet. Barnmorskan använder sig av kunskap, känsla och alla sina sinnen. Kunskap i relation till kvinnan (knowledge in relation to the woman) är specifik kunskap som erhållits och utvecklats genom ett samspel mellan barnmorskan och föderskan. (Berg et al., 2012)

I förlossningsvården ingår även ett **Kulturellt sammanhang** med både *främjande och hindrande normer* (Cultural context with promoting and hindering norms). En främjande kulturell norm är att barnmorskan alltid ska ta kvinnans parti och stötta henne enligt hennes behov. En hindrande faktor kan i dagens förlossningsvård innebära att barnmorskan är tvungen att ta hand om fler förlossningar samtidigt. Detta kan leda till att barnmorskan endera blir tvungen att gå från rum till rum och inte ha möjligheten att ge föderskorna den tid och det fulla stöd de kan behöva. Alternativt kan barnmorskan bli tvungen att prioritera den föderska som är i störst behov och välja att ge henne mer tid än de andra. (Berg et al., 2012)

**Balanserande akt** (Balancing act) är vårdmodellens femte tema och beskriver de åtgärder som barnmorskan behöver göra för att skapa en kvinnocentrerad vård. Detta innebär att skapa en ömsesidig relation och en förlossningsfrämjande miljö samt att använda sig av grundad kunskap och samtidigt hantera hindrande kulturella normer som kan uppstå. En kontinuerlig balanserande akt innebär att respektera den enskilda individen och hennes individuella behov och begränsningar. (Berg et al., 2012)

## 5 Metod

Enligt Henricson (2017) grundar sig den kvalitativa metoden i att forskaren studerar en människas erfarenheter av olika saker. Genom ett induktivt förhållningssätt speglas

resultatet av deltagarnas levda erfarenheter med en teori i examensarbetets diskussionsdel. I den kvalitativa metoden finns inga strikta regler upplagda, forskaren är mer flexibel och anpassningsbar. Ett tydligt syfte med studien behövs men insamling och bearbetning av datamaterialet är mera flexibelt. Metoden karakteriseras ofta som ett sätt att "komma nära". (Henricson, 2017, s. 72, 111–114). I en kvalitativ studie finns inget rätt och fel svar, eftersom människan upplever saker på olika sätt. Den kvalitativa metoden kan användas när man till exempel har som avsikt att "...söka förståelse...för att öka kunskap..." inom ett visst område. De ord och upplevelser som personen väljer att dela med sig av blir det datamaterial man analyserar i sin studie. (Henricson, 2017, s. 111-112). I examensarbetets syfte lyfts fram att studien beskriver kvinnors upplevelser av värkstimulering vid en förlossning med avsikten att öka barnmorskors kunskap och förståelse kring ämnet. I examensarbetet används därför den kvalitativa metoden som närmelsesätt.

## 5.1 Urval

Urvalet till studien samlades ihop bland finlandssvenska kvinnor som de flesta i huvudsak hittades via Facebookgruppen *Mammor och gravida i Österbotten*. I gruppen publicerades ett inlägg där det kort beskrevs kriterierna för deltagande, examensarbetets syfte, datainsamlingsmetod samt hur deltagarna skulle gå till väga om de var intresserade att delta (Bilaga 1). Eftersom det visade sig vara en utmaning att få ihop deltagare, delades även inlägget på den egna Facebook-profilen och på Instagram. Inlägget delades även med hjälp av snöbollsmetoden via bekanta till deras vänner. Åldern på deltagarna spelar ingen roll i sig, men ett krav för deltagande var att förlossningen ägt rum under det senaste året, detta ökades till senaste två åren eftersom det visade sig vara svårt att hitta tillräckligt många deltagare. Orsaken till kriteriet grundade sig framför allt i att förlossningsupplevelsen skulle vara så färskt i minnet som möjligt men även i att det finns en chans att attityden inom förlossningsvården samt riktlinjer, metoder och trender hur åtgärderna utförs kan ha ändrat om det gått lång tid sedan förlossningen ägt rum.

Enligt Henricson (2017, s.115) är det av större betydelse att hitta ett färre antal deltagare med varierande och rika erfarenheter av ämnet som studeras än att få ett stort antal deltagare med bristfälliga berättelser, när det handlar om en kvalitativ studie. Tanken var att hitta 20 kvinnor som ville delta i studien och fylla i en kvalitativenkät. 16 kvinnor visade intresse att delta och 14 svar blev insamlade varav en av deltagarnas upplevelser var kring oxytocindropp som induktion vilket inte uppfyllde kriterierna för deltagande i studien. 13 användbara svar blev alltså insamlade till examensarbetet.

För att kunna delta i studien skulle följande kriterier uppfyllas; att förlossningen ägt rum under det senaste året (ökades till senaste två åren), förlossningen startat spontant och att syntetiskt oxytocin och/ eller amniotomi använts som värkstimulerande metoder för att skynda på eller stärka sammandragningarna under förlossningens öppnings- och/ eller utdrivningsskede. I enkäten tillfrågades även om föderskan haft en normal graviditet och babyn förväntades vara frisk men dessa var inga kriterier i sig.

## 5.2 Datainsamling

Som datainsamlingsmetod i examensarbetet användes en kvalitativ webbenkät. Så som vid alla datainsamlingsmetoder förekommer även vid enkäter både för- och nackdelar. En fördel med att samla in data genom virtuella frågeformulär är att deltagarnas berättelser redan är nedskrivna, på så sätt går ingen extra tid åt transkribering av datamaterialet. Allt material är färdigt insamlat på ett och samma ställe och deltagarna ges möjligheten att i lugn och ro svara på frågorna. Med enkäter finns inte samma risk för den så kallade intervjuareffekten, som innebär att intervjuarens sätt att ställa frågorna eventuellt kan påverka deltagarens svar. Metoden förutsätter dock förmågan att uttrycka sig i text och detaljerade berättelser från deltagarna och det förekommer en viss risk för eventuella bortfall i svarsandelen. I anonyma enkäter fräntas samtidigt möjligheten att ställa eventuella följdfrågor. (Ejlertsson, 2019, s. 15–16; Polit & Beck, 2021, s.235, 519)



Enkäter används ofta i kvantitativa studier då ofta i syfte att kartlägga olika fenomen men beroende på studiens syfte och frågeställningar kan metoden även användas i kvalitativa studier. Studiens syfte ska vara klart och frågeställningarna är det som styr vilka frågor som ställs i en enkät. Efter att studiens syfte är bestämt, väljs urvalet till studien. Till enkätstudier kan färdiga enkäter användas som redan är testade, man kan även konstruera egna frågor till enkäten eller välja att kombinera färdigtestade enkätfrågor och egenformulerade frågor som är mera specifikt formulerade till studiens syfte. Egenkonstruerade frågor ska vara ställda på ett sådant sätt att forskarens egna förutfattade meningar och åsikter inte framkommer och på så sätt kan påverka svaren. Några fördelar med att konstruera egna frågor i en enkät är att man har möjlighet att bestämma enkätens längd och ställa exakt de frågor man vill ha svar på i sin studie. Nackdelar med egenkonstruerade frågor är att frågorna kan missuppfattas eller att frågorna är ställda på ett sätt som gör att svaren blir svåra att analysera. Frågorna i enkäten ska därför vara väl genomtänkta och formuleras på ett enkelt och tydligt sätt för att undvika missförstånd. Det är dessutom befogat att ha en pilotstudie där några personer fyller i enkäten före den skickas ut. Pilotstudien görs för att säkerställa att enkäten är formulerad på ett förståeligt sätt. Datorenkäter/webbenkäter är ett praktiskt, kostnadseffektivt och enkelt alternativ. Det finns olika program att använda sig av då man konstruerar egna enkäter. Enkäterna kan bland annat delas ut via olika mobilappar, på internet och i sociala medier. (Henricson, 2017, s. 121–126; Ejlertsson, 2019, s. 14-16)

Data har samlats in genom att deltagarna svarat på frågor via en webbenkät. Enkäten konstruerades i Microsoft Forms och var riktad till kvinnor som fött barn. När enkäten var färdig gjordes en liten pilotstudie för att kontrollera ifall frågorna ställts på ett enkelt och begripligt sätt även för en utomstående person. En allmän förfrågan sändes sedan ut i form av ett inlägg till alla gruppmedlemmar i Facebook-gruppen *Mammor och gravida i Österbotten* för att göra en intressekoll om det fanns kvinnor som ville delta i studien (Bilaga 1). De kvinnor som visade intresse att delta blev hänvisade till att ta kontakt via personligt meddelande på Facebook för att på så sätt få tillgång till enkäten. Med detta upplägg fanns möjligheten att lättare kunna begränsa antalet svar om det skulle ha visat sig vara många som ville delta i studien.

Frågorna i enkäten är egenkonstruerade och ställs i form av öppna frågor, eftersom det i examensarbetet används kvalitativ metod. Enkäten består av tio frågor varav två av dem är flervalfrågor med fasta svarsalternativ. De resterande åtta frågorna i enkäten är mera öppet formulerade frågor och tanken var att genom dessa ge deltagarna utrymme att mera fritt kunna berätta om sina upplevelser. Enkäten består även av ett par bakgrundsfrågor som inte direkt svarar på studiens syfte men som kändes som relevant information att få fram med tanke på analysen av svaren. I den sista frågan fick deltagarna fritt tillägga något kring ämnet som de tyckte var relevant om det inte redan framkommit i tidigare svaren. Enkäten i sin helhet finns som bilaga i slutet av arbetet. (Bilaga 2)

### 5.3 Dataanalys

Som analysmetod i examensarbetet har använts kvalitativ innehållsanalys. Metoden går ut på att materialet delas in i olika delar. Delarna som ingår i metoden är *analysenhet*, *domän*, *meningsenhet*, *kod*, *kategori och/eller tema* (Henricson, 2017, s. 286-287).

Med termen *analysenhet* syftar man på föremål för studien. Dessa kan vara en person, en grupp av människor ett program eller en organisation. Även den data som samlas in kan räknas som analysenhet och kan då vara texter intervjuer, frågeformulär eller liknande material. *Domän* innebär olika områden som framkommer genom analys eller tolkning av text i analysen. Texten kan delas upp i flera olika domän/områden som handlar om ett speciellt område och utgör en grov struktur. (Henricson, 2017, s. 286–287; Höglund Nielsen & Granskär, 2017, s. 224). Meningar, ord eller stycken med samma budskap och som svarar på syftet utgör en *meningsenhet*. Med hjälp av detta moment kan textmassan avgränsas till det mest relevanta innehållet som i sin tur utgör underlaget för kodning. (Henricson, 2017, s. 287). *Kod* innebär en samling av meningsenheter som tillsammans kan beskrivas med ett eller några sammanhängande ord. Koderna löper nära texten och ska finnas som stöd för förståelse till texten. Koder som liknar varandra grupperas i sin tur och bildar olika typer av *kategorier*. Kategorierna svarar på frågan *vad* innehåller texten. Kategorierna kan

indelas i kategorier och underkategorier. Samma data ska inte passa in i flera olika kategorier. Teman kan bildas utifrån koder eller för att knyta samman underliggande tolkningar av innehållet i flera kategorier. Ett tema besvarar frågan *Vad handlar det om?* eller *Hur?* och beskriver då innebörden och ger en djupare tolkning. Teman kan bland annat användas som en röd tråd för att knyta samman olika kategorier i en studie. (Henricson, 2017, s. 287; Höglund Nielsen & Granskär, 2017, s. 225–226)

Till examensarbetet har tretton enkäter analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Analysen utfördes stegvis genom att alla svaren först noggrant lästes igenom och meningsenheter plockades samtidigt fram ur svaren. Koder som beskrev innehållet i texten skrevs sedan ned vid sidan om svaren. Liknande koder knöts samman och dessa bildade i sin tur olika kategorier och tillhörande underkategorier. Dataanalysen presenteras i Resultat-delen där även en övergripande bild på kategorier och underkategorier presenteras (Figur 2). I figuren presenteras varje kategori med egen färg. Kategorin **Påverkan på förlossningsförloppet** fick färgen **grön**, **Delaktighet i beslutsfattande** färgen **blå** och **Föderskans upplevelser** färgen **lila** i tabellen. Underkategorierna är understruckade i resultatpresentationen.

## 5.4 Etik

Forskningsetiken finns till för att genomförandet av ett vetenskapligt arbete ska gå rätt till. Forskningsetiska överväganden följer med under hela forskningsprocessen, från val av ämne och frågeställningar till att resultatet presenteras. (Henricson, 2017, s. 58). Forskningsetiska delegationen i Finland har tillsammans med finländska vetenskapsförbundet formulerat ihop anvisningar för god vetenskaplig praxis (GVP) (TENK, 2021). Några centrala punkter inom forskningsetiken som lyfts fram i anvisningarna är hederlighet, allmän omsorgsfullhet och noggrannhet under processens alla skeden. Planering, genomförande, insamling av data och rapportering ska förvaras på rätt sätt.

Forskaren och andra eventuella medlemmar i forskningsgruppen ansvarar i första hand själva över att god forskningspraxis följs. (TENK, 2012, s. 18-19)

Oberoende val av insamlingsmetod är det viktigt att tänka på att deltagarna i studien inte utsätts för skador eller kränkning och att alla behandlas med respekt. Viktiga etiska frågeställningar framkommer i en enkätstudie i form av eventuella känsliga frågor, hur frågorna ställs, i urvalet och informerat samtycke. I en enkätstudie påvisar deltagarna vanligen sitt samtycke till deltagande genom att fylla i och lämna in enkätsvaren. *Konfidentialitet* innebär att värna om att inte obehöriga kommer åt eller har möjlighet att ta del av personuppgifter eller annat känsligt material som kan bidra till att deltagaren kan identifieras. Konfidentialitet kan indelas i två delar. Den första delen handlar om att datamaterialet förvaras på ett säkert sätt så att obehöriga inte kommer åt materialet. Den andra delen innebär att data redovisas på ett sådant sätt att en enskild individ inte kan identifieras utgående från materialet. Detta kan säkerställas genom att man byter ut namn på personer, orter och andra platser i datamaterialet. (Henricson, 2017, s. 70-73)

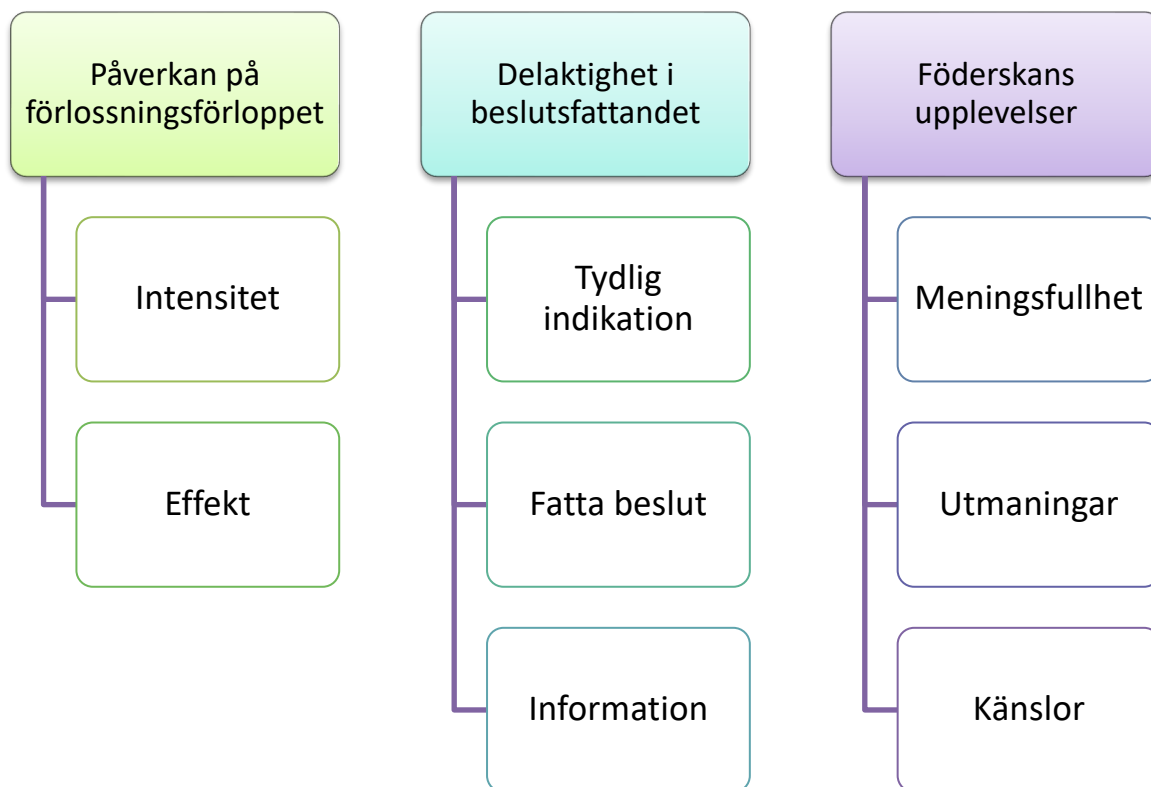
Avvikelse från god vetenskaplig praxis innebär oetiska och ohederliga handlingar som skadar forskningen och kan även innebära att forskningen blir oanvändbar. Oredlighet inom verksamheten kan till exempel handla om att förfälska resultat eller att falsk information publiceras. Det kan även innebära att man stjälar andra forskares arbete eller att den presenteras som eget. Fabricering innebär att påhittade observationer presenteras. Med förfälskning menas att resultaten avsiktligt förvrängts eller att vissa resultat blivit utelämnade. Plagiering innebär att man framför en annans arbete som sitt eget och stöld innebär att man utan lov använder sig av en annans planer, resultat eller forskningsidé. (TENK, 2012, s. 20-21)

I denna kvalitativa enkätstudie blir de etiska aspekterna speciellt viktiga eftersom datamaterialet som används är kvinnornas egna berättelser och upplevelser. Det är viktigt att kvinnornas integritet inte äventyras eller blottas och att datainsamlingsmaterialet behandlas konfidentiellt under hela processen. Det är viktigt att vara medveten om de centrala utgångspunkterna inom god vetenskaplig praxis och forskningsetiken bör finnas i åtanke under varje moment av skrivprocessen. Det alldagligaste forskningsetiska punkterna framkommer i all skriven text som inte är ens eget verk. Det bör finnas noggrann

källhänvisning till ursprungskällan och forskningsmaterialet som används bör hanteras varsamt och på rätt sätt. I studien tas hänsyn till tidigare forskning som gjorts inom ämnet och det ska hänvisas på ett korrekt sätt till dem. Forskningsetiken är viktig med tanke på den kvalitativa datainsamlingsmetoden som valts till examensarbetet. Henricson (2017, s.69) betonar vikten av att deltagandet i en studie ska vara frivilligt, att deltagarna inte på något sätt känner sig pressade till att delta. Därför har urvalet själva getts möjligheten att frivilligt meddela sitt intresse om deltagande. I samband med att deltagare söktes till studien via Facebookgruppen, fick de dessutom allmän information om studien. Deltagarna har fått information om att materialet behandlas konfidentiellt samt att enkäterna besvaras anonymt.

## 6 Resultat

Tre övergripande kategorier lyftes fram i analysen. Den första är **Påverkan på förlossningsförloppet** med underkategorierna intensitet och effekt. Den andra kategorin **Delaktighet i beslutsfattandet** innehåller underkategorierna tydlig indikation, fatta beslut och information. Den tredje och sista kategorin som tagits fram är **Föderskans upplevelser** med underkategorierna meningsfullhet, utmaningar och känslor.



Figur 2. Sammanfattning av dataanalys

Ur datamaterialet framkom att elva deltagare hade haft normala graviditeter medan två av deltagarna hade graviditetsdiabetes. Samtliga deltagare uppgav att de hade förväntat normala förlossningar framför sig. Nio av föderskorna som deltog var förstföderskor och fyra var omföderskor. En av omföderskorna uppgav sig ha en viss förlossningsrädsla på grund av en tidigare svår förlossningsupplevelse. Deltagaren hade gått på samtal vid mödrapolikliniken men det fanns ännu en rädsla att förlossningen skulle ta lång tid. Som värkstimulerande metod hade man i tre av fallen gjort en amniotomi, sju av deltagarna hade fått oxytocindropp och för tre av deltagarna hade man både gjort en amniotomi och gett oxytocindropp.

## 6.1 Påverkan på förlossningsförloppet

Kategorin tangerar olika faktorer som framkommit i svaren som handlar om värkstimuleringens fysiologiska effekter och inverkan på värkarbetet och själva förlossningens förlopp och progress. Genom analysen framkom att föderskorna observerat att värkstimuleringen hade påverkar förlossningsförloppet på olika sätt. Genom dessa observationer lyftes två underkategorier fram, intensitet som beskrevs som kraftigare värkar, ökad smärta och tätare intervaller samt effekt där både bra effekt och sämre effekt lyftes fram.

Värkstimuleringens intensitet framkom i svaren i form av att de flesta av föderskorna uppgav att värkarna blivit starkare och kraftigare i samband med att den medicinska värkstimuleringen påbörjades. I analysen framkom att värkstimuleringen i majoriteten av fallen hade haft god effekt på förlossningens framskridande och värkarna beskrevs ofta som kraftigare och intensivare. Många föderskor uppgav även att värkarna ökade i smärta. Sammandragningarna kom även med tätare intervaller än före värkstimuleringen och det beskrevs dessutom att värkarna kom så tätt att det inte fanns någon andningspaus mellan dem.

*”Värkarna kom kraftigare och mycket tätt, det var inte mycket tid för återhämtning mellan vågorna av smärta.”*

*”Blev riktigt sjuk och fick ingen paus i smärtan före babyen var född 50 minuter senare. Hade konstant tryckkänsla och väldigt täta sammandragningar.”*

*”Värkarna var jätte starka och intensiva. Hann inte alls dra andan mellan sammandragningarna. Det var väldigt uttröttande.”*

Effekten av värkstimuleringen visade sig varit varierande hos föderskorna. Någon form av effekt hade åtgärderna ändå haft i de flesta fallen. Att värkstimuleringen haft en god effekt framkom i form av att förloppet beskrevs framskrida snabbare eller att värkarna blev intensivare och fick mer kraft. En del av föderskorna beskrev även att förlossningen kändes mer aktiv efter värkstimuleringen och att förlossningen verkligen kom i gång efter åtgärden. Några beskrev att värkstimuleringen hade påskyndat öppnandet av livmodermunnen. En del föderskor uppgav ändå att åtgärden hade haft en sämre effekt. Dessa föderskor beskrev att värkstimuleringen hade haft en något oklar effekt eller att effekten inte varit tillräckligt bra, varken på värkarbetet eller på framskridandet av själva förlossningsförloppet.

*”Jag öppnades snabbare och krystvärkarna kom snabbare.”*

*”Hade starka sammandragningar redan före dropp och amniotomin. Efter amniotomi fick jag väldigt starka värkar och öppnades snabbt. När jag fick droppet så hade jag konstant sammandragningar utan paus...”*

*”Efter att fosterhinnorna tos hål på började förlossningen kännas mera "aktiv". Jag kände att mera började hända i min kropp och att babyen började söka sig neråt.”*

*”Medicinen gav inte önskat resultat. Att ta hål på hinnorna hade int heller önskad effekt.”*

## 6.2 Delaktighet i beslutsfattandet

I examensarbetets andra kategori sattes fokus på indikationerna till ingripandet i förlossningsförloppet, vem som fattade besluten under förlossningen och på vilket sätt föderskan blev informerad om åtgärderna. Tre underkategorier lyftes fram, tydlig indikation där orsaker och naturliga knep beskrevs. I samband med den andra underkategorin fatta beslut lyftes tilliten till barnmorskan fram bland föderskorna som en



betydande faktor och i samband med underkategorin information plockades tillräcklig och bristfällig information fram.

I samtliga svar framkom tydliga indikationer för användning och påbörjande av medicinska värkstimulerande metoder. Samtliga deltagare kunde i enkäten ge svar på, av vilka orsaker värkstimuleringen hade påbörjats. De vanligaste orsakerna som framkom var att värkarna kom för sällan eller oregelbundet, att värkarnas intensitet var för svag, att förlossningsförloppet var för långsamt eller utdraget, vattenavgång utan värkar och att fostret ännu inte sjunkit ner tillräckligt i förlossningskanalen. En del av föderskorna uppgav att man på olika sätt hade försökt främja förlossningsförloppets framskridande genom att testa olika naturliga knep både före och efter att oxytocindroppet startats och /eller att amniotomin blivit gjord. Naturliga knep som föderskorna hade provat på var bland annat att sitta på pilatesboll, stå och byta ställning, vara i rörelse, bada och att få beröring och massage av partnern.

*”...för att snabba på förloppet, fostret mådde bra och förlossningen framskred nog men det gick så sakta framåt...”*

*”Aloitetaan Synto-tippa, jotta pää tulisi alaspäin...”*

*”Ett dygn efter att fostervattnet gått eftersom sammandragningarna inte kommit igång.”*

*”...sammandragningarna började komma mer sällan. Jag var 9cm öppen och babys huvud låg fortsatt högt upp.”*

I svaren framkom en viss variation i föderskornas delaktighet när det kom till att fatta beslut under förlossningens gång. För en del av föderskorna fattades beslutet att påbörja värkstimuleringen av vårdpersonalen och en del av föderskorna uppgav att det var ett gemensamt beslut, taget av föderskan och barnmorskan. I de fall där vårdpersonalen tog beslutet framkom även att föderskorna inte motsatte sig beslutet. Föderskorna lyfte fram deras tillit till barnmorskans kompetens och att de litade på att barnmorskorna visste vad

de pratade om. I svaren kom det även fram några fall där föderskan uppgav att hennes åsikter angående påbörjande av värkstimuleringen inte alls tillfrågades.

*”Ja gemensamt beslut, bm föreslog försiktigt att vi kunde göra det (ta håll på hinnorna) men hade även tänkt föreslå det själv.”*

*”Jo, jag var nog delaktig och kunde ha motsatt mig värkstimuleringen ifall jag inte känt mig trygg med den.”*

*”Barnmorskorna tog beslutet och jag litade på dem så ifrågasatte inte beslutet.”*

*”De frågade nog inte om lov av mig, men jag var helt med på noterna. Jag uppfattade det som att det inte fanns några andra alternativ utan att det här var nödvändigt.”*

Föderskorna hade varierande erfarenheter om hurudan information som gavs kring olika värkstimulerande metoder. En del av deltagarna uppgav att de inte behövde få någon information om hur värkstimuleringen går till eftersom de hade kunskap om åtgärderna från tidigare och upplevde att informationen var tillräcklig. De flesta hade ändå fått någon typ av information. I en del av svaren framkom en viss oklarhet bland föderskorna och de beskrev en något bristande informationsgång. Flera föderskor hade svarat att de inte alls fått någon information om vad värkstimuleringen egentligen är och hur det går till. Endast information om orsaken, alltså indikationen till åtgärden hade framkommit. Därmed har informationen kring värkstimuleringen i en stor del av fallen varit något bristfällig. En av föderskorna uppgav att hon fått information om både för- och nackdelar med en amniotomi och ett par föderskor uppgav att de hade fått information om hur själva interventionen verkligen går till.

*” ... behövde ingen information om det, visste redan vad det innebär. ”*

*” Inte desto mer om droppet. Innan dom tog håll på fosterhinnorna berättade barnmorskan att detta kunde bl.a. påskynda baby'n att sjunka längre ner i bäckenet (om jag minns rätt). ”*

*” Dom berättade att dom skulle ta håll på hinnorna om vattnet ej gått ännu kl.21:30 (kom in kl.19.30). Vattnet hade inte gått kl.21:30 så dom beskrev hur det gick till och sedan tog dom håll på hinnorna. Varken jag eller sambon har något minne av att vi skulle fått informationen att jag fick värkstimulerandedropp när dom lade i.v kanylen. Det var först efter förlossningen som jag fick veta om droppet...”*

*” Ingen särskild (information), bara att den ansågs nödvändig.”*

### 6.3 Föderskans upplevelser

Den tredje och sista kategorin har framtagits genom underkategorierna meningsfullhet där beskrivningar så som meningsfullt och onödigt har använts. Utmaningar, både fysiska och psykiska, utgjorde den andra och känslor den tredje underkategorin, där både positiva och svåra känslor beskrevs bland föderskorna. Kategorin tangerar själva upplevelsen av värkstimulering och förlossningen. Genom analysen framkom att värkstimuleringen hade gett både bra och sämre upplevelser samt väckt flera olika känslor och tankar hos föderskorna.

Interventionernas meningsfullhet framkom i analysen genom att föderskorna upplevde värkstimuleringen som positiv, meningsfull och nödvändig i efterhand i de fall där effekten varit god trots att smärtan upplevdes som svårare och själva situationen för stunden ofta upplevdes som tuff. I de förlossningar där värkstimuleringen inte haft lika god effekt på förloppet hade föderskan även en sämre upplevelse av det efteråt. I dessa fall kunde föderskorna beskriva åtgärden som rent av onödigt. När värkstimuleringen inte haft lika god effekt upplevdes även till exempel den ökade smärtupplevelsen som värkstimuleringen hade medfört som mer onödig.

*"Egentligen kan jag tycka att det var onödigt första gången när droppet sattes..."*

*"Det kändes hoppfullt när barnmorskan sa att nu är det bara lite kvar..."*

*"Det värsta jag varit med om, kunde knappt andas av smärtan men ändå väldigt nöjd över beslutet i efterhand."*

*"Hade en snabb förlossning på 6h. Vilket jag är glad över. Om den skulle ha dragit ut sig längre efter droppets onda sammandragningar skulle nog inte mitt minne och upplevelse vara lika positiv tror jag."*

Utmaningar som framkom i svaren beskrevs både i form av fysiska och psykiska utmaningar. Fysiska utmaningar som beskrevs bland föderskorna var till exempel känslan av att tappa kontrollen över sin kropp och själva förlossningen samt en känsla av att inte kunna hantera och klara av den ökade smärtan och den ökade intensiteten i värkarbetet. Det beskrevs även att det utdragna förloppet gjorde att föderskan blev trött mot slutet av förlossningen och ville ge upp. Psykiska utmaningar framkom i form av att föderskorna beskrev värkstimuleringen som mentalt jobbig och tuff. Någon beskrev interventionen som rentav hemsk.

*"Jag blev räddare och började känna skräck för att krystskedet närmade sig. Jag kände det som att jag tappade kontrollen över mitt lugn."*

*"Så man tog bort värkstimulerandet för att jag skulle ha bättre kontroll på krystningarna."*

*"...kunde aldrig tro att det var så hemskt som det var."*

*"Mot slutet va jag trött och ville ge upp."*

Genom analysen framkom även att varierande känslor uppstod under förlossningarna och till följd av värkstimuleringen. Föderskorna beskrev olika positiva känslor så som trygghet, lugn och stolthet. Interventionerna och förlossningen hade även väckt svårare känslor som

rädsla, oro och besvikelse hos en del föderskor. Känslorna som väcktes hos föderskorna kretsade mycket kring resultatet av värkstimuleringen, den egna prestationen och besluten som fattades under förlossningens gång. I majoriteten av svaren framkom även att barnmorskans roll under förlossningen hade bidragit positivt. Barnmorskans yrkeskompetens och lugn var bland annat faktorer som lyftes fram som bidragit till ökade trygghetskänslor hos fler av föderskorna. I svaren framkom även att stödet från barnmorskan och ett gott samarbete mellan föderskan och barnmorskan bidrog till en positivare förlossningsupplevelse.

*”Jag var lite rädd och ledsen eftersom jag hört mycket dåligt om värkstimulering men tänkte ändå att det är vad det är och det ska nog gå bra.”*

*”Dock hade jag väldigt lugna och kompetenta barnmorskor som utstrålade trygghet.”*

*”Jag är ändå rätt nöjd med förlossningen för personalen var super och jag kände mig trygg.”*

*”Efter förlossningen hade jag blandade känslor gentemot mig själv och min kropp. Stolt över att jag burit och fött fram världens finaste flicka men besviken på att jag hade en utdragen förlossning och behövde värkstimulerande medel och en massa medicinsk smärtlindring.”*

## 7 Diskussion

Examensarbetets diskussionsdel indelas i tre kapitel, en metoddiskussion, en resultatdiskussion och en slutsats. I metoddiskussionen diskuteras valet av metod, urval, datainsamling, dataanalys och etiken genom en kritisk granskning där både för- och nackdelar med valen framkommer. I resultatdelen ges en kort sammanfattning av studiens resultat, resultatet diskuteras ur ett objektiva perspektiv och speglas till fakta och forskning

som beskrivits i bakgrunden. Resultatet speglas även till den teoretiska utgångspunkten som valdes till examensarbetet och till nya relevanta studier. I den kliniska implikationen ges förslag på hur resultatet kan användas i praktiken inom barnmorskearbetet. Slutsatsen ger en sammanfattning av hela examensarbetet och speglar tillbaka till examensarbetets inledning och problematiken som framkom där.

## 7.1 Metoddiskussion

I metoddiskussionen diskuteras valet av metod, urval, datainsamling, dataanalys och etiken med stöd av begreppen  *trovärdighet*,  *pålitlighet*,  *bekräftelsebarhet* och  *överförbarhet*. Enligt Henricson (2017, s. 412) går metoddiskussionen ut på att visa hur kvaliteten har kunnat säkerställas i arbetet. Vikten av att kunna förhålla sig kritiskt till det egna arbetet samt att diskutera och kunna lyfta fram både styrkor och svagheter med arbetet. Det diskuteras även med stöd av ett kritiskt förhållningssätt hur examensarbetets kvalitet har säkerställts. Både styrkor och svagheter med arbetet lyfts fram. Till metoddiskussionen hör även att man diskuterar om examensarbetets syfte och frågeställningar har blivit besvarade med hjälp av metoden. (Henricson, 2017, kap. 27)

*Trovärdighet* syftar på att man ska kunna bekräfta materialets "äkthet" och förtydliga att den samlade kunskapen och resultatet är rimligt. *Pålitlighet* visas i form av att skribenten kan påvisa sin förståelse. Skribentens eventuella tidigare kunskap inom ämnet behöver framkomma och ifall detta kan ha påverkat insamlingen och analysen. Arbetets *bekräftelsebarhet* ökar om analysen tydligt kan beskrivas och skribenten kan bekräfta valen som gjorts genom hela arbetet. Skribenten behöver även förhålla sig objektivt och undvika att "färga data". Det kan därför vara befogat att även utomstående granskar arbetet till exempel under analysprocessen och resultatet. Med *överförbarhet* menas i vilken utsträckning resultatet kan användas i andra grupper och andra sammanhang. För att ta

reda på överförbarheten behöver resultatet vara tydligt beskrivet och trovärdighet, pålitlighet samt bekräftelsebarhet behöver kunna garanteras. (Henricson, 2017, s. 431-433)

Till examensarbetet valdes den kvalitativa metoden som närmelsesätt grundat på beslutet att studiens syfte är att ta reda på kvinnors egna upplevelser av värkstimulering. Den kvalitativa metoden anses enligt Henricson (2017) vara en lämplig metod när syftet med studien till exempel är att beskriva upplevelser och erfarenheter. Metoden är dessutom mera flexibel och urvalets egna berättelser blir det material man senare analyserar i arbetet. Resultatet av insamlad data speglas i diskussionen med den teoretiska utgångspunkt som valdes till examensarbetet, detta utgör alltså ett induktivt förhållningssätt vilket var ett relevant val eftersom arbetet inte från början styrdes baserat på en teori. (Henricson, 2017, s. 111-114, 412)

Urvalet skedde främst genom att söka intresserade deltagare via Facebook-gruppen *Mammor och gravid i Österbotten*. Valet att söka deltagare via just den gruppen baserade sig igen på examensarbetes syfte, där det framkom att det var specifikt finlandssvenska kvinnors upplevelser som var av intresse. Inte alla men många kvinnor, som har barn i Svenskfinland är med i den Facebook-gruppen och tanken var att det på så sätt skulle vara relativt lätt att nå ut till dessa kvinnor.

Målet var att hitta 20 intresserade kvinnor som dessutom uppfyllde kriterierna för deltagande men detta visade sig vara svårare än tänkt. Orsaken till att det var utmanande att nå ut till rätt kvinnor kan dels vara för att det i Facebook-gruppen publiceras relativt många inlägg/ dag vilket gör att ett tidigare publicerat inlägg försvinner längre ner i flödet om inlägget inte har tillräckligt mycket aktivitet i form av kommentarer eller gillamarkeringar. Detta leder lätt till att inlägget inte blir tillräckligt synligt för andra gruppmedlemmar. Sju kvinnor tog kontakt via personligt meddelande inom de två första dyggen efter publicerat inlägg. Inlägget publicerades på nytt några dagar senare i hopp om att nå ut till fler kvinnor samt publicerades på min privata Facebook-profil och på Instagram. Några bekanta delade även inlägget i sina profiler och genom denna så kallade

snöbollsmetod, tog till slut sammanlagt 16 intresserade kvinnor kontakt. För att öka examensarbetets trovärdighet och överförbarhet kunde det varit skäl att tillåta ett bredare urval till exempel från hela landet. Eller hålla begränsningen till finlandssvenska kvinnor men försökt nå ut till ett bredare urval även med hjälp av andra metoder än att publicera ett inlägg i en specifik Facebook-grupp.

Kriterierna för deltagande var att förlossningen hade startat spontant, hade ägt rum under det senaste året och att oxytocindropp eller amniotomi använts i öppnings- och/ eller utdrivningsskedet. Kriterierna att förlossningen startat spontant och värkstimuleringen påbörjats i öppnings- eller utdrivningsskedet baserade sig på valet att ta reda på värkstimuleringens effekt på ett påverkat värkarbete eller ett avstannat eller för långsamt förlossningsförlopp. Målet var inte att ta reda på hur värkstimuleringen används vid induktion av en förlossning. Värkstimulering som induktion kunde ha inkluderats men då borde även andra metoder som kan användas vid induktion inkluderats i studien. I detta examensarbete valdes att sätta främst fokus på användning och upplevelser av oxytocindropp och amniotomi. Kravet att förlossningen ägt rum inom det senaste året grundade sig i tanken att kvinnornas upplevelser skulle vara så färskt i minnet som möjligt samt det faktum att förlossningsvårdens tillvägagångssätt och riktlinjer angående interventionerna skulle vara så lika som möjligt. Begränsningen ökades till två senaste åren i och med att det visade sig vara svårt att hitta tillräckligt många deltagare.

En anonymt besvarad kvalitativ webbenkät valdes som datainsamlingsmetod till examensarbetet. Till enkäten konstruerades egenformulerade frågor med hjälp av Microsoft Forms. På så sätt kunde enkätens struktur och frågorna i enkäten utformas exakt på det sättet som önskades för att få fram svar på examensarbetets syfte och frågeställningar. För att stärka enkätens trovärdighet och pålitlighet kontrollerade den handledande läraren frågorna före enkäten sändes ut för att se så frågorna var utformade tydligt och från ett så objektiva perspektiv som möjligt. När frågorna var färdiga gjordes dessutom en liten pilotstudie på en person för att testa om en utomstående person som inte är insatt i ämnet kunde förstå frågorna.



Enkät valdes eftersom det ansågs finnas många fördelar med att välja just den metoden. Eftersom enkäten konstruerades i Microsoft Forms var det enkelt för deltagarna att få tillgång till enkäten och att besvara den vid ett tillfälle som passade dem bäst. Deltagarna fick en länk till enkäten i samband med att de tog kontakt via personligt meddelande på Facebook. Genom att använda webbenkät som insamlingsmetod ökar även möjligheten att nå ut till fler deltagare inom ett bredare område. All data samlades automatiskt in via programmet och kunde förvaras på ett tryggt ställe när deltagarna sände in sina svar. Svaren var färdigt nedskrivna och på så sätt gick ingen extra tid åt transkribering av materialet.

Efter att materialet blivit insamlat visade det sig att de flesta deltagarna hade skrivit fina utförliga svar men detta är inget som i förväg kan säkerställas när enkät väljs som insamlingsmetod. I efterhand har det uppkommit funderingar och tankar kring ifall intervju ändå hade varit ett bättre och mera pålitligt alternativ. En fördel med enkät jämfört med till exempel intervju var att det inte fanns samma risk att intervjuarens sätt att ställa frågorna påverkade deltagarens svar samt att deltagarna kunde besvara frågorna i lugn och ro, när de ville. Nackdelar som framkom med en anonymt besvarad kvalitativ enkät var att det varken fanns någon möjlighet att i efterhand ställa följdfrågor eller förtydliga varken frågor eller svar. På grund av detta går det inte heller att garantera att deltagarna uppfattat frågorna på rätt sätt eller att frågorna blivit ställda på ett tillräckligt begripligt sätt. Eftersom metoden var kvalitativ fanns även på förhand en förhoppning om att deltagarna skulle svara med långa och utförliga svar i berättande form så att det skulle framkomma tillräckligt mycket och brett material att analysera.

16 kvinnor visade intresse att svara på enkäten, 14 svar blev till slut insamlade varav ett av svaren inte var användbart då det inte uppfyllde studiens kriterier. 13 insamlade enkäter har alltså analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Valet att analysera materialet med denna metod baserar sig på att metoden i stort sett går ut på att man bryter ner materialet i små delar för att sedan bit för bit plocka ut meningsenheter och koder ur

texten. Koderna som lyfts fram ur texten delas in och bildar kategorier och mera specifikt beskrivande tillhörande underkategorier. Analysmetodens lämplighet bekräftades eftersom man genom analyseringsprocessen automatiskt "kommer nära" personens upplevelser och berättelser och får en djupare förståelse i deras upplevelser, vilket enligt Henricson (2017, s. 111–114) är avsikten när man väljer att göra en kvalitativ studie.

Under analysprocessen kom olika områden och övergripande kategorier tydligt fram ur den nedskrivna texten. Tre olika kategorier framkom genom analysen som alla tre kunde speglas till examensarbetets syfte och frågeställningar. Detta tyder på att frågorna som deltagarna besvarat i enkäterna var relevanta med tanke på syftet och frågeställningarna och tyder därmed även på en god kvalitet både när det kommer till insamlings- och analysmetoderna som valts till examensarbetet. Henricson (2017, s. 413) skriver att resultatets trovärdighet och pålitlighet ökar genom att utomstående granskar analysprocessen och resultatet. Eftersom examensarbetet endast skrivs av en person har även två utomstående personer granskat examensarbetets analysprocess och resultat, detta ökar både trovärdigheten och pålitligheten i examensarbetet. För att förtydliga överförbarheten av resultatet gjordes en sammanfattning av dataanalys. Sammanfattningen av de fynd som lyftes fram i analysen presenteras i examensarbetets resultat-del (Figur 2).

De etiska ställningstagandena har tagits i beaktande under hela arbetets gång. I bakgrunden har det hänvisats på ett korrekt sätt till ursprungskällan och forskningen därifrån informationen har plockats. Genom valet att ha en webbenkät som datainsamlingsmetod blev det inga större utmaningar att förverkliga att materialet hanterades varsamt och konfidentiellt eftersom all insamlad data har lagrats och förvarats i Microsoft Office 365 programmet. I och med detta krävdes mina inloggningsuppgifter till programmet för att alls komma åt enkäterna. Deltagarnas anonymitet och ett frivilligt deltagande har även säkrats genom hela processen genom att de själva valde att ta kontakt via personligt meddelande och enkäterna besvarades helt anonymt. Inga namn, orter, yrken eller annan personlig data har heller presenterats i resultatet för att även säkerställa att materialet presenterats konfidentiellt och på ett korrekt sätt.

## 7.2 Resultatdiskussion

I resultatdiskussionen diskuteras och speglas resultat med tidigare fakta och forskning samt med den teoretiska utgångspunkt som valts till examensarbetet och till nya relevanta studier. I resultatdiskussionen ges slutligen förslag till hur resultatet kan användas i dagligt barnmorskearbete och hur det kan implementeras i praktiken. Resultatdiskussionen kan delas in i fem steg enligt en struktur beskriven av Henricson (2017). Dessa fem delar är *beskrivning, förklaring, jämförelse, reflektera och kliniska implikationer* (Henricson, 2017, s. 416–418).

Tre huvudfynd lyftes fram ur resultatet. Dessa fynd bildade även tre övergripande kategorier. Den första kategorin, **Påverkan på förlossningsförloppet** beskriver föderskornas observationer av på vilket sätt värkstimuleringen påverkade värkarna och förlossningsförloppet rent fysiologiskt. Den andra kategorin som lyftes fram var **Delaktighet i beslutsfattandet** där det framkommer indikationer till påbörjandet av värkstimuleringen samt huruvida föderskorna fått information kring interventionerna och om de varit delaktiga i att fatta beslutet att påbörja värkstimuleringen. **Föderskans upplevelser** bildade en sista kategori, där föderskornas egna upplevelser, tankar och känslor av förlossningen och värkstimuleringen beskrevs. Alla tre kategorierna kan speglas till examensarbetets syfte och frågeställningar där kvinnans upplevelser av värkstimulering, hennes delaktighet i beslutsfattandet under förlossningen och på vilket sätt värkstimuleringen påverkat förlossningen var av intresse.

Ur datamaterialet framkom bland annat att deltagarna beskrev värkstimuleringens påverkan på själva värkarbetet rent fysiologiskt till exempel i form av kraftigare, smärtsammare och intensivare värkar. Studien gjord av Daly et al. (2020) påvisar att det är viktigt att man påbörjar infusionen med syntetiskt oxytocin försiktigt och med en låg startdos eftersom det kan ha en negativ påverkan på både föderskan och fostret. Även Ajne et al. (2021, s. 133-134) belyser det faktum att oxytocinkänsligheten kan variera mycket hos olika föderskor och därför är det viktigt att påbörja infusionen med försiktighet.

Förutom att föderskorna beskrev värkarna som kraftigare, mera smärtsamma, att de kom med tätare intervaller och värkarbetet blev intensivare, beskrev dessutom en del att värkarna kom så tätt att det inte fanns tid att andas mellan värkarna. I studien av Uvnäs-Moberg et al. (2019) beskrivs just risken för hyperstimulering om för höga doser av syntetiskt oxytocin används. Detta kan i sin tur bland annat påverka fostrets mående negativt men även vara tröttsamt för föderskan.

Föderskorna beskrev varierande upplevelser av värkstimuleringens effekt på förlossningens förlopp. Förlossningsupplevelsen och upplevelsen av värkstimulering visade sig även vara relaterat till själva värkstimulerande metodens effekt. Hade värkstimuleringen god effekt på förlossningsförloppets framskridande, upplevdes interventionen även som mer meningsfull och positiv trots ökad intensitet och smärta. I de fall där värkstimuleringen inte haft någon märkbar inverkan på till exempel förloppets framskridande var även upplevelsen av interventionen sämre och till exempel en ökad smärtupplevelse kändes då också som onödigt. I resultatet från en studie av Alòs-Pereñíguez, S. et al. (2023) lyftes även fram att värkdystoci och värkstimuleringen i sig ofta resulterade i en mer negativ förlossningsupplevelse hos den födande kvinnan.

Samtliga deltagare uppgav att det framkom tydliga indikationer till varför värkstimuleringen behövdes men informationen som gavs kring själva interventionen och till exempel för- och nackdelar med den beskrevs som något bristfällig i en del av fallen. Bland annat Ajne et al. (2021, s. 133-134) lyfter fram vikten av att värkstimuleringen påbörjas i samråd med föderskan och andra i förlossningsteamet samt att det finns klara indikationer till att interventionen behövs. Indikationer till påbörjande av värkstimulering kan vara till exempel ett svagt värkarbete, ett utdraget eller ett avstannat förlossningsförlopp.

Det framkom även att barnmorskans roll och stöd under förlossningen bidrog positivt på upplevelsen och många deltagare lyfte även fram tilliten till vårdpersonalens yrkeskompetens och rekommendationer. En del föderskor beskrev att barnmorskan

utstrålade trygghet och lugn och att barnmorskans stöd även gav föderskan en känsla av lugn och trygghet. Föderskornas upplevelser av värkstimuleringen varierade och både positiva och mera utmanande tankar och känslor beskrevs. Positiva känslor så som lugn, trygghet och stolthet nämndes bland föderskorna. Men även svårare och mera utmanande känslor och upplevelser beskrevs bland annat rädsla, oro och besvikelse. Heli och Svensson (2017) beskriver olika känslors påverkan på förlossningens förlopp, till exempel den negativa inverkan på förlossningsförloppet och frisättningen av kroppseget oxytocin som rädsla och stress utgör på samma sätt som en känsla av trygghet och lugn och ro har en positiv inverkan på det naturliga förloppet. Uvnäs-Moberg et al. (2015) beskriver också hur frisättningen av det kroppsegna oxytocinet stimuleras även av bland annat beröring och närhet vilket också framkom i resultatet att man försökt stimulera värkarbetet med naturliga knep så som rörelse, massage och beröring av partnern och genom att bada både före och efter den medicinska värkstimuleringen påbörjats.

I samband med resultatdiskussionen gjordes en ny sökning i databasen CINAHL för att se om ny relevant forskning gjorts under den senaste tiden. Två relevanta artiklar hittades genom sökningen vars resultat var av intresse och kunde speglas till fynden som plockats fram ur examensarbetets resultat. Den ena studien som hittades är gjord av Lundh, C. Ø. et al. (2023) och handlar om kvinnors upplevelser av oväntade induktioner av förlossningar. Induktionen i sig är inte på så vis jämförbar med syftet med examensarbetet men delar av studiens resultat och påföljderna av ett oväntat ingripande i förlossningens normala förlopp kändes relevant och jämförbart till examensarbetets fynd. En annan intressant artikel som hittades var artikeln där det publicerats resultatet från studien som det hänvisades till redan i examensarbetets inledning. Studien av Alòs-Pereñíguez, S. et al. (2023) gjordes för att ta reda på kvinnors upplevelser av värkstimulering med syntetiskt oxytocin.

Kvinnorna i studien av Lundh, C. Ø. et al. (2023) och fler av deltagarna i examensarbetet hade trots oväntade interventioner, positiva upplevelser av förlossningarna i efterhand. Föderskorna i både studien och examensarbetet upplevde ett gott stöd av barnmorskan. Resultatet av examensarbetet påvisade även varierande upplevelser av huruvida

föderskorna fått tillräcklig respektive otillräcklig information kring värkstimuleringen. Alòs-Pereñíguez, S. et al. (2023) belyser också i studien att bland annat beslutet att påbörja värkstimulering ofta påbörjades utan ett informerat samtycke och att kvinnornas syn på och erfarenheter kring värkstimuleringen ofta varierade beroende på kunskap, åsikter och det stöd de fått under förlossningen. Även vikten av delaktighet i beslutsfattandet samt tillit till vården och deras rekommendationer lyftes fram i både studien av Lundh, C. Ø. et al. (2023) och i examensarbetet. Likaså påvisades i samma studie att informationen kring induktionen upplevdes vara otillräcklig hos en del föderskor.

Kvinnorna i Lundh, C. Ø. et al.s (2023) studie och många av kvinnorna i examensarbetet var över lag tillfredsställda med resultatet av förlossningarna och kvinnorna i studien lyfte dessutom fram vikten av att få vårdas av kompetenta, lugna och empatiska barnmorskor som såg kvinnan och hennes behov. Barnmorskans roll och stöd lyftes fram i Alòs-Pereñíguez, S et al. (2023) på samma sätt som i examensarbetets resultat som en bidragande faktor till en positivare förlossningsupplevelse hos den födande kvinnan. Kvinnorna i både studien av Alòs-Pereñíguez, S et al. (2023) och Lundh, C. Ø. et al. (2023) samt deltagarna i examensarbetet beskrev dessutom upplevelsen av värkarbetet efter interventionerna på samma sätt med bland annat ökad smärta och ett mycket intensivt värkarbete.

Resultatet kan på fler sätt även speglas till teoretiska utgångspunkten som valdes till examensarbetet. Den valda teorin är vårdmodellen MiMo – Midwifery model of woman-centred childbirth care som har utformats av Berg, M., Ólafsdóttir, O. och Lundgren, I. (2012). MiMo-modellens fem teman kan på olika sätt speglas till examensarbetets resultat. Det första temat i vårdmodellen handlar om en ömsesidig relation mellan barnmorskan och föderskan och lyfter fram vikten av bland annat närvaro, bekräftelse, tillgänglighet och delaktighet under förlossningen. I examensarbetets resultat kan detta tema beskrivas till exempel genom ett gott stöd och ett gott samarbete med barnmorskan samt att besluten under förlossningen fattades gemensamt tillsammans med barnmorskan. Det beskrevs även av en del föderskor att barnmorskans roll bidrog till en positivare upplevelse. Genom resultatredovisningen framkom även en del faktorer där den ömsesidiga relationen på en

del plan var bristfällig. Bland annat i de fall där föderskan inte upplevde att hon varit delaktig i beslutsfattandet att påbörja värkstimuleringen eller i de fall där föderskan inte upplevt sig få tillräckligt bra information kring själva åtgärden.

Berg et al. (2012) lyfter även fram en förlossningsfrämjande miljö som en faktor till en optimal kvinnocentrerad vård. Miljön skall bland annat ge en känsla av stillhet, tillit och säkerhet. MiMo-modellens tredje tema belyser dessutom en grundad kunskap hos barnmorskan som handlar om yrkeskompetens och kunskapen att se den födande kvinnans individuella behov. Föderskorna beskrev bland annat tilliten till barnmorskan och litade på barnmorskans yrkeskompetens. En del lyfte fram att barnmorskan utstrålade både lugn och trygghet som i sin tur resulterade i att även föderskan kunde känna sig både lugn och trygg. Berg et al. (2012) beskriver även vikten av en kunskap i relation till kvinnan, vilket innebär ett gott samspel mellan barnmorskan och föderskan. Detta kan förklaras i examenarbetets resultat genom föderskornas beskrivning av ett gott samarbete mellan henne och barnmorskan.

Det faktum att en del föderskor upplevt att de inte fått tillräckligt bra information eller i de fall där föderskan upplevt att hon inte togs med i beslutsfattandet kan till en viss del även handla om hindrande kulturella normer. Då till exempel i form av tidsbrist av en eller annan orsak. Att vårdpersonalen helt enkelt inte haft tid att ge fullt så utförlig information som föderskan i den situationen kanske skulle behövt. Främjande kulturella normer framkom i berättelserna genom att barnmorskan tar kvinnans parti och stöder hennes behov, till exempel stöttar och hjälper föderskan att ta sig igenom det intensiva värkarbetet som värkstimuleringen medför.

Berg et al. (2012) beskriver en balanserad akt som vårdmodellens sista tema. Temat tangerar de åtgärder som behöver uppnås från barnmorskans sida för att skapa en kvinnocentrerad vård. Genom att spegla fynden i examensarbetets resultat med MiMo-modellen kan vissa slutsatser dras. Det kan vara både utmanande och näst intill omöjligt för en barnmorska att lyckas implementera varje detalj som lyfts fram i vårdmodellen i

praktiken. Bristerna som kan uppstå kan bero på mänskliga misstag, missförstånd, tidsbrist, bristande personkemi, stress men även andra orsaker. I sin helhet kan ändå konstateras att det tyder på att föderskorna som deltagit i examensarbetet fått, åtminstone en näst intill optimal kvinnocentrerad vård med individuella svagheter på vissa punkter.

Hur kan man då använda kunskapen som framkommit i resultatet i praktiken? Det vore viktigt att tänka på att man som barnmorska ger tydlig information till föderskan och stödpersonen samt att både för- och nackdelar med värkstimuleringen framförs och att en tydlig indikation framkommer. På samma sätt kunde man konstatera i studien av Alòs-Pereñíguez, S. et al. (2023) att det fanns ett behov av bättre information. Vidare diskuterades att för att bättre uppnå ett informerat samtycke fanns även ett behov av att öka kvinnornas kunskap och medvetenhet kring värkstimulerande metoder. För att öka kvinnornas kunskap menade man att sjukvårdspersonalen behöver diskutera åtgärderna samt dess effekter och bieffekter med kvinnan, gärna redan före förlossningen.

Genom både studien av Alòs-Pereñíguez, S. et al. (2023), Lundh, C. Ø. et al. (2023) och examensarbetet framkom dessutom att barnmorskans stöd och yrkeskunskap är en viktig och bidragande faktor till en positivare förlossningsupplevelse hos föderskorna trots diverse interventioner och de fysiska och psykiska utmaningar som dessa medför. Kunskapen som framkommit genom examensarbetet kan användas som ett stöd för barnmorskor för att öka förståelsen av hurdana behov föderskorna har i de fall där det framkommer att det blivit nödvändigt att medicinskt ingripa i förlossningen. Tydlig och mångsidig information kring interventionerna är viktigt för att öka föderskans känsla av kontroll och delaktighet. Även ett gott stöd från barnmorskan beskrevs som väldigt viktigt och bidrog till en positivare upplevelse trots en både psykiskt och fysiskt utmanande intervention som den medicinska värkstimuleringen faktiskt är.



### 7.3 Slutsats

Det har varit utmanande men givande att förhålla sig objektivt till ämnet genom hela processen i och med att det från tidigare fanns egna erfarenheter av värkstimulering och därmed även en del förutfattade meningar kring ämnet.

Slutsatser som kan dras av examensarbetet är att det från vårdens sida verkar ha funnits tydliga indikationer till att värkstimuleringen varit nödvändig att påbörja under förlossningarna. Informationen som ges till föderskan och en eventuell stödperson behöver vara tillräcklig och man kunde informera kring interventionen och olika alternativ samt ge tydlig information kring för- och nackdelar med värkstimuleringen. Det kan som vårdpersonal vara befogat att även betona det faktum att ingripandet anses vara nödvändigt och att det ges en tydlig orsak till varför värkstimuleringen rekommenderas från vårdens sida. Efter att föderskan fått informationen kunde man ge henne lite tid att bearbeta informationen tillsammans med stödpersonen, i de fall där situationen tillåter det, före beslutet fattas att påbörja värkstimuleringen. På så sätt kunde man eventuellt undvika att föderskan känner att hon inte varit delaktig i beslutsfattandet eller att vården fattat beslutet åt dem.

Det är sedan tidigare känt att värkstimuleringen gör värkarna kraftigare och smärtsammare och att förlossningsförloppet går snabbare, detta är trots allt avsikten med en medicinsk värkstimulering. Ofta påbörjas värkstimulering just på grund av att man vill hjälpa förloppet framåt av en eller annan orsak. Däremot betonar föderskorna igen hur viktigt ett gott stöd är och att barnmorskans yrkeskompetens, trygghet och lugn bidrar positivt till själva upplevelsen av förlossningen.

## Källförteckning

Ajne, G., Blomberg, M., & Clarsson, Y. (2021). *Obstetrik*. Lund: Studentlitteratur.

Alòs-Pereñíguez, S., O'Malley, D., & Daly, D. (2022). Women's views and experiences of augmentation of labour with synthetic oxytocin infusion. A protocol for a qualitative evidence synthesis. (version 2). *HRB Open Res*, 4:127 [doi: 10.12688/hrbopenres.13467.2](https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13467.2)

Alòs-Pereñíguez, S., O'Malley, D., & Daly, D. (2023). Women's views and experiences of augmentation of labour with synthetic oxytocin infusion: A qualitative evidence synthesis. *Midwifery*, 116, N.PAG. <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.1016/j.midw.2022.103512>

Berg, M., Asta Ólafsdóttir, O., & Lundgren, I. (2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care- in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, 3(2), 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>

Daly, D., Minnie, K., Blignaut, A., Blix, E., Vika Nilsen, A., Dencker, A., . . . Uvnäs-Moberg, K. (2020). How much synthetic oxytocin is infused during labour? A review and analysis of regimens used in 12 countries. *PLoS ONE*, 15(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227941>

Dencker, A., Berg, M., Bergqvist, L., Ladfors, L., Thorsén, L. S., & Lilja, H. (2009). Early versus delayed oxytocin augmentation in nulliparous women with prolonged labour--a randomised controlled trial. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 116(4), 530–536. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01962.x>

Ejlertsson, G. (2019). *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. (4:de uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2012). *God vetenskaplig praxis*. Hämtat från [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Forskningsetiska delegationen (TENK). (2021). *God vetenskaplig praxis*. Hämtat från <https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp>

- Heli, S. (2009). *Föda utan rädsla*. E-boksproduktion Bonnierförlagen Digital 2015.
- Heli, S. & Svensson, L. (2017). *Trygg förlossning. En omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Höglund Nielsen, B. & Granskär, M. (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Ingvarsson, S., Schildmeijer, K., & Oscarsson, M. (2020). Swedish midwives' experiences and views of amniotomy: An interview study. *Midwifery*, 91. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102840>
- Institutet för hälsa och välfärd (THL). (2023a). *Förlossningsmetod och -åtgärder 2007 -*. Hämtad 9.3.2023. [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/synre/toimenpiteet/summary\\_timebar?sairaala\\_0=10822&aiemmatsynnytykset\\_0=10768&sikioisyys\\_0=10837&ika\\_0=10452&raskausviikot\\_0=10711&bmi\\_0=73019&mittarit\\_0=10876#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/sv/synre/toimenpiteet/summary_timebar?sairaala_0=10822&aiemmatsynnytykset_0=10768&sikioisyys_0=10837&ika_0=10452&raskausviikot_0=10711&bmi_0=73019&mittarit_0=10876#)
- Institutet för hälsa och välfärd (THL). (2023b). *Nordisk perinatalstatistik 2020*. Hämtad 27.3.2023. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144264/Nordisk\\_perinatal\\_statistik\\_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144264/Nordisk_perinatal_statistik_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Institutet för hälsa och välfärd (THL). (2023c) *Perinataaltilasto 2021*. Hämtad 27.3.2023. [https://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2022/Liitetaulukot/Perinataaltilasto%202021\\_Liitetaulukot.pdf](https://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2022/Liitetaulukot/Perinataaltilasto%202021_Liitetaulukot.pdf)
- Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (2009). *Lärobok för barnmorskor*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Keski-Petäjä, M. (2022). *Lapsia yhteiskunnan talkoisiin – syntyvyyden ja syntyvyyspuolen historiaa Suomessa*. Tieto & Trendit. Hämtad 27.3.2023 <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2022/lapsia-yhteiskunnan-talkoisiin-syntyvyyden-ja-syntyvyyspuolen-historiaa-suomessa/>

Lindgren, H., Christensson, K., & Dykes, A.-K. (2022). *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur.

Lundh, C. Ø., Øvrum, A.-K., & Dahl, B. (2023). Women's experiences with unexpected induction of labor: A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 7, 7. <https://doi-org.ezproxy.novia.fi/10.18332/ejm/161481>

Nyback, M.-H. (2022). *Praktisk guide inför examensarbetet och utvecklingsarbetet*. Hämtad 19.09.2022 från [https://yhnovia-my.sharepoint.com/personal/anitawikberg\\_novia\\_fi/Documents/Forskningsmetodik/BMHVPraktisk%20guide%20inf%C3%B6r%20examensarbetet\\_uppdaterad%20%20%20april%202022.pdf](https://yhnovia-my.sharepoint.com/personal/anitawikberg_novia_fi/Documents/Forskningsmetodik/BMHVPraktisk%20guide%20inf%C3%B6r%20examensarbetet_uppdaterad%20%20%20april%202022.pdf)

Nyfløt, L. T., Stray-Pedersen, B., Forsén, L., & Vangen, S. (2017). Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: A case-control study. *PLoS ONE*, 12(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175306>

Oladapo, O. T., Souza, J. P., Fawole, B., Mugerwa, K., Perdoná, G., Alves, D. "...", Hundley, V. (2018). Progression of the first stage of spontaneous labour: A prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. *PLoS Medicine*, 15(1), 1–30. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002492>

Paananen, U.K., Pietiläinen, S., Raussi-Lehto, E., Äimälä, A.-M. (2015). *Kättilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. (6:te uppl.). Keuruu: Otava Oy.

Polit, D. & Beck, C.T. (2021). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (11th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

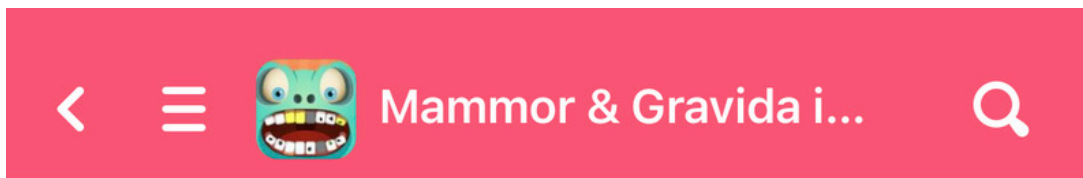
Selin, L. (2018). *Delayed Labour- risk factors, use of oxytocin and outcomes*. Göteborg, Sverige. Hämtad från [https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/56333/gupea\\_2077\\_56333\\_5.pdf?sequence=5](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle/2077/56333/gupea_2077_56333_5.pdf?sequence=5)

Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E. ", & Dencker, A. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth- a systematic review with implications for uterine contractions and central

actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(285).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

Uvnäs-Moberg, K., Handlin, L., & Petersson, M. (2015). Self-soothing behaviors with particular reference to oxytocin release induced by non-noxious sensory stimulation. *frontiers in PSYCHOLOGY*, 5(1529). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01529>

World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Hämtad 10-09-2022 från <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>



**Henna Lindell**

18 tim · 



Hej!

Jag studerar till barnmorska vid Yrkeshögskolan Novia och håller som bäst på att skriva mitt examensarbete om ämnet "Att skynda på eller stärka sammandragningar". Syftet med examensarbetet är att beskriva kvinnors upplevelser kring användning av värkstimulerande medel under en förlossning.

Jag söker mammor som fött barn inom de två senaste åren (2021-2022) vars förlossning startat spontant men där man använt medicinsk värkstimulering (oxytocindropp eller att ta håll på fosterhinnorna) under förlossningen och som vill dela med sig av sina upplevelser av värkstimulering genom att svara på några frågor i en kvalitativ enkät.

Kontakta mig via PM om du är intresserad av att delta!



## Att skynda på eller stärka sammandragningar

Syftet med examensarbetet är att studera kvinnors upplevelser av att skynda på eller stärka sammandragningar under en förlossning. Värkstimulerande metoder som är av intresse i arbetet är främst medicinska metoder, alltså oxytocindropp och amniotomi (att ta håll på fosterhinnorna). Förlossningen bör ha ägt rum under de två senaste åren och den medicinska värkstimuleringen bör ha blivit aktuell efter att förlossningen startat spontant.

Du får hemskt gärna skriva detaljerade och utförliga svar på frågorna.

**OBS!** Om du är omfödelska och har erfarenheter av värkstimulering under fler förlossningar får du gärna beskriva upplevelsorna från olika förlossningar skilt för sig men din senaste upplevelse av värkstimulering bör ändå ha ägt rum under det senaste året.

**Tusen tack**, för att du tar dig tid att fylla i formuläret!  
Dina svar är guld värda och behandlas konfidentiellt!

1. Hur många förlossningar har du genomgått?

- 1
- 2
- 3
- 4 eller fler

2. Hade du en normal graviditet med en förväntat normal förlossning framför dig?

3. I vilket skede av förlossningen och av vilken orsak påbörjades värkstimulering?

2023-04-23 15:33

Att skynda på eller stärka sammandragningar

4. Vilken metod användes för värkstimuleringen?

- Oxytocindropp
- Amniotomi (ta hål på fosterhinnorna)

5. Försökte man även åtgärda värksvagheten med naturliga knep? På vilket sätt i så fall?

6. Hurudan information om värkstimulering och dess orsaker fick du?

<https://forms.office.com/pages/designpagev2.aspx?lang=sv-SE&origin=OfficeDotCom&route=Start&sessionid=10de0943-50e1-42cc-9553-5e5519d5fd19&subpage=design&id=GUjiPPqPskmlcQ4a2kn1Og0yPOI3LR1PriQrk5oc9NUQ...> 3/5

2023-04-23 15:33

Att skynda på eller stärka sammandragningar

7. Var du delaktig i beslutet att påbörja värkstimuleringen? Togs dina åsikter i beaktande vid beslutsfattandet?

8. Hur påverkades förlossningsförloppet och sammandragningarna av värkstimuleringen?

9. Berätta om hur du upplevde förlossningen efter att värkstimuleringen påbörjades.

<https://forms.office.com/pages/designpagev2.aspx?lang=sv-SE&origin=OfficeDotCom&route=Start&sessionid=10de0943-50e1-42cc-9553-5e5519d5fd19&subpage=design&id=GUjiPPqPskmlcQ4a2kn1Og0yPOI3LR1PriQrk5oc9NUQ...> 4/5



10. Har du något du vill tillägga angående ämnet?

---

Det här innehållet har inte skapats och stöds inte av Microsoft. Data du skickar kommer att skickas till formulärets ägare.

