



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Upprätta förlossningsställningar under utdrivningsskedet

- en inblick i barnmorskors erfarenheter

Författare: Zana Ahmetaj
Elisabeth Skantz

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2017

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Upprätta förlossningsställningar under utdrivningsskedet

- en inblick i barnmorskors erfarenheter

Författare: Zana Ahmetaj
Elisabeth Skantz

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Bakgrund: I Sverige föder kvinnan i halvsittande eller gynställning men evidensen pekar på att det kan finnas fördelar med upprätta förlossningsställningar i utdrivningsskedet.

Syfte: Syftet var att belysa barnmorskors erfarenheter av upprätta förlossningsställningar i utdrivningsskedet. **Metod:** Metoden var en intervjustudie med 16 barnmorskor från fyra olika förlossningsavdelningar i södra Sverige. Analysen genomfördes med induktiv innehållsanalys av Lundman & Hällgren Graneheim. **Resultat:** Analysen resulterade i tre huvudkategorier: makt och maktlöshet, massmedial påverkan och klinikens kultur. Makt och maktlöshet handlade om kvinnans och barnmorskans kontroll samt svårigheter och möjligheter med kommunikation. Massmedial påverkan handlade om massmedia och trender som genererade en rädsla för bristningar. Klinikens kultur var avgörande om barnmorskorna bistod de födande kvinnorna i upprätta förlossningsställningar eller ej. **Konklusion:** Syntesen av föreliggande studie belyste barnmorskors rädsla gällande perinealbristningar, samt rädslan för att ge kvinnan en negativ förlossningsupplevelse. Det fanns en önskan bland barnmorskorna om stöd och kunskap om upprätta förlossningsställningar.

Nyckelord:

Barnmorskor, erfarenheter, upprätta förlossningsställningar, utdrivningsskedet

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	5
Problemformulering.....	5
Bakgrund	6
Förlossningsställningar genom historien.....	6
Definition av uppräta förlossningsställningar	7
Ett flexibelt bäcken	7
Barnmorskans roll	7
Fördelar och nackdelar med uppräta förlossningsställningar	8
Teoretiskt ramverk	8
Syfte	9
Metod	9
Urval	9
Datainsamling.....	10
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar.....	12
Resultat.....	13
Makt och maktlöshet.....	13
Kvinnans kontroll.....	14
Barnmorskans kontroll.....	14
Svårigheter och möjligheter med kommunikation	15
Massmedial påverkan	16
Kvinnans rädsla för bristningar	16
Barnmorskans rädsla för bristningar.....	17
Förlossningstrender	18
Klinikens kultur.....	18
Otrygghet på grund av ovana	19
Stöd och kunskap önskas	19
Diskussion.....	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Konklusion och implikationer.....	30
Referenser	31
Bilaga 1 (1).....	40

Introduktion

En födande kvinna skall ges möjlighet att inta den förlossningsställning i utdrivningsskedet som hon önskar (Gupta, Sood, Hofmeyer & Vogel, 2017; World Health Organization [WHO], 1996). Den vanligaste förlossningsställningen i höginkomstländer är halvsittande, som är en icke-upprätt förlossningsställning (de Jonge & Lagro-Janssen, 2004; Gupta et al., 2017). I Sverige 2015 var den vanligaste förlossningsställningen gynläge (Graviditetsregistret, 2016).

En halvsittande ställning samt gynställning ökar risken för perineala bristningar (Albers, Anderson, Cragin, Daniels, Hunter, Sedler and Teaf, 1996; Elvander, Ahlberg, Thies-Lagergren, Cnattingius & Stephansson, 2015; Gottvall, Allebeck & Ekéus, 2007). En upprätt position under utdrivningsskedet minskar upplevelsen av smärta, förekomsten av perineala bristningar samt färre incidenter av episiotomier. Vårkarbetet gynnas, barnets rotationer underlättas och kvinnan känner sig mer i kontroll (de Jong, Johanson, Baxen, Adrians, van der Westhuisen & Jones, 1997; Nieuwenhuijze, de Jonge, Korstjens, Budé & Lagro-Janssen, 2013). Enligt en svensk observationsstudie födde endast 16% i upprätt ställning 2007 (Gottvall et al., 2007) medan siffror från 2015 visade på cirka 5 % (Graviditetsregistret, 2016). Gottvall et al. (2007) såg att hos kvinnor som födde i gynläge uppgick analsfinkterrupturer till 6,9 %. Elvander et al. (2015) visade en riskökning av analsfinkterrupturer hos kvinnor som födde i gynläge eller halvsittande. En orsak till att kvinnor födde i gynläge var att barnmorskan behövde bättre uppsikt över perineum (Gottvall et al., 2007). Enligt kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska (Socialstyrelsen, 2006) ska barnmorskan ha förmågan att kritiskt reflektera över både nya och befintliga rutiner och säkerställa att kvinnan erbjuds evidensbaserad vård.

Problemformulering

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) fastslår att sjukvårdens mål är att göra gott och inte skada. En förlossning är en händelse i en kvinnas liv som hon alltid kommer att bära med sig och bör ha inflytande över (Socialstyrelsen, 2001). I Hälso- och sjukvårdslagen fastslås att kvinnan har en självbestämmanderätt och att vården således ska ske i enlighet barnmorska och kvinna emellan (Socialstyrelsen, 2006). Fördelar med att föda i upprätt ställning har påvisats av Thies-Lagergren, Kvist, Christensson & Hildingsson (2012, 2013) och Kvist, Damiani,

Rosenqvist & Sandin-Bojö (2011) samt i en översiktsstudie av Gupta et al. (2017). Samtidigt som det finns en evidens för detta rapporteras kvinnor att föda i halvsittande (Gupta et al., 2017). Det finns en rädsla hos barnmorskan att skada kvinnan samt att kvinnan ska få en negativ förlossningsupplevelse av att föda upprätt (Dahlén & Caplice, 2014), därför väcktes intresset av att undersöka och därmed få en bättre förståelse av barnmorskors erfarenheter av uppräta förlossningsställningar i utdrivningsskedet.

Bakgrund

Förlossningsställningar genom historien

Ur ett historiskt perspektiv har den uppräta förlossningsställningen varit den övervägande och redan i Bibeln finns berättelser om förlossningar på förlossningspall (Coppen, 2005). På reliefer i Egypten skådas Cleopatra i knästående vid hennes första förlossning (Dundes, 1987). Andra reliefer visar huksittande som en vanligt förekommande position (Russell, 1982). Den första tryckta boken i förlossningskonst, *Rosengarden (Der schwangeren Frawen vnd [und] Hebammen Rosengarten*, från 1513 (Roesskin, 1982), beskriver hur den födande kvinnan satt på förlossningsstol när hon skulle föda sitt barn. Barnmorskan Marie-Louise Bourgeois (1564–1636) rekommenderade födande kvinnor att röra på sig under latens- och aktiv fas och sedan föda fram barnet på sådant sätt att tyngdkraften utnyttjades (van Teijlingen, Lowis, McCaffery & Porter, 2004).

Antropologisk forskning visar att uppräta ställningar har varit de dominerande över hela världen (Naroll, Naroll & Howard, 1961). Det är först under de senaste 300 åren som kvinnan börjat föda i en liggande eller halvsittande position med ett medicinskt perspektiv i fokus (Dundes, 1987). Främst var det den franske förlossningsläkaren Mariceau som, på 1700-talet, gjorde det modernt att föda på rygg (Dundes, 1987). Med medicinska landvinningar och läkarnas intåg på obstetrike fick kvinnan och barnmorskan allt mindre kontroll över födandet

(de Jonge & Lagro-Janssen, 2004). Förlossningsspallen gick ur modet och ersattes av sängen (Coppen, 2005).

Definition av uppräta förlossningsställningar

Uppräta förlossningsställningar definieras när den femte lumbalkotan är lägre än den tredje i en vertikal linje (Naroll et al. 1961). Förlossningsställningar delas i två grupper, uppräta och icke-uppräta förlossningsställningar. I föreliggande studie behandlas endast de uppräta förlossningsställningarna. Enligt Coppen (2005) inbegriper uppräta förlossningsställningar sittandes på förlossningspall, knästående, huksittande samt stående.

Ett flexibelt bäcken

Fostrets nedträngande i bäckenet sker genom fyra rotationer med hjälp av uteruskontraktioner (Simkin & Ancheta, 2017). Första rotationen är en flexion av huvudet, då huvudet står i bäckeningången. Vid andra rotationen roterar fostrets huvudet i bäckeningången, så att sutura sagitalis roteras från tvärvidd till mittvidd i skruvliknande rörelse nedom spinalplanet. Under tredje rotationen sker en extension av nacken under symfylen. Fjärde rotation sker då huvudet fötts fram och axlarna roterar till mittvidd. Fostret roterar således åt det håll som det har varit vänt i bäckeningången (a.a). Det sagittala utgångsmåttet ökar om en kvinna befinner sig upprätt (Michel et al., 2002). Edqvist, Blix, Hegaard, Ólafsdottir, Hildingsson, Mollberg & Lindgren (2016) fasthåller att det är flexibiliteten i sakrumplattan som underlättar rotationerna. Därmed underlättar en upprätt position barnets färd genom förlossningskanalen (a.a).

Barnmorskans roll

Den internationella etiska koden för barnmorskor (2011) är vägledande i barnmorskans arbete och vilar på lagar, förordningar och föreskrifter. Den beskriver att barnmorskor ska bidra till att kvinnor får en god förlossningsupplevelse utifrån deras förutsättningar och sammanhang. International Confederation of Midwives [ICM] (2011) poängterar att relationen mellan kvinnan och barnmorskan ska bygga på respekt, ömsesidig tillit och värdighet, och att den ska anpassas för varje individ. Vården ska ske i samhörighet med kvinnan, barnmorskan ska

erkänna rätten till självbestämmande och tillämpa ett respektfullt personligt möte som är sammanhängande och icke auktoritärt (ICM, 2011).

Fördelar och nackdelar med upprätta förlossningsställningar

Enligt WHO (1996) har en upprätt position många fördelar både för mor och barnet då trycket mot vena cava minskar och blodgenomströmningen till uterus förstärks. Livmoderns kontraktionsförmåga ökar (Berghella, Baxter & Chauhan, 2008) och ett flexibelt rörelsemönster under förlossningsarbetet underlättar barnets rotationer ner i förlossningskanalen (Méndez-Bauer et al., 1975). Thies-Lagergren et al. (2012) fann i en randomiserad kontrollerad studie att förlossningsförloppet blir kortare samt behovet av värkstimulerande minskar markant. Om kvinnan har valt en upprätt förlossningsställning stärks känslan av delaktighet, vilket leder till ökad tillfredsställelse av kvinnans förlossningsupplevelse. Kvinnor upplever också en ökad närhet till partnern (Thies-Lagergren et al., 2013).

Ett ordentligt perinealskydd kan emellertid svårt att tillämpa (Renfrew, Hannah, Albers & Floyd, 1998) och hukställning kan öka risken för bristningar (Gottvall et al., 2007; Laine, Pirhonen, Rolland & Pirhonen, 2008) samt att det finns risk för ökad blödning (Dahlen, Dowling, Tracy, Schmied & Tracy, 2012; Thies-Lagergren et al., 2012). Ögonkontakten försämras vid till exempel knästående då kvinnans ansikte är vänt bort mot barnmorskan, då ögonkontakt befrämjar den viktiga kommunikationen kvinnan och barnmorskan emellan (Dahlen, Homer, Cooke, Upton, Nunn & Broderick, 2009).

Teoretiskt ramverk

Halldorsdottirs och Karlsdottirs barnmorsketeori "The primacy of the good midwife in midwifery services" (2011) understryker fem centrala komponenter som definierar professionalism hos en skicklig barnmorska. Professionell omvårdnad handlar om att ge uppmuntran och tillräckligt med information men även visa empatisk förmåga för att sätta sig in i kvinnans situation. Professionell visdom bygger på barnmorskans erfarenheter men samtidigt ska hon förstå vikten av forskning och arbeta evidensbaserat. Professionell kompetens betyder att ge information om praktiska råd på ett individuellt plan och bidra till att kunna möta kvinnans behov. Utveckling handlar om att barnmorskan ska vara uppmärksam på den ständiga utvecklingen av kunskap om grundprinciper och olika teman för

att kunna utveckla och förbättra sitt arbete. Förmåga till mellanmänskliga relationer handlar om att visa intresse för kvinnans livsstilssituation genom aktivt lyssnande och tydlig information (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). WHO (1996) menar att en stor del av den positiva effekten av en vertikal position vid födseln är beroende av barnmorskans kunskaper och erfarenheter av uppräta förlossningsställningar i utdrivningsskedet. Kärnan i “The primacy of the good midwife in midwifery services” grundar sig således på barnmorskans kunskaper och erfarenheter (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011). Om barnmorskan strävar efter att uppnå de fem komponenterna som teorin grundar sig på kommer den födande kvinna få möjlighet att inta den förlossningsställning i utdrivningsskedet som hon önskar.

Syfte

Syftet var att belysa barnmorskors erfarenheter av uppräta förlossningsställningar i utdrivningsskedet.

Metod

Metoden som användes var en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Kvale & Brinkmann, 2009; Polit & Beck, 2008). Data samlades in med hjälp av intervjuer där barnmorskors beskrivningar av erfarenheter vid uppräta förlossningar i utdrivningsskedet blev föremål för analys med innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017). Induktiv ansats är en förutsättningslös analys av människors erfarenheter av en företeelse där exten tillåts “tala fritt”. Kvalitativ innehållsanalys tillhör det hermeneutiska paradigmet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Urval

Inklusionskriterierna var förlossningsbarnmorskor som hade varit yrkesverksamma på förlossningsavdelning i minst sex månader. Förlossningsbarnmorskor som hade mindre än sex månaders erfarenhet exkluderades således. Bekvämlighetsurval tillämpades (Polit och Beck, 2008), vilket innebar att de barnmorskor som efter utskickad förfrågan ville ingå i studien accepterades. Tillstånd att genomföra studien efterfrågades hos respektive verksamhetschef

genom e-post, varvid verksamhetscheferna skickade tillbaka ett skriftligt klartecken till att intervjuerna fick genomföras.

Datainsamling

Data insamlades under sommaren och hösten 2017 vid fyra olika förlossningsavdelningar i södra Sverige, varvid sexton barnmorskor intervjuades. Informanterna fick själva välja plats och tid och alla utom en valde att bli intervjuade på telefon. Intervjuerna spelades in på lösenordsskyddade mobiltelefoner och transkriberades ordagrant i anslutning till intervjutillfället. Den kortaste intervjun var 12 minuter och den längsta 51 minuter. En av intervjuerna skulle ha företagits på informantens bostadsort, men på grund av tidsbrist fick även denna utföras per telefon.

Efter att ha fått verksamhetschefernas tillåtelse tillhandahöll verksamhetscheferna enhetschefernas e-postadresser. Enhetscheferna erhöll därpå en förfrågan om de kunde skicka ut ett mejl till de informanter som uppfyllde inklusionskriterierna. Genom enhetscheferna skickades således informationsbrev genom e-post ut till informanterna där enhetscheferna agerade som en mellanlänk. Informanterna som önskade delta i studien gav godkännande via e-post eller genom telefonkontakt. En visade sitt intresse genom sin enhetschef varvid denna informant kontaktades via telefon och en gav muntligt godkännande vid ett personligt möte innan intervjun.

Den typ av intervjuer som företogs i studien var djupintervjuer (Wihlborg, 2017). En djupintervju kännetecknas av ett interaktivt och utforskande samtal angående den företeelse som studeras. Den inledande frågan är den samma för alla informanter medan uppföljningsfrågorna kan variera (a.a). Wihlborg (2017) menar att intervjuarens förmåga att vara närvarande gör det inte möjligt att bedriva en djupare analys under själva intervjun. Den ostrukturerade indirekta intervjuformen användes då Polit & Beck (2008) menar att intervjuaren inte följer någon fördefinierad fast struktur, vilket gör att följdfrågor som passar in i ett visst sammanhang kan ställas och respondenten kan mer utförligt beskriva sina erfarenheter. Med utgångspunkt från syftet användes den öppna frågan, "berätta om dina erfarenheter av uppräta förlossningsställningar i utdrivningsskedet". Öppna frågor syftar till

att respondenterna ska berätta fritt om sina erfarenheter (Polit & Beck, 2008). Följdfrågor ställdes därefter utifrån informanternas svar.

Analys av data

Materialet analyserades genom manifest innehållsanalys. Manifest innehållsanalys fokuserar på innehållet i texterna ur ett textnära perspektiv (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Intervjuerna bearbetades sedan för att kunna besvara syftet och för att eventuella slutsatser skulle kunna dras utefter resultatet (Polit & Beck, 2008). Henricsson och Billhult (2012) påpekar att vid dataanalys bör förförståelsen frångås även om förförståelsen utgör en viktig del av den motivation som ligger till grund för en studie.

Förförståelse utgörs således av den uppfattning som författaren har av ett visst fenomen. Till grund ligger tidigare erfarenheter, teoretisk kunskap som inhämtats, men även förutfattade meningar (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Under arbetets gång har författarna till föreliggande studie haft verksamhetsförlagd utbildning på tre olika förlossningskliniker, där olika erfarenheter av förlossningsställningar har inhämtats.

Intervjumaterialet numrerades i det transkriberade materialet med siffrorna 1–16 för att lättare kunna skilja dem åt under bearbetningen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. Materialet lästes vid upprepade tillfällen för att upptäcka meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet är delar av texten som innehåller viktig och relevant information om studiens syfte, därför sorterades det textmaterial som inte svarade mot syftet bort. Meningsbärande enheter kondenserades och nyckelorden som hittades kodades. Koder med liknande innehåll sammanföll under samma underkategori. Utifrån underkategorierna framträdde huvudkategorier (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Exempel på kvalitativ innehållsanalys från studien presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen.

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kodning	Underkategori	Huvud-Kategori
<i>''det är olika attityder upplever jag nog på olika sjukhus och mycket det här om man inte lär sig under sin studietid med uppräta förlossningar så är det ingenting som man sen kanske gör, när man arbetar, att tyvärr så är det väl så att det liksom måste finnas med under tiden man blir barnmorska alltså under tiden man pluggar till barnmorska''</i>	Om barnmorskor inte lär sig om uppräta ställningar under studietiden, blir det kanske svårt att hen kanske gör det sen. Uppräta ställningar måste finnas under VFU.	Barnmorskornas önskemål att lära sig om uppräta förlossningsställningar redan under utbildningstiden.	Stöd och kunskap önskas	Klinikens kultur

Forskningsetiska avvägningar

Enligt Declaration of Helsinki (WMA, 2013), Polit & Beck (2008) samt Vetenskapsrådet (2002) ska deltagare till en studie få tillräcklig med information för att de ska kunna avgöra om de vill delta i studien eller inte. Informationen ska innefatta studiens syfte, upplägg, tillvägagångssätt för datainsamling, samt bör studiens nytta framgå. Forskning får aldrig åsamka någon skada, därför har principer som godhets-, rättvise- samt autonomiprincipen tagits hänsyn till (Stryhn, 2007). Deltagandet ska alltid vara frivilligt och deltagarna ska kunna dra sig ur studien när som helst under arbetets gång utan att behöva ange skäl. Med detta i beaktning fick barnmorskorna både skriftlig och muntlig information med löfte om att deltagandet var frivilligt samt att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst under studiens gång. För att säkerställa deltagarnas integritet och konfidentialitet samt anonymitet kodades respektive intervju med en siffra (Kvale & Brinkmann, 2009). Sekretessen upprätthölls således samt genom att inga fakta som framkom angående den enskilda

deltagaren eller kliniken där deltagaren arbetar röjdes. Materialet sparades därefter på lösenordsskyddade datorer och kommer att raderas efter studiens godkännande.

Resultat

I dataanalysen framkom tre huvudkategorier med tillhörande underkategorier.

Huvudkategorierna är: makt och maktlöshet, massmedial påverkan samt klinikens kultur. De underkategorier som framkom redovisas överskådligt i tabellen nedan.

Tabell 2. Studiens resultat

Huvudkategori	Underkategori
Makt och maktlöshet	<i>-Kvinnans kontroll</i> <i>-Barnmorskans kontroll</i> <i>-Svårigheter och möjligheter med kommunikation</i>
Massmedial påverkan	<i>-Kvinnans rädsla för bristningar</i> <i>-Barnmorskans rädsla för bristningar</i> <i>-Förlossningstrender</i>
Klinikens kultur	<i>-Otrygghet på grund av ovana</i> <i>-Stöd och kunskap önskas</i>

Makt och maktlöshet

Barnmorskornas erfarenheter av upprätta förlossningsställningar handlade om en känsla av makt och maktlöshet. Det fanns en tydlig skillnad mellan den kontroll barnmorskan kände att hon genom sitt yrkesutövande måste uppbära och när kontrollen inte längre fanns upplevde barnmorskan en form av maktlöshet. Den kontroll den födande kvinnan hade över

förlossningssituationen erfor barnmorskorna ge kvinnan makt. Barnmorskorna ansåg att kontroll även hade att göra med förmågan eller oförmågan till kommunikation inne i förlossningsrummet. Det framkom således en diskrepans i resonemanget då barnmorskans förlust av kontroll tidvis handlade om att den födande kvinnan ökade sin och vice versa.

Kvinnans kontroll

Resultatet visade att barnmorskorna erfor att när kvinnan befann sig i en upprätt position ökade kvinnans egen kontroll över situationen. Den uppräta positionen likställdes med kraft och styrka och när kvinnorna kom upp vågade de ofta ha tillit till sin kropp:

“Men jag tycker att kvinnor föder mer självständigt i uppräta ställningar. Och jag får känslan att de blir mer subjekt än objekt. Det tycker jag är det viktigaste...” (5)

Kvinnors kontroll visade sig vara ett svårdefinierat begrepp då barnmorskorna samtidigt ansåg att kvinnan var i kontroll när hon tydligt visade i vilken position hon ville föda och följde sin kropp, men att en grupp av kvinnor släppte kontrollen till barnmorskorna:

“och nu tycker jag då att nu är det ingen som nästan säger någonting om någon förlossningsställning, utan de (vår anmärkning: kvinnorna) gör som vi rekommenderar... så det har ju inte fokus på det längre utan nu är det mer... ååå vi får inte brista... (10)

Barnmorskans kontroll

Erfarenheten av uppräta förlossningsställningar hos barnmorskorna var att de själva befann sig en fysisk position i vilken de hade mindre kontroll över födandeprocessen. Samtidigt som kvinnans kontroll ökade fanns en känsla av förlust av kontroll när det gällde barnmorskan.

“... då får de (vår anmärkning: kvinnorna) ju jättekraft liksom och då är det viktigt att den här kraften inte blir för stor så att man inte får nån skada av den anledningen liksom” (2)

Alla respondenterna nämnde någon gång det norska greppet. Det norska greppet har införts på flera förlossningskliniker och många uttryckte att de anammade det, men det rädde delade meningar hur det kunde hållas bäst. Barnmorskorna uttryckte att det var tydligt att fokuset på

perinealskydd innebar att fler kvinnor numera födde i ryggläge så att barnmorskan kunde ha bättre uppsikt. Men det skapade också en maktlöshet hos barnmorskorna om kvinnorna ville föda i en position som barnmorskorna kände att de inte hade kontroll på:

“Samtidigt så kan jag också tänka att när det kom det här att vi skulle ha observation på perineum alltså då blev det nästan förbjudet med upprätta ställningar och det var ju lite tråkigt så man kände sig nästan som en liten bov om man ställde upp kvinnan på knä och förlöste eller ja nu är det nästan ingen som efterfrågar nån pall... eehm men det har ju blivit väldigt mycket fokus på bristningar, det är ju bra men det skapar också en viss rädsla hos kollegor märker jag” (10)

Svårigheter och möjligheter med kommunikation

Barnmorskorna tyckte det var svårare att kommunicera med en kvinna som exempelvis befann sig vänd bort från dem på knä på grund av att de inte fick ögonkontakt och valde därför att förlösa i gyn- eller halvsittande ställning. Ett ytterligare problem var om ett gemensamt språk saknades:

“... och när man sitter så har man ju väldigt bra kontakt om man kan titta kvinnan i ögonen och kan styra bra och så men när man har i knästående eller så... så är... jag tycker det är svårt att veta hur man ska hålla perinealskydd och det är svårt att ha full kontakt och då får man nästan ha en tredje... att man får ha undersköterskan eller pappan förmedlar det man vill säga eller så och det kräver ju känner jag att kvinnan kan svenska så att man verkligen kan kommunicera...” (6)

Det fanns även barnmorskor som med fördel använde sig av partnern eller undersköterskan eller icke-verbal kommunikation:

“Nej jag tycker det går bra att kommunicera. Även om jag inte har ögonkontakt med henne så har jag kontakt med mannen och han kan kan vidareförmedla...” (9)

Samtidigt fanns det en rädsla att inte ha ögonkontakt och därigenom kunna styra kvinnan samt att de som agerade som länk mellan barnmorskan och den födande kvinnan skulle få barnmorskan att tappa kontroll över situationen:

“att jag tappar lite där även om vi har pratat innan det här tidigare och de inte ser mig så blir andra röster i rummet som tar över...” (14)

Genomgående var också barnmorskans vilja att vara närvarande inne på rummet.

Barnmorskorna kände att de var tvungna att ha kontroll över flera förlossningar samtidigt och förekomsten av övervakningsskärmar på expeditionerna underlättade kontrollen men gjorde så att den personliga närvaron ibland gick om intet. Närvaron skapade således ett klimat som underlättade samspelet och kommunikationen barnmorskan och den födande kvinnan emellan.

Massmedial påverkan

Barnmorskorna ansåg att både de själva och de födande kvinnorna underförstått styrdes av trender. Debatter på internet, TV och i dagspress skapade en känsla av rädsla.

Kvinnans rädsla för bristningar

Barnmorskornas erfarenheter av upprätta förlossningsställningar var att kvinnor upplevde en brist på kontroll om de födde upprätt på grund av osäkerhet och rädsla för perinealbristningar:

“jag upplever att kvinnor idag är mycket mer osäkrare... har mycket mer rädslor med sig, rädslor för smärta, rädslor för att inte ha kontrollen och då kanske att man känner sig utlämnad... jag tror att de flesta känner att de har mer kontroll om du sitter i sängen liksom” (12)

Andra åsikter var att kvinnorna var väl pålästa men hade ändå inget förtroende för den egna kroppen och efterfrågade därför inte upprätta förlossningsställningar. Några barnmorskor ansåg att kvinnors val av förlossningsställningar påverkades av att svenskarna är ett så kallat anpassningsbart folk som de blir tillsagda och ifrågasätter inte. Barnmorskorna ansåg om massmedia ger en bild av att det finns en ökad risk för bristningar och dessa förvärras om ett fullgott perinealskydd inte kan tillämpas blir kvinnan passiv:

“Jag tror att det är ääää... de tror att vi inte kan skydda perineum när de inte ligger ner på rygg för att de har hört att man ska ha ääää små lappar och norska handgreppet åååå det ena och det andra...” (11)

Samtidigt fanns en konsensus att kvinnor inte borde vara rädda för bristningar.

Barnmorskorna kände att svensk sjukvård är duktig på att både diagnostisera och suturera den svåraste bristning.

Barnmorskans rädsla för bristningar

Resultatet visade att barnmorskorna inte vågade bistå kvinnor i en upprätt förlossningsställning eftersom det lades för mycket fokus på bristningar i media och att det pågick en skrämseltaktik som lett till att barnmorskan hålls ensam ansvarig när en kvinna får en grad III eller IV-bristning. Varje bristning sågs som ett stort misslyckande i barnmorskornas yrkesutövande och de var rädda för att statistiken skulle visa att de inte förlöst i halvsittande eller gynställning med ålagt perinealskydd.

“...och sen så har det ju fortsatt också med väldigt mycket fokus och väldigt mycket uppmärksamhet i media. Just angående bäckenbottenskadorna /.../ så att det blir mode och så vrider massmedia upp några personer som råkat ut för stora bristningar” (12)

Det framgick att barnmorskorna trodde på att upprätta förlossningsställningar kunde ge ett mer oforcerat krystförlopp, men att dagens kvinnor inte var ett med födandeprocessen.

Barnmorskorna poängterade att kvinnorna hellre ville bli förlösta än att föda upprätt.

“Det är inte lika trendigt just nu att ha alternativa positioner och var väldigt aktiv och jobba i sin förlossning. Jag tycker att det är mera epidural och ligg ner /.../ Kvinnan idag är inte aktiv i sin förlossning.” (11)

Barnmorskorna hade delade uppfattningar kring perinealskydd och upprätta förlossningsställningar. En del av barnmorskor tyckte att det gick utmärkt att hålla perinealskydd i upprätta förlossningsställningar medan andra tyckte tvärtom:

“Men jag vet att många barnmorskor säger att de har ingen koll på perineum och jag tycker att man har det om kvinnan står upp på sina fötter eller står på knä eller sitter på pallan så tycker jag att man liksom har uppsikt över perineum då. Jag... jag förstår inte... jag förstår inte liksom inte riktigt det resonemanget, måste jag säga. Jag förstår inte riktigt vad de menar.” (4)

Förlossningstrender

Barnmorskans erfarenheter om upprätta förlossningsställningar handlade till synes om trender, och en längtan efter den normala förlossningen samt en oro att den normala förlossningen medikaliseras successivt. Barnmorskorna menade att hands off och alternativa ställningar hade ersatts av ett riskbedömningstänkande som de ansåg vara tråkigt:

“Under de här 27 åren så har jag jobbat på förlossningen ... Mmm... Jaa det är ju väldigt annorlunda det som hände för när jag var färdig barnmorska, det som hände då det vi blev lärda då var det positiva med att kvinnan skulle sitta på huk eller att stå på knä eller att man skulle stå upp, så blev jag upplärd och sen har det blivit mer och mer eeehm...” (3).

“De är inskolade bara och tänka liksom risk... låg risk... hög risk... säkerhet och det blir väldigt tråkigt” (4)

Det framkom att barnmorskorna var medvetna om att trender kommer och går men det fanns situationer där de ville strunta i trender och se till kvinnans behov istället. Resultatet visade att barnmorskor kan vara kritiska mot nya trender som åläggs och influerar förlossningsvården:

“...personligen så vägrar jag att göra det (vår anmärkning: norska greppet) för jag står inte och trycker en knoge... Ursäkta uttalet... i röven på kvinnan, alltså jag gör inte det. Jag har använt ett perinealskydd under alla år och jag har inte haft några stora bristningar.” (3)

Klinikens kultur

I varje klinik fanns en kultur eller en tradition rotad gällande förlossningsställningar. Vissa kliniker hade en mer tillåtande attityd angående upprätta förlossningsställningar än andra. Upprätthållandet av varje kliniks kultur handlade dels om en otrygghet på grund av att det

fanns en ovana och dessutom en ovilja till förändring men samtidigt hos den enskilda barnmorskan en önskan om stöd i strävan efter att utveckla och förbättra med en hunger för kunskap och ökad fortbildning.

Otrygghet på grund av ovana

Barnmorskorna vittnade om att det var avdelningens kultur som spelade roll när det gällde upprätta förlossningsställningar för att dessa påverkades mycket av den kultur och tradition som fanns på avdelningen. Det fanns många faktorer som spelade in, främst handlade det om ovana och otrygghet. Tillåtelsen från kollegorna var en grundläggande faktor samt vad man är van vid:

“Ja, men det är tradition... man gör som man brukar, antar jag, jag har inget bra svar...”
(16)

Barnmorskorna använde inte förlossningspall på grund av okunskap och motsatte sig pallförlossningar på grund av den obekväma arbetsställningen:

“... inte så många som vill använda pallen därför det är väldigt många kollegor som inte har kunskapen. Som inte kan förlösa på pall, som är lite okunniga kring den. Utav de äldre kollegor som inte reder ut fysiskt därför att det är... inte... den... kräver lite grann att man får sitta på golvet till exempel.” (1)

Det framgick även att klinikens kultur kan skapa en otrygghet hos barnmorskorna, då barnmorskorna på vissa förlossningskliniker är vana att förlösa på ett visst sätt:

“barnmorskan är i sig själv inte trygg på att säga föd du på det sättet du vill...” (14)

Stöd och kunskap önskas

Barnmorskornas erfarenheter av upprätta förlossningsställningar var att möjligheterna är få att under barnmorskeutbildningen lära sig om upprätta förlossningsställningar.

“Då har man på något vis liksom mmmm godkänt att det är ok att att vi bestämmer att kvinnan ska vara på rygg” (8)

Barnmorskorna visade att det, trots svårigheter, fanns en önskan om fortbildning och en kunskapsörst som emanerade i en längtan till en återgång till det mer naturliga födandet och ett steg bort från medikaliseringen och det läkarstyrda. Emellertid möttes de av motstånd samt tidsbrist. Drivande barnmorskor som brann för upprätta förlossningsställningar efterfrågades och därmed en legitimering mot att låta kvinnan vara den som födde och inte barnmorskan som förlöste.

“det jag tänker på är att man skulle kunna träna mer på det (vår anmärkning: upprätta förlossningsställningar) eftersom det inte händer så himla ofta...” (6)

En generell bild som framträdde var således att det redan under studietiden fanns svårigheter med att “få ihop sina fem upprätta förlossningar”. Antalet var starkt beroende på vilken eller vilka handledare man gick med och var man var placerad. Respondenterna hade även flyttat till förlossningskliniker som hade samma tankegångar som de själva för att på så sätt få lov att bistå kvinnor i alla förlossningsställningar.

Barnmorskorna berättade att kunskapen ökade genom att träna och vara inne på varandras förlossningar. Det skapade inte bara trygghet utan skapade ett forum för nya idéer och möjlighet att hjälpa varandra. Det uttrycktes en önskan att hospitera på andra kliniker för att utveckla kompetensen i yrket:

“jag tror att man hade vunnit i hela Sverige nationellt på att barnmorskor skulle hospitera på andra kliniker... det sitter så mycket i väggarna på våra egna kliniker som alla säger... (14)

Diskussion

Metoddiskussion

Barnmorskors erfarenheter av uppräta förlossningar i utdrivningsskedet har analyserats utifrån kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017). Fördelarna med att använda induktiv ansats i föreliggande studie är att det från en stor mängd empiriska data har kunnat dras generaliseringar och på så sätt fokuserats på barnmorskornas egna erfarenheter (a.a). Styrkan har varit att en förutsättningslös analys av de texter som materialet baseras på har kunnat bedrivas (Backman, 2008; Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Om en deduktiv ansats hade använts hade materialet analyserats utifrån en i förväg utarbetad mall där slutsatsen redan var antagen, vilket inte var relevant för studien (Lundman och Hällgren Graneheim, 2017).

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) ökar trovärdigheten i en studie om undersökningsgruppen varierar i ålder och erfarenheter. Deltagare från fyra olika förlossningskliniker värvades. Barnmorskorna hade arbetat minst sex månader på en förlossningsavdelning. Detta har stärkt studiens resultat då dessa hade sin utbildningstid färskt i minnet, men ändå hunnit ta del av sin avdelnings rutiner och regler samt insamlat tillräcklig erfarenhet för att ha en åsikt (a.a). Skillnaden mellan de barnmorskor som hade arbetat minst jämfört med de som arbetat längst var trettiofem år, vilket gav ytterligare styrka till studien då den både täckte in barnmorskor med mycket erfarenhet och nyutbildade (a.a).

Då respondenterna var spridda över hela södra Sverige bestämdes det att telefonintervjuer var den mest praktiska datainsamlingsmetoden. Till en början var upplevelsen att telefonintervjuer skulle få det personliga mötet att gå förlorat, men istället bekräftades det av deltagarna att telefonintervjuerna gav en ökad anonymitet och således föranledde en lugn och avslappnad situation, då de flesta av intervjuerna skedde i respondenternas hem när de var lediga (Kvale & Brinkmann, 2009). Två av intervjuerna skedde genom telefonintervjuer på respondentens arbetsplats, men i skiftbytet då de kunde gå iväg efter rapportering och sitta ostört. Fördelarna med telefonintervjuer var att de således var tidsbesparande och det

upplevdes lättare för deltagaren att svara på frågor när de inte var fysiskt närvarande (a.a). Emellertid fanns det också svagheter med telefonintervjuerna, då respondentens kroppsspråk inte kunde läsas av (Bryman, 2011). Medellängden på intervjuerna var 15,7 minuter. Längden på en intervju behöver inte ses som något negativt då en kortare intervju kan innehålla lika mycket information som en lång (Bryman, 2011). Materialet bedömdes som rikt och omfattande, vilket var en styrka (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

En svaghet i studien är att svarsfrekvensen från två kliniker var sparsam. Resultatet kan antas ha påverkats av att det var olika storlek på klinikerna och att respondenterna från de mindre klinikerna var övervägande, då det kan finnas olika kulturer beroende på storlek. Information om studien skickades ut under sommaren 2017. Det faktum att arbetsbelastningen på förlossningsavdelningarna under sommaren var hög kan även ha påverkat svarsfrekvensen då barnmorskorna inte haft tid att läsa informationen om studien som hade skickats ut på deras jobbmejl. Det hade således kunnat tillföra studien mer styrka och stärkt trovärdigheten om fler kliniker och fler respondenter hade involverats på grund av att fler barnmorskor hade uttryckt sina åsikter (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Uppdelning av intervjuerna mellan författarna kan ha tillfört studien svaghet (Kvale & Brinkmann, 2009). Även om öppna frågor användes vid intervjuerna har varje individ sin egen intervjuteknik samt då det var första gången en kvalitativ studie utfördes av oss båda, kantas speciellt de första intervjuerna av ovana. Under intervjuernas gång förbättrades dock tekniken (a.a).

Enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) ökar resultatets tillförlitlighet genom att fler än en läser igenom alla intervjuer och gör analyserna tillsammans, vilket också gjordes. Tillförlitligheten har även stärkts av att alla steg i analysprocessen har diskuterats tillsammans gällande olika tolkningar av såväl koder som kategorier (a.a). Tillförlitligheten har stärkts av att informanterna har berättat fritt om sina erfarenheter efter att öppna frågor har ställts. Följdfrågor har endast ställts då själva erfarenheten har behövt utvecklats (a.a). Eftersom respondenterna informerades om att deltagandet var helt frivilligt styrktes resultatet av ett starkt engagemang samt det faktum att ingen av respondenterna uttryckte att de efter intervjuerna hade genomförts ville hoppa av (Kvale & Brinkmann, 2009). Då sexton

respondenter från fyra kliniker tillhandahöll ett rikt material utifrån vilket varje barnmorskas individuella erfarenhet undersöktes stärktes tillförlitligheten och överförbarheten ytterligare (Lundman & Hällgren Graneheim (2017).

Studiens styrka är att trots en ostrukturerad intervjuteknik tillämpades med öppna frågor uppvisade de sexton respondenterna likartade erfarenheter, vilket kan uppfattas som att deras erfarenheter är de samma. Giltigheten i ett resultat anses stärkt om resultatet framhäver det som avses beskrivas (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Giltigheten kan styrkas ytterligare genom återkoppling av experter. I det här fallet genom återkoppling av att handledare granskat resultatet. Valet av deltagare är också avgörande. Det faktum att respondenterna var i olika åldrar samt hade från sex månader till trettiofyra års erfarenhet stärker giltigheten ytterligare. Lundman och Hällgren Graneheim (2017) menar att användandet av citat för att ge läsaren möjligheten att själv bedöma det som sades i intervjuerna stärker resultatet.

Överförbarhet baseras på i vilken omfattning resultatet kan appliceras i andra sammanhang eller grupper (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Studien genomfördes på fyra olika förlossningskliniker i södra Sverige och detta val gjordes medvetet för att få ett varierat urval. Lundman & Hällgren Graneheim (2017) menar att överförbarheten kan stärkas genom detta faktum. Klinikerna där respondenterna arbetade utförde en förlossningsvård som skilde sig från varandra, emellertid stärktes resultatet och överförbarheten i att barnmorskornas beskrivningar av sina erfarenheter tangerade varann.

Förförståelse utgör en viktig del av tolkningsprocessen (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Verksamhetsförlagd utbildning har genomförts på tre olika förlossningskliniker i södra Sverige och givit för handen att det finns skillnader i hur varje klinik och varje enskild barnmorska ser på tillämpningen av uppräta förlossningsställningar. Då denna förförståelse dels har legat till grund för idén till denna uppsats har vi under analysprocessen försökt bortse från att denna skulle färga resultatet (Olsson & Sörensen, 2011) genom att använda en intervjuteknik med öppna frågor.

Resultatdiskussion

Barnmorskorna i föreliggande studie erfor att kvinnan var i kontroll när hon visade i vilken position hon ville föda. Nieuwenhuijze et al. (2013) kom genom en holländsk kvantitativ studie fram till att kvinnan är i kontroll när hon får välja den förlossningsposition hon önskar. Vetskapen om detta gör att hennes inflytande bidrar till att hon ser fram emot att föda, smärtupplevelsen påverkas i en positiv riktning samt valet av förlossningsställe, på klinik eller hemma. Hollander, de Miranda, van Dillen, de Graaf, Vandenbussche & Holten (2017) menar i en kvalitativ studie att kvinnor som känner att de vill ha gehör för sina önskningar söker sig till en viss klinik eller föder hemma. Barnmorskor som känner att de inte kan förlika sig med en kliniks inrotade "kultur" söker arbete någon annanstans. I Hollander et al. (2017) framkom det att det fanns en diskrepans i hur kvinnor tolkade de regler och rutiner sjukvården anammade. Kvinnorna behövde känna sig i kontroll över födandeprocessen och åberopade sin rätt till självbestämmande och sökte sig därför till kliniker som kunde tillgodose detta. När kvinnor inte ville förlika sig med en kliniks regler kunde det skapa en maktlöshet och rädsla hos vårdgivaren (a.a). Detta kan förklara att vissa kvinnor väljer att föda på en klinik där de vet att det är "tillåtet" att föda i upprätta positioner (Nieuwenhuijze et al., 2013). Det informerande valet är essentiellt menar Gupta och Nikodem (2000). Den professionella omvårdnaden är applicerbar då det gäller det informerande valet, då barnmorskan söker efter att bekräfta kvinnan samtidigt som hen ger information angående valet av förlossningsställning (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Egenskapen att kunna sätta sig in i den födande kvinnans situation är avgörande om den professionella omvårdnaden lyckas (a.a).

Resultatet visade att barnmorskornas närvaro hjälpte kvinnan att hantera förlossningen, vilket är i linje med Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane (2016). Genom barnmorskans närvaro ökade också kvinnans upplevelse av kontroll och förlossningsupplevelsen blev positiv (Pembroke & Pembroke, 2008). Barnmorskorna såg det som en nackdel att de idag är involverade i oftast mer än en förlossning. De uttryckte att kontinuerlig övervakning på storbildsskärmar hindrade hen från att vara fysiskt närvarande inne på förlossningsrummet. Faran med detta blir att eftersom närvaron minskar, minskar även kvinnans trygghet och kontroll (King, 2012). King (2012) menar att närvaro är det som förkortar förlossningsförloppet, minskar interventioner samt får kvinnan mer trygg. Barnmorskan vågar inte elaborera med upprätta ställningar för att dessa kräver mer närvaro av barnmorskan (a.a).

Enligt ICM (1999) ska barnmorskan bistå kvinnan genom en kontinuerlig närvaro och även låta henne bestämma genom ett informerat val samt stödja kvinnans beslut.

Barnmorskornas erfarenheter i studien var att ett gott perinealskydd var viktigare än förlossningsställning och fokus på perineum hade fått fler kvinnor att föda på en icke upprätt position. Kvinnor föder ofta i den position som barnmorskan rekommenderar (de Jonge & Lagro-Janssen, 2004). En rekommenderad förlossningsställning ska endast vid behov styras av barnmorskan om en obstetrisk orsak exempelvis fosterljudpåverkan förekommer under utdrivningsskedet (de Jong et.al 2008). Enligt Patientlagen (SFS 2014:821) har sjukvården skyldigheter att informera och göra patienten delaktig i beslut kring den vård som ges. Syftet med det är att stärka patienten integritet, delaktighet och självbestämmande (Socialstyrelsen, 2015). Barnmorskans professionella kompetens är att stärka kvinnan och hennes rätt till självbestämmande under förlossningsprocessen (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Resultatet poängterade att förhållandet mellan en barnmorska och en födande kvinna kan kännetecknas av ett maktförhållande där barnmorskan besitter den medicinska makten (Fahy, 2002). Om kvinnan önskar en viss förlossningsställning i utdrivningsskedet och barnmorskan inte samtycker blir makten asymmetrisk. Det komplexa förhållandet mellan makt och kunskap är att de är oskiljaktiga begrepp (Foucault, 1982). Maktförhållandet i en förlossningssituation kan således förklaras genom att barnmorskan är den som leder kvinnan och kvinnan underordnar sig (Fahy, 2002). Men om kvinnan inte gör det blir den medicinska och den juridiska makten synlig. Kvinnan kan återta kontrollen om hon blir delaktig i förlossningen och i kunskapen gällande hennes rättigheter (a.a). Lundgren & Berg (2007) och Green (2015) lyfter att ett välfungerande förhållande barnmorskan och kvinnan emellan är avgörande för en positiv förlossningsupplevelse. I en kvalitativ studie undersöker Lundgren & Berg (2007) centrala koncept utformade av både barnmorskor och kvinnor från ett fenomenologiskt synsätt. Sex centrala begrepp framträdde: att ge sig hän och att vara tillgänglig, förtroende och hur förtroende förmedlas, deltagande och ömsesidighet, ensamhet och bekräftelse, att vara annorlunda och bekräfta det unika samt att skapa mening och att stödja meningsfullhet. Begreppen är applicerbara på det maktförhållande som uppstår kvinnan och barnmorskan emellan i den medicinska kontexten. När det gäller barnmorskors erfarenheter av upprätta förlossningsställningar betyder koncepten att barnmorskan borde inkorporera kvinnan i födandeprocessen genom att vara tillgänglig, förmedla förtroende, delta och vara närvarande i

förloppet och bekräfta det unika i varje kvinna för att på det sättet göra kvinnan till ett subjekt. Barnmorskan bör vara både en följeslagare och en guide (Lundgren, 2004).

Barnmorskorna erfor att när kvinnan var vänd bort från dem kunde kommunikationsproblemen uppstå, speciellt då ett gemensamt språk saknades. På grund av kommunikationsproblem valde respondenterna att förlösa kvinnan i en icke-upprätt position och hålla ett fullgott perinealskydd. Akhavan (2012) understryker att språksvårigheter inte får hindra barnmorskorna från att tillgodose kvinnans behov. Enligt Socialstyrelsen (2006) ska barnmorskorna förväntas ha ett etiskt och holistiskt förhållningssätt och vården ska ges i samråd med kvinnan. Meuter, Gallois, Segalowitz, Ryder & Hocking (2015) påstår att kommunikationssvårigheter inom sjukvården kan utgöra en fara med allvarliga konsekvenser. Bischoff, Tonnerre, Eytan, & Loutan (1999) ser att användandet av kvalificerade tolkar inte görs i den utsträckning som faktiskt är möjligt. Genom att involvera en kvinna som är utbildad i hur förlossningsvården fungerar och som kan den individuella kvinnans språk, fungerar hon som en länk mellan kvinnan och barnmorskan som ger positiva följder för alla parter så att kvinnan får föda i den position hon vill (Maher, Crawford-Carr & Neidigh., 2012). Implementeringen av kulturtolkar eller kulturdoulor kan vara ett svar på detta problem (a.a).

Barnmorskorna använde olika strategier för att kunna bemöta kvinnans behov om kvinnan står på knä och är vänd från barnmorskan. Användandet av partnern som kommunikationslänk sågs som en strategi. Coe & Dolan (2011) visar att partnern upplever det som positivt att få bli involverad i förlossningen. Förmågan att integrera partnern i förlossningen kan skapa ett samspel och en positiv förlossningsupplevelsen (a.a). En upprätt förlossningsställning kan därför inkorporera partnern på ett annat sätt i födandeprocessen genom att belysa de mellanmänskliga relationerna (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011).

Det framgick i föreliggande studie att både barnmorskorna och de födande kvinnorna underförstått styrdes av trender. Diskussionsgrupper på internet och debatter i massmedia underbyggde en känsla av rädsla. Media har ett stort ansvar i hur förlossningar diskuteras och porträtteras (Luce, Hundley, van Teijlingen, Ridden & Edlund, 2017; Mwanzia, 2012). Avsaknaden av berättelser om barnafödande från mor till dotter får kvinnor att söka

information via Internet (Luce et al, 2017). Medias porträtt är ofta ett av sensationalism och det är skrämselfhistorierna som väcker intresse. Journalistik väcker den så kallade kulturellt betingade rädslan. Denna rädsla undermineras av hur födandet har separerats från kvinnors liv (a.a).

I föreliggande studies resultat framträdde det att respondenterna erfor att de födande kvinnorna hade en ovilja att föda i upprätta förlossningsställningar och att de var rädda för bristningar. Det visade sig att rädslan för bristningar härstammade från massmedia. I en kvalitativ studie av Lindgren, Brink och Klinberg-Allvin (2016) framkommer att det är just *rädslan* som orsakar bristningar och inte av att föda i en upprätt förlossningsställning. Förebyggandet av en bristning sker inte i ögonblicket då barnet kommer ut, utan långt innan. Det som kan lyftas här är vikten av kontinuitet - att ha en barnmorska som följer kvinnan från barnmorskemottagning till förlossning, en barnmorska som har penetrerat kvinnans önsknings och rädslor. Case-load midwifery finns inkorporerat i bland annat Nya Zeeland, Storbritannien och Danmark och fokuserar på att en eller få barnmorskor följer kvinnan under graviditet, förlossning och spädbarnstiden (Forster et al., 2016). Kontinuiteten gav kvinnan en bättre förlossningsupplevelse i det att hon fick vara involverad och knuten till samma barnmorska som kände till hennes behov, exempelvis att hon ville föda upprätt (a.a.). Kontinuiteten skapade även en djup förståelse som fick barnmorskan att applicera en holistisk syn på kvinnan och hennes partner (Dahlberg & Aune, 2013; Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Bland barnmorskorna uttrycktes också en oro över att exempelvis norska greppet fått så stor plats i media, men de fann väldigt lite belägg evidensmässigt. En översiktsstudie baserad på både randomiserade och icke-randomiserade studier tittade på om perinealskydd kunde minska bristningar och fann att resultatet var ofullständigt för att tillämpa kliniskt (Bulchandani, Watts, Sucharitha, Yates, & Ismail, 2015). Meyvis, Rompaey, Goormans, Truijen, Lambers, Mestdagh & Mistiaen (2012) och Gottvall et al. (2007) visar att gynställning har en negativ inverkan på perineum och kan leda till perinealbristningar ökar om kvinnan föder i en icke upprätt position. Dessutom visar Socialstyrelsen (2009) att orsaken till bristningar är komplex, men det kan vara att kvinnan är förstföderska, föder ett stort barn, har en långdragen förlossning eller att förlossningen avslutas instrumentellt. Patientsäker vård kännetecknas av att patienterna ska skyddas från att råka ut för vårdskador

genom olika insatser och åtgärder (Socialstyrelsen, 2009). Den professionella visdomen som barnmorskan besitter innebär att hon både är kritisk och kreativ i sitt tänkande. En professionell barnmorska förstår vikten av forskning och arbetar evidensbaserat (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011) och lägger tonvikt på vilken förlossningsupplevelse kvinnan får, speciellt eftersom många kvinnor som tidigare fött i ryggläge önskade möjligheten att föda i en upprätt position i framtiden (Waldenström & Gottvall, 1991).

Barnmorskornas erfarenheter i föreliggande studie tyder på att trenderna i förlossningsvärlden kommer och går. Barnmorskorna poängterade att det saknades en frontfigur som legitimerade det upprätta födandet såsom Signe Jansson hade gjort i Ystad (Hogg, Jansson & Stiege, 1988). Det framkom tydligt att dagens förlossningstrender handlade mycket om komplikationer istället för att lägga fokus på olika förlossningspositioner och det naturliga födandet. Healy, Humphreys & Kennedy (2017) skulle se att fler barnmorskor ifrågasätter och tar ansvar för att barnmorskeyrket håller på att urholkas. Lågriskförlossningar medikaliseras och därmed försvinner barnmorskeledd vård på grund av att födandet ses på i termer av risktänkande (Healy et al., 2017; Kvist et al., 2011).

Barnmorskorna ansåg att varje klinik hade sin egen syn på upprätta förlossningsställningar i utdrivningsskedet. Diorgu, Steen, Keeling & Mason-Whitehead (2016b) menar att förlossningsvården inte grundar sig på evidens gällande förlossningsställningar utan varje klinik dikterar sina egna villkor. En japansk tvärsnittsstudie (Baba, Kataoka, Nakayama, Yaju, Horiuchi & Eto, 2016) har påvisat olika klinikers speciella kultur och ovilja att följa evidens och istället implementera "egna" policies. Klinikens etablerade kultur har även studerats genom en svensk tvärsnittsstudie där modellen om personcentrerad vård infördes och analyserades fem år senare (Wolf, Ulin & Carlström, 2017). Studien undersökte speciellt hur klinikers organisationella kultur förändras över tid. Föreliggande studie visar att även om barnmorskorna hade en vilja att bistå kvinnor i upprätta förlossningsställningar är det något som tar tid att implementera. Wolf et al. (2017) understryker speciellt att för att ändra en kliniks kultur på djupet krävs det år av idogt arbete.

I resultatet framkom också att nyutexaminerade barnmorskor kände sig osäkra på upprätta förlossningsställningar. Diorgu, Steen, Keeling & Mason-Whitehead (2016a) påvisar i en

nigeriansk kvalitativ studie, att det beror på en kliniks vana, en ovilja att följa evidens och huruvida varje klinik lyfter en kvinnocentrerad vård, samt om det inflytande som varje barnmorska har tas i beaktning som har att göra med om upprätta förlossningspositioner används.

Det framkom i resultatet att arbetsställningar samt en rädsla för akuta situationer påverkade förlossningsställningen i utdrivningsskedet och det i sin tur ledde till en vana. de Jonge, Teunissen, van Diem, Scheepers & Largo-Janssen (2008) menar att det finns barnmorskor som föredrar icke upprätta förlossningsställningar ur ergonomisk synpunkt. Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) betonar i barnmorskans professionella kompetens att barnmorskan ska inneha all den kunskap som krävs för att kunna ge specifik och individualiserad vård lämpad till just den kvinna som behöver det.

Barnmorskorna kände sig inte säkra kunskapsmässigt för att på rätt sätt uppmuntra kvinnor att föda i olika positioner. Priddis, Dahlen & Schmeid (2012) ser nödvändigheten i att förstå hur klinikernas kultur och tradition påverkar både kvinnor och barnmorskor och Zileni, Glover, Jones, Teoh, Zileni & Muller (2017) understryker att barnmorskan har ett ansvar i att ge rättmätig information till de födande kvinnorna på grund av att det är barnmorskorna som innehar kunskapen om upprätta ställningar. För detta ändamål bör både utbildning och fortbildning väga tungt. Halldorsdottir & Karlsdottir (2011) menar att det är just detta som utmärker den professionella visdomen som varje barnmorska bör ha även när det kan uppstå skillnader mellan den egna erfarenheten och klinikens regler och även kultur.

Kompetens och självförtroende underbyggs av en organisation som anammar en öppen och tillåtande attityd, men även karakteriseras av en självupplevd förmåga och en nyfikenhet (Bäck, Hildingsson, Sjöqvist & Karlström, 2016). Dessa faktorer är avgörande för en utvecklande barnmorskekonst (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Konklusion och implikationer

Syntesen av föreliggande studie belyste barnmorskors rädsla gällande perinealbristningar, samt rädslan för att ge kvinnan en negativ förlossningsupplevelse. Resultatet vittnade om att barnmorskorna kände en maktlöshet i att bistå kvinnor i upprätta förlossningsställningar baserat på medias makt och den tradition som förekommer ute på klinikerna. Det fanns en önskan bland barnmorskorna om stöd och kunskap om upprätta förlossningsställningar. Dessutom önskade barnmorskorna att fler barnmorskor agerar som frontfigurer för att lyfta fördelar med upprätta förlossningsställningar.

Föreliggande studies resultat kan hjälpa barnmorskor uppmärksamma fördelarna med upprätta förlossningsställningar, föra diskussion kring dem och dra nytta av varandras kunskaper. De fynd som framkom i studien såsom behov av hospitering samt önskan om kontinuerlig kompetensutveckling, kan vara en indikation på att barnmorskor behöver mer insikt i upprätta förlossningsställningar. Om dessa fynd sprids och blir mer tillgängliga för barnmorskor kan upprätta förlossningsställningar möjligtvis tillämpas i större utsträckning. Dessutom kan det bidra till en mer positiv förlossningsupplevelse hos kvinnan.

Referenser

- Akhavan, S. (2012). Midwives' views on factors that contribute to health care inequalities among immigrants in Sweden: a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 47-57.
- Albers, L.L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, S.M., Hunter, C., Sedler, K.D. & Teaf, D. (1996) Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery*, 41(4), 269-76.
- Baba, K., Kataoka, Y., Nakayama, K., Yaju, Y., Horiuchi, S. & Eto, H. (2016). A cross-sectional survey of policies guiding second stage labor in urban Japanese hospitals, clinics and midwifery birth centers. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16:37.
- Backman, J. (2008) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Berghella, V., Baxter, J.K., Chauhan, S.P. (2008) Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5), 445-54.
- Bischoff, A., Tonnerre, C., Eytan, A. & Loutan, L. (1999) Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Soz Praventivmed*, 44(6), 248-256.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Bulchandani, S., Watts, E., Sucharitha, A., Yates, D. & Ismail, K.M. (2015) Manual perineal support at the time of childbirth: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*, 122(9), 1157-65. doi: 10.1111/1471-0528.13431.
- Bäck, L., Hildingsson, I., Sjöqvist, C. & Karlström, A. (2016) Developing competence and confidence in midwifery-focus groups with Swedish midwives. *Women and Birth*, 30(1), e32-e38.
- Coe, C. & Dolan, A. (2011). Men, masculine identities and childbirth. *Sociology of Health & Illness*, 33, 1019-1034.

Coppen, R. (2005) *Birthing positions: Do midwives know best?* London: MA Healthcare Limited.

Dahlberg, U. & Aune, I. (2013) The woman's birth experience - The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415.

Dahlen, H.G. & Caplice, S. (2014) What do midwives fear? *Women and Birth*, 27(4), 266-270.

Dahlen, H.G., Dowling, H., Tracy, M., Schmied, V. & Tracy, S. (2012) Maternal and perinatal outcomes amongst low risk women giving birth in water compared to six birth positions on land. A descriptive cross sectional study in a birth centre over 12 years. *Midwifery*, 29(7), 759-764.

Dahlen, H.G., Homer, C.S., Cooke, M., Upton, A.M., Nunn, R.A. & Broderick, B.S. (2009) "Soothing the ring of fire": Australian women's and midwives' experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*, 25(2), 39-48.
DOI:10.1016/j.midw.2007.08.002.

de Jong, P.R., Johanson, R.B., Baxen, P., Adrians, V.D., van der Westhuisen, S. & Jones, P.W. (1997) Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104(5), 567-71.

de Jonge, A., Largo-Janssen, A.L. (2004). Birthing positions. A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25(1), 47-55. doi.10.1080/01674820410001737432.

de Jonge, A., Teunissen, D.A., van Diem, M.T., Scheepers, P.L. & Largo-Janssen, A.L. (2008). Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 347-356.

Diorgu, F., Steen, M., Keeling, J. & Mason-Whitehead, E. (2016a) Exploring Nigerian obstetricians' perspectives on maternal birthing positions and perineal trauma. *Evidence Based Midwifery*, 14(2), 64-70.

Diorgu, F., Steen, M., Keeling, J. & Mason-Whitehead, E. (2016b) Mothers and midwives perceptions of birthing position and perineal trauma: An exploratory study. *Women Birth*, 29(6), 518-523. doi: 10.1016/j.wombi.2016.05.002.

Dundes, L. (1987) The evolution of maternal birthing position. *American Journal of public health*, 77(5), 636–41.

Edqvist, M., Blix, E., Hegaard, H.K., Ólafsdóttir, O.Á., Hildingsson, I., Mollberg, M. & Lindgren, H. (2016) Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(196) DOI: 10.1186/s12884-016-0990-0.

Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S. & Stephansson, O. (2015) Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 252. doi: 10.1186/s12884-015-0689-7.

Fahy, K. (2002) Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Aust J Midwifery*, 15(1), 5-13.

Forster, D.A., McLachlan, H.L., Davey, M-A., Biro, M.A., Farrell, T., ... Waldenström, U. (2016) Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 28. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>.

Foucault, M. (1982) The Subject and Power. *Critical Inquiry*. 8(4): 777-795. <https://doi.org/10.1086/448181>.

Gottvall, K., Allebeck, P. & Ekéus, C. (2007) Risk factors for anal sphincter tears: the importance of maternal position at birth. *BJOG*, 114(10), 1266–1272. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2007.01482.x.

Graviditetsregistret (2016) Årsrapport 2015. Stockholm: *Graviditetsregistret*. Hämtad 5 januari 2018 från https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/%C3%85rsrapport_2015_Graviditetsregistret_1.4_Webb.pdf.

Green, T.J.N. (2015) Exploring the influence that midwives have on women's position in childbirth: a review of the literature. *Evidence Based Midwifery*, 13(4), 132–137.

Gupta, J.K. & Nikodem, V.C. (2000) Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD002006.

Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyer, G.J. & Vogel, J.P. (2017) Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*, 25(5), CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub4.

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, 807–817.

Healy, S., Humphreys, E. & Kennedy, C. (2017) A qualitative exploration of how midwives' and obstetricians' perception of risk affects care practices for low-risk women and normal birth. *Women Birth*, 30(5), 367-375. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.005.

Henricsson, M. & Billhult, A. (2012) Kvalitativ design. I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 129–138). Lund: Studentlitteratur.

Hogg, B., Jansson, S. & Stiege, K. (1988) *Att föda på kvinnans villkor - erfarenheter från Ystad BB*. Borås: Prisma.

Hollander, M., de Miranda, E., van Dillen, J., de Graaf, I., Vandenbussche, F. & Holten, L. (2017) Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 423 <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1621-0>.

International Confederation of Midwives (ICM) (1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Hämtad 2017-12-13 från:

<http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf>

International Confederation of Midwives (ICM) (2011). *Core document. International code of ethics for midwives*. Hämtad 2017-12-17 från:

http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20ENG%20International%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf

King, T.L. (2012) Preventing Primary Cesarean Sections: Intrapartum Care. *Seminars in Perinatology*, 36(5), 357-364.

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

Kvist, L., Damiati, N., Rosenqvist, J. & Sandin-Bojö, A.K. (2011). Measuring the quality of documented care given by Swedish midwives during birth. *Midwifery*, 27 (6), 188–194.

Laine, K., Pirhonen, T., Rolland, R. & Pirhonen, J. (2008) Decreasing the Incidence of Anal Sphincter Tears During Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 111 (5), 1053–1057.

doi: 10.1097/AOG.0b013e31816c4402.

Lindgren, H.E., Brink, Å. & Klinberg- Allvin, M. (2011) Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 11,6. doi: 10.1186/1471-2393-11-6.

Luce, A., Hundley, V., van Teijlingen, E., Ridden, S. & Edlund, S. (2017) Midwives' engagement with the media. I A. Luce, V. Hundley & E. van Teijlingen. *Midwifery, Childbirth and the Media*. (s. 97-110) London: Palgrave Macmillan.

Lundgren, I. (2004) Releasing and relieving encounters: experiences of pregnancy and childbirth. *Scand J Caring Sci*, 18(4), 368-75.

Lundgren, I. & Berg, M. (2007) Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scand J Caring Sci*, 21(2), 220-8.

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 219-234) Lund: Studentlitteratur.

Maher, S., Crawford-Carr, A. & Neidigh, K. (2012) The roll of the interpreter/doula in the maternity setting. *Nurs Womens Health*, 16(6), 472-481.

Méndez-Bauer, C., Arroyo, J., García Ramos, C., Menéndez, A., Lavilla, M., Izquierdo, ... Zamarriego, J. (1975) Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *Journal of Perinatal Medicine*, 3(2), 89-100.

Meuter, R.F., Gallois, C., Segalowitz, N.S., Ryder, A.G. & Hocking, J. (2015) Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*, 15,371.

Meyvis, I., Rompaey, B., Goormans, K., Truijen, S., Lambers, S., Mestdagh, E. & Mistiaen, W. (2012). Maternal Position and Other Variables: Effects on Perineal Outcomes in 557 Births. *Birth: Issues In Perinatal Care*, 39(2), 115-20. doi:10.1111/j.1523-536X.2012.00529.x.

Michel, S. C. A., Rake, A., Treiber, K., Seifert, B., Chaoui, R., Huch, R., ... Kubik-Huch, R.A. (2002) MR Obstetric Pelvimetry: Effect of Birthing Position on Pelvic Bony Dimensions. *AJR*, 179, 1063-1037.

Mwanzia, L. (2012) An investigation into the perceptions and preferences of birth positions in a Kenyan referral hospital. *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 8(2), 82-9.

Naroll, F., Naroll, R. & Howard, F. (1961) Positions of women in childbirth: a study in data quality control. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 82, 943-954.

Nieuwenhuijze, M.J., de Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L. & Lagro-Janssen, T.L. (2013)

Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), 107-114. doi: 10.1016/j.midw.2012.12.007.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen*. Stockholm: Liber.

Pembroke, N.F. & Pembroke, J.J. (2008) The spirituality of presence in midwifery care. *Midwifery*, 24(3), 321-7.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/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 Birth*, 25(3), 100-6. doi: 10.1016/j.wombi.2011.05.001.

Renfrew, M.J., Hannah, W., Albers, L. & Floyd, E. (1998) Practices that minimize trauma to the genital tract in childbirth: a systematic review of the literature [review]. *Birth*, 25, 143 – 160.

Roesslin, E. (1982) *Der schwangeren Frauen vnd [und] Hebammen Rosengarten*. Hanover: Staude.

Russell, J. (1982) The rationale of primitive delivery positions. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 89(9), 712-715.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2017). The Labor Progress Toolkit Part 1: Positions and Movements. *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. New Jersey: Wiley-Blackwell.

Socialstyrelsen. (2001) *Handläggning av normal förlossning- State of the Art*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2017-04-09 från https://www.sfog.se/media/66770/state_of_the_art_pn.pdf

Socialstyrelsen. (2006) *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2017-04-09 från <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf>

Socialstyrelsen. (2009). *Vård vid förlossning och gynekologiska sjukdomar*. Socialstyrelsen: Stockholm. Hämtad den 13 december 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72-rev2.pdf.pdf>

Socialstyrelsen (2015). Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. *Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Hämtad den 20 december 2017 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801>.

Stryhn, H. (2007) *Etik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2012) Striving for scientific stringency: a re-analysis of a randomised controlled trial considering first-time mothers' obstetric outcomes in relation to birth position, *BMC Pregnancy & Childbirth*, 12 (1), 135–143.

Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2013) Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth*, 26(4), 99–104.

van Teijlingen, E.R., Lowis, G., McCaffery, P. & Porter, M. (2004) *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*. New York: Nova Science Publishers

Vetenskapsrådet (2002) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 21 februari, 2017, från *Codex*,
<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Waldenström, U. & Gottvall, K. (1991) A randomized trial of birthing stool or conventional semirecumbent position for second-stage labor. *Birth*, 18(1), 5-10.

Wihlborg, M. (2017) Fenomenografi. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.107-126) Lund: Studentlitteratur.

WHO (1996) Care in normal birth: a practical guide. *Geneva: Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood*. Hämtad den 22 februari, 2017 från:
http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1.

WMA (2013) Declaration of Helsinki - *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 21 februari, 2017, från
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>.

Wolf, A., Ulin, K. & Carlström, E. (2017) Changing the ward culture in a clinic during the implementation of person-centred care. *SCIEDU. Journal of Hospital administration*, 6(5), 32-39.

Zileni, B.D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K.K., Zileni, C.W. & Muller, A. (2017) Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women Birth*, 30(1), 1-8.doi: 10.1016/j.wombi.2016.06.003.

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Berätta om dina erfarenheter av uppräta förlossningsställningar under utdrivningsskedet?

Klargörande frågor

Utveckla gärna

Beskriv gärna situationen

Hur kändes det?

Vill du förtydliga vad du menar?

Avslutningsfråga

Är det något som du vill tillägga avslutningsvis?

