



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Kvinnors upplevelse av stöd från vårdgivare efter en negativ förlossningsupplevelse

Författare: Annika Karlsson & Janne Verma

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Våren 2018

Kvinnors upplevelse av stöd från vårdgivare efter en negativ förlossningsupplevelse

Författare: Annika Karlsson & Janne Verma

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Våren 2018

Abstrakt

Bakgrund: Negativa förlossningsupplevelser (NF) kan innebära förödande konsekvenser för kvinnan, familjen och samhället. I Sverige identifieras och handläggs NF på olika sätt. Det saknas rekommendationer för stöd efter en NF. **Syfte:** Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelse av stöd från vårdgivare efter en negativ förlossningsupplevelse.

Metod: En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats omfattande åtta gravida kvinnor med subjektiv NF utfördes. Innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) tillämpades som analysmetod. **Resultat:** Kvinnan och hennes partner efterfrågade fakta genom samtal med rätt person. Det tog tid att inse sitt behov av stöd och vården uppmärksammade inte alltid behovet. Ett skadat förtroende för vården hindrade kvinnor från att söka och/eller ta emot stöd. **Konklusion:** Vården måste uppmärksamma NF hos både kvinnan och hennes partner i större utsträckning och stödet efteråt bör erbjudas tydligt och aktivt i vårdförloppets alla instanser.

Nyckelord

Förlossningsupplevelse, identifiering av negativ förlossningsupplevelse, negativ förlossningsupplevelse, samtal om förlossningen, traumatisk förlossningsupplevelse, vårdare-patient relationer.

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Introduktion	4
Bakgrund.....	4
Förlossningsupplevelse	4
Professionellt stöd	5
Negativ förlossningsupplevelse	5
Prevalens av negativ förlossningsupplevelse.....	6
Faktorer som ökar risken att drabbas av en negativ förlossningsupplevelse.....	6
Konsekvenser av en negativ förlossningsupplevelse	7
Stöd efter en negativ förlossningsupplevelse.....	8
Perspektiv och utgångspunkter.....	9
Syfte.....	10
Metod.....	10
Urval.....	11
Instrument.....	12
Datainsamling.....	12
Analys av data.....	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat.....	14
Beskrivning av respondenterna och bakgrunden till deras negativa förlossningsupplevelse	14
Faktorer som främjar eller hindrar upplevelsen av stöd	15
Samtal om förlossningen	16
Fakta och förståelse	16
Samtal med rätt person.....	17
Insikten.....	18
Annat fokus än förlossningsupplevelsen	18
Fördröjd reaktion.....	19
Förtroende för vården.....	20
Relationen med vårdpersonalen	21
Vikten av att uppmärksamma förlossningsupplevelsen	22
Tillgänglighet och eget engagemang	23
Behov av kontroll	24
Diskussion.....	25
Metoddiskussion.....	25
Urval.....	25
Instrument	26
Analys	27
Resultatdiskussion	27
Samtal om förlossningen	27
Insikten.....	28
Förtroende för vården.....	29
Behov av kontroll.....	30
Vikten av att uppmärksamma negativ förlossningsupplevelse	31
Tillgänglighet och eget engagemang	32

Partnern	32
Konklusion och implikationer	33
Referenser	34
Bilaga 1	39
Semistrukturerad intervjuguide	39

Introduktion

En negativ förlossningsupplevelse kan innebära förödande konsekvenser för kvinnan i form av psykiskt och emotionellt lidande (Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, 2010; Fenech & Thomson, 2014) både i nära anslutning till förlossningen, men också under lång tid därefter (Fenech & Thomson, 2014; Nilsson, 2012). Spädbarnet och hela familjens hälsa kan i sin tur påverkas av kvinnans lidande och därför har negativ förlossningsupplevelse lyfts fram som en angelägen folkhälsofråga (Bastos, Furuta, Small, McKenzie-McHarg & Bick, 2015; Thomson & Downe, 2008).

Vårdgivares syn på förlossningar stämmer inte alltid överens med kvinnors upplevelser (Beck, 2004; Thomson & Downe, 2008). Enligt Höjeberg (2000) finns en risk att vårdgivare glömmer bort förlossningsupplevelsens betydelse för kvinnan då förlossningsvården har institutionaliserats och kvinnorna blivit patienter. Samstämmiga kriterier för att definiera negativ förlossningsupplevelse saknas idag liksom passande verktyg för skattning av förlossningsupplevelse (Bell & Andersson, 2016; Bohren et al. 2015). Detta försvårar både identifieringen av kvinnor med negativa förlossningsupplevelser och forskningen på området. Elmir et al. (2010) påtalar kvinnors behov av stöd efter en negativ förlossningsupplevelse och att kvinnors lidande efteråt sällan tas på allvar av vårdgivare eller samhälle. Fenech och Thomson (2014) framhåller behovet av mer forskning kring vilken typ av stöd som krävs efter en negativ förlossningsupplevelse samt när och hur stödet ska ges.

Bakgrund

Förlossningsupplevelse

En förlossning är enligt Höjeberg (2000) en existentiellt laddad händelse. Att föda barn är en komplex livshändelse och kvinnans upplevelse kan resultera i både positiva och negativa psykologiska efterverkningar (Fenech & Thomson 2014). Hur kvinnan upplever sin förlossning är en kombination av flera faktorer, men stöd och bemötande har beskrivits som mer betydelsefullt för upplevelsen än förekomst av förlossningssmärta och

förlossningskomplikationer (Bell & Andersson, 2016; Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala & Weston, 2011; Thomson & Downe, 2008). En förlossning som vårdgivaren betraktar och dokumenterar som en okomplicerad vaginal förlossning kan utgöra en negativ upplevelse för kvinnan, och omvänt, behöver en förlossning med obstetriska interventioner inte innebära en negativ upplevelse för kvinnan (Beck, 2015; Thomson & Downe, 2008). Garthus-Niegel et al.'s (2013; 2014; 2017) studier har visat att kvinnors subjektiva förlossningsupplevelser är mer viktiga för kvinnans psykologiska respons i efterförloppet än objektiva händelser under förlossningen.

Professionellt stöd

Relationen mellan vårdgivaren, ofta barnmorskan, och kvinnan under förlossningen påverkar kvinnans upplevelse och möjligheten att få en normal förlossning. Områden som har lyfts fram som viktiga är tillit/förtroende, respekt/autonomi, upplevelse av trygghet, närvaro, omhändertagande och stöd (Bell & Andersson, 2016; Dahlberg et al., 2016; Karlström, Nystedt & Hildingsson 2015; WHO, 2015).

Ross-Davie och Cheyne (2014) hävdar att professionellt stöd är den viktigaste faktorn för förlossningsupplevelsen. Enligt Hodnett et al. (2011) innebär tillgång till kontinuerligt stöd under förlossningen kortare förlossningsförlopp, mindre användning av farmakologisk smärtlindring, färre interventioner, högre apgar-poäng vid bedömning av barnet efter förlossningen och färre negativa förlossningsupplevelser. Kvinnor som får kontinuerligt stöd under sin förlossning har oftare en positiv förlossningsupplevelse än kvinnor som får intermitterant stöd. Kvinnor som upplever avsaknad av stöd under förlossningen löper risk att drabbas av en negativ förlossningsupplevelse.

Negativ förlossningsupplevelse

I litteraturen kring negativ förlossningsupplevelse har begreppen "traumatisk förlossningsupplevelse" (birth trauma/traumatic birth experience) och "negativ

förlossningsupplevelse” (negative birth experience) använts parallellt utan uppenbara skillnader i innebörd (Nilsson, 2012). I studier från engelskspråkiga länder verkar begreppet traumatisk förlossningsupplevelse företrädesvis ha använts medan nordiska studier oftast använt sig av begreppet negativ förlossningsupplevelse. Ingen enhetlig definition har hittats i litteraturen och författarna valde att använda “negativ förlossningsupplevelse” i denna studie.

De beskrivningar av negativ förlossningsupplevelse som författarna tagit del av innefattar händelser eller upplevelser vid en eller flera tidpunkter under graviditet, förlossning eller postpartum som lett till att den totala upplevelsen av förlossningen betraktas som negativ. Litteraturen lyfte fram: kontrollförlust, obstetriska interventioner/komplikationer för kvinnan eller barnet, smärta, att bli behandlad på ett inhumant sätt, kränkning av den personliga integriteten, att ens värdighet tas ifrån en, avsaknad av delaktighet, upplevelsen att vara osynlig/utan värde eller utsatt för svek, upplevelsen av livsfara, hjälplöshet eller maktlöshet (Beck, 2015; Elmir et al., 2010; Hildingsson, 2015; Ryding, 2014; Samarandache, Kim, Bohr & Tamim, 2016; Ulfsdottir, Nissen, Ryding, Egloff & Wiberg-Itzel, 2014; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad, 2004).

Prevalens av negativ förlossningsupplevelse

I Sverige genomfördes 2004 en studie som redovisade att sju procent av svenska kvinnor skattade sina förlossningar som negativa upplevelser (Waldenström et al., 2004). Det svenska Graviditetsregistrets årsrapport (2015) redovisade att siffran var mindre än fem procent och värdet baserades på självskattning av förlossningsupplevelsen på en visuell-analog skala (1–10) där 10 är bästa tänkbara förlossningsupplevelse och värden under 3 innebar en negativ upplevelse. Siffror från undersökningar i mindre populationer i Kanada, USA och Norge visar 9–34 % prevalens för negativ förlossningsupplevelse (Henriksen, Grimsrud, Schei & Lukasse, 2017; Samarandache et al., 2016; Soet, Brack & Dilorio, 2003).

Faktorer som ökar risken att drabbas av en negativ förlossningsupplevelse

Det har beskrivits samband mellan negativ förlossningsupplevelse och hög ålder på kvinnan, våldsutsatthet, låg självupplevd hälsa, tidigare sexuella övergrepp och oplanerad graviditet. (Samarandache et al., 2016; Ulfsdottir et al., 2014)

Förlossningsrädsla har samband med negativ förlossningsupplevelse (Haines, Rubertsson, Pallant, & Hildingsson, 2012). Obstetriska interventioner och långdraget förlossningsförlopp är mer vanligt bland förlossningsrädda kvinnor, faktorer som i sin tur har kopplats till negativ förlossningsupplevelse (Alehagen, 2016).

Kvinnans förväntningar innan förlossningen har också stor betydelse för förlossningsupplevelsen (Beck, 2015; Bell & Andersson, 2016). Hildingsson (2015) redovisade att kvinnor som upplevt att de fått mindre stöd än de förväntat sig av barnmorskan under förlossningen oftare hade en mindre positiv syn på förlossningen som helhet. Beck (2015) redovisade att kvinnor som förväntade sig att förlossningen skulle bli en värdefull och positiv livshändelse istället kunde uppleva vårdens agerande som traumatiserande.

Konsekvenser av en negativ förlossningsupplevelse

En negativ förlossningsupplevelse kan innebära konsekvenser för kvinnan, hennes nyfödda barn, hennes partner och familj, liksom för vården och samhället i stort (Bastos et al, 2015; Elmir et al., 2010; Fenech & Thomson, 2014; Nilsson, 2012; Thomson & Downe, 2008).

Elmir et al., (2010) visade att en negativ förlossningsupplevelse kan leda till väldigt blandade känslor och psykologiska reaktioner. Bell och Andersson (2016) har i en systematisk litteraturöversikt identifierat ett signifikant samband mellan kvinnors förlossningsupplevelse och postnatal depression. Negativ förlossningsupplevelse har lyfts fram som den viktigaste faktorn för utveckling av posttraumatiska stresssymptom och ibland posttraumatiskt stressyndrom i samband med barnafödande (Beck, 2015; Dekel, Stuebe & Dishy, 2017). Enligt American Psychiatric Association (APA, 2013) utgörs posttraumatiska stresssymptom bland annat av återupplevandet av den traumatiska händelsen, undvikande av stimuli som påminner om traumat, negativa kognitioner, påverkan på humör, sömnsvårigheter och agitation. I de fall då symptomen skapar stor oro eller funktionsnedsättningar i viktiga delar av livet, exempelvis i relationen mellan mor och barn kan det vara fråga om posttraumatiskt stressyndrom (APA, 2013). En till två procent av svenska kvinnor utvecklar posttraumatiskt stressyndrom efter en negativ förlossningsupplevelse (Ryding, 2014). En amerikansk nationell undersökning redovisade nio procents förekomst av posttraumatiskt

stressyndrom bland amerikanska kvinnor (Beck, 2015). Internationella studier har visat att 16–48 % av kvinnor som haft en negativ förlossningsupplevelse uppvisar posttraumatiska stressymptom (Alcorn, O'Donovan, Patric, Creedy & Deville, 2010; Ayers, Harris, Sawyer, Parfitt & Ford, 2009; Dekel, Stuebe & Dishy, 2017; Polachek, Harari, Baum & Strous, 2012).

Svår förlossningsrädsla är ofta ett resultat av en tidigare negativ förlossningsupplevelse och kan orsakas av obstetriskt komplicerade förlossningar men uppstår ibland efter till synes helt normala förlossningar (Alehagen, 2016; Björklund & Almström, 2011; Nilsson, 2010; Nilsson, 2012). Kvinnor som drabbats av obstetriska komplikationer löper en större risk att uppleva förlossningen som negativ i sin helhet och utvecklar oftare förlossningsrädsla än kvinnor som inte varit med om obstetriska komplikationer (Størksen, Garthus-Niegel, Vangen & Eberhard-Gran, 2013). En negativ förlossningsupplevelse kan leda till att kvinnor undviker att genomgå ytterligare graviditeter eller önskar kejsarsnitt vid följande graviditeter (Wiklund, Andolf, Lilja & Hildingsson, 2012; Shorey, Yang & Ang, 2018).

Anknytningssvårigheter mellan kvinnan och det nyfödda barnet kan uppstå efter en negativ förlossningsupplevelse. Kvinnan kan ha svårt att känslomässigt relatera till sitt barn, känna negativa känslor eller avstånd gentemot barnet eller inte förmå att känna närhet till barnet (Beck, 2015; Elmir et al., 2010; Fenech & Thomson, 2014).

Negativ inverkan på relationen med partnern kan också uppstå efter en negativ förlossningsupplevelse, Fenech och Thomson (2014) lyfter fram långvariga sexuella problem och svårigheter att visa och ta emot ömhet och stöd i parrelationen. Kvinnor kan känna ilska och skuldbelägga sin partner för att hen inte har klarat att beskydda henne under förlossningen (Beck, 2015; Fenech & Thomson).

Stöd efter en negativ förlossningsupplevelse

I Sverige identifieras och handläggs negativ förlossningsupplevelse på olika sätt. Socialstyrelsens nationella kartläggning “Vård efter förlossning” (2017) redovisade att 37 % av de svenska sjukhusen hade skriftliga rutiner för identifiering och handläggning av negativ förlossningsupplevelse. SFOG (2017) rekommenderar användning av visuell-analog skala på eftervårdsavdelningen avseende nöjdhet med förlossningsupplevelsen för att få en uppfattning

om en kvinnas aktuella behov av extra stöd. Av de svenska sjukhusen vidtog 86 % åtgärder som att remittera kvinnan till en mottagning för förlossningsrädda kvinnor eller erbjuda samtal med en förlossningsläkare eller den förlösande barnmorskan då en kvinna beskrev eller skattade sin förlossning som negativ. Få av sjukhusen förlängde vistelsen på eftervårdsavdelningen med anledning av en negativ förlossningsupplevelse. Samtal om förlossningsupplevelsen ingår i eftervårdsbesöket på mödrahälsovården i samtliga landsting och regioner enligt riktlinjer men inte alla har som rutin att erbjuda uppföljning utöver. Av de kvinnor som födde barn 2015 följdes 76 % upp med ett eftervårdsbesök (Socialstyrelsen, 2017). Debriefing och avlastande samtal har setts som en förstahandsåtgärd för att minska akuta stressreaktioner och har använts som intervention efter negativa förlossningsupplevelser (Bastos et al. 2015; Beck, 2015). Debriefing definierades som ett mer eller mindre strukturerat tillfälle då kvinnan har möjlighet att ställa frågor och återberätta sin förlossningsupplevelse och få sina känslomässiga reaktioner bekräftade och normaliserade (Bastos et al. 2015).

Perspektiv och utgångspunkter

Beck (2015) har utarbetat teorin *Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect* kring negativ förlossningsupplevelse och den “ringar på vattnet effekt” upplevelsen kan ha. Teorin begränsar sig till beskrivning av etablerad kunskap om fenomenet och är baserad på författarens egen forskning i ämnet och syftar till att främja evidensbaserad vård kring negativ förlossningsupplevelse.

De grundsatser som fastställts i Beck's (2015) teori är:

1. Negativ förlossningsupplevelse kan ses som en extrem traumatisk stressor och kan leda till posttraumatiskt stressyndrom.
2. Negativ förlossningsupplevelse resulterar i posttraumatiska stresssymptom som varierar i intensitet och varaktighet.
3. Negativ förlossningsupplevelse kan leda till långvariga, kroniska konsekvenser.
4. Negativ förlossningsupplevelse kan också påverka vårdgivare och närstående som varit med på förlossningen.
5. Posttraumatiska stresssymptom kan hämma mor-barn interaktionen.
6. Negativ förlossningsupplevelse kan påverka kvinnors upplevelser av amning.

7. Årsdagarna av en negativ förlossningsupplevelse kan uppväcka de posttraumatiska stressymptomen igen.
8. Graviditeter och förlossningar efter en negativ förlossningsupplevelse är ångestfyllda för kvinnan.
9. Inte alla efterföljande förlossningar fungerar som helande efter en negativ förlossningsupplevelse (Beck, 2015).

Förhoppningen med denna studie är att öka förståelsen för hur kvinnor upplever det stöd de har fått efter en negativ förlossningsupplevelse och vilka behov av stöd kvinnorna uttrycker. Resultaten av denna studie kan möjligen tillföra nya insikter för vårdgivare i arbetet med negativ förlossningsupplevelse.

Syfte

Syftet med studien var att belysa kvinnors upplevelse av stöd från vårdgivare efter en negativ förlossningsupplevelse.

Metod

Kvalitativ metod med induktiv ansats har tillämpats i denna studie och semistrukturerade intervjuer användes som instrument. Kvalitativ forskningsmetod lämpar sig väl när syftet med studien är att grundligt beskriva och förklara ett fenomen, metoden är flexibel och tillåter justeringar under arbetets gång (Polit & Beck, 2010). Metoden har ett holistiskt perspektiv och strävar mot förståelse av helheten. Metoden ställer krav på forskarnas djupa engagemang i insamlingen och analysen av data. Induktiv analysmetod går från det specifika till det övergripande, kategorierna skapas från data och innebär inte prövning av någon befintlig teori.

Innehållsanalys är en forskningsmetod där forskaren på ett systematiskt och objektivt sätt analyserar och beskriver förekomsten av ett fenomen (Krippendorff, 1980). Enligt Elo och Kyngäs (2008) lämpar metoden sig för att analysera skriftlig, verbal och visuell

kommunikation och underlättar förståelsen av data. Indelning av data i innehålls-relevanta kategorier kondenserar det individuellt kommunicerade i kategorier med liknande innebörd och syftar till att uppnå en komprimerad och bred beskrivning av fenomenet.

Urval

Populationen i denna studie var gravida kvinnor i södra och mellersta Sverige som hade en eller flera negativa förlossningsupplevelser bakom sig. Urvalet baserades på frivilligt deltagande.

Inklusionskriterium var gravida kvinnor inskrivna på mödrahälsovården som hade en subjektiv negativ förlossningsupplevelse bakom sig. Exklusionskriterium var allvarligt skadat eller dött barn i samband med den negativa förlossningsupplevelsen eller misstanke om skadat barn i aktuell graviditet. Intervjuerna genomfördes i graviditetens andra trimester. Kvinnor med tolkbehov exkluderades.

Inklusionskriterium utarbetades utifrån att kvinnor som valt att genomgå en ny graviditet troligen till viss del bearbetat sin negativa förlossningsupplevelse. Tiden för intervjun valdes med tanke på att KUB (kombinerat ultraljud och blodprov) och/eller rutinultraljudet då var genomfört och barnet verkade friskt. Kvinnan befann sig nu enligt SFOG (2016) i graviditetens andra trimester då illamående och oro för missfall vanligen hade passerat samtidigt som förlossningen inte var omedelbart förestående och tid fanns för att bearbeta eventuella reaktioner på intervjun. I händelse av reaktioner eller behov av stöd efter intervjun uppmanades kvinnorna att kontakta sin barnmorska där de var inskrivna på mödrahälsovården. Barnmorskorna på de aktuella mottagningarna informerades även om detta via skriftlig information om studien.

Instrument

Semistrukturerade intervjuer användes för att säkerställa att data skulle motsvara syftet (Polit & Beck, 2010). Deltagarna uppmuntrades att berätta fritt utifrån konstruerade frågor i en intervjuguide.

Metod för semistrukturerad intervjuguide enligt Kallio, Petil, Johnson och Kangasniemi (2016) användes i denna studie. Projektplanens problemområde och bakgrund utgjorde grund för formulering av en preliminär intervjuguide. Intervjuguiden validerades genom noggrann granskning av författarna och handledaren samt kollegial granskning vid examinationsseminarium för projektplan. Den färdiga intervjuguiden (Bilaga 1) presenteras i studien så att läsaren kan ta del av den och för eventuell användning/utveckling i framtida forskning.

Datainsamling

Rekrytering av informanter gjordes via posters på mottagningar för mödrahälsovård, specialistmödravård och ultraljud i södra Skåne under hösten 2017 och våren 2018, tillstånd från berörda ansvariga chefer inhämtades på förhand. Informanterna instruerades att vid intresse kontakta författarna via sms eller mail. Efter mottagen intresseanmälan tog författarna kontakt med kvinnorna via telefon eller mail, kontrollerade inklusions- och exklusionskriterium och översände ett informationsbrev med ytterligare information. Vid fortsatt intresse planerades tid och plats för intervjun enligt kvinnornas önskemål för att underlätta deltagandet. Skriftligt samtycke till deltagande i studien inhämtades i samband med intervjun. Av praktiska och tidsmässiga skäl delades intervjuerna upp mellan författarna, den första intervjun genomfördes gemensamt för att öka samstämmigheten i utförandet av intervjuerna och användningen av intervjuguiden. Rekryteringen utökades till hela Sverige på grund av lågt deltagarantal. Den ursprungliga postern delades i flera omgångar på sociala medier som Facebook och i grupper för blivande föräldrar sammanslutna utifrån beräknat förlossningsdatum, t ex "BF juli-aug 2018 Göteborg". Försök gjordes att dela postern i mer etablerade sociala forum som t ex "Familjeliv" och "Födelsevrålet", men förfrågan ignorerades eller nekades publicering av gruppernas administratörer. Det slutliga deltagandet blev åtta kvinnor, fyra rekryterade via posters och fyra via sociala medier. Hälften av

intervjuerna genomfördes som telefonintervjuer. Längden på intervjuerna varierade mellan 25–60 min. Ytterligare tre deltagare hade anmält intresse men hoppade av oklar anledning av, några ytterligare hörde av sig men var inte gravida igen enligt inklusionskriterierna.

Analys av data

Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant enligt Polit och Beck (2010). För att säkerställa så korrekt transkribering som möjligt granskades texterna av båda författarna.

Induktiv innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2008) användes som analysmetod och är en process i tre steg, förberedelsefas, organiseringsfas och presentationsfas.

Förberedelsefasen inleddes med urskiljande av meningsbärande enheter representativa för kontexten de tagits ifrån och utifrån relevans för forskningssyftet. Enheterna anpassades så att analysprocessen inte försvårades och inte heller fragmenterades på grund av för smala meningsbärande enheter. Latent innehåll som pauser, suckar, skratt, och kroppshållning inkluderades inte i analysen. Författarna gjorde sig fullständigt bekanta med materialet och skapade sig en helhetsbild av innehållet innan analysen påbörjades (Elo & Kyngäs, 2008).

Organiseringsfasen genomfördes med öppen kodning, anteckningar och rubriker skrevs i texten under pågående läsning. En andra genomläsning gjordes därefter och så många rubriker som behövdes för att beskriva alla relevanta aspekter lades till i textens marginaler.

Rubrikerna (underkategorierna) fördes sedan över i kodningsdokument och överordnade kategorier (generella kategorier) skapades genom gruppering av rubriker.

Abstraktionsprocessen, författarnas tolkning av resultatet, mynnade ut i tre generella kategorier som sedan sammanfördes till en huvudkategori. Indelningen i kategorier syftade till att kunna beskriva, öka förståelsen för och generera kunskap om det studerade fenomenet.

Kategorierna namngavs så att innehållet i så stor utsträckning som möjligt återspeglades i namnet och kategorierna utgör resultatet av studien. (Elo & Kyngäs, 2008).

Presentationsfasen innebar skapandet av en överskådlig tabell som tydligt redovisade processen vid skapandet av kategorier (Elo & Kyngäs, 2008).

Forskningsetiska avvägningar

Denna studie utgick från de etiska principerna i World Medical Association's (WMA) Helsingforsdeklaration (WHO, 2001) där den enskilda människans liv, hälsa, värdighet och autonomi ska värnas vid all forskning.

Rådgivande yttrande (VEN 78–17), från Vårdvetenskapliga Etiknämnden inhämtades före data i enlighet med WMA's principer (2001). Poster och informationsbrev till studiedeltagare innehöll information om frivillighet till medverkande i studien och att deltagandet på kvinnans initiativ kunde avbrytas när som helst utan något skäl. Insamlade data har förvarats på en säker plats, behandlas konfidentiellt och ingen enskild deltagare kan identifieras i arbetet. Studiens urval gjordes utifrån noggranna etiska överväganden och exklusionskriterierna var avvägda så att risken att skada kvinnor i en utsatt situation genom deltagande i studien minimerades.

Resultat

Beskrivning av respondenterna och bakgrunden till deras negativa förlossningsupplevelse

Alla deltagarna var i trettioårsåldern vid tiden för intervjun och deras negativa förlossningsupplevelse inträffade för mellan två och sju år sedan då de födde sitt första barn. Kvinnorna väntade vid tiden för intervjun sitt andra barn, graviditetsveckan varierade från vecka 16 till 30. Samtliga deltagare hade haft sin partner med under förlossningen.

De negativa förlossningsupplevelserna var subjektivt tolkade av kvinnorna själva och baserades inte enbart på själva förlossningen utan även på händelser och upplevelser från tidig graviditet till många månader efter. Kvinnorna beskrev att exempelvis avsaknad av stöd vid förlossningsrädsla, en icke förtroendefull relation i mödrahälsovården, bristande fysisk- och psykisk omvårdnad i eftervården och svårigheter att få hjälp med komplikationer eller skador efter förlossningen kunde ha en stor inverkan på den totala upplevelsen av förlossningen. Det framkom i flera intervjuer att även partners som närvarat kunde ha en negativ upplevelse av

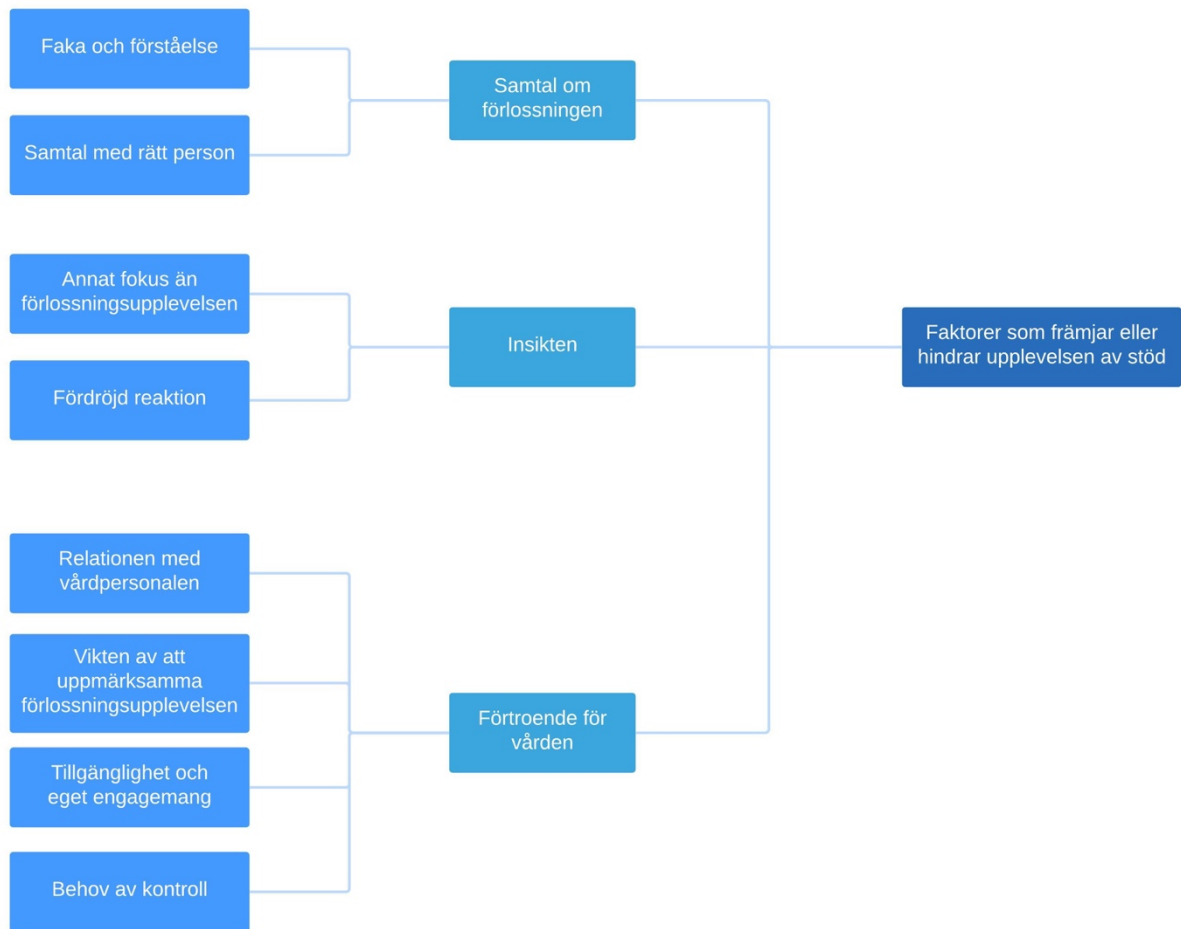
förlossningen och vara traumatiserad i lika stor utsträckning som, eller mer än kvinnan. Sex av deltagarna (1, 2, 5, 6, 7 & 8) beskrev att en väsentlig del i deras negativa förlossningsupplevelse handlade om bristande stöd i kombination med obstetriska händelser, medan de två andra (3 & 4) främst beskrev det negativa som skrämmande obstetriska händelser.

Kvinnornas reaktioner på de negativa förlossningsupplevelsorna yttrade sig i besvikelse, förvirring, ilska och sorg. En av deltagarna beskrev långvariga anknytningsproblem med sitt barn och ångest i efterförloppet, en annan kvinna upplevde starkt obehag och ångest vid gynekologiska undersökningar efter sin förlossning. Flera beskrev kortare eller längre perioder med dåligt psykiskt mående efter förlossningen. Problem i relationen med partnern framkom också som en konsekvens för några av kvinnorna. Ingen av kvinnorna i denna studie hade genomgått utredning eller fått någon psykiatrisk diagnos efter sin negativa förlossningsupplevelse.

Faktorer som främjar eller hindrar upplevelsen av stöd

Innehållsanalysen av intervjuerna gav tre generella kategorier som samlades under huvudkategorin "Faktorer som hindrar eller främjar upplevelsen av stöd". De tre generella kategorierna med tillhörande underkategorier tog form efter kodning av meningsbärande enheter enligt den valda analysmetoden och presenteras i figur 1.

Sex av kvinnorna som deltog i föreliggande studie var inte nöjda med stödet de fått av vården efter sin negativa förlossningsupplevelse, ord som användes för att beskriva stödet kunde vara "obefintligt", "befängt" och "egentligen inget" (deltagare 1, 2, 5, 6, 7 & 8). Två av kvinnorna (3 & 4) var nöjda och beskrev stödet de fått som "fantastiskt" och "jättebra".



Figur 1. Huvudkategorin med tre generella kategorier och tillhörande underkategorier.

Samtal om förlossningen

Alla kvinnorna uttryckte under intervjuerna önskemål om att få prata genom sin förlossningsupplevelse med professionell personal.

Fakta och förståelse

Efter förlossningen fanns ett stort behov av att få förklaringar och därigenom förståelse för vad det var som hade hänt och varför. En del kvinnor beskrev att de hade minnesluckor under förlossningsförloppet vilket blev viktigt för dem att fylla i efteråt genom samtal. Kvinnorna kände sig osäkra på om personalen hade handlagt förlossningen på rätt sätt. Deras förhoppningar var att en genomgång av förlossningsförloppet där de fick svar på sina frågor

skulle hjälpa dem att bearbeta och försonas med sin negativa förlossningsupplevelse och att samtalet skulle bekräfta den negativa upplevelsen.

”Att det var någon som frågar och liksom förklarar varför man gjorde som man gjorde och varför gjorde man såhär. Och vad hade det funnit för alternativ, att jag hade kunnat förstå mer vad som hade hänt.” (6)

Förlossningsjournalen blev ett verktyg för kvinnan att på egen hand och ofta även tillsammans med partnern gå igenom förlossningsförloppet. Svårigheter beskrevs dock att förstå innebörden av medicinska uttryck och olika interventioner, en genomläsning kunde därför bidra till fler frågor än svar och det var ett önskemål att genomgång av journalen inkluderades i samtalet om förlossningen. Förlossningsjournalen kunde också upplevas som för fattig och att den inte bekräftade den upplevelse de själva hade av förlossningen. Därför blev det desto mer viktigt att verkligen få fakta kring förlossningen.

“Det står ju inte så mycket i min förlossningsjournal, antagligen på grund av att alla var så stressade. Men det man kan läsa så kan man ju tro att det skulle vara en liksom okej förlossningsupplevelse eller en bra eftersom man inte kan se alla detaljer runt omkring.” (7)

Samtal med rätt person

Det framkom att kvinnorna i studien såg det som mycket viktigt att få genomföra förlossningssamtal med den personal som varit med vid förlossningen. Kvinnorna ansåg att den som assisterat vid förlossningen (ansvarig barnmorska eller läkare under förlossningen) var den enda som kunde känna till omständigheterna kring deras förlossning och besvara frågorna om handläggningen och förloppet. De kvinnor som tackat ja till erbjudanden om samtal med mödrahälsovårdsbarnmorskan eller kurator för att bearbeta sin negativa förlossningsupplevelse upplevde att utbytet av de samtalen inte var tillräckligt eftersom den personen inte närvarat vid förlossningen.

“Jag vet inte hur mycket hon (MHV-bm) hade kunnat hjälpa mig? Eftersom hon kunde inte säga så mycket, hon kunde inte säga nånting liksom, hon visste ju inte vad som hade hänt liksom. Så det var svårt för henne och svara på mina frågor liksom.” (6)

Att få möjlighet att genomföra förlossningssamtal med barnmorskan/läkaren som assisterat vid förlossningen utgjorde ett viktigt stöd i bearbetningen av den negativa förlossningsupplevelsen. Upprepade samtal på eftervårdsavdelningen med barnmorskan som assisterat lyftes särskilt fram. Det uppskattades även att vårdgivaren uttalade sig självkritiskt under förlossningssamtalet vilket bekräftade den egna upplevelsen att förlossningen varit onormal. Dessa samtal gav ökad förståelse för vad som hade hänt under förlossningen och varför vissa beslut togs vilket underlättade försoning med upplevelsen.

”Hade jag fått prata med någon annan hade det inte varit rätt, utan det var rätt personer på rätt plats som sa rätt saker...” (4)

Insikten

Att både vården och kvinnorna själva kom till insikt om att förlossningsupplevelsen varit negativ var en förutsättning för att kunna ge och ta emot stöd.

Annat fokus än förlossningsupplevelsen

Ett genomgående tema som påverkade möjligheten till stöd i eftervården (eftervårdsavdelningarna, mödrahälsovården, barnhälsovården) negativt var att både vårdpersonalen och kvinnorna hade ett annat fokus än själva förlossningsupplevelsen och kvinnans psykiska mående.

Vården

Kvinnorna uttryckte att personalen på eftervårdsavdelningarna prioriterade barnet, amningen, den nya föräldrarollen och kvinnans medicinska behov på bekostnad av kvinnans psykiska hälsa och förlossningsupplevelsen. I vissa fall handlade detta enligt kvinnorna om personalens höga arbetsbelastning. Kvinnorna uttryckte att personalen borde uppmärksamma förlossningsupplevelsen mer än vad de gjorde.

”Dom var ju mest oroliga för hur jag mådde efter i och med jag hade en lätt feber och var så pass svag. Så var det mer det dom var inriktade på än hur jag hade upplevt förlossningen.”

(8)

Även inom mödrahälsovården, på efterkontrollen, hade kvinnorna upplevelsen att det psykiska måendet eller förlossningsupplevelsen inte var i fokus. Under besöken på barnhälsovården var barnperspektivet så tydligt att kvinnorna inte kände sig bekväma med att ta upp sitt psykiska mående eller förlossningsupplevelsen.

Kvinnorna

De kvinnor som upplevde smärta eller på annat sätt var fysisk tagna efter förlossningen hade svårt att fokusera på annat. Den första tiden hemma präglades av mycket uppmärksamhet på barnet och dess behov och bearbetningen av den negativa förlossningsupplevelsen blev sekundär för kvinnorna. Fysiska komplikationer efter förlossningen kunde få konsekvensen att det inte fanns utrymme för annat som till exempel att kontakta vården för bearbetning av förlossningen. Det framkom att förlossningen kunde bli så avlägsen för kvinnorna att de mer eller mindre medvetet valde att lägga den obearbetade upplevelsen bakom sig.

”Vi försökte komma in i den här nya rollen och sånt, det var så mycket fokus på att få igång amningen och så här, vad händer nu när man är ny förälder, så jag var inte ledsen då liksom.” (3)

Fördröjd reaktion

Det tog olika lång tid för kvinnorna att inse att de betraktade sin förlossning som en negativ upplevelse och att de behövde stöd för att bearbeta den. Det var inte alltid kvinnorna var mottagliga när vården erbjöd stöd eller samtal. En del av kvinnorna uppgav att de haft någon typ av samtal om förlossningen på eftervårdsavdelningen, men att de inte kommer ihåg vad som sades. Reaktionen på den negativa förlossningsupplevelsen var i många fall fördröjd. Denna fördröjning kunde innebära att kvinnorna tackade nej till stöd eftersom de ännu inte insett att de behövde stöd.

“Jag behövde prata om det, för det, det var ju, det fattade jag ju inte riktigt där och då, utan det förstod jag ju sen.” (1)

Att få samtala om förlossningsupplevelsen först på eftervårdsavdelningen och sedan igen på efterkontrollen i mödrahälsovården upplevdes som positivt eftersom återhämtningen både fysiskt och psykiskt kommit en bit på vägen samtidigt som insikten hade hunnit sjunka in ytterligare.

Det framkom att jämförelse med andra kvinnors förlossningsupplevelser kunde leda till insikten att den egna förlossningen hade inneburit sämre omhändertagande och större upplevelse av otrygghet och/eller att det obstetriska förloppet varit avvikande. Samtal med familj och anhöriga om förlossningsförloppet kunde bidra till att kvinnorna blev uppmärksamma på att upplevelsen hade varit negativ.

“Ja, men jag tror att det kom mest också när man kom hem, började bearbeta när man börjar träffa familjen som undrade hur det hade gått och allting.” (8)

En osäkerhet på om det som upplevts var att betrakta som normalt vid en förlossning beskrevs och sanningen i den egna upplevelsen betvivlades vilket fördröjde insikten om behovet av stöd.

“Nej så det var ju jättejobbigt. Men att... det var ganska normalt. För alla verkar ha det så jobbigt liksom.” (5)

Det framkom att den nya graviditeten kunde bidra till eller vara den avgörande faktorn för insikten att den tidigare negativa förlossningsupplevelsen behövde bearbetas.

Förtroende för vården

Det framkom med tydlighet att avsaknad av förtroende för vården i olika utsträckning hindrade kvinnorna från att söka och ta emot stöd efter sin negativa förlossningsupplevelse.

Relationen med vårdpersonalen

Kvinnorna beskrev att negativa upplevelser i relationen med vårdpersonalen under graviditeten, förlossningen eller eftervården kunde ligga till grund för ett skadat förtroende för vårdpersonalen eller vården i stort. Förtroendet för vården kunde ha skadats redan i graviditeten genom bristande lyhördhet och uteblivet stöd vid förlossningsrädsla eller en på annat sätt negativ relation med mödrahälsovårdsbarnmorskan. Det framkom att kvinnorna upplevt fysiska och/eller mentala övergrepp under sin förlossning, som exempel kan nämnas omfattande suturering utan adekvat bedövning och kränkningar av den personliga integriteten genom bristande delaktighet under förlossningen.

“Jag upplevde att jag inte hade något människovärde, att jag inte var en person, att man pratar över huvudet, att jag inte fick någon som helst smärtlindring och blev bortglömd och att vården på något sätt var så... jag kände mig inte trygg. Jag liksom tappar förtroendet för vården, jag vågade aldrig mera föda barn. För jag kände mig inte trygg alls, varken på förlossningen eller på BB efteråt. Jag blev liksom inte sedd.” (7)

Missförhållanden i vården på eftervårdsavdelningarna lyftes fram av kvinnorna och var något som ledde till sämre förtroende för vården. Kvinnorna som redan hade en negativ upplevelse av förlossningen och sedan dessutom upplevde otillräckligt stöd på eftervårdsavdelningen upplevde att den negativa upplevelsen bara fortsatte. Det framkom att bristerna på avdelningarna handlade om att inte bli sedd eller tillfrågad hur man mådde psykiskt, att inte få sina fysiska behov tillgodosedda exempelvis i form av smärtstillande eller laxerande läkemedel, att inte bli avlastad för att kunna sova eller att komplikationer missades eller glömdes bort vid uppföljning. Något som också kom upp under intervjuerna var att i de fall partnern inte bereddes plats att sova över på avdelningen ökade detta kvinnans beroende av vårdpersonalen och det bristande stödet blev tydligare.

Personal i vårdkedjan som verbalt bemötte kvinnorna på ett sätt som förringade deras känslor och/eller deras fysiska omständigheter fick dessa kvinnor att känna att det inte var lönt att ta upp psykiskt mående eller förlossningsupplevelse.

“Man märkte att dom, dom hade sett värre. Vad det än var så var det liksom så här, så kände man lite så här att: men lilla gumman, vi ser ju värre saker varje dag liksom.” (5)

Det beskrevs att förtroendet för vården kunde vara skadat på ett sådant sätt att stödet efter den negativa upplevelsen inte önskades av en barnmorska eller en representant från kvinnosjukvården. Bristande förtroende kunde handla om att gärna vilja ha stöd av vårdpersonalen, men inte våga lita på att det fanns att få eller att vården skulle ta kvinnans besvär på allvar.

Vikten av att uppmärksamma förlossningsupplevelsen

Vårdpersonal som på olika sätt visade att kvinnornas upplevelse av förlossningen var viktig och togs på allvar upplevdes som ett bra stöd efter den negativa förlossningsupplevelsen. Personal som upplevdes lugna och ärliga, som gav kvinnan tillräckligt med tid, som hade kunskap om, och förståelse för, att upplevelsen behövde bearbetas uppskattades.

“... då fick jag komma in och så tog jag min sambo med mig och träffade förlossningsläkaren, så hade vi samtal då med läkaren... det kändes jättetryggt och jättelugnt och han kunde svara på alla mina frågor och tog sig verkligen tid och det kändes verkligen som att jag gick när jag var redo och absolut inte press från hans sida att han skulle stressa igenom någonting...” (3)

Det framkom att personal med kunskap kring hur en negativ förlossningsupplevelse kan påverka både kvinnan och hennes partner var viktigt. Kvinnorna framhöll att även deras partners i flera fall hade behov av stöd. Samtal där också partnern fick en aktiv roll bidrog till att kvinnan fick insikt i partners upplevelse av förlossningen vilket ledde till ökad förståelse dem emellan.

Kvinnorna som inte var nöjda med stödet de fått efter sin negativa förlossningsupplevelse upplevde ofta att vårdpersonalen inte la tillräckligt med fokus på hur kvinnan och hennes partner hade upplevt förlossningen eller inte tog upplevelsen på allvar. Det framkom att vårdpersonal i flera fall utifrån förlossningsjournalen bildat sig en egen uppfattning om att förlossningen varit antingen normal eller traumatisk och sedan förmedlat detta till kvinnan som ett konstaterande. Detta sätt att agera upplevdes negativt av kvinnorna och fick dem att känna att vårdpersonalen förminskade deras upplevelse eller hindrade dem från att själva sätta ord på sin upplevelse.

“Det var många som påpekade att jag har förstått att det har varit traumatiskt... alltså så... Men då la dom ju ord på det och sen var det ju liksom färdigt... Ja, JA, kunde jag ju svara liksom, ja det var det, det var hemskt, sen hade jag ju inte mer för då hade hon ju redan sagt det som jag tänkte, ehh, så det...” (1)

Det framkom också att kvinnorna upplevde att vårdpersonal hade förstått att de haft en negativ upplevelse, men ändå erbjöds kvinnorna inte något stöd i form av samtal eller uppföljning, eller att utlovad uppföljning glömdes bort. En del av kvinnorna kunde inte erinra sig att de tillfrågats om sin förlossningsupplevelse av de som assisterat under förlossningen, under vistelsen på eftervårdsavdelningarna och/eller på eftervårdskontrollen inom mödrahälsovården.

Tillgänglighet och eget engagemang

När behovet av stöd för att bearbeta den negativa förlossningsupplevelsen var ett faktum för kvinnorna var det upp till dem själva att efterfråga professionellt stöd och det var inte en självklarhet var hjälpen fanns och hur de fick tillgång till den. Det var vanligt förekommande att kvinnorna fått med sig en papperslapp från förlossningsavdelningen, någon kallade den en “standardlapp”, med förlösande barnmorskas namn eller mailadress och en uppmaning att höra av sig om de ville ha ett samtal efter förlossningen. Det framkom att kvinnorna inte upplevde denna inbjudan från vården som uppriktigt menad och att några därför lät bli att ta kontakt. Känslan att vara besvärlig om de hörde av sig beskrevs liksom upplevelsen att de hörde av sig bara för att klaga. Kvinnorna upplevde att de fick driva på själva för att få hjälp med bearbetningen av den negativa förlossningsupplevelsen och de önskade att vården tagit ett större ansvar. Det hade känts lättare om vården tagit initiativet och kontaktat kvinnorna med en förfrågan om behov av samtal/stöd.

“Det jag tänker är ju att jag nog själv kommer att behöva driva det och ta initiativet själv att jag behöver hjälp, min erfarenhet är ju att det serveras inte, eller att det erbjuds, men på så pass lös grund att det är svårt att nappa.” (1)

Det kunde vara svårt att få kontakt för samtal med den barnmorska som assisterat vid förlossningen. I något fall hade barnmorskan bytt arbetsplats och hänvisning saknades, i andra fall tog det väldigt lång tid att få kontakt.

Behov av stöd eller brist på stöd efter en negativ förlossningsupplevelse kunde också handla om att inte få vård för sina förlossningsskador, att inte erhålla svar på frågor efter till exempel kejsarsnitt eller när det gällde frågor kring barnet efter hemgång. Det framkom att kvinnorna upplevde glapp i vårdkedjan och hade blivit avvisade när de tog kontakt utan vidare hänvisning. De saknade att någon inom vården tog på sig ansvaret.

“Det jobbiga var väl egentligen att när jag ringde och bad om hjälp (med framfallet) på mvc, att de inte tog emot mig, och de hänvisade inte mig någon annanstans heller, det var liksom bara tvärstopp.” (2)

Behov av kontroll

Sekundär förlossningsrädsla var vanligt förekommande bland deltagarna. Kvinnorna var i stor utsträckning rädda för att den negativa upplevelsen skulle upprepas, att de skulle behöva genomlida samma sak igen. Kvinnorna hade väntat längre med att bli gravida igen än de från början tänkt sig. Graviditeten som följde den negativa förlossningsupplevelsen ledde i stor utsträckning till att traumat återupplevdes vilket bidrog till ökad oro och psykisk påfrestning.

“Vi vill ju egentligen ha fler barn men jag vill ju absolut inte gå igenom det här igen. Jag kände, jag vågar inte bli gravid om jag måste göra en vaginal förlossning igen eftersom jag inte har något förtroende för förlossningsvården längre.” (7)

Något som lyftes fram av kvinnorna var att de i den nya graviditeten hade ett betydligt större behov av att själva vara i kontroll. Kvinnorna engagerade sig mycket mer i att planera sin vård och sina förlossningar. Flera i gruppen som inte var nöjda med stödet de fått efter sin negativa förlossningsupplevelse hade bestämt sig för att föda med planerat kejsarsnitt för att på så sätt bevara kontrollen själva, andra bevakade sina intressen genom att själva se till så att de fick de vårdkontakter och undersökningar de ansåg att de hade rätt till och kände att de behövde. Tilltron till att vården skulle leverera det stödet var nedsatt.

“...så jag tänker inte tappas bort nu liksom... så jag var väldigt mån om att det skulle bli rätt... sen så, lite mer så, mina rättigheter, för så här ska det väl gå till, eller? Haft lite mer armbågar, varit lite mer på min vakt har jag varit.” (1)

Diskussion

Metoddiskussion

Denna studie avsåg att belysa olika aspekter av fenomenet stöd efter negativ förlossningsupplevelse utifrån kvinnors subjektiva erfarenheter, för detta ändamål lämpar sig kvalitativ intervjustudie med semistrukturerad intervjuteknik väl (Polit & Beck, 2010).

Inom kvalitativ forskning används trovärdighetsbegreppet för att bedöma studiens kvalitet. Begreppet omfattar bl.a. tillförlitlighet och överförbarhet (Kristensson, 2014). Noggrann presentation av tillvägagångssättet bidrar till att läsaren kan bedöma trovärdigheten i studien.

Urval

Målet som sattes från början var att genomföra 12–20 intervjuer men rekryteringen av deltagare blev en utmaning. De snäva inklusionskriterier som bestämdes utifrån etiska överväganden försvårade rekryteringen trots att postern hängdes upp på ett flertal strategiskt valda platser där gravida vistas samt att personal informerades om den pågående studien. Godkännande att utöka sökandet efter respondenter på nätet inhämtades av etiska kommittén vilket gav ytterligare fyra deltagare. Av tidsmässiga skäl och studiens begränsade ekonomiska resurser var det inte möjligt att rekrytera fler än det slutliga deltagarantalet på åtta. Funderingar kring huruvida ämnets känsliga karaktär kan ha bidragit till det låga antalet informanter har diskuterats av författarna. Det låga deltagarantalet beror troligen inte på att företeelsen negativ förlossningsupplevelse är ovanlig, under arbetet med studien har författarna talat med ett antal kvinnor som uppgav att de haft en negativ förlossningsupplevelse, men inte kunde delta i undersökningen eftersom de inte var gravida.

En utmaning i kvalitativ forskning är enligt Polit och Beck (2010) att bedöma om urvalsstorleken är adekvat. I denna studie kunde författarna under datainsamlingens gång börja se tendenser i materialet och få idéer till koder och kategorier genom diskussion sinsemellan. Ingen ny information uppkom vid den sista intervjun som genomfördes, kvinnan berörde och bekräftade samma teman som de andra kvinnorna hade tagit upp.

Valet att exkludera kvinnor som inte talar svenska gjordes utifrån författarnas begränsade resurser som studenter. Enligt Socialstyrelsen (2016) löper utlandsfödda kvinnor från vissa världsdelar högre risk att drabbas av sfinkterskador och genomgår oftare akuta kejsarsnitt än svenskfödda kvinnor, händelser som i sin tur kan bidra till en negativ förlossningsupplevelse. En tendens i studien som även bör kommenteras var att de flesta av kvinnorna var utbildade på högskolenivå. Deltagandet i studien baserades på frivillighet och risken att kvinnor som är mer benägna att prata och har åsikter om ämnet är de som anmäler sig (Polit & Beck, 2010). Det finns även en risk att de som är mest negativt påverkade av sina upplevelser väljer att inte delta för att de inte orkar (Kristensson, 2014). Sammantaget bidrar det till att överförbarheten, som enligt Polit och Beck (2010) handlar om huruvida resultaten kan överföras till ett annat sammanhang, begränsas något.

Instrument

Båda författarna i denna studie hade begränsade erfarenheter av att genomföra intervjuer och under transkriberingen upptäcktes ibland detaljer i informationen som hade varit intressanta att följa upp med någon ytterligare följdfråga. Att följa intervjuguiden underlättade i fall där antingen respondenten eller intervjuaren kom in på för syftet irrelevanta ämnen. Det ses som en styrka att den första intervjun genomfördes gemensamt. Avsikten var att testa intervjuguiden och enligt Trost (2010) kan två intervjuare komplettera varandra och bidra till ökad förståelse och större informationsmängd och öka tillförlitligheten. En intervjusituation med två intervjuare kan även vara lämpligt när ämnesområdet är känsligt, som i studiens fall, samtidigt finns risken att den som intervjuas känner sig i underläge (Trost, 2010). Ämnets karaktär och intervjuarnas kunskap i ämnet bidrog vid några tillfällen till svårigheter att behålla neutraliteten och inte inta en tröstande eller utbildande roll.

För att underlätta datainsamlingen och praktiskt kunna inkludera respondenter från andra geografiska platser intervjuades fyra deltagare via telefon. Telefonintervju anses vara en mer abstrakt samtalsform än ett samtal mellan fyra ögon då den andra delvis blir en person som skapas i fantasin och avläsning av kroppsspråket går förlorat (Krag Jacobsen, 1993). Att prata i telefon kan resultera i att vissa blir mer fåordiga medan andra pratar mer fritt. Författarna i denna studie upplevde ingen skillnad mellan telefonintervjuerna och intervjuerna som

genomförts vid ett fysiskt möte gällande intervjulängden eller deltagarnas benägenhet att berätta om ämnet.

Analys

Metoden gav kvinnorna tolkningsföreträde att själva definiera “negativa förlossningsupplevelse” utifrån sitt perspektiv vilket var författarnas intention. Ämnets karaktär bidrog till ett stort material där inte allt var lika relevant för syftet. Författarna var förberedda på att berättelsen om den negativa förlossningsupplevelsen naturligt skulle komma fram under intervjuerna liksom upplevelsens påverkan på den nuvarande graviditeten. Mer oväntat var det att gränsdragningen för vad som tillhörde förlossningsupplevelsen och å andra sidan stödet efteråt, inte alltid var helt lätt att identifiera något som komplicerade resultatanalysen. För att öka tillförlitligheten gjordes resultatanalysen gemensamt av författarna och under handledarens överinseende (Polit & Beck, 2010). Något författarna anser styrker studiens resultat var att den typ av stöd efter negativ förlossningsupplevelse som två av kvinnorna var nöjda med var just det stöd från vården som de andra kvinnorna hade saknat.

Resultatdiskussion

Samtal om förlossningen

Ett viktigt resultat av studien var att samtliga kvinnor efter sin negativa förlossningsupplevelse önskade få prata igenom sin förlossning med professionell personal och allra helst med personen som assisterat vid förlossningen då den personen ansågs ha mest insikt i det aktuella förlossningsförloppet. Liknande resultat har presenterats av Thomson och Downe (2016) vars mixed-methods studie undersökte gravida kvinnors reaktioner på en negativ förlossningsupplevelse och vilket stöd de föredrog efteråt. Majoriteten av kvinnorna i den studien, 40 av 46 deltagare, önskade en genomgång och diskussion om förlossningen efter den negativa upplevelsen. En del föredrog att samtalet skulle genomföras tillsammans med barnmorskan som assisterat vid förlossningen medan andra föredrog en annan

barnmorska. Socialstyrelsen (2017) redovisar att 26 % av de svenska förlossningsklinikerna alltid erbjuder samtal med barnmorskan som assisterat vid förlossningen, 67 % erbjuder möjligheten i vissa fall. Kvinnorna i föreliggande studie hade förhoppningen att fakta och förklaringar kring förlossningen skulle ha lett till ökad förståelse och därmed underlätta för dem att bearbeta och försonas med upplevelsen. Thomson och Downe (2010) redovisar i likhet med de två kvinnorna i vår studie, att kvinnor som fått samtal enligt ovan upplevde det som en hjälp på vägen i bearbetningen av sin negativa förlossningsupplevelse. Nilsson (2010) lyfte i sin doktorsavhandling fram att en kvinnas förlossningsberättelse kan utgöra ett verktyg för helande efter en negativ förlossningsupplevelse och att en viktig åtgärd för att underlätta bearbetningen kunde vara att stödja kvinnan att återge sin förlossningsupplevelse.

Insikten

Kvinnorna i studien beskrev hur antingen de själva eller vårdpersonalen eller båda parter var så upptagna av annat (medicinska komplikationer, arbetsbelastning, barnet eller amningen) efter förlossningen att det inte fanns utrymme att fokusera på förlossningsupplevelse eller psykiskt mående. Denna bild delas av Socialstyrelsen (2017) som rapporterar det finns brister på eftervårdsavdelningarna orsakade av korta vårdtider och hög arbetsbelastning som minskar möjligheten att ge säker, individanpassad vård till kvinnor och familjer och tillgodose deras behov av återhämtning, information och stöd efter förlossningen.

Studiens författare vill lyfta fram att den brist på stöd eller avsaknad av stöd som de intervjuade kvinnorna upplevt efter sina negativa förlossningsupplevelser inte enbart kan förklaras av vårdens bristande resurser. Utifrån dessa kvinnors berättelser är kunskapsbristen, eller vårdens oförmåga att integrera den kunskap som finns kring fenomenet negativ förlossningsupplevelse tydlig både på en organisatorisk nivå och bland enskilda individer inom delar av den svenska förlossningsvården. Forskning från andra i-länder bekräftar denna bild (Bastos et al., 2015; Beck, 2004; Elmir et al. 2010; Thomson & Downe, 2008).

Kvinnorna beskrev också att det kunde ta tid att ta in och analysera upplevelsen och att insikten att förlossningen varit negativ kunde vara fördröjd eller komma upp olika tydligt vid olika tillfällen. När kvinnorna väl förstått att de behövde hjälp att bearbeta upplevelsen kunde barnets behov eller förlossningsskador göra att behovet att bearbeta upplevelsen prioriterades

ner eller förträngdes. När kvinnorna i Thomson och Downe's (2016) undersökning tillfrågades om den lämpligaste tiden för stöd efter en negativ förlossningsupplevelse framkom stora individuella skillnader, några önskade stöd omedelbart i anslutning till förlossningen, medan andra ville vänta några veckor eller månader för att hinna återhämta sig lite och komma in i föräldrarollen. Kvinnorna var dock eniga om att stödet skulle vara återkommande och att särskild vikt skulle läggas på stöd i efterföljande graviditet. Det framkom i denna studie att kvinnorna upplevde oro och psykisk påfrestning i den nuvarande graviditeten, något som kopplades till den tidigare negativa upplevelsen, ett samband som också framkommer i Beck's teori (2015). Här lyfts den nya graviditeten fram som en viktig möjlighet för vården att uppmärksamma och bearbeta den tidigare upplevelsen dels för att undvika en ny negativ upplevelse men också för att förbereda kvinnan på den förestående förlossningen. Författarna till denna studie är eniga med Thomson och Downe (2016) när de slutleder att stöd från vården efter negativ förlossningsupplevelse behöver vara individuellt anpassat, flexibelt, lättillgängligt och erbjudas när kvinnorna upplever behovet och så länge som behovet kvarstår.

Förtroende för vården

Avsaknad av förtroende för vården hindrade kvinnorna i denna studie från att söka och ta emot stöd efter sin negativa förlossningsupplevelse. Detta resultat bekräftas i annan kvalitativ forskning (Beck, 2004; Thomson & Downe, 2016), där kvinnor som upplevt sig svikna av vårdpersonalen eller vården utvecklat ett misstroende som gjorde att de undvek att söka eller ta emot stöd av vården efter sin negativa förlossningsupplevelse. Bohren et al. (2015) och Reed, Sharman och Inglis (2017) fastställer att en del kvinnor faktiskt traumatiseras av missförhållanden i relationen med vården på individ- eller organisationsnivå i samband med sina förlossningar. Reed, Sharman och Inglis (2017) förordar utbildning och stöd för vårdgivare i syfte att minimera uppkomst av negativ förlossningsupplevelse relaterad till detta. De flesta av kvinnorna i studien som hade ett nedsatt förtroende för vården efter sin negativa förlossningsupplevelse uttryckte att de hade önskat en tydlig och aktiv, uppriktigt menad inbjudan till stöd från vården.

Författarna till denna studie anser, liksom Beck (2015), att det effektivaste sättet att förhindra att kvinnor och familjer påverkas negativt av en förlossningsupplevelse är att i möjligaste mån

förhindra uppkomsten av negativ förlossningsupplevelse. Den svenska förlossningsvården är organiserad utifrån intermittert stöd under förlossning (Socialstyrelsen 2017) och på samma sätt fungerar det även i resten av i-världen (Hodnett et al., 2015). Kvinnor i i-världen fräntas härmed den största bidragande faktorn till en positiv förlossningsupplevelse, det kontinuerliga stödet (Hodnett et al., 2011). Kunskapen om det kontinuerliga stödets positiva inverkan på kvinnors förlossningsupplevelser är väl etablerad i litteraturen (Hodnett et al., 2011; Ross-Davie & Cheyne, 2014). Författarna till denna studie finner det därför motiverat att ifrågasätta vårdorganisationer vars prioriteringar bidrar till att kvinnor traumatiseras av otillräckligt stöd från vårdgivare i samband med förlossning. Sex av åtta deltagare i föreliggande studie beskrev att bristande stöd till stor del låg bakom deras negativa förlossningsupplevelse.

Negativa förlossningsupplevelser som orsakas av obstetriska komplikationer kan vara svårare för vården att undvika, såvida de inte beror på vårdgivarens misstag. Förlossningar är potentiellt riskfyllda för både mor och barn (Olofsson & Nordström, 2016). Författarna anser att toleransen för uppkomst av negativa förlossningsupplevelser i dessa fall bör vara högre.

Behov av kontroll

Enligt författarnas tolkning bidrog den negativa förlossningsupplevelsen, den bristande tillgången till vård och det nedsatta förtroende för vården till att kvinnorna i den nya graviditeten hade ett behov av att vara i kontroll och själva ta ansvaret för sin vård. Den negativa förlossningsupplevelsen fick för några kvinnor den konsekvensen att de väntade längre än de ursprungligen tänkt sig med att skaffa nästa barn, ett samband som bekräftas i en litteraturöversikt av Shorey, Yang och Ang (2018). Kvinnorna tog i den nya graviditeten mer initiativ och ställde högre krav på vården. Fyra av åtta kvinnor i denna studie planerade att föda sitt andra barn med kejsarsnitt, då detta bidrog till känsla av ökad trygghet och kontroll. Ökad tendens att välja planerat kejsarsnitt efter en negativ förlossningsupplevelse bekräftas även i forskningen (Shorey et al., 2018).

Vikten av att uppmärksamma negativ förlossningsupplevelse

För att vården ska kunna ge stöd efter en negativ förlossningsupplevelse krävs att vårdpersonal identifierar kvinnor som ser sina förlossningar som negativa. Kvinnorna i denna studie uppgav i hög utsträckning att de inte tillfrågats om förlossningsupplevelse och psykiskt mående under den samlade eftervården eller att upplevelsen inte prioriterats eller tagits på allvar. Detta resultat skulle till en del kunna sättas i samband med avsaknaden av skriftliga rutiner för identifiering och handläggning av negativ förlossningsupplevelse vid två tredjedelar av de svenska förlossningskliniker (Socialstyrelsen, 2017). En av de intervjuade kvinnorna fick självskatta sin förlossningsupplevelse på en visuell analog skala. Detta är en metod för identifiering av negativ förlossningsupplevelse som SFOG (2017) tar upp som lämplig att använda på svenska eftervårdsavdelningar. Två validerade enkäter som också rekommenderas för identifiering av negativ förlossningsupplevelse är *“Wijma Delivery Expectance/Experience Questionnaire B”* (Wijma, Wijma & Zar, 1998) eller *“Pregnancy and Maternity Care Patients Experiences Questionnaire”* (Sjetne, Iversen & Kjollesdal, 2015) vilka går djupare och mäter hur skräckfylld förlossningen var respektive upplevelserna under hela vårdförloppet (SFOG, 2017). Nilvér, Begley och Berg (2017) har i en omfattande systematisk litteraturöversikt sammanställt befintliga instrument för att identifiera negativa förlossningsupplevelser i syfte att underlätta för forskare och kliniker att hitta passande mätmetoder. De framhåller att globala skillnader i samhällen och vårdorganisationer sätter hinder för utveckling av ett validerat instrument som passar överallt. Forskare och kliniker rekommenderades välja instrument utifrån de redan utarbetade och anpassa dem till den kontext de verkar i för att öka konformiteten i forskningen och underlätta jämförelser.

Ett sätt för vården att identifiera och uppmärksamma negativ förlossningsupplevelse är kunskap om det samband mellan posttraumatiskt stressyndrom/posttraumatiska stressymptom och negativ förlossningsupplevelse som beskrivits i Beck's (2015) teori och bekräftas av annan forskning (Bastos et al., 2015; Vignato, Georges, Bush & Connelly, 2017). Ingen av kvinnorna i denna studie hade genomgått utredning eller fått någon psykiatrisk diagnos efter sin negativa förlossningsupplevelse. Det som skulle kunna motsvara Beck's (2015) beskrivning av posttraumatiska stressymptom efter en negativ förlossning bland kvinnorna i studien var: minnesluckor från förlossningen, ihållande ilska/besvikelse riktad mot sig själva eller vården, känslomässig avtrubbning som ledde till svårigheter i anknytningen med barnet eller problem i relationen med partnern. Även undvikande av saker som påminde dem om

traumat, som att avvakta med nästa graviditet framkom liksom återupplevande av traumat i samband med gynekologiska undersökningar eller i den nya graviditeten.

Tillgänglighet och eget engagemang

Kvinnorna i denna studie som upplevt bristande stöd efter sin negativa förlossningsupplevelse uttryckte inte att det var tydligt var de skulle vända sig när de behövde hjälp. I vissa fall bidrog detta till att förlossningsupplevelsen i sin helhet betraktades som negativ. Det kunde handla om frågor kring barnet och den egna hälsan, till exempel förlossningsskador eller det psykiska måendet. Socialstyrelsen (2017) poängterar att det finns ett glapp i vårdkedjan när en nyförlöst mamma och hennes barn har lämnat sjukhuset, tillgången till stöd och vård behöver förbättras. Bristerna i vården omfattar även väntetider och tillgång till effektiva behandlingsmetoder efter förlossningsskador i bäckenbotten.

Partnern

I dagens västerländska samhälle är det ovanligt att partnern inte medverkar aktivt under förlossningen och partners upplevelse av förlossningen har på senare tid getts mer utrymme i forskningen. Denna studie inriktade sig på kvinnornas upplevelse av stöd efter en negativ förlossningsupplevelse, men flera av kvinnorna beskrev emellertid att även partnern som närvarat under förlossningen hade påverkats psykiskt och var i behov av stöd. Detta resultat bekräftas i Beck's (2015) teori kring negativa förlossningsupplevelser. Nystedt och Hildingsson (2018) har undersökt likheter och skillnader i vad som bidrar till en negativ förlossningsupplevelse mellan kvinnor och män samt likheter och skillnader i reaktionerna efteråt. Vissa upplevelser och reaktioner är gemensamma, medan andra skiljer sig åt. Nystedt och Hildingsson (2018) rekommenderar vårdgivare att erbjuda både kvinnan och hennes partner individuella liksom gemensamma samtal med erfaren personal efter en negativ förlossningsupplevelse för att kunna bearbeta händelsen samt förebygga förlossningsrädsla och problem med anknytningen till barnet eller i relationen med varandra.

Konklusion och implikationer

Utifrån resultatet av denna undersökning rekommenderas vårdorganisationer och vårdanställda som arbetar med kvinnor som kan vara drabbade av en negativ förlossningsupplevelse att skapa tid, resurser och tillräcklig kunskap för att på ett trovärdigt sätt ge utrymme till förlossningsupplevelsen och psykisk hälsa efter förlossning. Kunskapen att kvinnor med skadat förtroendet för vården är mindre benägna att söka och ta emot stöd behöver integreras i planering av verksamhet liksom perspektivet att negativ förlossningsupplevelse kan innebära händelser från tidig graviditet till sena förlossningskomplikationer. Förlossningssamtal innehållande fakta om förlossningen med den person som kvinnan önskar samtala med är något som behöver prioriteras. Vårdgivares förståelse för att insikten att förlossningen varit negativ kan ta olika lång tid och att kvinnor lätt prioriterar ned behovet att bearbeta upplevelsen är viktig för att kunna erbjuda kvinnan stöd i rätt tid. Studien förordar att vårdgivare tydligt och aktivt bjuder in kvinnor till lättillgängligt stöd i vårdförloppets alla instanser inte minst i efterföljande graviditet. Partners som haft en negativ förlossningsupplevelse behöver identifieras och erbjudas stöd i likhet med kvinnorna.

Denna studie har trots ett begränsat deltagarantal bidragit till en del nya insikter om kvinnors upplevelser av stöd och önskemål om stöd efter en negativ förlossningsupplevelse samtidigt som den har bekräftat befintlig forskning. Framtida studier på område skulle kunna sträva efter att få större variation gällande respondenter och även inkludera kvinnor som inte är gravida igen för att i sin tur öka överförbarheten till populationen av kvinnor med negativ förlossningsupplevelse.

Referenser

Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creed, D. & Devilly, G. J. (2010) A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*. 40, 1849–1859.

doi:10.1017/S0033291709992224

Alehagen, S (2016) Förlossningsrädsla. I H. Lindgren, K. Christensson, & A. Dykes (red.). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde*. (s. 407–415). (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur.

American Psychiatric Association (APA). DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5. ed.) Arlington, Va.: American Psychiatric Association.

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y. & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*. 119, 200–204. doi: 10.1016/j.jad.2009.02.029

Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K. & Bick, D. (2015) Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 10(4):CD007194. doi: 10.1002/14651858.CD007194.pub2

Beck, C. T. (2004) Birth Trauma. In the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35.

Beck, C. T. (2004) Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing Research* 53, 216–224.

Beck, C. T. (2015). Middle Range Theory of Traumatic Childbirth: The Ever-Widening Ripple Effect. *Global Qualitative Nursing Research*. 18(2). doi: 10.1177/2333393615575313

Bell, A. F. & Andersson, E. (2016) The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery*. 39:112–23. doi: 10.1016/j.midw.2016.04.014

Björklund, U. & Almström, E. (2011) Graviditetens psykologi, psykosocialt arbetssätt och psykisk ohälsa. I Maršál, K. & Grennert, L. (red.). *Obstetrisk öppenvård* (s. 65–72) (3., [rev. och utök.] uppl.). Stockholm: Liber.

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tuncalp, O. et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 12(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1001847

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A-K., Selboe, S-T., Torvik, H. M. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 7(2–7). doi: 10.1016/j.srhc.2015.08.001

Dekel, S., Stuebe, C. & Dishy, G. (2017) Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol.* 11;8:560. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00560

Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010) Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing* 66(10), 2142–2153. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing.* 62(1), 107–115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Fenech, G. & Thomson, G. (2014) Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery.* 30(2), s. 185–193. doi: org/10.1016/j.midw.2013.12.004

Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med*, 47(1), s. 161–170. doi: 10.1017/S003329171600235X

Garthus-Niegel, S., Knoph, C., von Soest, T., Nielsen, C. S. & Eberhard-Gran, M. (2014). The role of labor pain and overall birth experience in the development of posttraumatic stress symptoms: a longitudinal cohort study. *Birth* 41(1), s. 108–115.

Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch. Womens Ment. Health.* 16(1), 1–10.

Graviditetsregistrets årsrapport. (2015). Från: <https://www.medscinet.com/gr/dokumentarkiv.aspx>

Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F. & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 24(12:55). doi: 10.1186/1471-2393-12-55

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. & Lukasse, M. (2017) Factors related to a negative birth experience - A mixed methods study. *Midwifery.* 51:33-39. doi: 10.1016/j.midw.2017.05.004

Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women Birth.* 28(2), s. 7–13. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.011

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. & Weston, J. (2011) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Art. No: CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub3

Höjeberg, P. (2000) *Tröskelkvinnor. Barnafödande som kultur.* Stockholm: Carlsson Bokförlag.

- Kallio H., Pietilä A. A.-M., Johnson M. & Kangasniemi M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*. 72(12), s. 2954–2965. doi: 10.1111/jan.13031
- Karlström, A., Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2015) The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15:251. doi: 10.1186/s12884-015-0683-0
- Krag Jakobsen, J. (1993) *Intervju. Konsten att lyssna och fråga* (B. Nilsson, övers.). Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (1980) *Content Analysis: An introduction to its Methodology*. Sage Publications, Newbury Park.
- Kristensson, J. (2014) *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Nilsson, C. (2010) Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsrädsla. I M. Berg & Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka: vårdande vid barnafödande* (s.169–189) (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2012) Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal populationbased study. *Women and Birth*. 25(3), s. 114–121. doi: org/10.1016/j.wombi.2011.06.001
- Nilvér, H., Begley, C. & Berg, M. (2017) Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 17:203. doi: 10.1186/s12884-017-1356-y
- Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2018) Women's and men's negative experience of child birth-A cross-sectional survey. *Women and Birth*. 31(2):103–109. doi: 10.1016/j.wombi.2017.07.002
- Olofsson, P. & Nordström L. (2016) Akuta tillstånd under förlossningen. I H. Lindgren, K. Christensson, & A. Dykes (red.). *Reproduktiv hälsa: barnmorskans kompetensområde* (s. 593–619). (Upplaga 1:1). Lund: Studentlitteratur.
- Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M. & Strous, R. D. (2012) Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *Israel Medical Association Journal*. 14, 347–353.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (7th ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Reed, R., Sharman, R. & Inglis, C (2017) Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17:21 doi: 10.1186/s12884-016-1197-0

- Ross-Davie, M., Cheyne, H. (2014) Intrapartum support: what do women want? A literature review. *Evidence Based Midwifery* 12(2): 52–58.
- Ryding, E-L. (2014) Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I H. Hagberg, K. Maršál & M. Westgren (red.) *Obstetrik*. (s.127–141) (2., [uppdaterade] uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Samarandache, A., Kim, T, Bohr, Y. & Tamim, H. (2016) Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 16(1):114. doi: 10.1186/s12884-016-0903-2
- SFOG. (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa*. ARG-Rapport nr 76. Publicerad 2008. Uppdaterad Webbversion 2016. Stockholm: SFOG. Från: <https://www.sfog.se/natupplaga/ARG76web43658b6c2-849e-47ab-99fa-52e8ac993b7d.pdf>
- SFOG. (2017). *Förlossningsrädsla*. ARG-Rapport nr 77. Från: https://www.sfog.se/natupplaga/1005623_A2fb46497-d45b-466d-8126-c58e99fe856d.pdf
- Shorey, S. Yang, Y. Y., Ang, E. (2018) The impact of negative childbirth experience on future reproductive decisions: A quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;1–9. doi: 10.1111/jan.13534
- Sjetne, I. S., Iversen, H. H. & Kjollesdal, J. G. (2015) A questionnaire to measure women's experiences with pregnancy, birth and postnatal care: instrument development and assessment following a national survey in Norway. *BMC Pregnancy Childbirth*. 21;15:182. doi: 10.1186/s12884-015-0611-3
- Socialstyrelsen (2016). *Socioekonomiska faktorers påverkan på kvinnors och barns hälsa efter förlossning*. Från: <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2016/2016-12-14>
- Socialstyrelsen (2017). *Vård efter förlossning - en nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-4-13>
- Soet, J. E., Brack, G. A. & DiIorio, C. (2003) Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. Mar;30(1):36-46.
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. (2013) The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92:318–324. doi: 10.1111/aogs.12072
- Thomson, G. & Downe, S. (2008) Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 29(4): 268–273. doi: 10.1080/01674820802545453
- Thomson, G. & Downe, S. (2010). Changing the future to change the past: women's experiences of a positive birth following a traumatic birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 28, 102–112. doi: 10.1080/02646830903295000

Thomson, G. & Downe, S. (2016) Emotions and support needs following a distressing birth: Scoping study with pregnant multigravida women in North-West England. *Midwifery*. 40:32–9. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.010

Trost, J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ulfsdottir, H., Nissen, E., Ryding, E-L., Egloff, D. & Wiberg-Itzel, E. (2014) *BMC Pregnancy and childbirth*. 14:208. doi: 10.1186/1471-2393-14-208

Vignato, J., Georges, J. M., Bush, R. A. & Connelly, C. D. (2017) Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 26(23-24):3859-3868. doi: 10.1111/jocn.13800

Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. & Rådestad, I. (2004) A negative birth experience: Prevalence and riskfactors in a national sample. *Birth*, 31(1), 17-27.

Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. (1998) Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998;19(2):84- 97.

Wiklund, I., Andolf, E., Lilja, H. & Hildingsson, I. (2012). Indications for cesarean section on maternal request - Guidelines for counselling and treatment. *Sexual & Reproductive healthcare*. 3 (3), 99-106. doi: 10.1016/j.srhc.2012.06.003

World Health Organisation (2001) *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (4). Från: <http://www.who.int/bulletin/archives/79%284%29373.pdf>

World Health Organization (2015). *WHO Statement: The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Från: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=F41CA41524A67C5BA20A70F4BB4F7926?sequence=1

Fördelning av arbete mellan författarna

Arbetet med att skriva denna uppsats har fördelats helt lika mellan författarna, arbetsdokumenten har delats i “google docs” och texten har skrivits gemensamt. Kontakter med verksamhets- och avdelningschefer liksom kontakter med deltagare och sociala medier har utförts av författarna i lika stor utsträckning. Författarna har intervjuat två deltagare gemensamt och vars tre deltagare enskilt. Transkriberingen har delats upp lika.

Semistrukturerad intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Förnamn:

Ålder:

Hur länge sedan (NF):

Öppen inledande fråga

Berätta om din upplevelse av stöd från vården efter din negativa förlossningsupplevelse...

Tilläggsfrågor

Kan du berätta mer?

Ge exempel...

Hur menar du?

Följdfrågor

När blev du själv uppmärksam på att din förlossning inte kändes riktigt bra?

Hur påverkade/påverkar den negativa upplevelsen dig?

Har någon inom vården uppmärksammat din negativa upplevelse?

Erbjöds du någon typ av stöd från vården?

Hur upplevde du stödet du eventuellt fick?

Vilken typ av stöd önskade du dig?