



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelser av att ha barnmorskestudent närvarande under förlossningen

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Madelene Ojala

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

Kvinnors upplevelser av att ha barnmorskestudent närvarande under förlossningen

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Madelene Ojala

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2017

Abstrakt

Problemområde: Under förlossning är födande kvinnor i behov av stöd och närvaro.

Förlossningspraktiken är en viktig del i utbildningen till barnmorska där barnmorskestudenter kommer i kontakt med födande kvinnorna. **Syfte:** Syftet var att belysa kvinnors upplevelser av att ha barnmorskestudent närvarande under förlossningen **Metod:** Metoden var en kvalitativ intervjustudie med semi-strukturerade telefonintervjuer som analyserats med innehållsanalys.

Resultat: Det upplevdes främst positivt att ha en barnmorskestudent närvarande, studenten kunde ge stöd och kontinuerlig information genom sin närvaro. Tilltro på studentens förmåga och erfarenhet fanns, även en oro kring kompetensbrist. Detta gjorde att kvinnorna hade behov av att ha en legitimerad barnmorska närvarande vid undersökningar och komplikationer. **Slutsats:** Kvinnor finner den kontinuerliga närvaron från barnmorskestudent som fördelaktig. Men mer forskning behövs inom området.

Nyckelord

Barnmorskestudent, förlossning, kvinnans upplevelse, närvaro, stöd, tilltro

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Problemområde | 4 |
| Bakgrund | 5 |
| Barnmorskeutbildning..... | 5 |
| Barnmorskans roll..... | 6 |
| Den födande kvinnan | 6 |
| Teoretisk utgångspunkt..... | 7 |
| Studenter i verksamhetsförlagd utbildning på förlossningsavdelning..... | 8 |
| Syfte | 9 |
| Metod | 9 |
| Urval..... | 10 |
| Datainsamling..... | 10 |
| Analys av data..... | 11 |
| Forskningsetiska övervägningar..... | 12 |
| Resultat | 13 |
| Kontinuerligt stöd och närvaro..... | 14 |
| Att vara i säkra händer..... | 16 |
| Tilltro studenten..... | 18 |
| Diskussion | 20 |
| Metoddiskussion..... | 20 |
| Resultatdiskussion..... | 23 |
| Konklusion & implikation | 26 |
| Referenser | 28 |
| Bilaga 1 | 31 |

Problemområde

Förväntningarna inför förlossningen är idag ofta höga hos kvinnor, både när det gäller det medicinska men också kring upplevelse och bemötande. Stora krav ställs på barnmorskan att tillgodose dessa förväntningar på bästa sätt. Tillgodoses kvinnans behov av trygghet och säkerhet under förlossningen ökar möjligheten för en god förlossningsupplevelse (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014). Barnmorskestudenter ute i verksamhetsförlagd utbildning i Sverige är legitimerade sjuksköterskor med lite eller ingen erfarenhet om kvinnor i förlossningsarbete. Att delta i förlossningsvården är en viktig del i utbildningen till barnmorska. Sparsamt med forskning finns gällande kvinnors upplevelser i samband med förlossning där de möter barnmorskestudenter.

Viktiga delar för att ge den födande kvinnan en god upplevelse av förlossningen är att en ömsesidig relation kan byggas, att miljön är förlossningsfrämjande samt att omhändertagandet baseras på evidensbaserad kunskap (Berg, Olofsdottir & Lundgren, 2012). Därför krävs mer kunskap kring hur och om barnmorskestudenter kan bidra till en förlossningsfrämjande miljö, skapa en tillitsfull relation med kvinnan och besitta tillräckligt med kunskap för att stödja den födande kvinnan genom förlossningen.

Barnmorskestudenter ute i verksamhetsförlagd utbildning behöver mycket stöd och handledning av legitimerade barnmorskor för att kunna utvecklas och finna sin roll (Thunes & Tveit-Sekse, 2015). Många barnmorskestudenter upplever speciellt i början under sin verksamhetsförlagda utbildning på förlossningen en svårighet att anpassa sig till sin nya roll. Detta trots de i botten har sjuksköterskekompetens. Bra stöd från handledare behövs för att barnmorskestudenterna ska kunna finna sin plats och få ett stadigt självförtroende (ibid.). Brunstad och Hjämhult (2014) visar på att barnmorskestudenter kan uppleva en stark känsla av sårbarhet och lågt självförtroende under förlossningspraktiken, vilket kan påverka de födande kvinnornas upplevelser av deras närvaro. Tidspress och hård arbetsbelastning kan göra att barnmorskestudenten inte får den handledning som behövs (Aune, Hvaal-Amundsen, & Skaget-Aas, 2014).

Kvinnor har i tidigare forskning från Storbritannien (Woolner & Cruickshank, 2015) uppgett tveksamhet kring att ha en barnmorskestudent med under sin förlossning på grund av osäkerhet kring dennes roll och kompetens

Bakgrund

Barnmorskeutbildning

Barnmorskeutbildningen har en lång tradition, en av de längsta i världen. I Sverige examinerades de första svenska barnmorskorna 1712 vid en utbildning i Stockholm av dåvarande stadsläkaren samt avlade yrkesed. År 1819 kom ett reglemente som gjorde det straffbart att verka som barnmorska utan att vara examinerad (Lundgren, 2016).

En barnmorska är enligt ICM International Confederation of Midwives (2011) en person som genomgått godkänd barnmorskeutbildning vid en utbildning som uppfyller vissa kriterier. Barnmorsketiteln är i Sverige ett yrke med skyddad titel som kräver barnmorskelegitimation. Denna legitimation utfärdas efter genomförd och godkänd barnmorskeutbildning (Lindgren, Rehn & Wiklund, 2014).

ICM (2013) beskriver att de olika delarna som den blivande barnmorskan behöver få med sig från utbildningen är praktisk kunskap, teoretisk kunskap, bemötande, kritiskt tänkande, samt kommunikationsförmåga. Målet med ICM:s kriterier för barnmorskeutbildningen är att sätta en standard för vilken kunskap och erfarenhet som krävs för att kunna arbeta som barnmorska på ett tryggt och säkert sätt. Dessa kriterier hjälper till att sätta gemensamma mål globalt för att nå hög kvalitet som i sin tur främjar god hälsa i den barnafödande perioden.

Barnmorskeutbildningens utformning ser olika ut från land till land. ICM har fastställt en standard för barnmorskeutbildningar vilket innebär att utbildningen måste innehålla minst 50% praktisk utbildning samt minst 40% teori. I vissa länder, bland annat Storbritannien, läser man direkt till barnmorska utan krav på tidigare vårdrelaterad utbildning. Då krävs en 3-årig utbildning (ICM, 2013). Bland annat i Sverige är det ett krav att barnmorskeutbildningen föregås av en 3-årig sjuksköterskeutbildning, följt av minst 1 års praktisk tjänstgöring som legitimerad sjuksköterska. Barnmorskeutbildningen är sedan 18 månader lång på heltid (Lunds universitet, 2016).

Barnmorskans roll

Barnmorskan ska enligt ICM (2013) stödja den normala fysiologiska förlossningen med tanke på fysiologi, psykologi, socialt och kulturellt perspektiv under den barnafödande processen samt tiden där efter. Barnmorskan ska även arbeta tillsammans med kvinnan utifrån hennes egna förutsättningar och behov, för att kunna lyfta fram hennes egen kapacitet och tro på sig själv. Barnmorskan har även som uppgift att arbeta tillsammans med andra barnmorskor och andra yrkesgrupper för att kunna se kvinnan ur en holistisk syn, kvinnan som helhet, utifrån hennes unika behov. Lindgren, et al. (2014) menar att barnmorskan i sitt yrkesutövande ska ha ett tydligt etiskt förhållningssätt för att kunna möta kvinnors olika behov. Informationen som ges till kvinnan ska vara adekvat och anpassad utifrån hennes unika situation.

Barnmorskan har som uppgift att ge stöd och trygghet åt den födande kvinnan samt att kunna identifiera avvikelser från det normala (Lindgren, et al. 2014). Den stödjande rollen är central och har visat sig kunna påverka förlossningsprocessen. Berg (2016) menar att stöd under förlossningen inte måste komma från den legitimerade barnmorskan utan också kan ges av exempelvis partner och annan sjukvårdspersonal.

Den födande kvinnan

Lindgren, et al. (2014) menar att den födande kvinnan upplever det tryggast med ett kontinuerligt stöd under förlossningen. Trygghet beskrivs som det ledande ordet för att kvinnan ska kunna få en sådan positiv förlossningsupplevelse som möjligt. Ett kontinuerligt stöd har visat sig kunna ge lägre frekvens av låga apgarpoäng (poäng på barnets hjärtfrekvens, andning, tonus, retbarhet och färg 1-5-10 minuter efter partus), kejsarsnitt och behov av farmakologisk smärtlindring. Den födande kvinnan är i behov av en närvarande och tillgänglig person med kompetens för att kunna känna sig trygg under förlossningen (Lundgren, 2014).

Lindgren, et al. (2014) beskriver att det är vanligt att kvinnan känner ambivalens inför sin förlossning, känslor som rädsla och längtan blandas. Kvinnor uppger ett stort behov av att bli sedda, lyssnade på och respekterade utifrån sina behov. Barnmorskans roll blir här att tillgodose dessa behov. Kvinnan behöver känna sig i kontroll för att känna sig trygg och där blir barnmorskans roll att informera och göra kvinnan delaktig i processen. Forskning har vidare enligt Lindgren, et al. (2014) visat att kvinnor som upplever sämre stöd under förlossningen i högre grad

behöver farmakologisk smärtlindring, detta menar de kan göra att kvinnan ger uttryck exempelvis för att behöva epiduralbedövning som ett led i att känna dåligt stöd från barnmorskan då smärtförmågan kan öka om kvinnan känner sig otrygg och rädd.

Lundgren & Berg (2016) beskriver att kontroll är viktig för den födande kvinnan och med kontroll menas kontroll över situationen. Kontroll kan kvinnan få genom kontinuerligt stöd men också genom kontinuerlig information om förloppet. Kvinnan behöver känna kontroll för att till fullo kunna ge sig hän och släppa taget under förlossningen samt för att kunna känna trygghet.

På en förlossningsklinik i Iran sågs enligt Bolbol-Haghighi, Masoumi, och Kazemi (2016) att kontinuerligt stöd under förlossningen hade positiva effekter. Kontinuerligt stöd kunde ge ett kortare förlossningsförlopp och en högre apgar-poäng hos barnet. Studien hade ett fokus på om barnmorskestudent kunde tillgodose ett kontinuerligt stöd.

En kvinna som får stöd och uppmuntras att framföra sina behov blir stärkt i tro på sin egen förmåga, denna känsla av tro på sin egen förmåga är något kvinnan kan bära med sig långt längre än under förlossningen (Lundgren, 2014). Lindgren, et al. (2014) beskriver att slutskedet av förlossningen är den tid då många kvinnor känner bristande tilltro till sin egen förmåga, många kvinnor upplever i denna fas bristande känsla av kontroll och panik ligger nära tillhands. Under hela förlossningen har barnmorskan en viktig roll att vara närvarande men under slutskedet är kvinnan som mest sårbar för ett bristande stöd varför kontinuerlig närvaro och stöd då är som mest betydelsefull.

Då Sverige under många år haft ett högt inflöde från andra kulturer har barnmorskan idag en viktig roll, att med ett öppet kulturellt sinne tillgodose behoven från kvinnor med vitt skilda kulturella ursprung. Dock är det av stor betydelse i vården av den födande kvinnan att inte dela in kvinnor i homogena kulturella grupper då olika erfarenheter och upplevelser påverkar kvinnans behov mer än enbart olika kulturer gör (Ny, 2016).

Teoretisk utgångspunkt

Berg et al. (2012) menar i sin barnmorskemodell att förtroendet är viktigt att bygga mellan den födande kvinnan och den vårdande personen. Detta förtroende kan endast byggas genom närvaro hos kvinnan och genom tillgänglighet. Att vara tillgänglig menas att kunna besvara frågor och funderingar men också finnas där för att ge stöd. Betydelsen av att bygga en god relation med

kvinnan genomsyrar barnmorskans roll enligt Berg et. al (2012) . Denna relation kan endast byggas om den vårdande personen är tillgänglig både fysiskt och emotionellt. Genom att vara tillgänglig ökar möjligheten för kvinnan att känna sig sedd utifrån en unik individ med unika behov.

Barnmorskan har också en viktiga roll i att vara öppen för kvinnans situation och identifiera hennes specifika behov samt önskemål. Hur barnmorskan förhåller sig till kvinnan visar sig i hur öppen relationen dem i mellan kan bli. En öppen relation innebär att kvinnan vågar uttrycka sina behov och att barnmorskan genom det kan tillgodose de individuella behoven. (Berg, et al., 2012).

Studenter i verksamhetsförlagd utbildning på förlossningsklinik

Grasby och Quinlivan (2001) visade i en enkätstudie från Australien att kvinnor i förlossning anser det viktigt att studenten har ett trevligt, artigt och empatiskt bemötande, för att de skulle vilja att studenten deltog i vården kring dem. Kvinnorna ansåg det var viktigt att studentens deltagande gynnade deras vård och en stor andel av kvinnorna ansåg det positivt att studenten fick delta för att gynna studentens utvecklande i sin yrkesroll. Endast 62% av kvinnorna ställde sig enligt Grasby och Quinlivan (2001) positiva till att ha student med under förlossningen där tveksamheten gällde deras kompetens, ovilja att ha för många personer på rummet samt att kvinnorna tyckte det var för privat för att låta studenterna delta. Dock upplevdes det positivt att ha haft med en student under förlossningen efteråt för de kvinnorna som godkände det. Endast 4 % uppgav en negativ upplevelse av att haft student närvarande under förlossningen (ibid.).

Tidigare forskning från förlossningskliniker i Norge pekar på att kvinnor känt ett stort stöd genom ha haft student närvarande under sin förlossning, då de kunnat få ett kontinuerligt stöd (Thunes & Tveit-Sekse, 2015). En annan studie från Norge visade enligt Aune, et al. (2011) att barnmorskestudenter har en möjlighet att bygga upp en trygg och förtroendefull relation med både gravida och födande kvinnor. De födande kvinnorna upplevde att barnmorskestudenten kunde tillgodose det behov av närvaro och trygghet som hon behövde under förlossningen.

Även i de studierna (Grasby & Quinlivan 2001); (Woolner & Cruickshank, 2015); (Finnarty, Magnusson & Pope, 2007) som pekat på ambivalenta känslor kring kompetensbrist och roll för studenten har den samlade upplevelsen varit positiv hos kvinnor som låtit studenter delta. Finnarty, et al. (2007) visade genom strukturerade telefonintervjuer kvinnors upplevelser från mötet med barnmorskestudent under förlossningen. Kvinnor beskrev att barnmorskestudenten kunde tillgodose behovet av närvaro och stöd under förlossningen. Trots barnmorskestudenten

kunde uppfattas bristande i kompetens inom vissa områden uppskattades studentens närvaro hos kvinnan.

Studier (Grasby & Quinlivan 2001; Finnarty, et al., 2007) pekar på att ambivalenta känslor gentemot studenter ute i verksamheter kan bero på otydlighet kring deras funktion och kompetens. Kvinnor beskriver tveksamhet och oro kring vilken roll studenten hade i förlossningsrummet och en oro kring om deras kompetens var god nog. Kvinnorna var även oroliga kring om det skulle gynna dem att ha med en student. Vissa kvinnor menade även att de inte önskade studenter med då deras graviditeter eller tidigare förlossningar hade varit så komplicerade. Kvinnor i Storbritannien nekade enligt Woolner och Cruickshank (2015) till att ha en barnmorskestudent närvarande på grund av en önskan om att ha så få människor på rummet samt att de ville ha någon riktigt kunnig barnmorska eller läkare istället för studenten. Endast 60.1% av kvinnorna godkände att ha en barnmorskestudent närvarande under förlossningen. Det låga antalet pekar på behovet av att belysa upplevelsen av att ha student närvarande under förlossningen. Detta eftersom förlossningspraktiken är en viktig del i barnmorskeutbildningen där vården av den födande kvinnan är central.

Syfte

Syftet var att belysa kvinnors upplevelser av att ha barnmorskestudent närvarande under förlossningen.

Metod

Metoden är en kvalitativa intervjustudie med mål att beskriva kvinnornas upplevelser. Vid en kvalitativ intervju bör intervjuaren leda den intervjuade till olika teman men inte till uppfattningar kring dessa områden (Kvale & Brinkmann, 2014). Den kvalitativa intervjun är vald för att kvinnorna ska beskriva sina egna upplevelser och känslor, genom detta skapas en bättre förståelse för deras perspektiv och upplevelser. Att använda intervju som en metod inom forskningen beskriver vidare Kvale och Brinkmann (2014) innebär att man utifrån ett ämne utför ett samtal med en viss struktur för att svara på ett syfte. En induktiv ansats användes vilket innebär att författaren till studien inte skulle ha några förutfattade meningar kring vad som skulle komma fram i studien vid starten för intervjuerna eller vid analysen (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Urval

Inklusionskriterierna var kvinnor som fött barn de senaste 12 månaderna i Sverige, både först och omfödorskor som haft barnmorskestudent närvarande under någon del av förlossningen. Exkluderades gjorde kvinnor under 18 år, ej svensktalande kvinnor, kvinnor som fött barn som dött , samt kvinnor som fött barn som haft <7 i apgar efter 10 minuter. Exlusionkriterierna dött barn och apgar användes för att de ansågs kunna påverka och bli felaktigt där upplevelsen kring barnet speglats mer än upplevelsen av barnmorskestudenten.

Datainsamling

Kvinnorna rekryterades till studien genom att en förfrågan om deltagande lades ut i fyra olika mammagrupper på Facebook ©. Grupperna var lokaliserade i olika delar av landet där Götaland, Svealand och Norrland var representerade. I förfrågan ingick en kortfattad beskrivning av syfte, inklusions och exklusionskriterier. Kvinnorna fick sedan själva ta kontakt med författaren till studien med kontaktuppgifter. Därefter skickades informationsbrev samt samtyckesblanketter ut via brev. När samtyckesblanketterna var påskrivna och återsända fick kvinnorna ange enligt deras önskemål lämpliga tider för när telefonintervjuerna kunde genomföras.

Totalt 18 kvinnor lämnade godkännande för deltagande i studien, fyra av dessa avbröt sitt deltagande innan intervjun genomförts på grund av svårigheter att få tid till att genomföra intervjun. Fjorton kvinnor i åldrar mellan 23 och 41 år, både först och omfödorskor intervjuades, fördelningen synes i tabell 1.

Tabell 1 Demografi deltagare (N=14)

| Ålder | n |
|---------|---|
| 18-23 | 2 |
| 24-29 | 8 |
| 30-35 | 3 |
| 36-41 | 1 |
| Paritet | |
| 1 | 8 |
| 2 | 4 |
| 3 | 1 |
| >3 | 1 |

Dessa kvinnor hade haft barnmorskestudent närvarande under någon del eller hela sin förlossning. Tiden barnmorskestudenten varit närvarande varierade samt under vilket skede studenten varit närvarande. Det skiljde sig även på hur delaktiga studenterna varit under födelseprocessen.

Semi-strukturerade telefonintervjuer med stöd av intervjuguide (bilaga 1) genomfördes. Semi-strukturerade innebär att intervjun håller en viss struktur exempelvis genom stödfrågor. Dock kan frågorna och strukturen anpassas efter hur samtalet under intervjun fortlöper. Vid semi-strukturerade intervjuer är det en fördel om intervju-personen ombeds prata så fritt som möjligt om ämnet. Om personen pratar så fritt som möjligt ökar möjligheten vid kvalitativa studier att få fram den individuella upplevelsen (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjuguiden användes endast som stöd, kvinnorna informerades att berätta så fritt som möjligt om sin upplevelse. Frågorna utarbetades för att belysa hela upplevelsen, både positiva och negativa aspekter på barnmorskestudentens närvarande. Intervjuerna pågick 15-30 minuter och i medellängd 20 minuter. Intervjuerna gjordes med högtalartelefon samt spelades in och sparades på en diktafon.

Analys av data

Analysen av datainsamlingen gjordes med innehållsanalys enligt Lundman och Hällgren-Graneheim (2017). Målet med innehållsanalys är att genom analysen kunna beskriva de mönster och variationer som finns i materialet. Dessa skillnader och likheter blir sedan till grunden för kategorier och den röda tråden i materialet. Lundman och Hällgren-Graneheim (2017) beskriver vidare att det finns ett manifest och ett latent innehåll i varje text, med detta menas att det finns textnära innehåll i texten, tydliga budskap så kallade manifest innehåll. Det finns även ett latent innehåll vilket är ett innehåll som ligger mellan raderna på en mer tolkande nivå. Den kvalitativa innehållsanalysen lämpar sig väl då den syftar till att till exempel från inspelat material som från telefonintervjuer tolka och granska materialet (ibid.).

Innehållet från intervjuerna transkriberades ordagrant, och lästes sedan igenom flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. I nästa steg plockades de meningsbärande enheterna ut. Dessa är delar av texten som hör ihop i sitt innehåll genom att svara på syftet. När de meningsbärande enheterna var utplockade kortades de ner genom kondensering, kondensering innebär att man kortar ner enheterna ytterligare för att få fram det konkreta i innehållet. Nästa steg abstraherades de kondenserade enheterna, detta menas att man höjer meningarna till en högre logisk nivå. Exempel på detta synes nedan. Koderna bildade sedan subkategorier genom att likartade koder lades

samman. Genom subkategorierna formades sedan kategorierna fram genom att liknande subkategorier abstraherades till en högre nivå av förståelse. Kategorierna är summan av det latent innehåll medan subkategorierna mer präglas av det manifesta innehållet i materialet (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2017).

Tabell 2 Exempel på innehållsanalys

| Meningsbärande enhet | Kondenserad enhet/kod | Subkategori | Kategori |
|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| Det var skönt att ha någon inne i rummet hela tiden, att prata med och fråga. Säg direkt istället för att trycka på knappen | Inte vara ensamma, någon att fråga och prata med, slippa ringa på klockan. | Extra person på rummet | Kontinuerlig närvaro och stöd |
| ”Hon pratade och informerade om allt. varför den där låter och hur saker fungerade” | Information och samtal om hur saker fungerade | Information och uppdateringar | |
| ”Hon gjorde att både jag och min man kunde få slappna av under förlossningen så var vi nog mer lugna och trygga” | Både kvinna och partner kunde slappna av och bli trygga | Närvaron gav trygghet | |

Forskningsetiska avvägningar

Studien föregicks av en godkänd projektplan via vårdvetenskapliga etiska nämnden (VEN) med ett rådgivande yttrande 170522.

Granskningen från etiska nämnden görs vid forskningsprojekt enligt den gällande etiska normen i Sverige för forskningsprojekt på människor (Helsingforsdeklarationen, 2013). Den etiska normen

utvecklades ur Nürnbergkoden som var en reaktion för de mänskliga forskningsexperiment som utfördes under andra världskriget. Helsingforsdeklarationen syftar till säkra forskningsprojekt som ska vara till nytta för samhället och där försökspersonerna när som helst kan avbryta sitt medverkande (Lind, 2001).

Lind (2001) skriver att etiska aspekter vid intervjuer och datainsamling syftar till att man informerar deltagarna om hur materialet ska användas och hur resultatet kommer spridas. Deltagarna ska vara helt medvetna om syftet och sina rättigheter. Deltagarna informerades tydligt via informationsbrevet om syftet med studien samt om deras rättigheter att när som helst avbryta deltagandet.

Kvinnorna godkände att få informationsbrev samt samtyckesblankett hemskickat via brev. I informationsbrevet informerades det kring att all information kommer behandlas konfidentiellt. Samtyckesblanketterna skickades sedan av kvinnorna tillbaka till författaren innan intervjuerna påbörjades. Kvinnorna informerades via informationsbrevet att materialet från intervjuerna behandlas med konfidentialitet genom att intervjuerna avidentifieras och materialet förvaras säkert på lösenordsskyddad dator. Materialet från intervjuerna kommer efter godkänd uppsats att raderas. Detta görs trots materialet inte innehåller namnuppgifter på kvinnor eller vårdpersonal då informationen i intervjuerna kan anses känslig.

Resultat

Resultatet visar att barnmorskestudenten varit en bidragande anledning till en positiv förlossningsupplevelse. Även de kvinnor som upplevt ambivalens under förlossningen relaterat till exempelvis kompetensbrist hos barnmorskestudenten uppgav att de var positiva till att även vid nästa förlossning ha med en barnmorskestudent.

I resultatet framkom tre kategorier samt nio subkategorier som ses nedan i tabell 3.

Tabell 3 Kategorier/subkategorier

KATEGORIER

SUBKATEGORIER

| | |
|--------------------------------|--|
| Kontinuerligt stöd och närvaro | Kvinna och partnern blev lugna och trygga Extra person på rummet Information och uppdateringar |
| Att vara i säkra händer | Erfaren har ansvaret Tryggt att barnmorskan var med Tydlig handledning |
| Tilltro till studenten | Tryggt att barnmorskestudenterna är utbildade sjuksköterskor Studenten måste få tillfälle att lära Ambivalenta känslor |

Kontinuerligt stöd och närvaro

Den största fördelen med att ha barnmorskestudenten närvarande var den kontinuerliga närvaro och stöd studenten kunde ge enligt kvinnorna. Med det menades att inte bli lämnade ensamma i förlossningsrummet längre stunder, utan att hela tiden eller med endast kortare avbrott ha studenten med på rummet. Genom att ha barnmorskestudenten närvarande kände sig kvinnan trygg. Det nämndes även att det inte så mycket var vad studenten gjorde utan dennes närvaro som utgjorde trygghet.

”Men det som var bäst var nog inte vad hon gjorde sådär rent ja..medicinskt eller vad man ska säga utan mer att vi fick så bra intryck och att hon tog hand om oss, det blev en bra upplevelse även om förlossningen var jobbig” R9.

Kvinna och partnern blev lugna och trygga

Den kontinuerliga närvaron uppgav kvinnorna även kunde göra deras partner lugnare och tryggare. Oro och rädsla kring hur partner skulle reagera under förlossningen togs upp av kvinnorna. Barnmorskestudenten ansågs ha varit en bidragande orsak enligt kvinnan till att föräldraparet kunnat slappna av under förlossningen.

”Hon gjorde att både jag och min man kunde få slappna av under förlossningen så vi var mer lugna och trygga ” R9.

Det uppgavs även enligt kvinnor att partnern kunnat bli mer delaktig i förlossningen genom barnmorskestudentens närvaro. Studenten hade instruerat partnern hur denna kunde stötta kvinnan under förlossningen.

”Hon var duktig på att sätta min man i arbete, få med honom på ett hörn så att han kände sig delaktig i förlossningen så hon var fantastisk” R6.

Extra person på rummet

Att barnmorskestudenten aldrig lämnade rummet under deras förlossning ansågs mycket bra då detta möjliggjorde för kvinnorna att ställa frågor till studenten. Även uppgavs en trygghet i att en extra person hade uppsyn över kvinna och barn samt att de slapp vara ensamma i rummet.

”Det kändes ändå tryggt att veta att där fanns fler som hade uppsikt över allting så att säga” R8.

Rädsla för att bli lämnade ensamma på rummet under stora delar av förlossningen var något som kvinnorna beskrev som en känsla innan sin förlossning, detta ledde några till beslutet att ha en barnmorskestudent med för att slippa vara ensamma. Oro fanns för att behöva ringa på klockan för att någon skulle komma in till dem. Med närvaron från barnmorskestudenten slapp de vara ensamma samt att detta var den största bidragande anledningen att de fått en positiv förlossningsupplevelse.

”Man vet att man kan ringa på klockan men man vet ju aldrig hur lång tid det tar innan personalen kommer och då är det ganska skönt att det finns någon där hela tiden” R10.

Kvinnor som tidigare under förlossningsarbetet inte hade haft en barnmorskestudent närvarande uppgav en stor skillnad när barnmorskestudenten kom in, känslor av rädsla och oro försvann och en trygghet infann sig i rummet. På detta vis jämförde även några omfödorskör sin förlossning med tidigare förlossningar utan barnmorskestudent, att de då känt ett bristande stöd utifrån låg närvaro som fått de att känna sig rädda och otrygga.

Information & uppdateringar

Genom studentens närvaro och tid på rummet blev kvinnorna mer trygga i hur de skulle hantera förlossningens gång. Ett stort stöd beskrevs vara att barnmorskestudenten kunde guida dem igenom förlossningens olika steg. Genom att ha barnmorskestudenten närvarande kände sig kvinnan även trygg i att förloppet var normalt. Kontinuerlig uppdatering hur förlossningen framskred samt uppdatering och information kring barnets mående utgjorde en trygghet.

Informationen barnmorskestudenten gav kunde även ge kvinnan stöttning i hur hon skulle hantera smärtan och förlossningen. Barnmorskestudenten ansåg kunna hjälpa kvinnan genom exempelvis lägesändringar.

”Det kändes tryggt att ha någon med att rådfråga speciellt när det där på slutet var så tungt exempelvis säga till mig att byta position” R14.

Att vara i säkra händer

Majoriteten av kvinnorna berättade att de upplevde den handledande barnmorskan som den med det övergripande ansvaret under förlossningen.

Erfaren har ansvaret

Ingen oro uppgavs kring att känna sig utlämnade till barnmorskestudenten. Samtliga uppgav att barnmorskestudenten inte kunde förväntas att ha allt ansvar.

”Studenten ska inte förväntas kunna ta ansvar och kunna allt, det är barnmorskan som har det yttersta ansvaret” R10.

Det framkom även att kvinnorna i många fall tyckte att barnmorskestudenten varit den aktiva under deras förlossning, och att den handledande barnmorskan endast kom in vid undersökningar

eller vid framfödandet. Detta uppgavs vara positivt då en trygghet upplevdes i att studenten var kompetent nog att sköta arbetet.

”Vi kände att studenten var väldigt aktiv, det enda som handledaren sa sista timmen var att -vill du stanna här inne med henne så kan du bara ringa på mig om det är något du känner dig obekvämt i annars lämnar jag förlossningen till dig tills dess att du ser att det närmar sig och det är dags att ta emot barnet” R:14.

Kvinnorna uppgav ett lugn kring studentens aktiva roll med hänvisning till det förtroende de kände inför att studenten inte hade huvudansvaret.

Tryggt att barnmorskan var med

Trygghet upplevdes då den handledande barnmorskan alltid var med vid vaginala undersökningar och andra ingrepp, detta skapade en trygghet att det gick rätt till.

”Studenten kom aldrig in själv och gjorde någon undersökning..kanske kom hon in och kollade ja vi pratade och lite sådär...studenten kom in själv för att prata. Men vid undersökningar var dom alltid..då var alltid handledaren med” R12.

Vid komplikationer under förlossningen var det den handledande barnmorskans roll att kliva in och styra upp situationen, och att alla beslut skulle gå genom barnmorskan. Under hela förlossningen var upplevelsen trygg, uppfattningen var att den handledande barnmorskan skulle gripa in om komplikationer skulle tillstå. Ingen oro kändes kring att ha en barnmorskestudent närvarande eftersom kvinnorna kände förtroende inför den handledande barnmorskan. En förståelse fanns även för den eventuella brist i erfarenhet och kompetens barnmorskestudenten kunde besitta, detta ansågs inte som ett problem eftersom den handledande barnmorskan antogs ha ansvaret.

Barnmorskan hade även en uppgift att presentera studenten inför kvinnan då detta gav en trygghet. Vid samtycke inför att ha student närvarande upplevdes det positivt att den handledande barnmorskan frågade. De flesta men inte alla hade fått förfrågan och flera uppgav att de blev förfrågade inför varje vaginal undersökning om det var okej att studenten fick undersöka.

De kvinnor som angav att de inte blev tillfrågade hänvisade inte till någon speciell känsla inför detta utan mindes inte om de kanske blivit tillfrågade.

Tydlig handledning

I handledningssituationerna beskrevs det vara en fördel att barnmorskan handledde barnmorskestudenten inför kvinnan. Detta skapade en bättre förståelse för den kvinnan kring vad som skulle göras och varför. Någon kvinna upplevde det negativt när handledaren och studenten pratade i rummet utan att engagera kvinnan, detta skapade då otrygghet att inte få veta.

”Dom pratade hela tiden hon barnmorskan och studenten om hur dom skulle sy då blev jag rädd igen för dom pratade inte med mig” R8.

Med tydlig handledning kunde kvinnan få en bättre förståelse och inblick i sin förlossning. Det framkom att den tydliga handledningen kunde ge kvinnan information hur förlossningen fortlöpte samt varför och hur undersökningarna skulle gå till.

Tilltro till studenten

Resultatet visar att det var positivt ha student med under förlossningen för att därmed kunna bidra till utbildningen av fler barnmorskor i Sverige.

Tryggt att barnmorskestudenterna är utbildade sjuksköterskor

Det kändes som en trygghet att barnmorskestudenten var legitimerad sjuksköterska enligt kvinnorna. Det påpekades att det hade känts jobbigt om barnmorskestudenten skulle vara någon som kommit direkt från gymnasiet. Barnmorskestudenterna ansågs här besitta mycket kompetens och kunskap trots att de var under utbildning. Det ansågs betydelsefullt att barnmorskestudenterna var måna om att ge ett gott omhändertagande samt att studenten upplevdes verkligen ville lära sig mer. Barnmorskestudenten sågs som kompetent även om denna inte hade så mycket förlossningserfarenhet.

”Just att skulle det hände något så fanns där ändå någon som någon personal där även om hon bara var student så visste hon ju vad det handlade om” R10.

Studenten måste få tillfälle att lära

Kvinnorna ansåg det viktigt för dem att kunna hjälpa barnmorskestudenterna till mer kunskap och erfarenhet, några kvinnor pratade om barnmorskebristen i Sverige som ett stort problem. Kvinnorna var väl medvetna om den brist på barnmorskor och förlossningsplatser som finns idag. De angav detta dels som en rädsla men också som en stor anledning att studenterna fick delta i deras förlossning. Det togs upp att det är motsägelsefullt att vilja ha fler barnmorskor för en säkrare förlossningsvård men inte vilja ha en student med under sin förlossning.

”Det är viktigt för framtiden för kommande förlossningar, vi behöver fler barnmorskor då måste vi delta i utbildandet av barnmorskor” R11.

”Man klagar på barnmorskebristen och så vill man inte ha en barnmorskestudent med det tycker jag är motsägelsefullt” R10.

Behovet av fler barnmorskor och en förståelse för betydelsen av att barnmorskestudenterna måste få delta för att kunna lära sig var något som genomsyrade resultatet. Även en förståelse för de svårigheter som barnmorskestudenter kan ställas inför togs upp, exempelvis svårigheter att få komma till och delta vid förlossningar samt svårigheter att ta plats jämte handledaren.

Ambivalenta känslor

Något som framkom i flera av intervjuerna var den ambivalens kvinnor kände inför studenten och handledningssituationen.

”Mot slutet av förlossningen var det jobbigt med dubbla undersökningar för då gjorde det så ont, men det var ändå okej, det var ju för en god sak”. R2.

Vid de dubbla undersökningarna under förlossningen uppgav en del av kvinnorna obehag. Det ansågs vara självklart att studenten skulle få prova för att kunna lära sig men att de samtidigt upplevde det i vissa fall göra onödigt ont. De dubbla undersökningarna togs inte bara upp som något negativt utan att det varit en fördel att bli undersökt av två varje gång för att få information själv och för att känna sig trygg med att det var rätt.

Det kunde föreligga en oro under förlossningen om barnmorskestudenten var kompetent nog exempelvis för suturering eller vaginala undersökningar. En kvinna tog upp det obehag hon

upplevde under sutureringen då handledare och student diskuterat över hennes huvud om sutureringen vilket skapade oro. Vid svårare ingrepp kände de sig inte trygga med att barnmorskestudenten skulle vara den ledande utan de önskade att den mer erfarna barnmorskan skulle ta över. Endast en kvinna uppgav att det blivit komplikationer under hennes förlossning som hon relaterade till barnmorskestudenten när denna av misstag drog av navelsträngen alternativt placenta.

”Så skulle dom ta ut moderkakan och då gjorde barnmorskestudenten något fel där. Hon bröt av den så läkaren fick gå in med handen och ta bort den men det minns jag inte så mycket av” R3.

Ibland kunde det kännas besvärligt att ha flera personer som kände på dem utifrån en känsla av att känna sina privata delar exponerade. Integritet i samband med förlossning togs upp som en rimlig orsak att inte uppskatta student-situationen men ingen ansåg att det var något större problem som skulle hindra att åter igen ha med en student.

Diskussion

Metoddiskussion

Intervjuerna genomfördes via telefon i kvinnornas hemmiljö. Kvinnorna kunde genom det känna sig bekväma med miljön och samtalet kunde när som helst avbrytas om det på något vis skulle kännas obekvämt eller obehagligt. Fördelen med att göra telefonintervjuer jämför med personliga ansikte-ansikte intervjuer kan vara att kvinnorna känner sig mer bekväma att prata om svårigheter och intima aspekter. Nackdelen med telefonintervjuer är att kroppsspråk inte kan avläsas. Detta hade kunnat förtydliga den beskrivna upplevelsen (Kvale & Brinkmann, 2014). Eftersom intervjuerna spelades in på en diktafon kunde materialet lyssnas igenom flera gånger och sedan transkriberas ner ordagrant för att inte missa viktiga bitar. Diktafon eller bandspelare ger intervjuaren frihet att koncentrera sig på ämnet och samtidigt kunna följa med i samtalet (ibid.).

De första intervjuerna blev inte lika innehållsrika som de senare intervjuerna på grund av att vid de senare intervjuerna gav författaren inledande information till kvinnorna om att prata och beskriva så fritt som möjligt. Det hade varit en stor fördel om samtliga kvinnor i studien hade fått samma information att berätta så fritt de kunde då de första intervjuerna gav mer kortfattade svar. Kvale och Brinkmann (2014) menar att en god intervjuteknik kommer av träning varför det kan anses

rimligt att de första intervjuerna inte håller samma kvalitet som de efterföljande intervjuerna gör. Det varierade även kraftigt hur pratsamma kvinnorna var under intervjuerna, vissa kvinnor uppskattade att prata långa meningar medan andra svarade mer kortfattat. Detta kan också påverka hur rikt materialet blivit från de olika intervjuerna.

Öppna frågor ställdes för att inte leda kvinnorna till någon speciell känsla. Ledande frågor får inte förekomma då författarens personliga åsikter och värderingar inte ska förekomma och leda den som intervjuas till någon förutfattad mening (Kvale & Brinkmann, 2014).

Då gruppen är liten, endast 14 kvinnor kan resultatet inte anses överförbart på alla födande kvinnor. Dock är trovärdigheten i studien hög då det kom fram likvärdiga uppgifter från samtliga intervjuer kring den positiva upplevelsen av barnmorskestudenten. Tveksamheter kan finnas till att de kvinnor som uppgav intresse för att delta i studien endast var de med positiva upplevelser från att ha haft med barnmorskestudent, eventuellt kan tänkas att de kvinnor som varit mindre nöjda inte valde att vara med i studien. Överförbarhet enligt Kvale och Brinkmann (2014) bygger bland annat på noga genomförda intervjuer samt att urvalet gjorts så att populationen på ett rimligt sätt täckts in. Detta skedde genom ett slumpmässigt urval från olika grupper i populationen. Inget fokus lades dock vid exempelvis utbildningsnivå, ekonomi, bostadsort samt ursprung. Risken finns att urvalet inte täcker in samtliga grupper trots att urvalet gjordes slumpmässigt. Trots att det inte lades någon fokus på vilken klinik kvinnorna hade fött vid gjordes en rekrytering inför intervjuerna genom att välja mammagrupper från olika delar av landet. Med detta önskades få så bred spridning som möjligt kring vilken klinik förlossningarna hade skett vid. Det kan ses som en styrka med studien att resultaten är liknande trots kvinnorna fött barn i olika delar av landet och haft närvaro från barnmorskestudent från olika utbildningar i landet.

Kvinnorna i studien hade en bred spridning av åldrar samt paritet. Dock var endast fyra av kvinnorna 30år eller äldre. Detta ger en viss tveksamhet kring hur vida populationen blivit rättvist representerad i föreliggande studie. En förklaring kan vara om yngre kvinnor i större andel är representerade i mammagrupper på internet.

Valet att inte rekrytera från Skåne kan efter studiens genomgång anses vara en styrka. För genom detta behövde inte kvinnorna känna oro kring att berätta om sina upplevelser med risk att författaren förstod vem informationen handlade om.

Enligt Graneheim och Lundman (2017) finns det inte bara en sanning i forskning men alltid en ny kunskap. Man kan alltså inte tolka med bestämdhet att alla kvinnor upplever det positivt i det stora hela att ha med en barnmorskestudent, men resultatet från föreliggande studie pekar på många fördelar för de 14 kvinnorna som hade barnmorskestudent med.

Trovärdigheten i kvalitativa intervjustudier beror på den systematiska och noga kodningen som skett av materialet och hur nära syftet författaren håller sig vid kodningen av materialet (Kvale & Brinkmann, 2014). Som nackdel kan ses att endast författaren har genomfört såväl intervjuer, transkribering och kodning av materialet, detta kan ha gjort att materialet formats mer enligt författaren än om denna haft en medförfattare som hjälpt till med kodningen. Kodning av materialet har dock skett i samråd med handledare. Stort fokus lades under intervjuerna att vara så neutral som möjligt och be respondenterna både prata om fördelar och nackdelar. Ledande frågor användes inte utan öppna frågor utan förutfattad mening för att bäst få med kvinnans egna upplevelse. Den intervjugudie som kan ses (bilaga 1) användes endast som stöd, detta kan ses som en svaghet då eventuellt inte alla frågor ställdes till samtliga kvinnor. Eftersom de uppmanades att prata fritt försökte intervjuare endast få ett fritt flyt i samtalet med fokus på syftet med studien.

Att författaren själv är barnmorskestudent och intervjuade kvinnor om upplevelsen av barnmorskestudenter kan ha försvårat för kvinnorna att fritt prata om exempelvis svårigheter. Dock pratade flera av kvinnorna mycket öppet kring de svårigheter de känt relaterat till barnmorskestudenten och uppmuntrades flera gånger att prata både om fördelar och nackdelar för att få med hela deras upplevelse. Författaren hade en viss förförståelse kring de fördelar som kan finnas av att ha en barnmorskestudent närvarande vilket ökade kravet vid intervjuerna och analysen att vara neutral. Det kan ha varit en nackdel om författarens förutfattade meningar blev tydliga för kvinnorna men genom att kvinnorna ombads att prata utifrån både fördelar och nackdelar kan detta ha frångåtts.

Kvinnorna i föreliggande studie har intervjuats upp emot 10 månader efter sin förlossning varför det kan diskuteras hur väl de minns de olika bitarna i sin förlossning. Dock menar Waldenström (2014) att vissa kvinnor som varit med om traumatiska händelser under sin förlossning snarare ändrar sin upplevelse från positiv till negativ över tid och inte tvärtom. Simkin (1992) visade på att kvinnor väl minns sin förlossning och upplevelsen av denna. Mycket av minnena kunde kvinnorna exakt återberätta 20 år efter sin förlossning. Detta pekar på att det inte finns nackdel att kvinnorna intervjuades upp till 10 månader efter förlossningen.

Resultatdiskussion

Kvinnorna i föreliggande studie var generellt positiva till upplevelsen av att ha barnmorskestudent närvarande under förlossningen. Detta är i linje med Grasby och Quinlivan (2001) där 96% av kvinnorna var positiva till upplevelsen.

Studien har tittat på upplevelsen av att ha barnmorskestudent för att finna viktiga bitar hur denna kan påverkas positivt och negativt genom att ha barnmorskestudent närvarande. Den tidigare forskning som är gjord inom området (Bolbol-Haghighi, et al., 2016) visar att kontinuerligt stöd från barnmorskestudent gav ett signifikant kortare förlossningsförlopp upp till 10cm jämfört med de kvinnorna utan kontinuerligt stöd från barnmorskestudent. Man kunde även se en högre apgar-poäng hos barnen 1-5 minuter efter förlossningen hos de mödrar som fått ett kontinuerligt stöd från barnmorskestudenten. Kontinuerligt stöd från barnmorskestudenter ansågs alltså vara en åtgärd som gynnar förlossningsprocessen som dessutom är kostnadslåg. Med detta kan ses att tryggheten och närvaron har positiva effekter inte bara för en positiv upplevelse utan också för progressen och utfallet efter förlossningen (ibid.).

En kontinuerlig närvaro från barnmorskestudenten uppgavs vara avgörande för den goda förlossningsupplevelsen. Det är genom närvaron som kvinnan ges möjlighet att bygga relation med den vårdande (Berg, et al., 2012) , i detta fallet barnmorskestudenten. Kvinnorna uppgav att de känt förtroende för barnmorskestudenten vilket författaren anser kunnat ske genom närvaro på rummet. Berg, et al. (2012) menar nämligen att födande kvinnor behöver en person som är närvarande inte bara fysiskt utan också mentalt och emotionellt för att kunna känna trygghet. Barnmorskestudenterna uppfattas i många fall av kvinnorna i föreliggande studie kunnat skapa en god relation och haft förmåga att vara närvarande både fysiskt, mentalt och emotionellt. Trygghet och en förtroendefullt relation ansågs även barnmorskestudenterna kunna ge enligt Rolls och McGuinness (2007). Dessa visade på att barnmorskestudenten hade varit avgörande för den trygghet och tro på sig själv som kvinnan känt under förlossningen.

Många kvinnor i föreliggande studie uppgav att det kändes tryggt att det var någon där som kunde en hel del, vilket kan tolkas att den som ska ge stöd och närvaro bör vara någon med grundläggande kunskap och erfarenhet om förlossningsvård. Fördelen med att barnmorskestudenten var någon som genuint ville vara med och ville lära sig togs även upp av

kvinnorna. Även Finnarty, et al. (2007) såg fördelar enligt kvinnorna att studenten verkligen ville vara där, att de tog sig tid och pratade.

Flera kvinnor menade att det var barnmorskestudentens närvaro på rummet som hade varit det avgörande för förlossningsupplevelsen. Men flera stycken angav även att det inte var vad studenten gjorde på rummet utan bara att studenten bara fanns där. Liknande resultat har setts i tidigare forskning enligt Lundgren och Berg (2016); Thunes och Tveit-Sekse (2015). Detta tyder på att kvinnor i förlossning behöver en kontinuerlig närvaro av en person med grundläggande kunskap och kompetens inom förlossningsvård. Nödvändigt vis behöver dock inte denna person vara barnmorska. Detta kan man tolka av att en barnmorskestudent på många vis verkar kunna utgöra trygghet för kvinnorna under förlossning trots de endast är under utbildning.

Berg (2016) menar att kvinnor uppger en känsla av förlust och ensamhet när barnmorskans närvaro ersätts med närvaro från andra yrkesgrupper exempelvis undersköterskor. Alltså kan man diskutera hur kvinnan upplevt en mer kontinuerlig närvaro av barnmorskan. Om barnmorskan hade haft lika mycket tid inne på rummet som barnmorskestudenten gavs möjlighet till hade upplevelsen eventuellt varit lika god. Detta lyfter en diskussion om barnmorskor på förlossningen egentligen endast bör ha en födande kvinna åt gången, för att kunna ge en kontinuerlig närvaro.

Många av kvinnorna nämnde bristen på barnmorskor som en oro i föreliggande studie. Detta skapade ett behov hos kvinnan att vara behjälpliga i utbildningssituationen för barnmorskestudenter. Detta är även beskrivet av Grasby och Quinlivan (2001). Så många som 84% av kvinnorna ansåg det viktigt att studenterna fick delta i förlossningsvården för att främja utbildningssituationen. Även Rolls och McGuinness (2007) visade fördelar med att studenten hade mer tid att närvara hos kvinnan. Genom mer tid fick kvinnorna mer närvaro och stöttning. Kvinnorna uppgav även enligt dem en rädsla för att inte få det stödet under förlossningen som de behövde utifrån arbetsbelastningen på barnmorskorna. Det kan diskuteras om det är relevant att födande kvinnor tillåter studenter med under sin förlossning med hänvisning till att det behövs fler barnmorskor i Sverige. Negativt kan ses att födande kvinnor är medvetna om behovet av fler barnmorskor och genom detta godkänner studenter under sina förlossningar. Kvinnorna bör istället genom sin autonomi kunna göra detta valet utifrån sina egna behov.

Kvinnorna uppgav i föreliggande studie en trygghet till barnmorskestudenternas kompetens som tidigare legitimerade sjuksköterskor. De kände tilltro till barnmorskestudentens kompetens inom

förlossningsvård men samtidigt en förståelse kring att det kunde finnas brister i deras erfarenhet. Något (Beagly, 1999) visade var dock att barnmorskestudenter känner mycket liten tilltro till sin egen kompetens speciellt i början av sin förlossningspraktik. Många barnmorskestudenter känner ingen trygghet till att de i grunden är sjuksköterskor eftersom barnmorskeyrket innehåller så mycket nya och specifika delar. Vilket även Brunstad och Hjämhult (2014) pekar på. Glädjande kan ses i föreliggande studie att en förståelse finns hos kvinnorna för barnmorskestudenten utifrån att inte kunna vara fullärd från början. Dock togs det flera gånger upp en viss oro för kompetensbrist exempelvis vid suturering. Detta är likvärdigt med det resultat som sågs enligt Grasby och Quinlivan (2001). De negativa känslorna de födande kvinnorna kände gentemot att ha en student med under förlossningen handlade om kompetensbrist och ovilja att ha många personer närvarande. Kompetensbristen kunde uppges handla om rädsla att något skulle bli fel eller en önskan om att istället ha någon mer erfaren. Även Finnarty, et al. (2007) fångade upp att födande kvinnorna kände en viss oro kring om barnmorskestudenten var kompetent nog under vissa delar av förlossningen. Något som Berg, et al. (2012) menade var nödvändigt för tryggheten under förlossningen var att känna tilltro till kompetensen hos barnmorskan och att kunna lita på dennas förmåga att fatta bra beslut. I studentsituationen kan denna tilltro bli lidande om kvinnan inte ges tydlig information kring studentens ansvar, kompetens och uppgifter.

En fördel som lyfts fram i intervjuerna i föreliggande studien var att barnmorskestudenten mycket sällan var ensam på rummet när något invasivt skulle ske, detta kan ha gjort att kvinnorna kunde känna ett större lugn kring att inget felaktigt skulle ske. Stunderna de födande kvinnorna uppgav att de var ensamma med studenten var stunder av endast närvaro och stöd utan exempelvis undersökningar eller infusioner. Den födande kvinnan kan alltså anses känna ett större lugn om studenten inte lämnas ensam vid mer avgörande delar av förlossningen alternativt tydlig kommunikation med handledare-student-födande kvinna. Detta kan styrkas av Finnarty, et al. (2007) där det framkom att trygghet upplevdes vid närvaro av handledare.

Ingen av kvinnorna i föreliggande studie ansåg barnmorskestudenten ha det yttersta ansvaret under förlossningen. Kvinnorna förlitade sig på att någon med mer kunskap och erfarenhet hade kontroll över situationen. Något som kan skapa oro är den arbetsbelastning som föreligger i förlossningsvården. Hård arbetsbelastning beskrivs som en svaghet i handledningssituationen enligt Aune, et al. (2014). Hård arbetsbelastning på den handledande barnmorskan kan påverka både handledningssituationen och förlossningen negativt. Risken finns att den handledande

barnmorskan inte ges tid till tillräcklig handledning av barnmorskestudenten. Det finns även en risk att närvaron hos den födande kvinnan blir lidande vid hård arbetsbelastning.

Dubbla undersökningar var något som framkom som något som mindes med ambivalenta känslor. Kvinnorna hade en förståelse för att de dubbla undersökningarna var viktiga för inläringen för barnmorskestudenten. Dock uppgavs obehag vid dessa vaginalundersökningar, alltså där handledaren först undersökte och studenten där efter. Fördelar beskrevs att delta i utbildningen för barnmorskestudenten, men nackdelar beskrevs utifrån smärta och obehag. Finnarty, et al. (2007) visade att kvinnor kände en stor förståelse för barnmorskestudenten. Studenten antogs inte kunna vara lika snabb som den handledande barnmorskan. Det ansågs även viktigt att studenten fick delta i alla delar av vården för att främja utbildningssituationen. Browne och Taylor (2013) visade att endast 2 % av kvinnorna som haft barnmorskestudent närvarande inte skulle rekommendera detta till andra eller godkänna detta vid sin nästa förlossning. Detta pekar på att de kvinnor som haft barnmorskestudent närvarande känt stora fördelar trots vissa aspekter kunnat kännas ambivalenta.

Det latent innehåll i resultatet, den delen av innehållet som ligger på en mer tolkande nivå enligt Kvale och Brinkmann (2014) pekar på att det inte så mycket handlar om vad barnmorskestudenten gör i förlossningsrummet utan att finnas där för kvinnan. Genom närvaron kan det bli lättare att tillgodose kvinnans individuella behov under förlossningen. Att bara vara där kan dock diskuteras utifrån att flera kvinnor angav betydelsen av att barnmorskestudenten inte var någon helt okunnig trots att de flera gånger poängterade vikten av förståelse att hon inte vara erfaren inom förlossningsvården. Detta är i linje med vad Berg, et al. (2012) menar är avgörande för en god förlossningsvård nämligen närvaro av en person med kunskap.

Konklusion och implikationer

Genom denna studie kan slutsatser dras att födande kvinnor kan vara i stort behov av att ha någon med hög närvaro som kan ge ett kontinuerligt stöd. Denna person måste nödvändigt vis inte vara barnmorska men ska vara någon med god kunskap och kännedom om förlossningsprocessen. Inte bara den födande kvinnan gynnas av detta utan också partnern som genom en extra person på rummet kan känna lugn och trygghet.

Studien visar även på den viktiga roll som den handledande barnmorskan har. Den handledande barnmorskan är ytterst ansvarig för säkerheten, denna information måste nå kvinnan under förlossningen för att en osäkerhet inte ska finnas hos kvinnan kring att vara utlämnade till

barnmorskestudenten. Vidare kan sägas att stor förståelse och respekt måste finnas vid vaginala undersökningar där samtycke bör ske inför varje ny undersökning som ska ske. Dubbla vaginala undersökningar kan orsaka kvinnan obehag varför respekt och förståelse är viktigt.

Kvinnorna i studien uppgav bristen på barnmorskor och förlossningsplatser i Sverige. Detta kan leda till en rädsla att inte få plats och att bli lämnade ensamma. Med detta kan tolkas vikten av trygghet för den födande kvinnan och paret. Det kan finnas en stor betydelse för kvinnan att känna sig sedd och få ett kontinuerligt stöd under förlossningen.

Mer forskning inom området studenter i verksamhetsförlagd utbildning på förlossningsklinik behövs för att bättre skapa förståelse för upplevelsen hos den födande kvinnan i mötet med studenten.

Referenser

Aune,I.,Amundsen-Hvaal., H., & Skaget-Aas, L-H. (2014). Is a midwife's continuous presence during childbirth a matter of course? Midwives experiences and thoughts about factors that may influence there continuous support of women during labour. *Midwifery* , 30, 89-95.

Aune, I.,Dahlberg,U., & Ingebrigtsen, O.(2011). Parent's experiences of midwifery students providing continuity of care. *Midwifery*, 28,(4), 372-378.

Beagly,C. (1999). A study of student midwives's experiences during their two-years education programme. *Midwifery*, 15(3), 194-202.

Berg,M. (2016).Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I M.Berg & I.Lundgren (red.), *Att stödja och stärka-vårdande vid barnafödande (s. 29-41)*. Lund:Studentlitteratur.

Berg, M.,Olofsdottir, O.,& Lundgren, I. (2012). A midwifery model of women-centred childbirth care. In Swedish and Icelandic settings. *Sexual and reproductive health care*, 2, 79-87.

Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, S,-Z., & Kazemi, F. (2016). Effect of continued support of Midwifery students inlabour on the childbirth and labour consequences: A randomized controlled clinical trial. *Obstetrics and gynaecology section*, 10 , (9), 14-17.

Browne,J., & Taylor, J. (2014). It's a good thing...:Women's views on the continuity experiences with midwifery students from one Australian region. *Midwifery*, 30(3), 108-114.

Brunstad,A., & Hjälmhult,E. (2014). Midwifery students learning experiences in labor ward: A grounded theory. *Nurse education today*, 34,(12), 1474-1479.

Finnerty, G., Magnusson, C., & Pope, R. (2007). Women's views of student midwives' involvement in maternity care. *Evidence Based Midwifery*, 5(4), 137-142.

Grasby, D., & Quinlivan, J.-A. (2001). Attitudes of patients towards the involvement of medical students in their intrapartum obstetric care. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(1),91-96.

Helsingforsdeklarationen. (2013). World medical association declaration of Helsinki: ethical principals for medical research involving human subjects Hämtat 20170326 från: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=%5bpage%5d/%5btoPage>

International Confederation of Midwives. (2011). Hämtat 171116 från <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Global%20Standards%20Comptencies%20Tools/English/GLOBAL%20STANDARDS%20FOR%20MIDWIFERY%20REGULATION%20ENG.pdf>

International Confederation of Midwives. (2013). Hämtat 171116 från http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Standards%20Guidelines_ammended2013.pdf

Kvale,S.,& Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund;Studentlitteratur.

Lind, L. (2001). *Handbok i medicinsk och biologisk forskning*. Stockholm:Liber.

Lindgren,H., Rehn,M., & Wiklund, I. (2014) *Barnmorskans handläggning vid normal förlossningsforskning och erfarenhet*. Lund:Studentlitteratur.

Lundsuniversitet..2016.*Barnmorskeprogrammet*
http://www.med.lu.se/utbildning_paa_avancerad_nivaa_foer_sjukskoeterskor/barnmorska
Hämtat 171006

Lundgren, I. (2014). Vård vid normalt barnafödande. I M.Berg & I.Lundgren (red.), *Att stödja och stärka-vårdande vid barnafödande (s. 117-138)*. Lund:Studentlitteratur.

Lundgren, I. (2016). Förlossningsvårdens historia. I M.Berg & I.Lundgren (red.), *Att stödja och stärka-vårdande vid barnafödande (s. 17-25)*. Lund:Studentlitteratur

Lundgren, I., & Berg, M. (2016). Professionellt förhållningssätt. I H. Lindgren., K. Christensson & A.-K. Dykes (red.), *Reproduktiv hälsa-barnmorskanskompetensområde (s.19-24)*.Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M, Graneskär & B, Höglund-Nielsen. (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso och sjukvård.* (s. 219-232). Lund :Studentlitteratur.

Ny,P. (2016). Barnmorskan i ett mångkulturellt samhälle. I H. Lindgren., K. Christensson & A.-K. Dykes (red.), *Reproduktiv hälsa-barnmorskanskompetensområde (s.49-51)*.Lund: Studentlitteratur.

Rolls,C., & McGuinness,B. (2007). Women's experiences of a follow through journey program with bachelor of midwifery students. *Women and Birth, 20(4)*, 149-152.

Simkin,P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and Consistency of Women's Long-Term Memories of Their First Birth Experiences. *Birth, 19(2)*, 64-81.

Thunes,S., & Tveit-Sekse,R,-J. (2015). Midwifery students first encounter with the maternity ward. *Nurse education in practice, 15,(3)*, 243-248.

Waldenström, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth, 31 (2)*, 102-107.

Woolner,A.,& Cruickshank,M. (2015).What do pregnant women think of student training?. *Clinical teacher, 12, (5)*, 325-330.

Intervju-guide

Din ålder

Barn nr

Födde när

Vad hade du för förväntningar på din förlossning?

När i skedet var barnmorskestudenten närvarande?

Hur fick du reda på att hon skulle närvara?

Hur kände du när du fick reda på att en barnmorskestudent skulle vara med?

Hur upplevde du förlossningen med fokus på barnmorskestudenten?

Hur såg dina attityder gentemot barnmorskestudent ut innan resp efter din förlossning?

Vad var speciellt bra?

Vad var mindre bra?