



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

En förlösande ställning

Kvinnors upplevelse av att föda barn på
förlossningspall.

Författare: My Kristofersson och My Mowitz

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Januari 2015

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

En förlösande ställning

Kvinnors upplevelse av att föda barn på förlossningspall.

Författare: My Kristofersson och My Mowitz

Handledare: Li Thies-Lagergren

Magisteruppsats

Januari 2015

Abstrakt

I Sverige föder mer än 80 % av kvinnorna i en horisontell position. Detta trots både de obstetriska fördelar som visats med den vertikala ställningen samt att flertalet studier visar att kvinnor som föder i upprätta positioner i större utsträckning är mer nöjda än de kvinnor som föder i en liggande position. Denna studies syfte var att belysa kvinnors upplevelse av att föda på förlossningspall. I studien, som har en kvalitativ ansats genomfördes 12 enskilda intervjuer med kvinnor som fött på förlossningspall. Studiens analys var inspirerad av Burnard och resulterade i fyra huvudkategorier; *Partners roll*, *Födelsemiljö*, *Förlösande ställning* samt *Första känslan*. Det framkom i studien att kvinnorna hade positiva upplevelser av att föda sina barn på förlossningspall. Resultatet diskuteras delvis utifrån Halldorsdottir och Karlsdottirs barnmorsketeori. Slutsatsen av denna studie är att barnmorskor behöver ha en tillåtande attityd till förlossningsställningar så att kvinnor tillåts föda i den ställning som just de finner vara den bästa.

Nyckelord

Förlossningspall, förlossningsställning, upplevelse, intervjustudie, induktiv innehållsanalys.

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

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	1
Problembeskrivning	2
Bakgrund	2
Historik	2
Förlossningsställningar	3
Påverkan på förlossningsställning	5
Förlossningsupplevelse	6
Teoretiskt ramverk	6
Syfte	7
Metod	8
Urval av undersökningsgrupp	8
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument	8
Genomförande av datainsamling	9
Genomförande av databearbetning	9
Etisk avvägning	11
Förförståelse	12
Resultat	12
Partners roll	13
Trygghet i att ha partnern nära	14
Energi och kraft från partnern	14
Föda tillsammans	15
Födelsemiljö	15
Förlossningspallens avslappnande effekt	16
Närhet till barnmorskan	16
Känsla av kontroll och delaktighet	17
Förlösande ställning	17
Kroppens position	18
Kraft	18
Första känslan	19
Rädsla	19
Konstig sittställning	19
Förlossningspallen symboliserar förlossningens slutskede	20
Diskussion	20
Diskussion av vald metod	20
Urval	20
Datainsamling	21
Analys	22
Trovärdighet	23
Diskussion av framtaget resultat	24
Partners roll	24
Födelsemiljö	24
Förlösande ställning	26
Slutsats	28
Implikation	28
Referenser	30

Problembeskrivning

En svensk observerande kohort studie visar att 82 % av 12 782 kvinnor födde i en horisontell förlossningsställning. Endast 16 % av kvinnorna födde i en upprätt förlossningsställning, varav 1,5 % födde på förlossningspall (Gottvall, Allebeck & Ekéus, 2007). Detta skiljer sig från de vetenskapliga studier som rekommenderar upprätta ställningar, då de obstetriska fördelarna är fler jämfört med horisontellt läge (Gupta et al., 2012; WHO, 1996).

Barnmorskan bör träna för att känna säkerhet att assistera vid en förlossning oavsett förlossningsställning (de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers & Lagro-Janssen, 2008; Thies-Lagergren, 2013; WHO, 1996). Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska ska arbetet bygga på vetenskap och det är viktigt att hen har förmågan att tillämpa evidensbaserad vård. Om möjligt skall vården utformas och ske i samråd med kvinnan och barnmorskan bör därför beakta patientens önskemål (Gupta, Hofmeyr & Shehmar, 2012; International Confederation of Midwives (ICM), 2014; Socialstyrelsen, 2006).

En svensk kvantitativ studie visar att kvinnor som fött på förlossningspall upplevde sin förlossningsställning mer positiv än de som fött i en annan position. De som fött på pall uppgav att de kände sig starka, självsäkra, bekväma och trygga i större utsträckning än de andra kvinnorna (Thies-Lagergren, Hildingsson, Christensson & Kvist, 2013).

Den senaste forskningen om kvinnors upplevelse av att föda på förlossningspall har en kvantitativ ansats (Thies-Lagergren et al, 2013). Föreliggande intervjustudie, med kvinnors egna berättade upplevelser av att föda på förlossningspall blir viktig kunskap för barnmorskor i deras arbete med att vägleda kvinnor i deras val av förlossningsställning.

Bakgrund

Historik

Redan år 1882 observerade vetenskapsmannen Engelmann att kvinnor som inte var influerade av västerländska konventioner bytte ställning vid flera tillfällen under förlossningsarbetet samt undvek ryggläge. Istället användes olika redskap och hjälpmedel för att underlätta upprätta positioner (Gupta et al., 2012). Det finns dokumenterat hur kvinnan redan för 4 000 år sedan använde förlossningspallen i Egypten, där bland annat Cleopatra födde i en huksittande position (Reynolds, 1991). I en text av den italienska läkare Savonarola (1384 - 1461) beskrivs hur den födande kvinnan placeras på den halvcirkelformade pallan för att sedan följa sin kropp under värkarbetet och underlätta framfödandet av barnet. Bakom sig har kvinnan två andra kvinnor, på rad, som håller henne och mot vilka hon kan stödja och luta sig mot när hon föder sitt barn (Banks, 1999). På 1700-talet började kvinnorna oftare ligga plant under sin förlossning. Flera orsaker fanns till detta; bland annat fick läkaren en större roll i förlossningsrummet och fler instrumentella förlossningar ägde rum. Den klassiska gynställningen gav läkaren bättre arbetsställning, bättre uppsikt över perineum och underlättade fosterövervakning. Den liggande ställningen var också ett krav då analgesi blev vanligare i förlossningsvården (Reynolds, 1991).

Förlossningsställningar

Barnet passerar bäckenet och förlossningskanalen med hjälp av fyra rotationer genom tryck från uterus kontraktioner. För att vidga det sagitala ingångsmåttet kan ställningar som skjuter symfyssen uppåt vara av fördel, till exempel kan kvinnan sitta på sina båda ben med knäna isär, luta sig bakåt och stödja sig på sina händer. Förlossningsställning som vidgar bäckenhålan kan till exempel vara att kvinnan är i huksittande position med fötterna brett isär. För att vidga det sagitala utgångsmåttet kan kvinnan sitta på sina egna hälar eller på en låg förlossningspall (Hogg, 2009).

En upprätt förlossningsställning definieras av att den femte lumbalkotan är lägre än den tredje i en vertikal linje (Naroll, Naroll & Howard, 1961). På förlossningspallen sitter kvinnan på pallan med benen brett isär och fötterna i golvet. Hon har en person som sitter bakom som ett stöd. En annan upprätt ställning kan vara knästående position med ett eller två ben. Hon låter då överkroppen vila över exempelvis sängen eller en stöttande människa. Stående eller huksittande är andra former som definieras som upprätt ställning (Banks, 1999).

En icke upprätt eller horisontell förlossningsställning innebär att lumbalkotorna har en längsgående horisontell linje. Här innefattas ryggläge, med eller utan höjning av ryggändan till ett maximum av 45 grader (de Jonge, Teunissen & Lagro-Janssen, 2004). Gynläge är den positionen då kvinnan ligger plant på rygg med böjda knän ovan höften med båda benen brett isär och stödjande på benstöden. Vänster sidoläge kan också användas, med eller utan benstöd (Coppen, 2005). Fyrfota ställning definieras även den som horisontell då femte och tredje lumbalkotan är i samma höjd (Thies- Lagergren, 2013).

En upprätt position har många fördelar för både kvinnan och barnet. Blodgenomströmningen till uterus förstärks och trycket mot vena cava minskar. När blodgenomströmningen till uterus ökar underlättas också syretransporten till barnet och adekvat hjärtfrekvens upprätthålls (WHO, 1996). En observationsstudie med 20 kvinnor där intrauterin tryckmätare användes, visade att kraften ökar i krystvärkarna då kvinnan står upp och utdrivningsskedet förkortas (Mendez-Bauer et al., 1975). En svensk retrospektiv studie hade som syfte att identifiera riskfaktorer för uppkomst av grad III och grad IV bristningar. Under en två års period hade 214 kvinnor på den utvalda förlossningsavdelningen identifierats med ovanstående förlossningsskador. Författarna till nämnd studie påtalar att förlossningspallen och huksittande position ska användas med försiktighet då de ökar risken för bristningar i sfinkter och rektalslemhinna på grund av det ökade trycket mot denna vävnad (Jandér & Lyrenäs, 2001). Enligt en Cochrane review (Gupta et al., 2012) ger de uppräta förlossningsställningar fler grad II bristningar jämfört med de horisontella ställningarna. Dock innebar de uppräta ställningarna färre epistomier och färre patologiska CTG-kurvor. I en sammanställning av flertal studier ger uppräta positioner mindre smärtor och mindre vaginala/perineala trauman (WHO, 1996). En svensk jämförande studie med 294 kvinnor visar att en position på förlossningspallen ger ökade underlivsödem och fler labiabristningar (Waldenström & Gottvall, 1991).

En svensk jämförande studie på 1002 kvinnor hade som syfte att jämföra de medicinska utfallen av att föda på förlossningspall i jämförelse med någon annan ställning. Den visade att det inte fanns någon skillnad i antalet instrumentella förlossningar, graden av bristning och underlivsödem eller blödning över 1000 ml hos de kvinnor som födde på förlossningspall jämfört med förlossning i annan position. Däremot fanns en ökad frekvens av blödning på 500-1000 ml för de kvinnor som födde på förlossningspall jämfört med dem som födde i annan förlossningsställning (Thies-Lagergren, Kvist, Christensson & Hildingsson, 2011).

Detsamma visar en annan jämförande studie och en Cochrane review, där de kvinnor som fött på pall oftare hade en blodförlust >600 ml jämfört med kvinnor som fött i horisontell ställning (Gupta et al., 2012; Waldenström & Gottvall, 1991). En teori författarna till ovan nämnda studie har är att uterus och vagina tömmer sig snabbare på blod när kvinnan föder på förlossningspall jämfört med horisontell ställning då blödningsen jämnas ut mer under den tiden hon ligger för observation efter förlossningen (Waldenström & Gottvall, 1991).

En kvalitativ intervjustudie med 20 kvinnor belyser att kvinnor vill besluta om förlossningsställning tillsammans med barnmorskan och att hen har en stor inverkan på valet. Kvinnorna uppgav att de skulle vara mindre tveksamma till att prova ovanliga förlossningsställningar om barnmorskan uppmuntrade till detta (de Jonge & Lagro-Janssen 2004). I en kvantitativ studie med drygt 1000 kvinnor upplevde kvinnorna, att om de själva blivit uppmuntrade till att hitta en ställning som de tyckte det kändes bra, upplevde de en ökad känsla av kontroll och välmående (Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Bude & Lagro-Janssen, 2013).

Påverkan på förlossningsställning

Många interventioner, exempelvis administrering av läkemedel och monitorering av barnet, under öppningsskedet riskerar att göra kvinnan mycket sängliggande. Kvinnan hindras från att vara gående, stående eller att bada och duscha, vilket är den instinktiva viljan hos många kvinnor i förlossning. Det är viktigt att barnmorskan vet hur förlossningsställningen påverkar kvinnans välbefinnande (Priddis, Dahlen & Schmied, 2012; Thies-Lagergren et al. 2013; WHO, 1996). När kvinnor väljer att föda barn i hemmet eller på födelsehus ökar chanserna till att kvinnorna själva väljer förlossningsställning utefter vad som känns naturligt jämfört med de kvinnor som föder på sjukhus. Där intar kvinnor ofta den position som rekommenderas av barnmorskan och anses vara kultur på den aktuella kliniken. Omgivning, miljö och attityder tycks spela en stor roll (Priddis et al., 2012). I enlighet med autonomiprincipen ska kvinnan informeras och uppmuntras till att göra val utefter vad som för kvinnan upplevs vara bäst och behagligast i den aktuella förlossningssituationen. Kvinnans val av förlossningsställning ska inte hindras av den medicintekniska utrustningen eller barnmorskans tycke om det inte finns starka indikationer till detta (Bolmsjö, 2005; WHO, 1996).

Förlossningsupplevelse

Flera studier gällande kvinnors upplevelse av smärta och tillfredsställelse i samband med barnafödande visade att personlig förväntan, stöttning från barnmorskan, relationen mellan kvinna och barnmorska samt kvinnans medverkan i beslutsfattning var det som hade störst betydelse i hur god förlossningsupplevelsen var (Hodnett, Gates, Hofmyes & Sakala, 2013; Lavender, Walkinshaw & Walton, 1999; Nieuwenhuijze et al., 2013; Thies-Lagergren et al., 2013). Förlossningsupplevelsen påverkades mindre av förberedelse, smärta, smärtlindring och andra medicinska interventioner (Hodnett et al., 2013). I en svensk longitudinell kohort studie visade det sig att 6,8 % av 2541 kvinnor hade en negativ upplevelse av förlossningen ett år efter födelsen. Riskfaktorer för både först- och omföderskor var upplevelsen av kontrollförlust och svårigheter till att medverka vid beslut under förlossningen. Hos omföderskor var risken stor vid otillräckligt stöd från barnmorskan. Det är en viktig kunskap för barnmorskor att veta hur kvinnor upplever sin förlossning (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004). Postpartumsamtalen är avslutningen på förlossningen och det är under detta samtal som kvinnan och hennes partner får chansen att fråga om förloppet och ventilera sina känslor kring förlossningen. Det är även under detta samtal som barnmorskan kan få kännedom om kvinnans upplevelse av förlossningen (Ellberg, 2009).

I en kvantitativ studie med 412 kvinnor, med syftet att undersöka vilka faktorer som spelade roll för en positiv förlossningsupplevelse, var supporten från partnern en av de viktigaste faktorerna (Lavender et al., 1999). En tidigare nämnd studie där kvinnor och föder antingen på pall eller i en liggandes position visar att männen till kvinnor som fött på förlossningspall var mer tillfredsställda än de män vars kvinnor fött i horisontell ställning i sängen (Waldenström & Gottvall, 1991).

Teoretiskt ramverk

Resultatet från föreliggande studie kommer, i resultatdiskussionen, delvis att diskuteras utifrån Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) som utvecklat sin teori "*The primacy of the good midwife in midwifery services*" i fem punkter för att beskriva hur en god barnmorska utvecklas. Hjärtat i barnmorskans arbete är det *professionella vårdandet*, där målet är lycka och välmående hos den som vårdas. Genom kunskap och erfarenhet utvecklar barnmorskan sin *professionella visdom*, vilken används för att skapa en behaglig miljö för den födande kvinnan. *Den professionella kompetensen* uttrycks genom omsorg och ger säkerhet till mamman och barnet. Banden till kvinnan och familjen stärks genom *barnmorskans mellanmännsliga kompetens* som understödjer deras relation och gemensamma mål genom aktivt lyssnande och tydlig information. En bra barnmorska *utvecklas både på ett professionellt- och personligt plan* genom att ta hand om sig själv och känna sina styrkor och svagheter.

Syfte

Syftet med studien var att belysa kvinnans upplevelse av att föda på förlossningspall (figur 1).



Figur 1. Förlossningspall liknande den som användes på den aktuella kliniken. Partnern sitter bakom på en stol vilket gör att kvinnan kan luta sig bakåt och få stöd.

Metod

För att uppnå ovanstående syfte valdes kvalitativ empirisk design bestående av enskilda narrativa intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2014). Dessa var av öppen karaktär och transkriberingarna analyserades med hjälp av innehållsanalys med induktiv ansats inspirerad av Burnard, Gill, Stewart, Treasure, och Chadwick (2008).

Urval av undersökningsgrupp

Inklusionskriterierna var kvinnor, oberoende av paritet, som under sommaren och hösten 2014 hade fött barn på förlossningspall på en förlossningsklinik i södra Sverige. Deltagarna valdes först ut genom bekvämlighetsurval. Men då fler kvinnor än vad som krävdes gav sitt samtycke kunde det ur bekvämlighetsvalet göras ett strategiskt urval, med variation hos informanterna gällande paritet, ålder och bostadsort. Ett strategiskt urval ger forskaren möjlighet att öka variationen av informanterna och därmed bredda upplevelsen av fenomenet då populationen är liten (Polit & Beck, 2014). På informationsbladet, som även fungerade som samtyckesblankett, fick informanten uppge sitt telefonnummer samt e-mailadress som kontaktinformation. Informanten angav också paritet, ålder och bostadsort. Blanketterna förvarades sedan på kliniken och hämtades i två omgångar av författarna.

Sammanlagt gav 19 kvinnor sitt samtycke till att medverka i studien, två av dem valde att inte delta efter att de blev kontaktade av författarna. Av de 17 kvinnor som var kvar valdes 12 kvinnor strategiskt ut efter ovanstående parametrar. De resterande fem kvinnorna fick ett e-mail som förklarade omständigheterna och de blev tackade för visat intresse. Intervjuerna med de 12 kvinnorna ligger till grund för resultatet.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

En kvalitativ ansats karaktäriseras av att vara holistisk och dess design framträder allt efter att forskningen framskrider. Det krävs att forskaren är djupt involverad och använder sig själv som instrument (Polit & Beck, 2014).

Enskilda narrativa intervjuer genomfördes med deltagarna, vilket innebar att intervjupersonen fritt berättade om sin historia, erfarenhet och upplevelse av det fenomen som granskades. Historien kan komma spontant av informanten eller lockas fram av intervjupersonen. Efter den inledande frågan, eller begäran om en berättelse, som Kvale & Brinkmann (2009) benämner det, blir rollen som intervjuperson att hålla sig tyst och passiv. Vid behov ställs uppföljande frågor för att få informanten att fortsätta berätta sin historia.

Data från intervjuerna analyserades med hjälp av en induktiv innehållsanalys inspirerad av Burnard et al. (2008). Innehållsanalys av induktiv ansats innebär att författarna förutsättningslöst analyserar texter som utgör människors upplevelser och är att föredra då intervjuer eller observationsprotokoll används som grund för att uppnå studiens syfte (Graneheim & Lundman, 2004).

Genomförande av datainsamling

Barnmorskorna på förlossningskliniken kom att agera gatekeepers och var dem som tilldelade informationsbladet till kvinnorna efter förlossningen. Intervjuerna genomfördes från september till och med november 2014. Platsen för intervjun bestämdes av varje enskild informant, för att miljön skulle kännas så öppen och bekväm som möjligt (Trost, 1997). Hälften av intervjuerna är gjorda tillsammans av författarna och resterande intervjuer delades upp mellan författarna. Anledning till detta var på grund av logistiska förutsättningar. Intervjuerna startade med en öppen fråga; Hur upplevde du att föda på förlossningspall? Följdfrågor ställdes, så som; Hur kände du? Vad tänkte du? Intervjuerna spelades in, delades upp mellan författarna och transkriberades ordagrant omgående efter varje intervju. Samtliga intervjuer förutom en genomfördes i informantens hem och varade mellan 14-52 minuter.

Genomförande av databearbetning

Syftet med innehållsanalys är att göra en detaljerad och systematisk förteckning över ämnen som kommit upp under intervjuerna för att sedan koppla dem samman i ett fullständigt kategorisystem (Burnard et al., 2008).

Analysprocessen genomfördes i fyra steg och i numerisk ordning. Till att börja med lästes den transkriberade texten igenom var för sig av författarna och noteringar gjordes då i textens marginal. Syftet med detta var att genom ord eller korta fraser summera varje enskilt ämne som hittades i texterna, så kallad ”öppen kodning”. Detta steg var det enda som gjordes var för sig, resterande steg gjordes tillsammans. Material som inte var relevant för syftet sorterades sedan bort. Det andra steget i processen var att lista upp alla kodord på ett eller flera blanka sidor, därefter kunde dubletter och likartade kodord strykas i syfte att reducera kodorden kraftigt. Ur materialet framträdde då subkategorier. Tredje steget blev att se vilka subkategorier som överlappade varandra eller hade samma betydelse, vilket innebar att det kunde slås samman och bildas huvudkategorier. I föreliggande arbete framkom fyra huvudkategorier med sammanlagt 11 subkategorier. Huvudkategorierna fick sin egen färgkodning och samtliga transkriberingar lästes åter igenom. De citat och data som passade under respektive kategori färgmarkerades med samma färg för att sedan klippas ut. Alla utklipp med samma färgmarkering samlades sedan under respektive huvudkategori med samma färgkodning. Dessa kategorier utgjorde sedan arbetets resultat (Burnard et al., 2008). Nedan presenteras ett exempel på hur analysprocessen har sett ut (figur 2).

Citat	Öppen kodning	Underkategori	Huvudkategori
"Ja, asså det sköter sig självt i och med att man sitter upp och hon ska ju nedåt. Asså det sköter ju sig lite granna själv" (8)	Det sköter sig själv.	Kraft	Förlösande ställning
"Amen det känns som att kroppen hamnar i en position som... eller vinkel som... där det inte gör motstånd så att säga, man behöver inte mixtra förbi någonting som inte..." (1)	Det finns inget motstånd	Kroppens position	
"...asså, det var ju väldigt naturligt. Det var ju som att sitta på en toalett" (4)	Naturlig sittställning	Kroppens position	

Figur 2. Exempel på analysprocessen.

Etisk avvägning

Föreliggande studie har följt Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2008) och lagen om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Båda dessa handlingar har som syfte att skydda människan och människovärdet vid forskning. Godkännande från verksamhetschefen inhämtades från den kliniken där kvinnorna kom att tillfrågas om medverkande. Efter godkännande av projektplanen gjordes ansökan till vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) som gav ett rådgivande yttrande till att genomföra studien. Skriftlig och muntlig information om studiens syfte och tillvägagångssätt gavs till informanterna. Konfidentialitet utlovades och information om att deltagandet var frivilligt gavs vid flertal tillfällen. Deltagarna har när som helst under studiens gång kunnat välja att avbryta utan att uppge skäl. Informanterna gav sitt skriftliga samtycke till att delta i studien (Polit & Beck, 2014). Författarna har varit väl medvetna om att ämnet som berörs kan väcka starka känslor och var därför tillåtande inför det som kom fram under intervjuerna samt respekterade kvinnornas autonomi och integritet. Intervjuerna kodades och kodlista har varit

inlåst separat från övriga materialet. Intervjumaterialet har under studiens gång också förvaras inlåst och kommer att förstöras efter att uppsatsen blivit godkänd (Polit & Beck, 2014).

Förförståelse

Den bild som författaren har av det fenomen som ska studeras utgör *förförståelsen*. Den innefattar teoretisk kunskap, tidigare erfarenheter men också förutfattade meningar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). Båda författarna har under våren 2014 haft den verksamhetsförlagda utbildningen vid en förlossningsklinik som använder sig av förlossningspall. Således har både fått se och assisterat kvinnor som använt sig av den.

Resultat

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelse av att föda på förlossningspall. Resultatet som presenteras har framkommit ur de narrativa intervjuerna som gjorts med varje enskild kvinna. Erfarenheten av förlossningspallen varierade mellan informanterna då det fanns kvinnor som tidigare fött på förlossningspall och kvinnor som fått den rekommenderad av närstående eller barnmorska på mödravården. Det fanns även kvinnor som hade sett förlossningspallen i samband med rundvandring på förlossningen samt kvinnor som aldrig sett eller hört talas om den innan de själva använde den. Ålder samt paritet varierade mellan 21-35 år respektive ett till tre barn och bostadsorterna var spridda över södra och sydöstra Skåne. Nedan presenteras resultatet där det framkom 11 underkategorier och fyra huvudkategorier: *Partnerns roll*, *Födelsemiljö*, *Förlösande ställning* och *Första känslan* (Figur 3).



Figur 3 Schematisk bild över huvudkategorier och subkategorier.

Nedanstående citat belyser vad som framkommit under samtliga intervjuer.

”Jag kände mig trygg där/.../och jag kände att när jag väl fick en värk kunde jag verkligen ta tag i den rätt lätt, det var ingenting som hämmade mig. För som sagt, den känslan fick jag ju när jag låg där på sängen, att här vill jag verkligen inte vara, jag vill inte vara här, ta mig härifrån. Det är absolut ingenting jag kände där på pallan utan det kändes jättebra. Så att sammanfattningsvis så var det framför allt kraften, stödet från både barnmorskan och partnern, att man hade det väldigt nära inpå” (12)

Partnerns roll

Kvinnorna berättade om sina upplevelser av att ha sin partner bakom sig på förlossningspallen. Partnern har haft en viktig roll i hur kvinnan upplevde att föda på förlossningspallen. Partnern har gett både trygghet och kraft till kvinnan och tillsammans har de fött sitt barn.

Trygghet i att ha partnern nära

Att ha nära och fysisk kontakt med partnern ingav trygghet hos kvinnorna. De beskrev att det var skönt att kunna hålla i partners armar, ben och händer. Partnern blev ett levande ryggstöd som anpassade sig efter kvinnans position. Detta innebar att hon mellan värkarna kunde luta sig tillbaka mot sin partner och vila samtidigt som hon under krystvärkarna kunde använda honom som stöd då hon kunde lita på att han hade kraft att hålla emot. Genom att partnern var så fysiskt nära upplevde kvinnorna hans stöttande och peppande ord mycket intensivt, de beskrev en skillnad mellan att ha partnern bredvid sängen då orden kom från sidan till att känna honom nära sitt öra som det blev på pallen. Kvinnorna beskrev hur det i krystskedet är lätt att inte ha någon koll på vad som händer runt omkring i rummet och att det därför var lättare att uppfatta partners stöd när han var så nära. När partner satt bakom kvinnan med sina armar runt henne upplevde kvinnorna att han lätt kunde känna hur en värk var på väg genom att han kände hennes kropp istället för att bara se hennes ansikte. I denna position uppfattade kvinnorna även att han kunde känna om hon spände sig mellan värkarna och i sådana fall hjälpa till att stötta och vägleda henne till avslappning.

”Alltså också det här med att vara nära. Jag tyckte att det var jätteviktigt, jätteskönt att få ha han/.../jag tror att man får extra kraft om man får ha sin partner så pass nära. Det blir inte det på samma sätt i en säng, då känner man det från sidan, men här har man hans armar runt sig.”(10)

Energi och kraft från partnern

Kvinnorna beskrev att den fysiska närheten till partnern gav mental kraft och energi. Genom att de kände sin partner så nära sig upplevde de att kraften från partnern strömmade över till dem. Denna kraft blev en viktig del i kvinnans känsla av att klara av förlossningen.

Energiflödet dem emellan blev påtagligt när han satt så nära och det var lätt för kvinnan att fånga upp den energin och få ännu mera kraft.

”jag tror också man kan fånga upp energier från personen som sitter bakom och känner man sig, ett stort energiflöde från den personen så tror jag man också snappar upp det och så får man extra kraft från det”(2)

Föda tillsammans

Att föda barn på förlossningspallen beskrev kvinnorna som något de gjorde tillsammans med sin partner. De upplevde partners delaktighet som mycket viktig i den positiva upplevelse de hade. De kände en stor skillnad från det att de legat i sängen, där upplevelsen var att de var mer ensamma och att partners roll på något vis blev mer passiv. När de hamnade på pallan med sin partner bakom sig kände kvinnorna plötsligt att detta var något de båda gjorde tillsammans. De upplevde partnern som mer aktiv i förloppet och i vad som hände. Genom att de var så nära varandra beskrev kvinnorna att det nog var det närmsta partnern kunde komma i att uppleva samma sak som hon upplevde. Positionen de satt i gjorde även att kvinnorna upplevde det som att de fick möta sitt barn på samma villkor och att det var en härlig känsla att känna att de träffade sitt barn första gången tillsammans.

”/.../helt plötsligt var det vi, från att bara ha varit jag, alltså det är ju inte det... han stod ju bredvid innan också och klappade och hade sig, men rätt som det var så höll han ju om mig och det blev vi som gjorde det här tillsammans. Han peppade mig som bara den /.../ Han krystade med och hängde med i dom här värkarna så att det kändes verkligen... jag är väldigt positiv till det här. Han kom med på ett helt annat sätt.”(6).

”/.../han var här ju när han (bäbis) kom upp så liksom han var med sitt ansikte här ju och vi upplevde samma sak” (3)

Födelsemiljö

Födelsemiljön som skapades i rummet när kvinnorna födde på förlossningspall var beroende av pallens utformning som i sin tur påverkade närheten och relationen till barnmorskan.

Pallens utformning och närheten till barnmorskan gjorde att kvinnorna upplevde mer kontroll och delaktighet under förlossningen där de inte kände sig utlämnade.

Förlossningspallens avslappnande effekt

Förlossningspallens utformning gjorde att kvinnorna upplevde att de satt stabilt och att de fick ordentligt med stöd från pallan. Detta gjorde att de kunde slappna av både under och mellan värkarna. Att sitta på pallan upplevdes skönt då det kändes som att någonting höll upp kroppen och gjorde att kvinnorna enbart kunde fokusera på värkarna och på att barnet skulle ut. Upplevelsen av att det var lättare att fokusera och lyssna på vad kroppen ville gjorde att kvinnorna kände att de kunde slappna av lättare. De upplevde även att det var lättare att andas då de satt upp jämfört med när de låg ner. Avslappningen tillsammans med andningen gjorde att kvinnorna inte upplevde värkarna som lika smärtsamma.

”/.../jag vet inte om det kan vara att man satt så bra på den där pallan så att man kan slappna av samtidigt som man ändå trycker liksom” (10)

”/.../då kunde jag vila den en minuten eller två och det gör ju jättemycket att man får det/.../jag kände mig lugn hela tiden” (12)

Närhet till barnmorskan

Kvinnorna upplevde det som mycket positivt att det kändes så intimt och nära med barnmorskan när de satt på pallan. Att ha barnmorskan så nära gjorde att kvinnorna kände sig lugna och att de kunde slappna av även fast det var under förlossningens mest intensiva skede. Det kändes stärkande och tryggt att rent fysiskt känna barnmorskan. Barnmorskans närhet gjorde att de inte stressade upp sig. De beskrev en enkelhet i miljön och att det kändes väldigt naturligt att barnmorskan satt framför pallan. Positionen gjorde dessutom att de lätt kunde ha ögonkontakt hela tiden och att kommunikationen kändes bra. Kvinnorna upplevde att närheten och lugnet som de kände inte var vad de hade förväntat sig av förlossningen.

”/.../vi satt där liksom vår...fyra pers på golvet liksom, så kändes det, som en liten lägereld/.../den föreställningen om vad en förlossning är..det var inte..näe det kändes mycket lugnare på något sätt. Och det tror jag hjälpte till att vi satt där liksom och dom var nära och jag liksom satt där med mitt ben uppe på deras knä” (3)

”Vi satt ju mitt emot varandra för hon satt ju på en stol eller på en pall tror jag framför mig så jag såg ju henne hela tiden och ja, hon pusha på och så, så jag tyckte att kontakten med henne var jättebra” (9)

Känsla av kontroll och delaktighet

När kvinnorna satt på förlossningspallen kände de att de var delaktiga i förlossningen och att de hade någon form av kontroll på vad som hände. De upplevde att de inte kände sig lika utlämnade när de satt på pallan jämfört med vad de känt när de legat i sängen tidigare i förlossningens förlopp. Kvinnorna beskriver känslan av att ligga med särade ben och att ha barnmorskan mitt emellan som jobbigare jämfört med att själv få vara upprätt och därmed känna sig mer med i förlossningen.

”Jag kände ändå att jag var med, jag var inte borta liksom, jag var med under hela alla dom momenten och stegen/.../” (3)

”Eh, nä men man är ju rätt så utlämnad och jag tror att jag hade tyckt det var mycket jobbigare eh och sitta eller ligga med benen rätt upp i vädret eller att stå med rumpan upp i vädret. Alltså lite så, man är ju redan rätt så utlämnad/.../” (5)

Förlösande ställning

Kvinnorna beskrev upplevelsen av att ha fött barn i en optimal ställning. Vägen ut för barnet var utan hinder och den fysiska kraften de känt av att vara upprätt samt tyngdlagen har beskrivits som stor. Kvinnorna upplevde att de kunnat dra mycket nytta av detta i

förlossningen. De kvinnor som har legat en stund innan de kom upp på förlossningspallen beskrev hur mycket mer kraft de kände när de ändrade ställning.

Kroppens position

Kvinnorna upplevde att de hamnade i en väldigt logisk position när de satte sig på pallan. Knäna kom naturligt högre upp än höfterna och det kändes som att de nästan hamnade i en huksittandeposition. De beskrev hur det kändes som en väldigt bra position för barnet att på lättaste sätt tränga ner. Kvinnorna jämför barnets väg ut när de satt på pallan med om de hade legat i sängen. I sängen tänkte de sig att kroppen hamnar i en position som gör att barnet kommer ut i en uppförsbacke och att kroppen hamnar i en vinkel som gör det jobbigare för dem att krysta ut sitt barn. När de satt på pallan upplevde de att de hade den optimala positionen för barnet att komma ut. Känslan av att ligga ner och föda sitt barn beskrevs av kvinnorna som lika ologiskt som att ligga ner och gå på toaletten. Naturligt, bekvämt och motståndslöst var känslor som kvinnorna upplevde när de födde sitt barn på förlossningspallen.

”/.../Man jobbar ju lite med det här naturliga. Det är inte som när man ligger på rygg, då blir det ju en liten uppförsbacke för barnet, men när man sitter så kommer det naturligt neråt /.../ så jag tänker att det är en av dem naturligaste sätten att föda på”(10)

”Det känns som att kroppen hamnar i en position som... eller vinkel som... där det inte gör motstånd så att säga, på det sättet. Man behöver inte mixtra förbi något” (1)

Kraft

Förlossningspallen gjorde att kvinnorna upplevde det lättare att få fysisk kraft. De fick ordentligt med kraft när de satt upp och det kändes naturligare och lättare att ta i och trycka på under krystvärkarna. Den mentala kraften stärktes av att kvinnorna lättare kände hur barnet trängde ner.

”...Jag tyckte att det var... jag tyckte att man fick ordentligt med kraft just för att man satt så upprätt på pallen. Så jag tyckte att den var väldigt bra på det viset.” (9)

En annan kraft som bidrog vid en upprätt ställning var, enligt kvinnorna, tyngdlagen. Kvinnorna beskrev känslan av att trycket från barnet gick nedåt och att det då kändes naturligt att följa tyngdlagen. På det viset upplevde kvinnorna att kroppen fick mycket hjälp. De föreställde sig att de skulle ha behövt kämpa mycket mer med att få ut barnet om de varit i en liggande position. På pallen upplevde de att förlossningen gick framåt av sig självt.

”... för det kändes ju verkligen hur man fick hjälp av gravitationen alltså...”(6)

Första känslan

Det beskrevs olika känslor som kom i samband med att kvinnorna satte sig på förlossningspallen. Denna tanke beskrev kvinnorna som en första känsla, vilken förändrades under resterande tid på förlossningspallen.

Rädsla

En instinktiv rädsla för att barnmorskan inte skulle hinna fånga barnet utan att det skulle ramla i golvet kunde upplevas liksom en rädsla att brista mer när barnmorskan föreslog förlossningspallen.

”Jag kan komma ihåg att jag tyckte det var lite otäckt att bara shit tar ni verkligen emot honom nu när han kommer ut?/...!” (6)

Konstig sittställning

Upplevelsen att det till en början kändes konstigt att sätta sig på pallen beskrevs, men att denna känsla sedan försvann. Det beskrevs även hur partnern uttryckte funderingar kring huruvida detta verkligen var en bra förlossningsställning.

” Ja, men först tänkte jag vad är det här för hittepå, sitta på den där hästskon mitt på golvet och just min sambo skrattade lite också för han tyckte det var ja, ok, sitter hon där på golvet och ska fånga honom/.../” (4)

Förlossningspallen symboliserar förlossningens slutskede

Det kunde upplevas som positivt att sätta sig på förlossningspallen då det kändes att det gick framåt och att det snart var färdigt.

”/.../Det kommer hända någonting, så den (pallen) representerar ju det lite också” (5)

Diskussion

Diskussion av vald metod

Urval

Då osäkerhet gällande antal kvinnor som skulle ge sitt samtycke fanns valdes från början ett bekvämlighetsurval. Dock svarade fler respondenter positivt än väntat och ett strategiskt urval gjordes därför av de 19 kvinnorna, som givit sitt samtycke till att delta i studien. Urval gjordes gällande paritet, bostadsort och ålder för att få en variation mellan informanterna. Ett strategiskt urval utgör en styrka då det ökar chanserna till att bredda upplevelsen av fenomenet då populationen annars är liten (Polit & Beck, 2014). Två av kvinnorna var omfödorskör resterande kvinnor var förstfödorskör. Omfödorskorna hade fött två respektive

tre barn. Det visade sig under intervjuerna att båda omföderna hade fött alla sina barn på förlossningspallen. Upplevelsen av förlossningspallen, som kvinnorna förmedlade, tycktes inte påverkas av deras paritet. Då ingen av kvinnorna i studien hade fött barn i någon annan ställning än huksittande på förlossningspallen framkom inte några jämförande upplevelser av förlossningsställning. Detta var inte heller relevant för syftet, dock kan tänkas att resultatet hade blivit annorlunda om kvinnorna hade jämfört sina upplevelser av att föda i olika förlossningsställningar.

De kvinnor som valde att ställa upp i studien var mycket positiva till pallen och författarna har därför diskuterat huruvida de som haft en mindre positiv upplevelse kan ha avböjt att delta, samt hur detta kan ha format resultatet. *Lämpligheten* i ett urval ska enligt Polit & Beck (2014) utvärderas i relation till resultatet, och då främst vilken metod som har använts för att tillfråga informanterna. Det lämpligaste urvalet är det som består av informanter som bäst kan beskriva det fenomen, i olika variationer, som studien avser att undersöka. Författaren bör använda en strategi som gör att både positiva, negativa eller ovanliga erfarenheter inkluderas i studien. Ett urval där personer med negativa erfarenheter exkluderas kan därför ses som ett misslyckande. Författarna till studien tolkar urvalet som att de kvinnor som inte var nöjda med förlossningspallen valde att avbryta denna ställning innan barnet föddes och inkluderades därför inte i denna studie. För att fånga kvinnor med både positiva och negativa upplevelser av förlossningspallen skulle en annan studie behöva genomföras. Syftet med den studien skulle kunna vara att belysa kvinnors erfarenhet av att använda sig av förlossningspall under förlossningen. I en sådan studie förändras urvalet och alla kvinnor som använt pallen under förlossningen inkluderas, oavsett vilken ställning kvinnan hade när barnet föddes. På så vis kan även de kvinnor som testat pallen, men av en eller annan anledning valt att inte föda på den också inkluderas i urvalet. Med ett sådant syfte skulle urvalet breddas och fenomenet förlossningspall och kvinnors upplevelse kunna vidgas (Polit & Beck, 2014).

Datainsamling

Ostrukturerade intervjuer uppmuntrar informanterna till att definiera det som de anser viktigt i det fenomen som granskas. Vid mer strukturerade intervjuer kan författaren med sina förkunskaper och sin förståelse påverka vad informanterna väljer att berätta. Den

ostrukturerade intervjutekniken används då författarna inte riktigt vet vad det är som saknas kunskapsmässigt i det som avses att undersökas eller belysas (Polit & Beck, 2014). Båda författarna till föreliggande intervjustudie diskuterade vald intervjuteknik efter de två första intervjuerna och var ense om att ha kvar den ostrukturerade karaktären, då det annars fanns risk att det blev styrt i vad informanterna tog upp. Trots den öppna karaktären på intervjuerna tog informanterna upp snarlika ämnen under intervjuerna, vilket kan uppfattas som att upplevelsen av att föda på förlossningspall var snarlik hos de tolv kvinnorna.

Båda författarna till föreliggande studie har sedan tidigare erfarenhet av att göra intervjuer på kandidatnivå, men är noviser i att genomföra öppna intervjuer med enskilda informanter.

Under processens gång har intervjutekniken utvecklats vilket kan ha påverkat informanterna och resultatet. Kvale & Brinkmann (2009) förtydligar att författaren blir klokare längs vägen, vilket gör att projektet eller studien kan ändra form. Analysen börjar redan vid intervjun, ansikte mot ansikte, vilket betyder att intervjuaren testat sina tolkningar redan då. Detta är en del i verifieringsprocessen.

Analys

Genom att följa innehållsanalys inspirerad av Burnard et al. (2008) har kvinnornas upplevelse av att föda på förlossningspall succesivt vuxit fram. Den induktiva analysmetoden som använts följer Burnard et al. (2008) rekommendationer när det gäller att analysera kvalitativ data om ett ämne som forskaren inte vet så mycket om.

Då författarna gjort hälften av intervjuerna tillsammans gavs det efter dessa intervjuer möjlighet att stämna av för att se att det som framkommit under intervjuerna uppfattades på liknande sätt. När sedan intervjuerna, som respektive författare inte medverkat vid, lästes igenom fanns det liknande förståelse kring hur det transkriberade materialet kunde tolkas. När författarna suttit var för sig med den öppna kodningen diskuterades de få kodord som författarna var ense om tills det uppstod konsensus. Om minsta tveksamhet uppkom under kodningen gick författarna tillbaka till ursprungsmaterialet för att se det kodade materialet i sin helhet.

Genom att tydligt beskriva hur analysprocessen gick till under metodavsnittet tidigare i denna studie, samt att visa på ett exempel anser författarna det överskådligt för läsaren att följa hur analysprocessen gått till enligt Polit och Beck (2014).

Ytterligare ett steg som Burnard et al. (2008) rekommenderar för att bekräfta att det som är sagt i intervjuerna tolkas rätt, är att låta informanterna ta del av och ge feedback på analysresultatet. Det kan diskuteras huruvida detta steg hade gett analysen mer tyngd och trovärdighet, men på grund av tidsbrist kunde detta inte genomföras.

Trovärdighet

Trovärdigheten av kvalitativ forskning kan säkerställas genom att granska studiens giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet samt delaktighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). *Giltigheten* bedöms utefter hur sanna resultaten är. Resultatet anses giltigt om det lyfter fram det karaktäristiska som är representativt för det som ska beskrivas. För att stärka giltigheten kan validering av experter användas. I föreliggande studie har en handledare, väl förtrogen med ämnet, följt hur resultatet har vuxit fram. Detta anser författarna stärka resultatets giltighet. En annan form av validering skulle kunna vara att författarna gjorde den öppna kodningen på var sitt håll och att denna kodning stämde väl överens. Utöver ovan nämnda faktorer bedöms giltigheten efter valet av informanter och dess antal. Kvalitativ innehållsanalys syftar till att få fram variationer, där av anser författarna att bredden i urvalet av först- och omfödreskor, ålder och bostadsort stärker möjligheten till variation och därmed giltigheten. Noggrann beskrivning av urval och analysarbete samt att stärka resultatet med citat ökar även det giltigheten. *Tillförlitligheten* kan bedömas utefter hur författarna har verifierat sina ställningstaganden under processen. Det faktum att intervjuerna har genomförts dels tillsammans men också med endast en av författarna kan påverka tillförlitligheten. Sex av intervjuerna gjordes tillsammans och resten delades upp mellan författarna. Då de första intervjuerna gjordes tillsammans kunde författarna bekräfta på vilket sätt intervjuerna skulle genomföras. Risken finns dock att informanterna kan ha fått olika följdfrågor, men det kan också innebära större möjlighet att fånga upp variationer av det fenomen som granskas. Båda författarna har läst samtliga intervjuer. Delar av analysen gjordes tillsammans och under analysarbetet har det ständigt förts diskussion om olika tolkningsmöjligheter, vilket ökar tillförlitligheten. *Överförbarheten* innebär hur väl resultatet kan föras över till en annan grupp

eller situation. Författarna har noggrant beskrivit urval, deltagare, datainsamling och analys i arbetet och det är upp till läsaren att bedöma överförbarheten. *Delaktigheten* är något som är oundvikligt för författarna i föreliggande arbete. En kvalitativ studie kan aldrig bedömas som neutral, utan påverkas alltid av forskaren. Resultatet i en intervjustudie kan inte ses som oberoende av författarna enligt Lundman och Hallgren Graneheim (2012).

Diskussion av framtaget resultat

Nedan kommer de tre största huvudkategorierna att diskuteras.

Partners roll

Kvinnorna i den aktuella studien, beskrev att partnern haft en central roll i deras upplevelse av att föda på förlossningspall. Kvinnorna beskrev hur partners roll förändras positivt då hon satte sig på pallen. De upplevde att partnern kom närmre, både fysiskt men också känslomässigt. De kunde hämta kraft från sin partner och de upplevde att de fick möta sitt barn tillsammans då partnern fanns alldeles bakom. Det har visats att kvinnor tyckte att partnern kunde ge mer stöd på förlossningspallen jämfört med andra positioner (de Jonge & Lagro-Janssen, 2004) och både kvinnorna och männen till kvinnorna som fött på förlossningspall hade en mer positiv förlossningsupplevelse än de par som fött sitt barn i horisontell ställning i sängen (Waldenström & Gottvall, 1991). I en tidigare nämnd studie var partners stöd en viktig del i kvinnornas förlossningsupplevelse. Förlossningsställningen var inte specificerad så stödet kvinnorna kände från partnern går inte att beskriva i detalj (Lavender et al., 1999). I föreliggande studies resultat finns inte männens upplevelse med då det enbart är kvinnorna som intervjuats. Dock var det många av kvinnorna som upplevde att deras partner verkade nöjd och tillfredsställd med att kvinnan födde barnet på pallen. Detta kan ha påverkat kvinnans upplevelse positivt, då många av kvinnorna nämnde partnern som en mycket viktig och självklar del av förlossningen.

Födelsemiljö

Informanternas upplevelser handlade en del om födelsemiljön där förlossningspallens avslappnande effekt, närhet till barnmorskan och känsla av kontroll och delaktighet bidrog till positiva upplevelser. Kvinnorna berättade att de tyckte att en liggande ställning kändes mer utlämnande än en upprätt som den på pallan. Kvinnor i en annan studie upplevde störst kontroll då de var i upprätt position. Det fanns en variation mellan kvinnor som tyckte att förlossningspallen gav störst kontroll medan andra upplevde att den stående positionen gav störst känsla av kontroll. Även dessa kvinnor nämnde den liggande ställningen som mer utlämnande (de Jonge & Lagro-Janssen, 2004). Det finns, enligt författarna, ett tydligt samband mellan kvinnornas upplevelse av kontroll i en upprätt position och resultatet som visar att pallan hade en avslappnande effekt på kvinnorna. Den avslappnande effekten utgjordes också av hur kroppens position på pallan underlättade andning och lindrade smärtan. Kvinnorna beskrev hur de kände sig mer delaktiga när de var i upprätt ställning. Genom den *professionella omvårdnaden* och den *mellanmänniska kompetensen*, som beskrivs i barnmorsketeorin "*The primacy of the good midwife in midwifery services*" (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011), visar barnmorskan intresse och respekt för kvinnans självbestämmande. Barnmorskan erbjuder henne informerade val och kvinnan kan då känna att hon har kontroll under förlossningens gång, vilket gör att hon kan slappna av. Känslan av kontroll samt att få vara med i beslutsfattandet och ha inflytande över val av förlossningsställning var viktiga faktorer som påverkade förlossningsupplevelsen positivt (Lavender et al., 1999; Nieuwenhuijze et al., 2013; Thies-Lagergren et al., 2013).

Stödet och närheten till barnmorskan ansågs av kvinnorna i föreliggande studie som ett mycket viktigt bidrag till en positiv upplevelse av att föda på förlossningspallen. De beskriver ett lugn och en trygghet av den närhet och intimitet som skapades mellan kvinnan och barnmorskan då de födde sitt barn. De upplevde förlossningen som lugnare än vad de hade förväntat sig och uttryckte att pallan och miljön runt om kring bidrog till detta. Med hjälp av sin *mellanmänniska kompetens* vet barnmorskan hur hon skapar en slags professionell intimitet med kvinnan. Detta gör, i sin tur, att kvinnan känner sig fri att uttrycka sig och vara precis så som hon vill under förlossningens gång. Med sin *professionella visdom* kan barnmorskan också skapa en avslappnande plats för kvinnan, se till att hon känner sig bekväm och se till att hon har en lugn miljö runt sig så som också Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) beskriver. En kvalitativ intervjustudie från tre nordiska länder med 29 kvinnor som beskriver sina erfarenheter från att föda barn visar att det är viktigt med en lugn och avslappnande miljö under förlossningen. Kvinnorna beskriver att barnmorskan kan hjälpa till

att skapa denna miljö. När kvinnorna upplevde att barnmorskan arbetade slentrianmässigt och på rutin och inte föreslog alternativ och inspirerade till att använda exempelvis saccosäck eller förlossningspall uppfattades detta som mycket negativt av kvinnorna (Lundgren, Karlsdottir & Bondas, 2009). Supporten från barnmorskan är enligt kvinnor i andra studier en av huvudfaktorerna till en positiv förlossningsupplevelse (Hodnett et al., 2013; Lavender et al., 1999; Nieuwenhuijze et al., 2013; Thies-Lagergren et al., 2013).

Förlösande ställning

När kvinnorna i föreliggande studie satt på förlossningspallen, upplevde de att de fick bättre kraft i värkarna och att de fick hjälp av tyngdlagen vid framfödandet av barnet. Positionen som kvinnorna satt i gjorde att de upplevde en logik i kroppens ställning där barnet kunde framfödas utan motstånd. En brasiliansk kvalitativ intervjustudie beskriver 10 kvinnors upplevelser. De har fött sitt första barn i en horisontell position och sitt senaste barn i en vertikal position. Det kvinnorna beskrev som positivt med den vertikala förlossningsställningen, och då speciellt den huksittande, var att positionen var mer bekväm och barnets framfödande upplevdes gå fortare. Föderskorna kände sig friare att röra sig, kraften i värkarna upplevdes bättre riktad och att det gick inte åt lika mycket energi till krystning. Kvinnorna upplevde att de såg mer av framfödandet, de hade mindre ryggsmärta under förlossningen samt att de återhämtade sig snabbare (Gayeski & Brüggemann, 2009).

Kvinnorna i föreliggande studie ger starkt uttryck för att ha fött barn i en naturlig förlossningsställning, som för dem har känts enkel, logisk och med hjälp av tyngdlagen även motståndslös. I en jämförande studie önskade 90 % av de som födde på förlossningspallen att föda sitt nästa barn på samma sätt jämfört med att 49 % av kvinnorna som födde i horisontell ställning, önskade detsamma (Waldenström & Gottvall, 1991). Bland 20 kvinnor som intervjuades önskade hälften att föda i en upprätt position nästa gång. De underströk vikten av att vara flexibel och att positionen borde anpassas efter varje enskild förlossning. Kvinnorna beskrev att de förväntar sig att barnmorskan ska komma med förslag på förlossningsställningar och att barnmorskans råd väger tungt. Då kvinnorna följde sin kropp genom förlossningsförloppet tenderade hon att variera flera olika förlossningsställningar (de Jonge & Lagro-Janssen, 2004). Chansen att kvinnan intar den ställning som hon upplever mest naturlig ökar om hon väljer att föda i hemmet eller på födelsehus. Däremot ökar risken

för att kvinnan intar den förlossningsställning som är kultur på den aktuella förlossningsavdelningen eller rekommenderas av barnmorskan då kvinnan föder på sjukhus (Priddis et al., 2012).

Den *professionella visdom* som barnmorskan besitter innebär att hon både är kritisk och kreativ i sitt tänkande. Hon förstår vikten av forskning och arbetar evidensbaserat (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Det kan diskuteras huruvida begreppet alternativ förlossningsställning är en korrekt benämning på huksittande och stående positioner (Nieuwenhuijze1, de Jonge, Korstjens & Lagro-Janssen, 2012) då både föreliggande studies kvinnor och, som visats, även kvinnor i tidigare studier anser att de upplever den upprätta ställningen som förlösande (de Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Gayeski & Brüggemann, 2009; Lavender et al., 1999; Priddis et al., 2012; Reynolds, 1991; Thies-Lagergren et al., 2013; Waldenström & Gottvall, 1991). Barnmorskans *professionella kompetens* gör, enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) att hon stärker kvinnan och hennes familj och att hon i sin *professionella omvårdnad* visar intresse och respekt för den födande kvinnan och hennes rätt till självbestämmande under förlossningsprocessen.

Varför föder så få kvinnor i upprätta positioner när så många upplever det positivt? Hur stor roll spelar barnmorskors inställning och kompetens? Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) beskriver att den goda barnmorskan ska veta om sina attityder och känslor för att kunna utvecklas både på ett personligt och professionellt plan. En holländsk kvalitativ studie med 31 barnmorskor i fokusgrupper belyser barnmorskornas inställning till olika förlossningsställningar och huruvida de använder sig av informerat samtycke eller informerat val vad gäller förlossningsställning. Barnmorskorna var väl medvetna om vilken påverkan de hade på kvinnornas val av förlossningsställning och ändå var det bara en av dem som gav kvinnan ett informerat val under förlossningen vad gäller ställningar. En del menade att de försökte tillgodose kvinnans önskemål i möjligaste mån och ett fåtal lät inte alltid kvinnan föda i den ställning hon själv önskade. Hur barnmorskorna valde att arbeta hade att göra med hur mycket de exponerats för olika ställningar under deras utbildning och karriär, vilka rutiner de själva utvecklat och deras kunskap och skicklighet. Det som också påverkade var om barnmorskan anpassade sig till ryggläge då det var den medicinska normen. Kvinnorna kunde uppmuntras att inta den ställning som barnmorskan ansåg som naturlig. Barnmorskorna drevs även av deras egen nyfikenhet och självkänsla till att pröva nya saker i sitt yrke (de Jonge et al., 2008).

Slutsats

Genom kvinnornas berättelser av att föda på förlossningspall kan barnmorskor få en ökad kunskap om kvinnors upplevelser av att föda i, vad kvinnorna beskriver som, en naturlig position. Kvinnorna beskrev förlossningspallen som en hjälpare till att komma nära sin partner, att positionen gav kraft samtidigt som den var bekväm och upplevdes som logisk och naturlig. Kvinnorna kände även delaktighet och kontroll under förloppet. Barnmorskor som arbetar inom mödrahälsovården (MHV) har också mycket nytta av att ha kunskap gällande upplevelsen av att föda på förlossningspall. Det ligger ett delat ansvar hos barnmorskorna inom MHV och förlossningsvården att bidra till att ge kvinnor och deras partner en rimlig förväntan och god förberedelse för att öka chanserna till en god förlossningsupplevelse. Barnmorskorna inom MHV bör därför ge adekvat information om olika förlossningsställningar och dess för- och nackdelar så att kvinnan kan göra ett informerat val kring vilken förlossningsställning hon vill föda i.

Barnmorskan bör inte påverkas av den rådande normen eller föreställning som kan finnas på förlossningsavdelningen kring hur en kvinna ska föda sitt barn. Om barnmorskor visar en tillåtande attityd till olika förlossningsställningar kan också kvinnors föreställning kring vad som är en "normal" förlossningsställning förändras, då den ofta påverkas av samhället och media. Förlossningspallen bör implementeras på alla förlossningskliniker, där barnmorskor också får lära sig att assistera kvinnan vid förlossningen i den position som uppstår på pallan. Om det är så att förlossningsställningen påverkar födelsemiljön samt relationen till partnern och barnmorskan i stor utsträckning och att förlossningsställningen därmed har en stor påverkan på förlossningsupplevelsen, bör alla födande kvinnor ha samma förutsättning till en god förlossningsupplevelse oavsett var och hur de föder sitt barn.

Implikation

Föreliggande studies resultat kan bidra med ny kunskap och öka barnmorskors möjlighet att förstå kvinnors upplevelse av att föda på förlossningspall. Vidare skulle en jämförande kvantitativ studie vara av intresse där kvinnorna randomiseras till två olika grupper. Den

första, experimentgruppen, ska på MHV vid tillfälle få adekvat evidensbaserad information om för och nackdelar med olika förlossningsställningar, upprätta och horisontella. Därefter ska kvinnorna bli ombedda att tänka igenom sin kommande förlossning och skriva i sin förlossningsplan hur de har tänkt sig att föda sitt barn. Kontrollgruppen får inget tillägg utifrån hur dagens förlossningsförberedning ser ut. Det hade sedan varit intressant att jämföra utfallen i de olika grupperna avseende val av förlossningsställning och hur skillnader och likheter ser ut i just val av förlossningsställning. Speciellt intressant hade det varit att se vilken position kvinnorna i experimentgruppen faktiskt födde i, och hur nöjda de var efteråt. Detta skulle kunna bidra till ökad kunskap om betydelsen av information och förberedelse till kvinnan, vilket kan bidra till att barnmorskan tar mer hänsyn till kvinnans önskemål.

Referenser

- Banks, A.C. (1999). *Birth chairs, Midwives and Medicine*. Mississippi: University Press of Mississippi. ISBN 1-57806-172-5
- Bolmsjö, I. (2005). De fyra principerna [Elektronisk]. Vårdalinstitutets Tematiska rum: Etik hämtat 2014-03-25 från http://www.vardalinstitutet.se/sce/ib_principer.pdf
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E. & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204: 429-432 doi:10.1038/sj.bdj.2008.292
- Coppen, R. (2005). *Birthing positions: Do midwives know best?* London: Quay books Division MA health Care.
- de Jonge, A., Lagro-Janssen, A.L.M. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25: s. 47–55. doi: 10.1080/01674820410001737432
- de Jonge, A., Teunissen, T.A.M., Lagro-Janssen, A.L.M. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25: s. 35- 45. doi: 10.1080/01674820410001737423
- de Jonge, A., Teunissen, T.A.M., van Diem, M.T., Scheepers, P.L.H., Lagro- Janssen, A.L.M. (2008). Women´s position during second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 63: s. 347-356. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x
- Ellberg, L. (2009). Den okomplicerade barnsängstiden. I Kaplan A., Hogg B., Hildingsson I. & Lundgren I. (Red.). *Lärobok för barnmorskor*. (s. 431- 446) Lund: Studentlitteratur.
- Gayeski, M.E. & Brüggemann, O.M. (2009). Puerperal women's perceptions on vertical and horizontal deliveries. *Rev Latinoam Enfermagem* março-abril, 17(2): s. 153-159. doi: org/10.1590/S0104-11692009000200003
- Gottvall, K., Allebeck, P. & Ekéus, C. (2007). Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114: s. 1266–1272 doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24: s. 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J. & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3
- Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S.I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25 (4): s. 806-17 doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J. & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5

Hogg, B. (2009). Den okomplicerade förlossningen. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (Red.). *Lärobok för barnmorskor* (s. 245-294) Lund: Studentlitteratur.

ICM (2014). International Code of Ethics for Midwives. Hämtad 150112 från: >http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf<

Jandér, C. & Lyrenäs, S. (2001). Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(3): s. 229-234. doi: 10.1034/j.1600-0412.2001.080003229.x

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

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

Lavender, T., Walkinshaw, A. S., & Walton, I.(1999). A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery*, 15: s. 40-46 doi:10.1016/S0266-6138(99)90036-0

Lundgren, I., Karlsdóttir, I. S. & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context, a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4: s. 115-128 doi: org/10.1080/17482620802423414

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nilsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-199) Lund: Studentlitteratur.

Méndez-Bauer, C., Arroyo, J., García Ramos, C., Menéndez, A., Lavilla, M., Izquierdo, F. ... Zamarrigo, J. (1975). Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 3(2): 89-100

Naroll, F., Naroll, R. & Howard, F.H. (1961). Position of women in childbirth. A study in data quality control. *American journal of obstetrics & Gynecology*. 82: s. 943-954.

Nieuwenhuijze1, A., de Jonge, A., Korstjens I. & Lagro-Janssen, T. (2012). Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(1): s. 25-31. 10.3109/0167482X.2011.642428

- Nieuwenhuijze, M.J., de Jonge, A., Korstjens, I., Bude, L. & Lagro-Janssen, T.L.M. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29: s. 107–114. doi:10.1016/j.midw.2012.12.007
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research – Appraising Evidence for Nursing Practice, and utilization*. 8th edition: Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*, 25: s. 100–6. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001
- Reynolds, J.I. (1991). Primitive delivery positions in modern obstetrics. *Canadian family physician*, 37: s. 356-661.
- Socialstyrelsen (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska. Artikelnummer 2006-105-1 hämtat 2014-03-25 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf
- Thies-Lagergren, L. (2013). *The Swedish birth seat trial* Stockholm: Karolinska Institutet ISBN 978-91-7549-043-4.
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L.J., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2011). No reduction in instrumental vaginal births and no increased risk for adverse perineal outcome in nulliparous women giving birth on a birth seat: results of a Swedish randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(22): doi: 10.1186/1471-2393-11-22
- Thies-Lagergren L., Hildingsson I., Christensson K. & Kvist L.J. (2013). Who decides the position of birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women and birth*, 26 : s. 99-104. doi: 10.1016/j.wombi.2013.06.004
- Trost, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Waldenström, U. & Gottvall, K. (1991). A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. *Birth*, 18(1): 5-10.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*, 31: s. 17–27. doi: 10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x
- WHO (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. Hämtad från http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1
- World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* hämtat 2014-03-30 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>