



LUNDS UNIVERSITET

Det heliga moderskapet

En kvalitativ studie av kvinnors upplevelser av MVC och BVC

Linda Jarmolowicz

Kandidatuppsats VT 2013

Centrum för Genusvetenskap

Handledare: Maria Norstedt

Abstract

The cutting-down on the medical care has a large affect on the prenatal care in Sweden. This creates a critical situation for both women in postpartum and the midwives. The thesis aims to get a better understanding of women's experience's from and expectations on the prenatal care and nursing centers. The empirical material contains interviews with five women with experiences from the institutions. The field was defined in limited time with the midwife, the parents training, the normative childbirth, lack of following up. The result of this thesis is that the institutions in prenatal care and the nursing center need to become more coherent around postpartum depression and women's health.

Key words: Motherhood, gender, prenatal care, nursing center, expectations

Nyckelord: Moderskap, genus, MVC, BVC, förväntningar

Stort tack till er underbara, starka kvinnor som delade med er av era tankar och reflektioner och tack till Kim för att du stöttat mig hela vägen.

Innehåll

1. Inledning.....	5
1.1 Bakgrund.....	5
1.2 Syfte och Frågeställningar.....	6
1.3 Tidigare forskning.....	6
3. Teoretiska utgångspunkter.....	9
3.1 Genus/kön.....	9
3.1.1 Genuskontrakt.....	10
3.2 Moderskap.....	10
3.2.1 Triangelrelationen.....	11
4. Metod och Material.....	11
4.1 Positionering.....	13
4.2 Urval av material.....	13
4.2.1 Etiska överväganden.....	14
5. Analys.....	15
5.1 Begränsad tid med barnmorskan.....	16
5.2 Föräldrautbildningen.....	17
5.3 Den normativa förlossningen.....	19
5.4 Brist på uppföljning.....	22
6. Resultat och slutsatser.....	29
6.1 Vilka erfarenheter har kvinnor av bemötandet från vårdpersonal inom MVC och BVC?.....	29
6.2 Vilka förväntningar har gravida kvinnor på information kring graviditet och förlossning från MVC och BVC?.....	30
6.3 Avslutande diskussion.....	31
Källförteckning.....	32
Elektroniska källor:.....	32

1. Inledning

”Moderskapets institution är inte mer identisk med att föda och vårda barn än den heterosexuella institutionen är identisk med intimitet och sexuell kärlek”

(Rich, 1980:35).

Med Adrienne Rich (1980) *Av kvinna född* som inspiration bestämde jag mig att undersöka ett ämne som varit en hjärtefråga för mig under lång tid. Jag har förstått att begreppet moderskap inte endast innefattar den biologiska aspekten av att få barn, utan att snarare föreställningar och ideologier skapar en snäv norm kring mödrars egenskaper och handlingar. Det är någonting som jag tror att nästan alla kvinnor tvingas att förhålla sig till, oavsett hur vi väljer att leva våra liv. Vi har väl alla hört uttrycket ”modersinstinkt”, men finns det verkligen en sådan?

1.1 Bakgrund

”Det hjälper inte att man erkänner att modersattityderna inte härrör från en instinkt, man tror ändå att moderns kärlek till sitt barn är så stark och så allmänt förekommande, att den nog på något sätt måste komma från naturen. Man har bytt ut orden, men inte illusionerna”

(Badinter, 1980:9).

Moderskapet har varit ett omdiskuterat ämne under sista tiden. Ett exempel på detta är amningsdebatten, som har blivit uppmärksammas i *Läkartidningen* (LT). Artikeln är skriven av barnmorskorna Sofia Zwedberg, Kristin Svensson, Anna Gustafsson och Ingela Powell. Att amma eller att inte amma har varit ett ämne som väcker starka känslor hos många. Detta visar vilka spänningar det finns just kring hur vi ser på moderskapet. Författaren till artikeln i LT menar att det behövs en bättre utbildning när det kommer till amning. Det är viktigt att inte skuldbelägga de mödrar som inte kan, eller som av någon anledning inte vill amma. Vidare hänvisar barnmorskorna till studier som visar att nyblivna mammor känner krav på sig att amma från samhällets sida. För kvinnor som vill, men inte kan amma är det vanligt att känna misslyckande eftersom det förväntas av dem som mor.

Under de senaste veckorna har nedskärningarna på Skånes universitetssjukhus (SUS) i samband med kvinnokliniken varit omdiskuterade i media. I en artikel i *Sydsvenskan* av Lena Stadler berättar barnmorskor om krisen på kvinnokliniken. Nedskärningar på personal har gjort att barnmorskor inte längre kan stå för den vård de ger till kvinnor. Under en tid då födslarna blir fler och fler, blir nedskärningarna högre och högre på förlossningskliniken (<http://www.sydsvenskan.se/skane/fortvivlat-pa-sus/>).

Jag har i samband med detta, valt att undersöka hur kvinnor upplever mödravården (MVC) samt barnvårdscentralen (BVC) då jag både anser att moderskap är ett spännande ämne ur ett genusvetenskapligt perspektiv, samt aktuellt i samhällsdebatten.

1.2 Syfte och Frågeställningar

Syftet med min studie är att få en närmare förståelse för kvinnors upplevelser av MVC och BVC. Genom semistrukturerade intervjuer vill jag lyfta kvinnors erfarenheter och tankar kring MVC och BVC.

Mina frågeställningar är:

1. *Vilka erfarenheter har kvinnor av bemötandet från vårdpersonal inom MVC och BVC?*
2. *Vilka förväntningar har gravida kvinnor på information kring graviditet och förlossning från MVC och BVC?*

1.3 Tidigare forskning

Det har skrivits en del både om moderskap som begrepp samt om moderskap och förlossningsvård. Även tidigare forskning som tas upp i det här avsnittet, kommer jag att hänvisa till i min analys då jag finner den relevant för min studie. Inom forskningsfältet om moderskap och förlossningsvård finns både den konstruktivistiska synen på kön, som kritiskt granskar sambandet mellan kvinnokroppen och biomedicinenen samt ett perspektiv som är psykologiskt och som undersöker kvinnors upplevelser av vården.

Kulturanthropologen Birgitta Hellmark Lindgren (2006) undersöker i sin studie olika synsätt på hur graviditet och födande påverkar gravida kvinnors handlingsutrymme i Sverige. Studien är etnografisk och gjord på en mödravårdcentral i Mellansverige och baserar sig på intervjuer och observationer av blivande föräldrar, barnmorskor och läkare. Hon menar att för många kvinnor, representerar mödravården trygghet, möten med andra människor, biomedicinsk kunskap och teknik och hon uppmärksammar relationen mellan den gravida kroppen och tekniken. Den gravida kroppen kan beskrivas som en arena eller ett objekt där diskurser om sociala handlingar, teknik, risker och kön står mot varandra (Hellmark Lindgren, 2006: 16-17). Hellmark Lindgren menar att vi inte kan komma ifrån att endast kvinnor blir gravida. Dock är det synen på kvinnlighet särskilt tydlig då det talas om medicinsk teknik (Hellmark Lindgren, 2006: 41). Enligt Hellmark Lindgren finns det dels könsnormer i kvinnors uttalanden om användning av teknik och dels en feministisk diskussion om hur tekniken kan

frigöra det kvinnliga könet eller om tekniken vidmakthåller och reproducerar könsmaktstrukturer (Hellmark Lindgren, 2006: 42). Hellmark Lindgren har ett konstruktivistiskt synsätt på kön där hon menar att kvinnlighet och manlighet är någonting som skapas genom sociala konstruktioner (Hellmark Lindgren, 2006: 38). Jag delar hennes synsätt. Enligt henne genomsyras vården av stereotypa föreställningar om kön. Hon påpekar att kunskapen om den biomedicinska tekniken väger tyngre än andra kunskaper vilket gör att relationen mellan vårdgivare och vårdtagare inte är jämlik. Jag ser Hellmark Lindgrens forskning som relevant för min studie då hon problematiserar kvinnlighet och den kvinnliga kroppen i relation till medicinen vilket kan hjälpa mig att förstå hur kvinnor upplever mödravården.

En annan forskare som problematiserar kunskapsproduktionen inom den medicinska vetenskapen är historikern Christina Jansson (2008). Jansson menar att kvinnor genom historien har kopplats samman med naturen (Jansson, 2008: 25). Hon utforskar förlossningsvårdens debatter, praktiker och kunskaper i sin bok *Maktfyllda möten i medicinska rum- debatt, kunskap i svensk förlossningsvård 1960-1985*. Här ges också en historisk bild av hur förlossningsvården har sett ut. Det skedde en stor förändring i Sverige från början av förra sekelskiftet fram till 1960- talet inom förlossningsvården samt barnavården. Under åren 1960 fram till 1985 utvecklas nya tekniker för övervakning av foster och födande kvinna samt tack vare jämställdhetsarbete hamnar kvinnokroppen och barnafödande på den politiska agendan (Jansson, 2008:45). Under 1970-talet började gravida och födande kvinnors psykologiska hälsa uppmärksammas och det blev viktigt för läkare och psykologer att hjälpa och behandla kvinnor med psykiska problem och samtidigt främja kontakten mellan mor och barn (Jansson, 2008: 193). Samtidigt som Jansson problematiserar hur den kvinnliga kroppen framställs inom medicinen, ger hon också en historisk bild av hur förlossningsvården har sett ut i Sverige, med fokus på den senare hälften av 1900-talet. Den kunskap som produceras inom den medicinska vården väger tungt för de flesta människor och blir också den legitima kunskapen. Hur kön görs inom vården påverkar också människors sätt att förhålla sig till kön.

Marie Berg skriver också tillsammans med Ingela Lundgren i antologin *Att stödja och stärka- vårdande vid barnafödande*. Antologin ger en bredare bild av förlossningsvården samt presenterar olika metoder för hur förlossningen kan förberedas. Den ger konkreta tips för hur mannen kan stödja kvinnan som upplever värkar. Berg och Lundgren ger en detaljerad bild av förlossningsvården och de utgår från ett psykologiskt perspektiv. Det tycker jag är

problematiskt eftersom påverkan av yttre omständigheter inte lyfts fram. Det kan föra med sig ett skuldbeläggande på individen. Jag utgår från perspektivet att individen är del av en samhällsstruktur som påverkar vårt beteende. Trots att jag problematiserar frågan på ett annat sätt, ser jag att deras forskning är relevant för min studie då den som jag, tar upp kvinnors upplevelser av förlossningsvården.

Helene Brembeck tar upp moderskapets innebörd i sin doktorsavhandling *Inte bara mamma* där hon utgår ifrån ett postmodernt perspektiv. Det centrala i Brembecks studie var att plocka isär moderskapet, frikoppla jaget från det och inte låta moderskapsrollen vara den primära rollen för en kvinna (Brembeck, 1998: 245). Enligt Brembeck kan moderskap förstås som en institution som är uppbyggd av ideologier och föreställningar, idéer, praktiker och myter om hur en bra mamma bör vara (Brembeck, 1998: 46). Begreppet moderskap handlar inte bara om det biologiska utan också om det sociala, de handlingar som utförs av en moder, de handlingar, känslor och den omsorg som förväntas av en moder. Att inte vara mor, men vilja vara det, kan kännas som ett utanförskap. Brembeck utgår från ett postmodernt perspektiv då hon intervjuar unga mödrar om deras upplevelser av moderskapet. Hon jämför med en tidigare generations kvinnor och deras syn på sig själva i moderskapet och förhåller sig kritiskt till den sociobiologiska bilden av moderskap, närmare bestämt att det finns en inbyggd moderskärlek och vilja för ständig uppoffring för sitt barn (Brembeck, 1998: 48).

I samband med moderskapet kommer förlossningsdepression ofta på tal. Nyberg, Linberg och Öhrling (2010) tar upp i sin artikel *Midwives' experience of encountering women with posttraumatisk stress after childbirth*, huruvida vanligt posttraumatisk stress är för kvinnor efter förlossning och vilka utlösande faktorer det finns för det. Studien baserar sig på intervjuer med barnmorskor, som berättar om sina möten med kvinnor med förlossningsdepression. Studien kan ge en bild av hur vanligt det är med förlossningsdepression vilket jag kopplar till nyblivna mammors psykiska hälsa.

3. Teoretiska utgångspunkter

I den här studien kommer jag att utgå ifrån en konstruktivistisk syn på kön, det vill säga att kön är någonting socialt konstruerat utifrån normer och värderingar i vårt samhälle.

Vidare ser jag moderskapet idag som ett konstruerat begrepp som inte endast handlar om att föda barn och vara mor, utan är tillskrivna handlingar och känslor som gör moderskap i vårt samhälle. Detta begrepp ingår i ”paketet” moderskapet samt förväntas vara naturliga egenskaper hos kvinnan och bör därför problematiseras. Kärnan i den här studien är hur kvinnor upplever MVC och BVC. Jag har använt mig av både Hirdmans teorier om genus och genuskontrakt samt Badinters studie om det konstruerade moderskapet för att få en djupare förståelse för hur kvinnor upplever vården.

3.1 Genus/kön

I sökandet efter en passande teori i min uppsats har jag som genusstudent stött på olika uppfattningar om hur begreppen kön och genus ska användas. En del teoretiker väljer att använda sig av begreppet genus när de talar om det socialt skapade könet med argumentet att det inte kan missuppfattas.

Yvonne Hirdman (2001) förklarar genustänkande som ett sätt att vägra att acceptera kropp och kultur som någonting reellt och ensamt existerande (Hirdman, 2001: 14). Det är genom vårt medvetande och påverkan från vår kultur som vi definierar vad ett kön är. Könet är inte bara, det konstrueras utifrån föreställningar om hur kvinnor och män ska vara.

Andra väljer att stå fast vid begreppet kön då de anser att ett särskiljande förstärker dikotomin mellan det biologiska och det socialt konstruerade könet. Båda begreppen är användbara i talet om den sociala konstruktionen. Jag väljer dock att se att begreppet kön är det mest användbara i min studie då jag delar uppfattningen om att det biologiska och det sociala könet samspelar i konstruktionen av manligt och kvinnligt. Närmare bestämt är det synen på det biologiska könet som är föränderligt.

Enligt Hirdman kan användandet av kön som en vetenskaplig term vara riskabelt då det kan förstås som kön i den gammalmodiga kontext som man vill komma ifrån (Hirdman, 2001: 15). Även om jag delar Hirdmans syn på genus har jag valt att använda mig av begreppet kön då jag anser att vi bör ”ta tillbaka” förståelsen av det. Jag ser därmed inte det biologiska könet som någonting stabilt och oföränderligt.

3.1.1 Genuskontrakt

Inom genuskontraktet finns synliga och osynliga överenskommelser mellan könen där det finns tydliga föreställningar om hur kvinnor och män bör vara: ”en kulturellt nedärvd, styrd överenskommelse av könens gemensamma sammandragande med åtskilda förpliktelser, skyldigheter och rättigheter” (Hirdman, 2001:84). Inom genuskontraktet finns ett motsatstänk som utgår ifrån de biologiska skillnaderna mellan mannen och kvinnan. Mannen kopplas då till offentligheten och intellektet medan kvinnan till den privata sfären och kroppen. Mannen blir normen medan kvinnan är undantaget, könet och därför blir hon också kopplad till barnet och barnafödandet (Hirdman, 2001: 89- 90). Hirdmans teori om genuskontraktet är främst ämnad för att hjälpa mig att svara på min andra frågeställning ”*vilka förväntningar har gravida kvinnor på information kring graviditet och förlossning från MVC och BVC?*” Jag har i mina intervjuer sett att kvinnor ibland upplevde att det fanns en tystnad från vårdpersonalens sida. För att försöka tolka ifall den tystnaden är ett förgivettagande att kvinnorna har en förförståelse för graviditet och spädbarn, har jag valt Hirdmans begreppsapparat. Som jag nämnt tidigare, utgår jag ifrån att kön är socialt konstruerat och som påverkar oss, inte minst i föräldrarollen. Därför tror jag att Hirdmans teorier om kön kan vara en bra grund i min studie.

3.2 Moderskap

Elisabeth Badinter, en fransk filosof, har studerat kvinnors brev och dagböcker från 1700-talet fram till 1900- talet och argumenterar, genom deras upplevelser, för att det som kallas ”modersinstinkt” egentligen inte är en bestående egenskap utan en känsla som kan komma och gå. Enligt henne ses ”moderskapets glädjeämnen” som någonting som uppväger den smärta och uppoffring som förlossningen innebär (Badinter, 1980: 222). Badinters bok *Den kärleksfulla modern* är ett resultat av ett seminarium vid Ecole polytechnique, som höll på i två år. Badinter använder sig av diskursanalys för att analysera texter och brev skrivna av mödrar genom den här tidsperioden samt ett konstruktivistiskt perspektiv i hennes tolkning. Under 1700- talet då det stora temat var ”återvändandet till naturen”, propagerades det också starkt för amning. En god mor skulle amma sitt barn och moderskapet skulle vara ett intresse. Under 1800- talet sades det: ”*Moderskärleken, som är så intimt förbunden med den nyföddes behov, lika nära förbinder sig med familjens och samhällets heliga intressen*” (Badinter, 1980:181).

Kvinnans ansvar för barnet, blev nu knutet till upprätthållandet av samhället. Uppfostran av barnet blev kvinnans ansvar och mannen var därmed utesluten därifrån.

3.2.1 Triangelrelationen

Badinter lyfter fram en modell för ”kärnfamiljen” som hon kallar för triangelrelationen. I relationen mellan mor, far och barn är modern en relativ och tredimensionell personlighet. Hon är relativ då hon endast kan uppfattas i förhållande till fadern och barnet och tredimensionell då hon också är kvinna, en specifik varelse med egna strävanden och som inte behöver kopplas till mannen och barnets önsknings (Badinter, 1980: 11). Badinter menar att det inte går att hänvisa till en av medlemmarna inom en familj utan att tala om de andra då deras relation är relativ. Likadant som Hirdman talar om motsatspar inom genussystemet så talar Badinter om dessa relationer som är beroende av varandra.

Badinters modell för triangelrelationen kan tyckas vara heteronormativ och exkluderande för vissa grupper men jag anser att den skulle kunna appliceras på andra familjekonstellationer då jag ser den som en symbolisk modell. Förväntningar på modersrollen förstärks dock i det heterosexuella förhållandet vilket kan förklara varför Badinter utgår ifrån just det.

Jag menar att Badinters teori om den konstruerade modersinstinkten och moderskärleken kombinerat med Hirdmans teorier om genus och genuskontrakt kan bidra till att få en förståelse för hur kvinnor upplever mödravården samt vilka förväntningar som finns på den. Eftersom båda teoretikers förhållande till den sociobiologiska synen på kön är kritisk, kan det hjälpa mig att förstå hur eventuella föreställningar om moderskapet påverkar kvinnors upplevelser av MVC och BVC. Det kan röra sig om att kvinnorna upplever en press över att vara en bra mamma. Badinters teori om moderskapet handlar om kvinnors upplevelser av moderskapet, därför kopplar jag det främst till min första frågeställning, som är ”*vilka erfarenheter har kvinnor av bemötandet från vårdpersonal inom MVC och BVC?*” Om det nu är så att det finns föreställningar om moderskap så är det intressant att se om kvinnorna upplever det från vårdpersonalens sida. Precis som Hirdmans modell för genuskontraktet kan Badinters modell för triangelrelationen förklara hur vi formas till män och kvinnor och här speciellt i föräldrarollen. Jag är medveten om att mina teoretiska utgångspunkter är breda men eftersom detta är en genusvetenskaplig studie, vars syfte är att få en närmare förståelse av kvinnors upplevelser av MVC och BVC, anser jag att det behövs begrepp som är normkritiska.

4. Metod och Material

Jag har valt att använda mig av den kvalitativa och semistrukturerade intervjumetoden i min studie (Gubrium & Holstein, 2001:83) vilket betyder att mina frågor till informanten är delvis

ledande. Den semistrukturerade intervjun hjälper mig som intervjuare att hålla mig inom ramen av min efterforskning samtidigt som den ger både mig samt informanten utrymme att ställa spontana frågor. I min studie kommer jag att ta hjälp av Gubrium & Holstein (2001). De ger en mycket bred bild av den kvalitativa studien och för en relevant diskussion om den kvalitativa intervjumetoden. Avsikten med den kvalitativa intervjun, till skillnad från den kvantitativa, är att erhålla interpretationer av informanten (Gubrium & Holstein, 2001: 83). Eftersom syftet med min studie är att få en närmare förståelse för kvinnors upplevelser av MVC och BVC behöver jag ta del av kvinnors berättelser. Madison (2012) beskriver den kvalitativa intervjun som ett samarbete mellan informanter och intervjuaren där en dialog blir till. Intervjuaren leder samtalet genom sina frågor och den intervjuade svarar på dem så ärligt som möjligt. På så sätt skapar de mening tillsammans. Den kvalitativa intervjun gör informanten till ett subjekt och avslöjar en social historia och politiska möjligheter. Den kvalitativa intervjun är ett fönster mot subjektivitet samt kollektiv tillhörighet (Madison, 2012: 28). Två av intervjuerna genomfördes i ett privat rum i universitetsmiljö. De andra två utfördes på ett lugnt café som informanterna själva fick vara med och välja. Jag hade förberett samma frågor till alla informanterna men i vissa fall kunde spontana frågor dyka upp under samtalets gång, som jag ställde till informanten. Med hjälp av Berg (1999) samt Berg & Lundgren (2010) har jag valt en del frågor som berör relationen med barnmorskan och vad som är viktigt när det kommer till den relationen. Efter de första tre intervjuerna kunde jag se ett mönster i deras berättelser. Därför kunde jag vid de resterande samtalen flika in med frågor som kommit upp tidigare. Jag kände mig mer påläst under de senare intervjuerna och var mer säker på vilka frågor jag behövde ställa för att få den information jag ville ha. Jag ställde samma standardfrågor till alla informanter, dock kunde jag flika in med mer ledande frågor beroende på hur samtalet utvecklade sig. Frågorna som jag ställde berörde relationen med deras barnmorska vilket kunde variera från kvinna till kvinna. Eftersom informanterna gavs utrymme att själva utveckla samtalet, kom de in på ämnen som förlossningsdepression och de förväntningar de upplevde att de hade på sig själva och från omgivningen. Intervjuerna har jag sedan transkriberat och analyserat genom att jämföra kvinnornas berättelser med varandra. Det visade sig att det var många upplevelser av situationer som informanterna hade gemensamt. Utav dessa skapades teman som min analys kommer att vara indelad i. Under min analys av intervjuerna har jag tänkt på att mitt material kan påverkas av min egen tolkning som genusstudent. Enligt May ska inte intervjuer ses som en informationskälla utan ett *forskningsämne* inom samhällsforskningen:

Intervjudata säger inget om någon *yttre* verklighet som respondentens yttranden skulle hänvisa till eller blottlägga. Däremot säger de något om den *inre* verklighet som båda parterna tillsammans konstruerar för att åstadkomma det som kännetecknar en intervju

(May, 2001: 174).

Jag har valt att låta mina informanter vara anonyma i min studie, då jag anser att det är ett känsligt ämne samt att det råder delade meningar om hur privat det är, bland informanterna. Därför har jag varit konsekvent i mitt val. Jag har valt att referera till mina informanter som ”kvinnor” eller ”informanter”.

4.1 Positionering

I min position som genusstudent och intervjuare är det viktigt att komma ihåg att förhållandet mellan mig och informanterna kan påverka det material jag får in. Jag har ställt mig frågan om vetenskapen om att genusvetenskapen har en normkritisk syn på kön, kan medföra att informanterna anpassar sina svar, eller ger mig de svar som de tror att jag vill höra? Enligt May ”kan inte intervjuer producera data som avspeglar en verklig värld bortom alla tolkningar” (May, 2001:174). När jag kontaktade dem om intervjun berättade jag också om mitt syfte med studien. Det kan ha fått dem att tänka på sina upplevelser på ett mer kritiskt sätt eller från ett annat perspektiv. En annan möjlighet är att informanterna har upplevt av att de kan tala mer fritt om de frågorna i den intervjusituationen. Jag har trots det försökt att se intervjusituationen som en del av den samhällsstruktur som formar både mig i min roll som intervjuare och genusstudent med den syn jag har på kön, samt informanterna som liksom mig är färgade av den.

4.2 Urval av material

5 kvinnor har medverkat i min studie varav två av dem är förstföderskor och tre andraföderskor. Jag har fått samtycke i att lämna ut viss information, det vill säga att kvinnorna jag intervjuat är av medelklass samt lever i heterosexuella förhållanden. De flesta har akademisk utbildning och samtliga har ett gott sociokulturellt kapital och är runt åldrarna 25-35. Valet av informanter har skett genom att jag kontaktat dem direkt eller via vänners hjälp. Warren beskriver ”snöbollseffekten” som ett bra sätt att hitta informanter på. Genom en potentiell informant kan kontaktnätet utvidgas och kontakter kan förmedlas vidare (Gubrium & Holstein, 2001: 87). Mitt homogena urval är delvis strategiskt, då jag i min studie problematiserar kön och sexualitet, behöver jag också informanter som under vissa kategorier faller in under normen. Jag menar inte att det är en nödvändighet men jag såg det som mest passande för min studie. Samtidigt som mina informanter delar mycket, är de även unika i

personligheter och upplevelser. Det har resulterat i att mitt material blivit nyanserat men ändå med ett visst genomgående mönster. Meningen för mig har varit att intervjua både mammor och vårdpersonal, men det har varit mycket svårt att få kontakt med barnmorskor i Malmö Stad vilket också förklarar den arbetsbördan som finns inom vården.

4.2.1 Etiska överväganden

Jag är medveten om att det är ett känsligt ämne jag vill diskutera. Moderskapet och allt som kretsar runt det, graviditet och förlossning är förmodligen en stor händelse för många människor. Eftersom det också är kroppsliga fenomen blir det extra känsligt. Jag har därför tänkt på att göra deras deltagande så bekvämt som möjligt och involverat dem i min studie på ett balanserat sätt. Intervjuerna har varit semi-strukturerade, det vill säga att frågorna har varit delvis ledande samtidigt som informanterna har haft möjlighet att ge en så bred bild som möjligt av sina upplevelser. Jag har varit tydlig med att de när som helst får avbryta eller gå över till nästa fråga. De har gärna fått lägga till något som de tycker är viktigt och som jag har missat att ta upp. Informanterna har fått läsa det transkriberade materialet för att det inte skulle ske några missförstånd om det vi pratat om.

Madison (2012) ger exempel på viktiga punkter att utgå ifrån i en etnografisk studie. En av dem är ärlighet. Att försöka vara så ärlig som möjligt med mitt syfte i denna studie, känns mycket viktigt för mig. Min mening är inte att försöka hänga ut eller skuldbelägga någon eftersom jag försöker se på samhället och mina informanters erfarenheter utifrån ett konstruktivistiskt perspektiv.

5. Analys

I det här avsnittet kommer jag att undersöka *vilka erfarenheter har kvinnor av bemötandet från vårdpersonal inom MVC och BVC?* samt *vilka förväntningar har gravida kvinnor på information kring graviditet och förlossning från MVC och BVC?*

Min studie är begränsad till Malmö Stad samt en informant som genomgått förlossning i Ystad. Av praktiska skäl sökte jag efter informanter i min närhet. Vidare omfattar studien 5 personers berättelser om deras erfarenheter av MVC och BVC. Min analys är uppdelad i 4 tematiska avsnitt som utkristalliserats från mina intervjuer och är följande: *5.1 Begränsad tid med barnmorskan*, *5.2 Föräldrautbildningen*, *5.3 Den normativa förlossningen* och slutligen *5.4 Bristen på uppföljning*. Dessa teman är delmoment i hela processen från början av graviditeten till tiden kort efter födseln. Samtliga informanter i min studie har upplevt de här momenten som centrala genom sin graviditet och jag ser dem som viktiga att ta upp i diskussionen om hur kvinnornas upplevelser av och förväntningar på MVC och BVC är.

Badinter beskriver moderns, faders och barnets relation som triangulär. Man kan inte tala om en familjemedlem utan att ta hänsyn till de andra (Badinter, 1980: 11). I denna dikotomiska relation blir kvinnan i de flesta fall identifierad utifrån modersrollen. Att hon blir reducerad till en mor kommer i konflikt med att hon faktiskt är en person med egna önskningar och intressen utanför familjen.

Av det som framkommit från mina intervjuer, verkar det som att kvinnorna tar det som en självklarhet att de är personer med egna intressen utanför familjen. Det kan ändå vara svårt att komma ifrån en del föreställningar om moderskap vilket jag menar triangelrelationen visar. Flera av mina informanter har kommit in på ämnet om hur de som nybliven mamma har upplevt att de haft förväntningar på sig själva att inneha en sorts "naturlig" fallenhet för barnavård. Brembecks undersökning visar hur kvinnorna kan känna press över de förväntningar som kretsar kring att vara mor: *"Det är barnet som är det bästa med att vara mamma. Det värsta är moderskapet"* (Brembeck, 1998: 46).

Moderskapet är, enligt deras uppfattning, någonting utöver att ha ett barn. Istället är det både föreställningar och praktiker som de ska förhålla sig till. Brembeck förklarar dessa föreställningar och förväntningar på kvinnan som ett resultat av vår västerländska historia, som har starkt påverkan av religiösa idéer och ideologier (Brembeck, 1998: 46).

5.1 Begränsad tid med barnmorskan

Då jag ställde frågor till mina informanter angående bemötandet och relationen med barnmorskan, var det många som sa att de hade en god relation, att mötena var givande men de hade gärna fått mer tid att ställa frågor samt diskutera andra frågor än utvecklingen av fostret:

Så den där kroppsliga biten handlade det nog mycket om. Inte så mycket så att jag minns det, handlade det om psykologiska delar att vara gravid, den aspekten eller jag kan inte minnas en gång då vi pratade om min och min sambos relation.

Det var inte så att de intervjuade kvinnorna inte ville prata om fostret, tvärt om indikerade de på att det var barnets hälsa som var det viktigaste vid barnmorskemötet. De saknade dock mer information om annat än barnets utveckling. Enligt Berg & Lundgren (2010) och deras forskning, värderar kvinnor mödravårdens undersökning av barnets hälsa högst, följt av den egna hälsan och att partnern involveras i vården (Berg & Lundgren, 2010:47).

Flera av dem kände att det förväntades av dem att det skulle ha en naturlig fallenhet för omhändertagandet av barnet. En kvinna berättar om sina upplevelser efter att ha fött sitt första barn:

Men alltså mötena var ju väldigt bra, och som sagt, hon vände sig till oss båda och det tyckte vi var väldigt viktigt så att inte bara mamman kom i fokus, eftersom man ju är två som blir föräldrar. Men jag kan ju tycka att mödravården borde informera mer om den psykologiska omställning det är att få barn, framförallt första gången, vilken förändring det är i livet.

Flera av informanterna beskrev den närmsta tiden efter förlossningen som aningen chockartad och menar det skulle behövas information om det vid barnmorskemötena. Som kvinnan säger, är det viktigt för henne att båda föräldrarna blir inkluderade samt att hon önskar att få mer information angående den omställning det handlar om när man får barn. Samtidigt som att hon menar att mötena är väldigt bra så saknar hon information om den psykologiska aspekten av att bli förälder, speciellt första gången.

I Hellmark Lindgrens (2006) studie intervjuas kvinnor om deras barnmorskesamtal. Flera kvinnor menar att de gärna hade fått göra fler besök på barnmorskemottagningen på grund av att de saknade den bekräftelse de fick där (Hellmark Lindgren, 2006:91). Likaså i min studie menar kvinnor att de hade önskat sig mer tid till annan information än utvecklingen av fostret:

Någonstans ifrån måste man få lite information. Det är inte bara fysiskt, att ett barn kommer ut och si och så med kroppen utan det händer ju saker inom en också. Det tycker inte jag att jag riktigt fått med mig, utan jag mådde inte så bra den första tiden (efter förlossningen), utan jag var lite chockad nästan över omställningen och över att ha en bebis som var så beroende av en. Jag hade kanske en föreställning om att en mamma, att man skulle känna en omedelbar stor kärlek till sin bebis, men det kan jag inte känna att jag gjorde.

Föreställning om moderskärleken som tas upp här kan förväntas av en kvinna som fått barn, den problematiseras sällan, utan ses som någonting som är ”inbyggt” i kvinnans natur, en modersinstinkt. För min informant är det någonting som har väckt hennes tankar i efterhand, då hon under tiden som hon mådde dåligt, inte varit beredd på de känslor hon fick. I Janssons studie deltar kvinnorna i en så kallad ”mitträff”, ungefär i mitten av graviditeten, där de med andra föräldrar ventilerar sina tankar och eventuell oro som kommit upp under graviditeten. Ett ämne som kom upp var funderingar kring omgivningens förväntningar på kvinnan och graviditeten. Det är som ett ”paket” som förväntas få en att känna lycka, både under graviditeten och direkt efter förlossningen. Enligt Janssons studie finns det kvinnor som känner att de borde känna större lycka än vad de gör (Jansson, 2008:100-1).

Inom triangelrelationen stärks modersrollen om fadersrollen försvagas. Under slutet av 1700-talet upphöjs modersrollen och fler kvinnor från medelklassen börjar amma sina barn istället för att anlita ammor (Badinter, 1980: 144). Nu blir barnet kvinnans ansvar vilket gör att hennes sociala status höjs, hon är inte längre under samma förmyndarskap hos maken. Kvinnan bär nu huvudansvaret för barnet och dess hälsa och välmående. Moderskapet ses som ett heligt kall, en lycklig erfarenhet men som kräver konstant uppoffring från kvinnors sida (Badinter, 1980:176). Badinter menar att ”det ideologiska trycket var så stort, att de kände sig tvungna att bli mödrar utan att egentligen ha lust. Det gjorde att de upplevde sitt moderskap i skuldkänslans och besvikelsens tecken”(Badinter, 1980: 180). Idag har vi fler valmöjligheter och de flesta kvinnor skaffar barn av egen vilja men det finns fortfarande en social press som går ut på ett självförverkligande för kvinnan genom moderskapet (Badinter, 1980:257). Kvinnans roll i triangelrelationen är tredimensionell, alltså förutom relationen till barnet och pappan är kvinnan en egen person med egna intressen och önskningsar.

Då mötena med barnmorskan är relativt korta i de flesta fall, kan det vara svårt att få in mer information än det som ges om utvecklingen av fostret.

5.2 Föräldrautbildningen

En kvinna berättar om föräldrautbildningen som gavs i slutet av graviditeten:

Vi hade ju föräldrautbildningar på vårdcentralen, och där var det mycket fokus på smärtlindring under förlossningen, amning, vi fick sitta och hålla en docka så som man ska hålla när man ammar. Sådant är inget man kommer ihåg fyra månader senare när man väl sitter med barnet, utan tvärt om så tycker jag att de hade kunnat lägga tiden på att informera om mer psykologiska aspekter av att bli förälder.

Föräldrautbildning var något alla mina informanter hade tillgång till under graviditeten, men samtliga hade uppfattningen om att den inte gav dem speciellt mycket, eller att informationen

inte var tillräcklig. De menar att fokus läggs på fysiologiska delar, som amning. Det gavs inte heller något annat alternativ till amning, utan det verkade som att amningen skulle vara ett självklart val för föräldrarna. Enligt Hellmark Lindgrens (2006) studie går det utmärkt att föda barn och bli föräldrar även utan föräldrautbildningen, men enligt henne finns den till för att möta andra blivande föräldrar och kunna dela sina erfarenheter med dem (Hellmark Lindgren, 2006:103).

Ja, det var väl under två tillfällen, två timmar åt gången. Vi var en grupp på 5-6 par där barnmorskan gick igenom förlossningens faser och smärtlindring och lite om amning. Vi fick se en film, samma film som vi fick se på BB sen också. Det var egentligen ingenting som var nytt för mig, det var ganska så grundläggande. Men det var bra för mig att gå dit, min man var ju med, då kunde ju han få lära sig vad som väntade till förlossning och sådant. Också vad som skulle vara hans roll efter förlossningen. I den här amningsfilmen visade de tydligt att det var pappan som skulle dammsuga och åka ut och handla och sådana grejer de första veckorna.

Som kvinnan berättar, visas en film under föräldrautbildningen som visar att det är pappans ansvar att sköta hushållssysslorna direkt efter förlossningen. Samtidigt som att det kan ses som en avlastning för kvinnan som får vila efter förlossningen, så indikerar det att det är kvinnans roll att vara närmast barnet samt att kvinnan vanligtvis har ansvaret för de sysslorna. Föräldrautbildningen ger instruktioner om hur barnet ska hållas vid amning men det talas inte om andra alternativ till amning utan det ses som ett självklart val. Detta, i kombination med filmen, kan ge signaler om att mammas uppgift är att lägga sin tid på att amma och ta hand om barnet och pappans roll är att överta mammans sedvanliga sysslor. De intervjuade kvinnorna menar att amningen tas för given, i vissa fall kan eller vill kvinnor inte amma, men de får ingen information om andra alternativ. Även om filmen kan vara till hjälp för många, menar jag att den sänder ut stereotypa signaler om könsroller.

Hellmark Lindgrens (2006) studie om föräldragrupper, visar att det finns ett outtalat krav på att papporna borde vara med på föräldrakurserna. Hennes informanter antyder att det blev speciellt påtagligt när någon pappa var frånvarande, då mamman kände sig tvungen att redogöra för skälen för hans frånvaro (Hellmark Lindgren, 2006:103). Vidare menar Hellmark Lindgren att enligt barnmorskorna, är föräldragrupperna ett sätt att få pappan mer delaktig i graviditet och förlossning (Hellmark Lindgren, 2006:104).

Enligt mina informanter har föräldrautbildningen varit relativt grundläggande, men inget av det som sagts under de mötena, har varit till någon stor användning. Men flera av kvinnorna menar att de är säkra på att om de hade bett om hjälp, hade de fått den därifrån.

Alla informanterna tyckte att mödravårdscentralen var bra på att rikta fokus både på den blivande mamman och pappan på möten med barmorskan samt på föräldrautbildningarna. Men efter förlossningen måste pappan gå hem utan att få sova över med mamman och det nyfödda barnet. Det var vanligt i alla fall hos de som fött i Malmö. Det ger en skev bild av vad som egentligen förväntas av en pappa. Å ena sidan vill mödravården få pappan mer involverad i graviditet och förlossning, men när det handlar om första tiden med barnet är det mamman som ansvaret läggs på. Samtidigt som jämställdhetsarbetet går framåt och fäder får ökat ansvar för barn idag så verkar föreställningar om könen vila kvar inom vården. Sexualiteten och fortplantningen ses av Hirdman både som repetition och konstruktion som gör kön och vidare gör moderskap. I kvinnors barnafödande förmåga finns grunden i särhållandet av könen, alltså att män och kvinnor är olika varandra samt att det skulle legitimeras kvinnors annorlundahet (Hirdman, 2001: 83). Att skillnaden mellan män och kvinnor är att kvinnor kan föda barn blir ett sätt att särskilja på de bägge könen och att tillskriva kvinnan egenskaper som har med barnavård att göra.

5.3 Den normativa förlossningen

Den normativa förlossningen indikerar att det finns en normalisering av hur en förlossning kan eller bör se ut. Flera av kvinnorna menade att informationen om förlossningen var för normativ.

Det som jag valt att kalla den normativa förlossningen är en vaginal förlossning utan större komplikationer som epiduralbedövning eller sugklocka. Berg (1999) definierar en normal förlossning:

"[...] med spontan igångsättning samt låg risk för komplikation vid processens start och genom hela förlossningsförloppet. Vidare skall barnet födas spontant i normal huvudbjudning mellan graviditetsvecka 37 och 42. Mor och barn skall må bra efter förlossningen."

(Berg, 1999:25)

Berg & Lundgren (2010) menar att definitionen av vad en normal graviditet och en normal förlossning har blivit snävare medan begreppet lågrisk allt oftare används (Berg & Lundgren, 2010: 147).

Av de kvinnor som jag intervjuat var det två som genomgått vaginal förlossning, tre som genomgått kejsarsnitt, en eller två gånger. För en av kvinnorna var förlossningen en utdragen process, då hon gick igenom flera stadier.

En kvinna berättar om vad som sades om förlossningen, under föräldrautbildningen:

[...] de pratade bara om den normativa förlossningen. Det tekniska liksom. Det måste vara många gånger som det inte händer just så. Och under tiden som jag var gravid låg ju inte barnet rätt i magen och då kanske det eventuellt skulle bli kejsarsnitt så då tänkte jag ju ganska mycket på det, men det pratade de ingenting om. Så det vara bara om den "vanliga" förlossningen, men då tänker jag att det finns ju ingen vanlig förlossning, det händer ju på olika sätt varje gång säkert. Så det var inte så som jag tänkt mig alls. Varken känslomässigt eller fysiskt eller psykologiskt.

Händelseförloppet kan enligt mina informanter variera under en förlossning men det är inte det som det läggs fokus på under föräldrautbildningen. Flera av kvinnorna menar att de hade velat höra om andra möjliga händelseförlopp under en förlossning men de tror att på grund av tidsbrist är det svårt att få in mer information i föräldrautbildningen. Det kan också vara så att vårdpersonalen inte vill skrämja eller oroa nyblivna föräldrar.

Hellmark och Lindgren (2006) menar att de flesta kvinnor i Sverige vänder sig till mödra- och förlossningsvården när de är gravida och ska föda. Det innebär att biomedicinsk kunskap får ett stort utrymme i förhållande till graviditet och förlossning. Hellmark Lindgren poängterar att det biomedicinska perspektivet väger tungt jämfört med andra perspektiv. Därför blir, enligt henne, inte relationen mellan vårdproducent och vårdkonsument jämlikt (Hellmark Lundgren, 2006:21). Därmed är den information vi får ifrån vården, oftast den vi förlitar oss på.

Flera av informanterna känner att schemat är relativt fullspäckat och att det är mycket information som måste tas in under graviditeten. Det kan vara svårt att veta ifrån vem det är egentligen som informationen om själva förlossningen ska komma. Några av kvinnorna har vänt sig till sina barnmorskor när de känt oro inför förlossningen:

Det som är det mest komiska av allting är att det enda jag har tjatat om under hela min graviditet är att jag verkligen inte vill ha kejsarsnitt, så fick jag det. När jag på återbesök till min barnmorska sa hon att det måste varit någon slags mening med det här att du skulle ta dig igenom detta för det var verkligen min största fruktan, det var allt utom det! Det ville jag absolut inte och så blev det det.

Eftersom kejsarsnittet gick som det skulle kunde min informant förlåta händelseförloppet efter att hon hade kommit till sjukhuset. Hon kom nämligen in med svåra smärtor och kände att hon snart var på väg att föda. Istället för att bli undersökt, som hon hade velat, för att känna sig trygg, blev hon hemskickad. När hon efteråt kom tillbaka, sade hon ifrån och fick bli undersökt. Det visade sig att barnet låg med huvudet upp men det var för sent för att vända det. Därför var kejsarsnitt en sista utväg. Att inte bli tagen på allvar vid svår smärta var frustrerande för min informant. Hon var andraföderska och menade att hon kände vilket fas

hon var i, alltså att själva förlossningen var nära. Hellmark Lindgren menar att fokus på risker ökar under graviditeten. I Sverige finns det ett relativt välutvecklat system av rekommendationer från mödravården. Hellmark Lindgren menar att det är en viktig fråga vem som har den privilegierade positionen att avgöra vad som kan vara en risk (Hellmark Lindgren, 2006:33). Min informant berättar:

Jag kan ju bara tänka mig att det är att det var andra gången, men på något sätt kan jag tänka att om det är andra gången så vet man ju, jag kände ju att jag hade ont och inte klarade av det, jag ville ju ha hjälp, jag var ju på gång och jag känner ju det, annars hade jag ju inte kommit hit.

Vårdpersonalen hade i efterhand bett om ursäkt för deras miss och att de borde ha agerat på ett annat sätt. Då jag frågade varför hon trodde att hon inte blev tagen på allvar vid första besöket svarade hon att hon inte riktigt vet men att det kan bero på den mänskliga faktorn och att hon var andraföderska. Hon tillägger att just på grund av att hon var andraföderska, borde de ha tagit henne på allvar. Hellmark Lindgren (2006) menar att det finns en sårbarhet hos kvinnan i samband med födandet eftersom det är så personligt, men ändå ska ske på en klinik. Det är under förlossningen, i en naken och exponerad situation som många kvinnor måste förlita sig på vårdpersonalen, som de inte har en personlig relation till (Hellmark Lindgren, 2006:107). Därför kan det vara svårt att befinna sig i den situationen när man inte blir tagen på allvar. Jag tolkar vårdpersonalens agerande i den situationen som ett sätt att förlita sig på att vårdragaren skulle klara sig. Självuppofferingen är starkt kopplad till moderskap och som ses som en del av kvinnans natur (Badinter, 1980: 176). En annan möjlig förklaring kan vara att arbetspressen var ovanligt hög den dagen och att vårdpersonal överlag har en tung arbetsbörda.

Ett par av de kvinnor jag intervjuat kände sig bekväma att fråga sin barnmorska om de var oroliga inför förlossningen. Några av dem fick inte riktigt chansen eftersom det var mycket annat som skulle diskuteras, främst barnets utveckling.

En annan kvinna var under sin andra graviditet nöjd med sin barnmorska, dock blev hon besviken över att den slutade med kejsarsnitt.

Andra förlossningen blev jag sjuk, jag fick en infektion och väldigt hög sänka hade jag, så jag fick åka tillbaka ganska tidigt, efter ett par dagar, för att ta nya prover. Då hade jag uppföljningssamtalet med min barnmorska också. Då pratade vi om förlossningen, hur det gick och varför det blev som det blev. Hon frågade om hon kunde ha gjort någonting annorlunda, hon visste ju att jag blev besviken över att det blev kejsarsnitt [...] men jag sa att det kunde hon inte.

Eftersom hennes första förlossning också slutade med kejsarsnitt var det något som hon inte ville uppleva igen. Hon berättar hur hennes barnmorska engagerade sig och letade i hennes

journal för att ta reda på om det var risk för ett andra kejsarsnitt. Trots det blev det kejsarsnitt men det är ingenting som hon skuldbelägger vårdpersonalen för, tvärtom tycker hon att de gjorde vad de kunde för henne. Berg & Lundgren (2010) visar i sin undersökning att gravida kvinnor uppskattar både sakinformation och engagemang från en barnmorska. Både att få berätta om sina känslor kring graviditeten, samt att bli uppmuntrad att ställa frågor och bli bekräftad var viktigt för dem (Berg & Lundgren, 2010:47). En annan kvinna berättar att hon ville ”ta det som det kommer” och lyckades både under graviditeten och förlossningen att släppa läkarrollen och istället vara ”gravid kvinna”. Hon menar att det möjligtvis kan bero på att hon har en viss förståelse för det medicinska eller att vårdpersonalens bemötande av henne påverkades av vetskapen om att hon är läkare. Barnmorskan och hon gick igenom alla möjliga förlossningar, men trots det blev förlossningen inte alls som hon hade föreställt sig att den skulle vara:

Jag var ju där i förlossningsrummet i mer än ett dygn. Jag har provat lite av varje och träffat en massa olika barnmorskor för de hann ju sluta sitt jobb och gå hem, sedan kom det ju en ny grupp. Men alla saker som hände, visste jag, kunde hända men jag trodde kanske inte att jag skulle gå igenom alla de här momenten.

Min informant berättar att hon hade svåra värkar men trots det var hon inte långt gången. Förlossningen blev utdragen och hon gick igenom alla moment hon blivit informerad om av sin barnmorska. Berg tar upp 5 teman i hennes avhandling *Moderskap och vårdrelationer*. ”Att ha en dialog” med vårdpersonalen är ett av dem. Berg menar att både bra och obehaglig information är en viktig del i förlossningsprocessen (Berg, 1999:39). Min informant menar att kommunikationen mellan henne och vårdpersonalen var bra och att de var informativa gentemot henne och hennes man. I detta fall var kvinnan någon som hade en läkares perspektiv på vården och menade att det kunde vara en anledning till att hon inte behövde några ingående förklaringar om medicinska termer. En annan aspekt kan vara att hennes position som läkare kunde ha gjort att barnmorskorna hade lättare för att prata med henne om den kommande förlossningen och utav det kan hennes erfarenheter av vården påverkats positivt.

5.4 Brist på uppföljning

Det här avsnittet behandlar tiden strax efter förlossningen, den första tiden av föräldraledigheten som flera av informanterna beskrivit som en stor omställning i livet. Många blir deprimerade för att de hade en annan föreställning om tiden strax efter förlossningen.

En informant berättar att allt eftersom har hon diskuterat ämnet med sina vänner som också fått barn, har hon märkt att det inte alls är ovanligt att känna sig deprimerad eller en olycklig efter förlossningen:

Jag har tänkt rätt så mycket på det här med att jag hade velat höra mer om att det finns en risk att man kan må dåligt, att man inte bara är lycklig, inte bara att ”äh det här är mitt barn, vad jag är lycklig” utan man undrar ”ska det vara så här”. Det tänkte jag varje dag. ”Ska jag vara så här bunden”, ”ska jag bara sitta och amma nu, är det meningen?” Det var många känslor jag hade som var väldigt förvirrande och det har jag hört många kvinnor, som jag träffat, säga, som har samma upplevelse, från att ha varit djupt deprimerade, till att haft en liten släng kanske, av melankoli, men inte känt den här omedelbara lyckan över att ha blivit mamma och förälder.

Flera av kvinnorna menar att det finns en press utifrån, att allt ska gå bra efter att barnet är fött. Att inte känna den gränslösa kärlek till sitt barn meddetsamma kan vara en skam att dela med sig av eftersom föreställningen om moderskärleken finns i vårt samhälle och förväntas av kvinnan. Brembeck talar om bilder av moderskapet som innehåller föreställningar som visat sig vara centrala i det västerländska tänkande och svåra att ”utrota”. Till dessa hör föreställningar om den medfödda moderskärleken som omedelbart tänds i det ögonblick modern ser sin nyfödda, föreställningen om moderskapet som någonting helt uppfyllande och kvinnans primära identitet samt föreställningen om modern som alltid gör uppoffringar för sitt barn (Brembeck, 1998: 47). Enligt Berg varierar mödrarnas upplevelse av det nyfödda barnet mycket. Vissa kvinnor knyter an till barnet direkt, andra kan känna stark ångest inför barnets närhet. Berg menar att det kan ha ett samband med hur upplevelsen av graviditeten och förlossningen har varit (Berg, 1999:12).

Enligt Badinter, som hänvisar till Simone de Beauvoir, är modersinstinkten och moderskärleken en social konstruktion (Badinter, 1980: 8). Hon kritiserar begreppet ”den mänskliga naturen” då det är svårt att hitta attityder som är universell och ser moderskärleken som en känsla och inte en instinkt. Eftersom det är känslor som förväntas av en nybliven mamma, kan det leda till skuld-känslor hos kvinnor som inte känner omedelbar kärlek till sitt barn.

Flera av informanterna menar att det är en sådan förväntan genom graviditeten att man ska klara förlossningen men de nämner att det blir ganska tyst efteråt och att det förväntas av dem, som nyblivna mammor, att klara av att ta hand om ett nyfött barn. Uppföljningen efter förlossningen kommer för sent enligt dem:

Där kan jag tycka att man är lite för slapp faktiskt. Med mitt första barn fick jag ju en förlossningsdepression och det var inte ens någonting som jag förstod förrän det var över. Det var ingen som pratade med mig om det över huvud taget då.

Samtliga informanter hade liknande synpunkter om uppföljningen efter förlossningen. De flesta av dem blev kallade till uppföljningskontroll efter ungefär åtta veckor, förutom en som födde i Ystad kommun. En kvinna menar att det är många barnmorskemöten under graviditeten för att kontrollera så att fostret och den gravida kvinnan mår bra, men efter förlossningen står man helt plötsligt på egna ben. Hon menar att det samtidigt kan vara bra att få lära sig på egen hand, men att det kan vara en risk för kvinnan att gå in i en depression. Det kan också signalera om att det är upp till föräldrarna att klara sig själva därefter. De var inte beredda på den stora omställningen som det innebär att bli förälder.

Det var under 1970-talet som det började komma förslag från Socialstyrelsen om att föräldrautbildningen skulle innehålla ”psykisk/social rådgivning”, att vården skulle försöka fånga upp dem som var i riskgruppen samt att forskningen kring psykologiska aspekter i samband med att få barn, skulle öka (Jansson, 2008:194). Det som växte fram under den tiden var en psykologisering av graviditeten och förlossningen där det började talas om anpassning eller adaptation till modersrollen eller kvinnorollen. År 1975 fanns inte tillräckligt många psykiatriker eller psykologer inom mödra- och förlossningsvården därför har barnmorskans arbete med den gravida kvinnan fått en förändrad inriktning fram till idag (Jansson, 2008:196).

En kvinna berättar att hon hade en mycket utdragen förlossning som medförde vissa kroppsliga besvär och hade en sjuksköterska på besök i sitt hem kort efter förlossningen. Det var ett tillfälle för henne att ställa frågor som berörde den psykologiska aspekten samt få information om att det finns stöd för dem som får förlossningsdepression och behöver tala med psykolog. Hon visste därmed att hjälpen fanns, men hon behövde den inte just då. Samtidigt menar hon att det kan vara svårt att få in mer information under en graviditet. Det är så mycket fokus på fostret och att förbereda sig på en förlossning för att klara den så bra som möjligt medan allt det praktiska ska göras, som att köpa spjalsäng eller barnvagn. Kvinnan medger att hon har vissa fördelar av att ha en medicinsk utbildning eftersom hon inte behövde få saker och ting förklarade så ingående under graviditeten, utan hade en förförståelse för de medicinska termerna. Stödet från familj och vänner har också funnits där hela tiden, vilket har underlättat en del. Hon menar dock att det inte behöver vara likadant för alla kvinnor. Det är inte säkert att alla har tillgång till den information som finns eller inte vågar eller vet vad de ska fråga. En annan informant menar också att åtta veckors väntan på återbesöket är alltför lång tid. Barnet undersöks dock en gång i veckan men det ges ingen tid för mamman ensam. En annan kvinna tycker att det kan kännas som att bli utelämnad och

otillräcklig, speciellt efter första förlossningen. Hon menar att det är en sådan uppmuntrande tid inför förlossningen, men sedan blir det en sådan stor tystnad:

Den här gången fick man skriva i en lapp, svara på lite frågor på BVC, men jag kände mig ändå lite nere efter mitt andra barn. Inte så mycket som det första och då tog jag själv kontakt eftersom jag vet att det finns en kurator på BVC som är gratis och man har rätt till det. Men det var ju för att jag själv visste det. Så dit gick jag faktiskt några gånger. Så jag tycker nog ändå att det är lite dålig uppföljning där, speciellt eftersom det är en sådan pepp innan och sedan blir det helt tyst.

Att känna sig ”lämnad” eller att det blir ”tyst” nämner flera av informanterna och för en av dem känns det som en osäkerhet att vänta så lång tid på en gynekologisk undersökning för oron att det kan ha uppstått skador under förlossningen. De kvinnor som nämnde tystnaden efter förlossningen hade inte förväntat få känslor av melankoli eller depression på grund av att ingen talat med dem om det. Andrafödelskor var mer förberedda på att de kunde må dåligt efteråt, men det var på grund av erfarenhet. De upplever att finns en stor press på dem som småbarnsmammor och att det förväntas en naturlig fallenhet för omvårdnad av barn. Flera av informanterna har talat om känslan av otillräcklighet i samband med moderskapet. I Bergs studie uppger flera kvinnor att de haft en känsla av att vara ”en dålig mor” då de har haft svårt att hantera förlossningssmärtan, speciellt då förlossningen behövde avslutas med någon form av obstetrisk intervention (Berg, 1999:40). Passiviteten från vårdens sida gör att kvinnor får en outtalad förväntan på sig att med ens ta på sig modersrollen. Det gör att många nyblivna mödrar tror sig vara ensamma om att inte känna fullkomlig lycka under den första tiden efter förlossningen, vilket jag menar, kan vara en stigmatisering av individen.

En annan kvinna menar att BVC skulle kunna bli bättre i uppföljningen av hur kvinnor mår efter en förlossning. Hon hade väldigt bra upplevelser av bemötandet från sin barnmorska, både under första och under andra graviditeten. Efter förlossningen hade hon dock problem med den sjuksköterska hon gick till. Hon kontaktade sjuksköterskan och bad om att få byta till en av hennes kollegor:

Då bokade hon in ett extra samtal och jag fick fylla i en skattning av hur jag hade mått de senaste veckorna, som egentligen är obligatorisk men som hon hade struntat i för att hon hade tyckt att jag verkade må så bra. Så hon gjorde det och bad så mycket om ursäkt. Så jag tror att det säkert handlar om vem man kommer till, för där är ju metoder att ”se mamman” också på BVC, uppenbarligen för att de har den här skattningen och också ”mammassamtal”. Sedan huruvida det verkligen utförs är säkert olika.

Som det berättas här kan upplevelsena av vården bero på hur man kommer överens med en specifik person, eller i vilken vårdcentral som tar emot en. Att få komma till ”mamma-samtal” var givande för min informant men som hon berättade är det inte alla mottagningar som är lika noggranna med att informera att det finns. Sköterskan som tog emot kvinnan, gav henne

ett formulär att fylla i om hur hon mådde. Sköterskan hade inte gjort det tidigare eftersom hon tyckte att kvinnan såg ut att må bra, enligt sköterskan. Det blir också ett problem när sådana rutiner inte följs. Det skapar föreställningar om moderskap som en naturlig process som gång på gång återskapas både genom ”repetition” som fortplantningen är och genom en konstruktion som jag väljer att se moderskapet som (Hirdman, 2001:83). När det kommer till förlossningsdepression, är det inte någonting som talas om i första taget. En andraföderska är mer rutinerad och kan i vissa fall ta initiativet själv och kontakta vården om hon mår dåligt. För en förstföderska kanske det inte är lika lätt utan hon kanske inte ens vet om att hjälpen finns att få. Som flera av informanterna menar kan det vara en skam att erkänna att man mår dåligt och eftersom det blir så tyst efter en förlossning tror man att man är ensam om känslan:

Båda barnmorskorna har varit väldigt mjuka, empatiska, förstående men som jag sa innan så tycker jag att mödravården generellt, borde informera om hur man kan må efter en förlossning, de tre första månaderna kanske. Men det är ju nu på senare tid som jag har börjat tänka på det [...] Då tyckte jag ju att det var fullt bra. Jag tror inte att problemet ligger hos den enskilda barnmorskan, utan det är i det stora hela synen på mödravård som det saknas det. De gjorde ju sitt bästa verkligen, de var superbra på att bemöta mig.

Som min informant berättar, tycker hon att mödravården är bra, men att det krävs förbättringar i uppföljningen efter förlossningen. Att inte vara medveten om en depression eller att inte må bra efter en förlossning kan innebära en risk att det blir sett som ett individuellt problem och inte ett strukturellt. Nyberg, Lindberg och Öhrling (2010) menar att tar upp flera faktorer som kan utlösa en förlossningsdepression. Det kan vara sårbarhet och tidigare upplevt trauma, en dålig upplevelse av mödravården, en svår förlossning eller för litet stöd av partnern (Nyberg, Lindberg & Öhrling, 2010:55). Mina informanter menar att det är viktigt att informera om att det är vanligt med förlossningsdepression eftersom det inte är någonting man är förberedd på. Det borde, enligt dem, inte vara en sådan ”hets” att känna lycka, i alla fall de första månaderna efter förlossningen. Genom förväntan att känna den lyckan ser jag ett görande av moderskapet. En berättar att hon var osäker på om det ens skulle komma en uppföljning. Hon ringde mödravården för att boka in en tid för undersökning, då hon ville försäkra sig om att allt stod rätt till med hennes kropp:

Jag tyckte att det var ett glapp, man tar sitt barn, man åker hem från BB, och sedan ingenting. Jag gick ju på någon slags efterkontroll och den fick jag ju boka in själv och jag visste inte att jag skulle göra det. När jag väl ringde dit och frågade om jag kanske skulle komma tillbaka till min barnmorska, så sa de "ja men hon har så fullt upp", det skulle du ringt om för flera veckor sedan. Men jag visste ju inte att jag skulle ringa och boka, sa jag. Och det tänkte jag på många gånger att "det är ju ingen som har kollat i mitt underliv, sedan jag födde barnet.

Kvinnan berättar att hon förväntade sig att vården skulle vara mer styrande i uppföljningen, men eftersom hon menar att hon är en person som tycker om att ha kontroll, kontaktade hon

mödravården för säkerhets skull. Hon fick besked att hon skulle ha ringt tidigare, men det var ingenting som hon hade blivit informerad om under barnmorskemötena. Det är en stor kontrast mellan graviditeten och tiden efter. Under graviditeten tas prover och ultraljud, kvinnokroppen är inspekterad. Efteråt är det mycket upp till en själv att följa upp hur kvinnans hälsa är. Det kan av kvinnan tolkas som en förväntan på att ha en naturlig fallenhet för att ta hand om barn, samt att allt ska gå ”av sig självt” efter förlossningen.

En annan kvinna talar om att eftersom det finns en förväntan av att kunna klara sig själv, vill man inte vara till besvär för andra:

Och det är ju faktiskt så för oss allra flesta att man inte vill vara till besvär, att ringa hela tiden och fråga. Om ingen har sagt något så tänker man att det ska väl jag kunna, det kan väl alla andra då är det väl jag som är konstig. Även om man har sin mamma och andra, man vill inte fråga dem heller kan jag uppleva. Det är nog något de behöver jobba med tror jag.

Den intervjuade kvinnan menar också att uppföljningen efter förlossningen borde bli bättre. Eftersom hon hade en tro om att det hon kände inte var vanligt, drog hon sig för att söka hjälp. Det kan upplevas som ett skuldbeläggande att inte leva upp till de förväntningar om hur en nybliven mamma ska vara och vad hon ska känna.

Bilden av modern har inte alltid sett likadan ut, menar Badinter (1980) utan har genomgått en förändring med början i tredje delen av 1700- talet och levt kvar till idag. I samband med det upphöjs även kvinnan som mor och känslan av moderskärlek. Det är nu som fokus riktas på kärleken, istället för auktoriteten, vilket medför att fadern så småningom hamnar i skymundan. Barnadödligheten har varit stor vid den här tiden och nu vill man få fler barn att överleva. Det krävs ett ansvar från kvinnors sida och mödrarna uppmuntras att ”ta på sig de glömda uppgifterna” (Badinter, 1980: 101-2). Att kvinnors roll som kärleksfulla mödrar lyfts fram är en nödvändighet för samhällets överlevnad. Under 1800- talet som det talas om ”modersinstinkten” som sägs vara kvinnans sanna natur, men enligt Badinter finns inga tecken på ett universellt och naturligt modersbeteende (Badinter, 1980: 267). Hon ser moderskärleken som en känsla istället för en inbyggd egenskap knutet till kön. Den föreställningen kan påverka mödrars bild av sig själva, ett sorts ideal som kan vara svårt att leva upp till.

Under två av mina intervjuer diskuterade vi om det kan vara en skillnad på kvinnors och mäns känslor av otillräcklighet. Kvinnan blir nämligen den person som hamnar i fokus, tillsammans med barnet (Badinter, 1980:11). Mannens roll blir för honom inte lika tydlig under de första månaderna med det nyfödda barnet. Enligt samhällets norm blir kvinnan den person som är

starkast knuten till barnet, speciellt under de första månaderna. Utifrån mina informanternas berättelser är min tolkning att könsrollerna blir påtagliga just under den första tiden efter förlossningen.

Hirdman menar tvåkönsmodellen började ta form redan under början av 400- talet f.Kr. i Grekland då sättet att tänka kring män och kvinnor byggde på motsatser, kontraster eller dikotomier (Hirdman, 2001:35). Det som mannen inte var, var därmed kvinnan enligt denna modell. Mannens egenskaper har dock haft högre status än kvinnans som under 1800-talet blev starkt kopplad till biologi och barnafödande. Hirdman menar att ”kvinnors biologi legitimerar kvinnors sociala plats” (Hirdman 2001: 82). Att kvinnor föder barn har skapat övertygelsen om att det är deras naturliga plats, det är något konkret kvinnor gör som inte män gör, därmed är det naturligt. Förståelsen av biologi är att den är oföränderlig men att den är autentisk (Hirdman, 2001:82).

6. Resultat och slutsatser

Syftet med min studie var att få en närmare förståelse för kvinnors upplevelser av MVC och BVC. Jag kommer nu att presentera mina resultat utifrån min analys. Därefter kommer en avslutande diskussion.

6.1 . Vilka erfarenheter har kvinnor av bemötandet från vårdpersonal inom MVC och BVC?

Jag har velat undersöka vilka upplevelser kvinnor har av MVC och BVC. Därför har jag undersökt hur bemötandet av kvinnorna kan se ut. Jag har valt 4 tematiska moment som informanterna lyfte särskilt mycket och som visar:

1. att de hade önskat att få mer tid på barnmorskemötena för att ställa frågor om förlossningen;
2. att föräldrautbildningen var för generaliserande;
3. att talet om förlossningen var normativt;
4. att vården brister i att följa upp efter förlossningen.

Det visade sig att erfarenheterna kring mödravården och BVC i flesta fall var goda och att de flesta kvinnorna upplevde ett gott bemötande från barnmorskor, sjuksköterskor och läkare men att det fanns saker som kunde gjorts bättre, som uppföljningen efter förlossningen.

Andraföderna var bättre förberedda och hade mer kunskap om var de kunde vända sig i svåra situationer men för förstföderna var det inte lika självklart vilket nästa steg var.

Föräldrautbildningen var enligt informanterna generaliserande och väldigt grundläggande och till och med, i vissa fall, könsstereotyp. Det var dock en bra mötespunkt för blivande föräldrar.

Upplevelserna kring förlossningen varierade från kvinna till kvinna och beroende på om hon var förstföderna eller inte. Talet om förlossningen var normaliserande och blev för de flesta inte alls som de hade tänkt sig.

Tystnaden under tiden efter förlossningen var också någonting som togs upp. Flera kvinnor upplevde tiden strax efter förlossningen som väldigt svår och inte som de hade väntat sig. Den stora babylyckan som de föreställde sig kom inte till dem naturligt vilket fick vissa av dem att känna sig otillräckliga.

Min tolkning av detta är att vården har brister i att bemöta kvinnorna på ett bra sätt och ge dem den information som de behöver i vissa fall. Anledningen till det kan vara en

kombination av den mänskliga faktorn och strukturella problem inom vården. Det finns en stor arbetsbörda inom sjukvården idag, med mindre och mindre resurser så även om vårdpersonalen vill ha mer tid för vårdtagaren så räcker de inte till. Konsekvensen av detta är att den enskilda individen blir skuldbelagd eller stigmatiserad när problemet egentligen ligger på ett strukturellt plan.

6.2 Vilka förväntningar har gravida kvinnor på information kring graviditet och förlossning från MVC och BVC?

Genom kvinnors erfarenheter av mödravård och BVC har jag utläst en del förväntningar som kvinnor har i mötet med MVC och BVC. I de nästföljande styckena kommer jag att redovisa de förväntningar inom varje tema i min analys.

I det första temat *Begränsad tid med barnmorskan* framgick att kvinnorna förväntade följande:

1. att få information om fostrets utveckling/hälsa
2. att barnmorskan inkluderar partnern i mötena
3. att få längre möten med information gällande annat än fostrets utveckling.

För samtliga informanter hade informationen om fostrets utveckling högst prioritet. De flesta ville få längre tid med barnmorskan för att diskutera andra aspekter av att bli förälder, till exempel den psykologiska. Att barnmorskan inkluderar partnern i mötena var också en viktig aspekt för kvinnorna.

I temat *föräldrautbildningen* menade kvinnorna att informationen var för generaliserande vilket pekar på att deras förväntningar kring den var högre. Här var det också viktigt med att partnern blev inkluderad och informerad. Samtidigt som de menar att fler alternativ kunde ges, till exempel till amning, så kände de att de fanns en möjlighet att fråga om något specifikt om de skulle behöva.

I *den normativa förlossningen* var det skilda förväntningar från kvinna till kvinna speciellt beroende på om hon var förstföderska eller inte. Det framkom att saklighet och samtidigt personlighet var viktigt från vårdpersonalens sida.

I det sista temat, nämligen *bristen på uppföljning* framkom att flera informanter inte var beredda på den tystnad som följer under tiden efter förlossningen. De hade i efterhand tänkt på att mödravården borde ha upplyst dem om att man kan uppleva depression eller melankoli under tiden efter förlossningen men det är tankar som kommit i efterhand.

6.3 Avslutande diskussion

I den här uppsatsen har jag inte undersökt sjukvårdens villkor eller organisation i sig utan hur kvinnor upplever den och närmare bestämt MVC och BVC.

Det är ett begränsat data jag har arbetat med men mitt syfte har varit att ge en inblick i hur kvinnor upplever vården.

En stor del av mina informanternas upplevelser skiljer sig från varandra, alla har olika funderingar beroende på personlighet och erfarenhet. Det är till exempel annorlunda för de kvinnor som är förstföderskor och inte har något att förhålla sig till än för de kvinnor som föder andra barnet och har fått en del insyn i hur det är att vara gravid, hur förlossningen kan se ut och hur vårdens organisation fungerar. Alla är individer med olika förväntningar men som också är en del i ett system som inte alltid ser individen eller som inte har de resurser och den tid som behövs för att se varje individ. Det verkar dock som att det finns många upplevelser och tankar som mina informanter har gemensamt.

Mycket av det som framgår i min studie tyder på att det är svårt att veta var man ska vända sig om man inte redan genomgått en förlossning. Två av kvinnorna hade själva kontaktat MVC eller BVC efteråt, den ena i syfte att få en gynekologisk undersökning och den andra för att boka in ett ”mammamöte”. Det sistnämnda var egentligen en rutin som inte alltid följs upp enligt min informant och det är synd då det kan lämna människor utanför.

Källförteckning

Badinter, Elisabeth (1980) *Den kärleksfulla modern*, Paris: Flammarion.

Berg, Marie (1999) *Moderskap och vårdrelationer- En kvalitativ studie med fokus på normal respektive komplicerad förlossning*, Uppsala universitet.

Berg, Marie & Lundgren, Ingela (2010) *Att stödja och stärka- Vårdande vid barnafödande*, Malmö: Holmbergs.

Brembeck, Helene (1998) *Inte bara mamma*, Göteborg: Novums Grafiska AB

Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A (2001) *Handbook of interview research- Context and method*, London: SAGE Publications.

Hellmark Lindgren, Birgitta (2006) *Pregnoscape- Den gravida kroppen som arena för motstridiga perspektiv på risk, kön och medicinsk teknik*, Stockholm: Gotab.

Hirdman, Yvonne (2001) *Genus- om det stabila föränderliga former*, Malmö: Liber AB.

Jansson, Christina (2008) *Maktfyllda möten i medicinska rum- Debatt kunskap och praktik i svensk förlossningsvård 1960-1985*, Lund: Sekel Bokförlag.

Madison, D. Soyini (2012) *Critical Ethnography- Methods, ethics and performance*. London: SAGE Publications.

May, Tim (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nyberg, Kerstin & Lindberg, Inger & Öhling, Kerstin (2010) Midwives' experience encountering women with posttraumatic stress symptoms after childbirth, *Sexual & Reproductive Healthcare*, p. 55-60, nr.1.

Rich, Adrienne (1980) *Av kvinna född- moderskap som erfarenhet och institution*, Ronzo Bok- & Offsettryckeri AB.

Elektroniska källor:

Anna Gustafsson, Ingela Powell, Kristin Svensson och Sofia Zwedberg: *Läkartidningen* (LT)

<http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=17059> . Hämtad 2013-01-02.

Lena Stadler: *Sydsvenskan*

<http://www.sydsvenskan.se/skane/fortvivlat-pa-sus/>. Hämtad 2013-08-14.