



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Fångar ni mig?

En kvalitativ studie om positiva och negativa
förlossningsupplevelser hos förstföderskor

Helene Andersson & Klara Söderberg

Psykologexamensuppsats. 2018

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Erwin Apitzsch

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka upplevelserna hos barnafödande kvinnor som skattat sin förlossning som mycket positiv respektive mycket negativ. Detta i syfte att nå en fördjupad förståelse av kvinnors upplevelser av sin första förlossning. Studien undersökte psykologiska aspekter i dessa kontrasterande grupper. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med sex kvinnor, tre som skattat sin förlossningsupplevelse som mycket positiv och tre som skattat den som mycket negativ. Tematisk analys användes för att analysera intervjumaterialet. Resultat blev sex teman: Att påverkas av andra människor och rummet, Handskas med förlossningen, Berättelsen om förlossningen, Att vilja veta och förstå, Inställning som skapar kontext samt Fångar ni mig? Samtliga kvinnor uttryckte att bemötande från personalen var avgörande för deras upplevelse. Kvinnorna ville få information under förlossningen och det var positivt när det tillgodosågs. Kvinnans upplevelse sågs i hennes sätt att berätta om den och narrativet blev därför intressant. Informanterna vittnade om skilda behov och inställningar inför förlossningen samt olika sätt att hantera förlossningens påfrestningar. Detta belyste behovet av individanpassning och att vården behöver möta den barnafödande kvinnan i hennes komplexitet. Psykologiska aspekter av mående och upplevelse måste få större plats i förlossningsvården.

Nyckelord: förlossningsupplevelser, psykologiska aspekter, tematisk analys

Abstract

The aim of this study was to examine the experiences of childbearing women, who had estimated their delivery as either very positive or very negative. In order to gain an in-depth understanding of women's experiences of their first childbirth, this study explored psychological aspects in these contrasting groups. Three semi-structured interviews were conducted with women who had estimated their delivery as very positive and three with women who had estimated it as very negative. The interview data was analysed using thematic analysis and six themes were identified; To be Influenced by Other People and the Room, Handling Giving Birth, The Story of the Experience, Wanting to be Informed, Attitude that creates context and Will You Catch me?. All participants expressed that the treatment from the midwives were decisive factors for their experience. When women felt they were well informed, it had a positive impact on their experience. The experience of childbirth could be seen in the way women talked about their delivery, which made the narrative interesting. The participants testified to different pre-delivery settings and ways of handling labour. This highlighted the importance of individualized care. Psychological aspects of childbirth and well-being should be given greater place in childbirth care.

Keywords: childbirth experience, psychological aspects, thematic analysis

Tack!

Vi skulle vilja tacka kvinnorna som i studien delat med sig av sina upplevelser, era berättelser har varit avgörande för denna studies tillkomst. Tack också till alla ni som fyllt i enkäten och hjälp oss sprida densamma. Ett stort tack till handledare Per Johnsson för hjälp och råd. Avslutningsvis vill vi rikta ett tack till varandra för den spännande resa som vi tillsammans gav oss ut på, för att citera Nalle Puh ”det är bra mycket trevligare att vara två”.

Innehåll

Inledning	1
Introduktion.....	2
Förlossning	2
Förberedelser och förväntningar	5
Affektsmitta.....	7
Coping	8
Kontroll	8
Miljön under förlossningen	9
Berättelse och narrativ analys	11
Tidigare forskning	12
Syfte	14
Metod.....	14
Deltagare	16
Material	16
Procedur	18
Etik	19
Resultat.....	21
Att påverkas av andra människor och rummet.....	22
Handskas med förlossningen.....	24
Berättelsen om förlossningen	26
Att vilja veta och förstå	28
Inställning som skapar kontext.....	30
Fångar ni mig?.....	31
Diskussion	33
Resultatdiskussion	33
Metoddiskussion.....	40
Etikreflektion.....	43
Slutsatser av studien	45
Framtida forskning	46
Referenser	48
Bilaga 1. Informationsblad	

Bilaga 2. Samtyckesblankett

Bilaga 3. Enkät

Bilaga 4. Intervjuguide

Inledning

Fram till 1700-talet var barnafödande någonting som skedde i hemmet och präglades av mystik och övernaturlighet. Kvinnan fick hjälp av en jordemor, som hade kunskaper om havandeskap och förlossningar vilka överförts från generation till generation, att ta sig igenom denna stora och svåra händelse. Förlossningen var också förknippat med många risker. Då det vid denna tid inte fanns preventivmedel eller laglig abort var det inte ovanligt att fattiga och ogifta kvinnor tog livet av sina nyfödda och med anledning av detta öppnade den första förlossningskliniken i Sverige år 1775. Här kunde kvinnor föda utan att uppge sin identitet (Abascal, 2002; Höjeberg, 2000).

Det går därefter att skönja en övergång under 1700- och 1800-talet där förlossningar kommer att bli något som blir mer profant och tillhörande medicinens kunskapsområde. Det är också nu som manliga läkare får en alltmer självklar roll i förlossningsrummet, vilket tidigare tillhört kvinnorna. Den moderna medicinens inträde i barnafödandet var också en insats för att råda bot på den höga dödligheten i barnsäng. Förlossningar var under 1800-talet förknippade med stora risker och därför var också förlossningsskräcken utbredd. Fram till 1870-talet var också barnsängsfeber en utbredd dödsorsak bland nyförlösta kvinnor. Här revolutionerande Ignaz Semmelweis vården genom att se sambandet mellan kemisk sanering med klorkalklösning och minskad risk för sjukdomen. Detta gjorde att sjukdomsrisker minskade drastiskt. År 1910 födde 80 % hemma, 1930 var denna siffra 50 % och 1950 var födslar hemma nere på 5 %. Från 1930-talet har riskerna med en förlossning minskats och mer fokus har lagts på att även barnet ska överleva förlossningen och att minska förlossningsskadorna. Detta bidrog till en ökning av förlossningar som sker med kejsarsnitt och tång. Medikaliseringen av förlossningarna medförde också att den gravida och födande kvinnan tillskrevs, och gick in i, en ny sjukroll i vilken hon behövde vila och vara försiktig då hennes sinnesstämning ansågs påverka barnets mående. I denna övergång blev också havandeskap och förlossning någonting som angick hela familjen, inte bara kvinnan (Abascal, 2002; Höjeberg, 2000; Johannisson 1994; Nilstun & Löfmark, 2005).

Förlossningsvården är ett ämne som tagit större utrymme i media och politiken den senaste tiden. Den har lett till ockupation av BB i Sollefteå och demonstrationer på 16 orter runt om i landet under banderollen "Arg jävla riksmarsch mot BB-kaoset" (Assarsson, 2017; Lindsten & Dahlén Persson, 2017). Födelsevrålet, en brukarorganisation för dem med negativa upplevelser av förlossningsvården, som startade 2016, och Pernilla Alexanderssons

bok Gravidiliska är ytterligare två exempel på reaktioner på förlossningsvården i Sverige idag (Alexandersson, 2017; "Födelsevrålet", u.å.). Med utgångspunkt i detta kan en ny era i förlossningshistorien ses där upplevelsen hos den födande blir viktigare då överlevnad hos såväl födande som barn tas som en självklarhet. Hildingsson, Johansson, Karlström och Fenwick (2013) belyser denna övergång och betonar vikten av att använda just upplevelsen hos den födande som en komponent i kvalitetsbedömningen av förlossningsvården. Det är därför viktigt att undersöka vad som konstituerar en positiv respektive en negativ förlossningsupplevelse. Med en medvetenhet om detta kan förlossningsvården fortsätta att utvecklas så att den inte bara är någonting de födande och barnet överlever, utan kan må bra i.

Introduktion

Förlossning

Förlossningens faser. Abascal (2002) delar in den vaginala förlossningen i tre faser, dessa är öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. Öppningsskedet, den första fasen i en förlossning, inleds med en latensfas för att sedermera övergå i en aktiv fas. Latensfasen påbörjas med värkar och pågår tills dess att livmoderhalsen är utplånad. Under denna fas mjukas livmodermunnen upp och riktas framåt. Den aktiva fasen av öppningsfasen påbörjas genom att den födande kvinnan uppfyller två av tre kriterier, vilka är regelbundna värkar (3-4 smärtsamma värkar på 10 minuter), vattenavgång respektive 3-4 centimeter öppen livmodermun. I den aktiva fasen av öppningsskedet flyttar sig barnet ner i förlossningskanalen och fasen pågår tills dess att kvinnans livmodermun är 10 centimeter öppen. Utdrivningsskedet består av en passiv och en aktiv fas. Den passiva fasen av utdrivningsskedet avlöser den aktiva fasen av öppningsfasen. Utdrivningsskedets aktiva fas tar därefter vid när barnets huvud står mot bäckenbotten, vilken pågår tills dess att barnet fötts fram. Efterbördsskedet är perioden mellan barnets framfödande och att moderkakan lämnat kroppen. Moderkakan kontrolleras för att säkerställa att hela kommit ut, då det medför risk för blödning om någon bit blivit kvar i kroppen.

Normal förlossning. De ovan nämnda faserna utgår från ett normalt, vaginalt förlossningsförlopp (Sundwall Dahl, Weström & Åberg, 1985). WHO (World Health Organization [WHO], 1996, s. 4) definierar en normal förlossning som "spontan påbörjad, låg risk i förlossningens början vilken kvarstår genom hela förlossningen och framfödandet. Spädbarnet föds spontant med huvudbjudning mellan 37 och 42 avslutade graviditetsveckor.

Efter födseln är moder och spädbarn i god kondition”. Region Östergötlands (Gunnarsson, Johansson & Blomberg, 2018) definition av en normal förlossning är likartad med tillägget att det rör sig om enkelbörd. Socialstyrelsen (2018) klassificerar barn födda före vecka 37 som prematura och barn födda efter vecka 42 som överburna.

Medicinska interventioner. Medicinska interventioner kommer i denna studie ses som förlossningar som inte faller in under WHO:s definition av en normal förlossning samt farmakologisk smärtlindring och värkstimulerande insatser. Det innefattar förlossningar som inte är spontant påbörjade, det vill säga igångsatta. En förlossning kan sättas igång genom “läkemedel som skyndar på mognaden av livmodertappen, ballongmetoden, ta håll på fosterhinnorna eller värkstimulerande dropp” (Igångsättning av förlossningen, 2014).

Medicinska interventioner inkluderar också de förlossningar där spädbarnet inte föds fram spontant vaginalt. Det kan röra sig om instrumentella, vaginala förlossningar vilka sker med sugklocka eller förlossningstång. Dessa används i utdrivningsskedet för att skynda på processen eller göra den lättare för den födande. Kejsarsnitt är också en medicinsk intervention där barnet inte föds fram vaginalt, utan förlossningen sker istället genom en operation där bukväggen och livmodern snittas och barnet kommer ut genom snittet (Socialstyrelsen, 2015).

Värkstimulerande och farmakologisk smärtlindring är medicinska interventioner som kan användas under en förlossning som klassas som normal. De tillgängliga farmakologiska smärtlindringmetoderna vid en vaginal förlossning som Socialstyrelsen (2015) listar är lustgas (N₂O), ryggbedövning (EDA), Paracervikalblockad (PCB) och Pubendusblockad (PDB). Dessa klassas alltså som farmakologiska till skillnad från smärtlindring som är icke-farmakologisk. Icke-farmakologiska metoder för att lindra smärtan vid vaginal förlossning fungerar genom att endorfiner, vilka bl.a. fungerar smärtlindrande, avges i kroppen. Bland de icke-farmakologiska metoderna finns akupunktur, kvaddlar samt Transkutan Elektrisk Nervstimulering (Socialstyrelsen, 2015).

Värkstimulerande insatser är sådant som sätts in om den födande kvinnan har värksvaghet. Detta innebär långsam progress i förlossningens aktiva fas, alltså om förloppet överstiger 12-18 timmar och livmoderhalsens vidgande är onormalt långsamt. Då värksvaghet är förknippat med komplikationsrisker, såsom instrumentella förlossningar och vaginala bristningar, kan insatser för att påskynda förloppet göras. Värkstimulerande insatser kan vara amaniotomi, då håll tas på fosterhinnorna. En annan behandling av värksvaghet är att ge den

födande oxytocin intravenöst. Andra metoder som kan användas för att snabba på värkarbetet är bad, sitta eller stå upprätt samt vara aktiv, inta föda och vätska och akupunktur (Nationella medicinska indikationer, 2011).

Det är i litteraturen inte entydigt hur medicinska interventioner påverkar upplevelsen hos den födande. Lundgren (2005) ser att förlossningsupplevelsen påverkas positivt av att få medicinska interventioner, såsom smärtlindring, när den födande vill det och att undvika det när det är kvinnans önskan. Det finns också forskning som visar att vissa medicinska interventioner är korrelerade med negativa förlossningsupplevelser. Det rör sig då om kejsarsnitt, såväl planerade som akuta, instrumentella vaginala förlossningar, att sövas eller medicinera så mycket att den som föder inte är medveten om vad som händer (Boorman, Devilly, Gamble, Creedy & Fenwick, 2014; Hollander et al., 2017). Det finns inte någon påvisad positiv påverkan av epiduralbedövning på förlossningsupplevelse eller förlossningsrädsla (Heli & Svensson, 2017). Hildingsson et al. (2013) visar också i sin studie flertalet medicinska interventioners korrelation med positiv förlossningsupplevelse. De kunde se att inte bli igångsatt, att ha en spontan vaginal förlossning, att inte ha en instrumentell vaginal förlossning, att inte genomgå kejsarsnitt (såväl akut som planerat) och att inte använda någon medicinsk smärtlindring alla samvarierade med att vara mer benägen att skatta sin förlossning som mycket positiv.

Fokuskifte i vården. Vård har i dagens moderna samhälle gått från att bli bedömt efter överlevnad och tillgång för befolkningen till att bli utvärderat från andra utgångspunkter (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004). En modern parameter är exempelvis patienternas känsla av att vara nöjd efter vården. Grad av nöjdhet kan i ett senare skede påverka hur politiker och beslutsfattare planerar vård och behandling, till exempel förlossningsvården (Goodman et al., 2004). Historiskt har förlossningsvården fokuserat på mödrar och barns överlevnad och detta har varit grund till bedömningen av hur framgångsrik en förlossning varit (Hildingsson et al., 2013; Larkin, Begley & Devane, 2010). Allteftersom överlevnad blir mer och mer självklart, har fokus istället skiftat till att betona upplevelsen (Hildingsson et al., 2013; Larkin et al., 2010). Hildingsson et al. (2013) menar att kvinnans upplevelse bör beaktas i relation till bedömningen av förlossningsvårdens kvalitet. Således har kvinnans upplevelser fått ökat utrymme i förlossningsforskningen. Flertalet forskningsstudier har ämnat undersöka vad som bidrar till en positiv respektive traumatisk förlossningsupplevelse (Hildingsson et al., 2013; Hollander et al., 2017). Upplevelsens betydelse tas också upp i

litteratur för barnmorskor. Heli och Svensson (2017) har tagit fram en omvårdnadsmodell för en trygg förlossning i vilken upplevelsen är central och de betonar att även om förlossning ur ett medicinskt perspektiv klassas som normal, kan den upplevas som ett trauma för den födande. Författarna tror att förlossningsvården kan förbättras när det gäller den psykologiska och emotionella aspekten av förlossningen. Att förlossningsrädslan i Sverige har ökat kan ses som ett tecken på behov av trygghet under graviditet och förlossning.

Förberedelser och förväntningar

Förberedelser. Det finns flera sätt att förbereda sig inför en förlossning, bland annat kan blivande föräldrar delta i olika typer av förberedelsekurser inför en stundande förlossning. Det kan handla om föräldraträffar som Mödravårdscentralen anordnar, profylax- eller andningskurser och gravidyoga (Månsson, 2012). Efter en googling på “förberedelser inför förlossning” kommer tusentals olika länkar och tips för den intresserade. Dessutom finns det böcker, artiklar och filmer att titta på. Kvinnor förbereder sig också inför en förlossning genom att diskutera med professionella, vänner och familj (Gibbins & Thomson, 2001).

En annan allt vanligare typ av förberedelse är att skriva förlossningsbrev (Kuo et al., 2009). Ett sådant brev kan innehålla tankar kring bland annat smärtlindring, förlossningsställningar och rädslor (Förlossningsbrev, 2015). Förlossningsbrevet kan bidra till att kvinnan görs delaktig i graviditet och förlossning och på så sätt förbereder sig inför den kroppsliga utmaningen (Kuo et al., 2009). Forskningen har visat att förlossningsbrev kan förbättra kvinnans möjlighet att hantera rädsla, smärta och skapa en generellt mer positiv förlossningsupplevelse. De bärande mekanismerna för detta har bland annat setts som att brevet skapar realistiska förväntningar, underlättar för kvinnan att fundera över hur kontroll kan behållas under förlossningen samt ger henne möjlighet att fundera över förlossningsprocessen. Att skapa en plan för sin förlossning leder också till kommunikation med vårdpersonal som kan leda till mer kunskap om förlossningar (Kuo et al., 2009). Gibbins och Thomson (2001) fann att kvinnor som förberett sig inför sin förlossning upplevde det som positivt eftersom de tog fler informerade beslut avseende smärtlindring samt hjälpte dem att psykologiskt hantera förlossningen genom att bli mer delaktiga i beslut och känna kontroll. Förberedelser verkar således kunna påverka förlossningsupplevelser.

Förväntningar. En annan aspekt av förberedelser är förväntningar inför förlossningen. Området är återkommande i litteraturen (Gibbins & Thomson, 2001; Goodman

et al., 2004; Hildingson, 2015). Garthus-Niegel et al. (2014) gjorde en longitudinell studie som undersökte sambandet mellan PTSD-symtom och önskat sätt att föda och senare verkligt sätt att föda. Resultatet visade att en diskrepans mellan önskat kejsarsnitt och en förlossning som skedde vaginalt ledde till signifikant mer PTSD-symtom. Författarna spekulerar kring om det kan bero på större förlossningsrädsla hos gruppen som önskade kejsarsnitt från början eller om det också kan handla om förväntningar som inte uppfylls.

Goodman et al. (2004) undersökte i en annan studie faktorer som bidrar till kvinnors upplevelse av att vara nöjda med sin förlossning och fann att införlivade förväntningar är en signifikant prediktor för total nöjdhet med förlossningen och för känsla av att vara nöjd med sig själv under förlossningen. Hildingson (2015) för ett liknande resonemang om att positiva förväntningar generellt leder till mer positiv erfarenhet av förlossningar och att diskrepans mellan förväntningar och utfall leder till en sämre upplevelse. I denna studie framkom att förstagångsfödorskor hade generellt högre förväntningar, operationaliserat som områden som är viktiga för förlossningen, än omfödorskor. Likaså skattade kvinnor med förlossningsrädsla generellt högre förväntningar än kvinnor utan rädsla. Författaren drar slutsatsen att förväntningar borde få ta en större plats före förlossningen, exempelvis i samtal med den som ska föda, eftersom förväntningar som inte infrias leder till en generellt sämre upplevelse. Att skapa positiva och balanserade förväntningar skulle kunna påverka kvinnornas upplevelse.

Hollander et al. (2017) beskriver att diskrepansen mellan förväntningar och utfall oftare ses som en orsak till traumatisk förlossning hos förstagångsfödorskor än omfödorskor. Resultatet i deras studie visade att diskrepansen var större hos dem som genomgått viss typ av förberedelse inför sin förlossning, som exempelvis att läsa böcker eller delta i andningskurser. Dessa författare pekar således på att förberedelse inte alltid är positiv om den skapar en tydlig bild av hur en förlossning "borde" förlöpa. Risker uppstår om förlossningen sedan sker på andra sätt (Hollander et al., 2017). Det finns andra studier som visar att uppfyllda förväntningar inte alltid leder till en mer positiv upplevelse (Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2011). Resultaten verkar således inte vara helt entydiga.

Affektsmitta

Affektsmitta (också kallat emotionell smitta) ses som en omedveten smitta av emotionella tillstånd mellan människor (Egidius, u.å.). En definition av Schoenewolf (1990, s. 50) lyder “process by which a person or a group influences the emotion or behaviour of another person or group through the conscious or unconscious induction of emotion states and behavioral attitudes”. En process som således uppstår i ett förlossningsrum. Affektsmitta ligger nära begreppet empati. Det finns ingen enhetlig definition av empati. Men att kunna känna in andras känslomässiga tillstånd är en del av det (Dimberg & Thunberg, 2012). Affektsmittan kan ses som en affektiv komponent av empati, där en individ emotionellt känner in en eller flera andra personers känslotillstånd och upplever ett liknande tillstånd själv. Empati är däremot ett större begrepp och består av fler aspekter, exempelvis en kognitiv komponent av att intellektuellt förstå varför andra personer känner och agerar som de gör, en inlevelsekomponent, att leva sig in i andras situation samt en inlevelse i innegruppens lycka och olycka (Dimberg & Thunberg, 2012).

Människor visar känslor både medvetet och omedvetet genom bland annat mimik, kroppsgester och spontana beteenden som ljud och tonfall. Detta uppfattar människor och blir själva påverkade av känslöstämningen (Elfenbein, 2014). Det finns ett flertal teoretiska utgångspunkter att ta avseende affektsmitta och genom vilka mekanismer processen sker. Det finns ingen enhetlig syn inom forskningsfältet (Xiao, Li & Du, 2010). En hypotes avseende affektsmittans mekanismer är “facial feedback hypothesis” (FFH) som går ut på att emotionell upplevelse skapas genom att människan i interpersonella sammanhang automatiskt imiterar motparten. När ansiktsmusklerna aktiveras i viss emotionell valör, kommer också upplevelsen att färgas i samma anda (Cappella, 1993). Även andra mekanismer har framträtt som betydelsefulla. Vissa teoretiker anser att smittan sker neurobiologiskt genom aktivering av liknande hjärnområden som hos den person som observeras (Elfenbein, 2014). Andra menar att det handlar om mer komplexa kognitiva funktioner som berör exempelvis språk, där berättelsen leder till en föreställning om hur det skulle vara att vara med om samma sak, eller perspektivtagning genom att mentalt föreställa sig en liknande erfarenhet som den ser andra erfara (Xiao et al., 2010).

Affektsmitta har studerats i många olika kontexter. Bland annat har individuella skillnader i responsivitet studerats, affektsmitta i offentliga sammanhang med publik, grupp beteenden och beslutsfattande under påverkan av affektsmitta samt affektsmittans

påverkan på kognition och minne. Resultat visar att affektsmitta påverkar både minnesprocesser och tolkningsprocesser i linje med den affekt som uttrycks (Xiao et al., 2010). Affektsmitta finns i många olika sammanhang och torde således finnas även inom vården, där bemötande och interpersonell kontakt är grundpelare för kommunikation och utbyte.

Coping

Tankar och beteenden som används för att hantera externa eller interna krav som upplevs krävande eller överstigande i relation till en individs förmåga definieras av Lazarus och Folkman (1984) som coping. Då en förlossning är en ny situation för en förstföderska, kan coping tänkas vara relevant för att se hur hon hanterar situationen. Lazarus och Folkman (1984) beskriver coping som en process i ständig förändring, och då människan förändras, förändras också copingen efter nya krav. Persson (2005) betonar också att det finns en subjektiv komponent i coping, vilken handlar om hur individen tolkar situationen hen befinner sig i. Det är därför olika hur personer upplever samma situationer. Lazarus och Folkman (1984) ser vidare att coping kan fungera på två sätt. Det ena är problemfokuserad coping, vilken innebär att hantera eller ändra själva situationen som gör att ett problem uppstår. Den andra är emotionsfokuserad coping som istället handlar om emotionsreglering i individen för att responsen på problemet ska ändras. Det finns flera faktorer som är avgörande för hur en individ hanterar ett problem. Lazarus och Folkman (1984) tar upp en persons resurser och hur hen kan använda dessa, såväl som miljöbetingade faktorer i själva situationen. Här ingår sådant som den enskildes personlighet och sociala förhållanden (Persson, 2005).

Kontroll

Egidius (u.å.) definierar kontroll som "Reglering eller styrning på annat sätt. Man får något att hända enligt egen eller andras vilja eller enligt ett regelverk eller beslut". I litteraturen är kontroll och coping två närliggande begrepp. Persson (2005) skriver exempelvis under sin redogörelse för copinglitteraturen att för att övervinna stress är en viktig komponent en upplevelse av kontroll över sin situation. Kontrollupplevelsen är viktig för välmående och fysiologisk stress. Rothbaum, Weisz och Snyder (1982) delar upp kontroll i primär och sekundär kontroll. Den primära innebär att individen söker kontroll genom att modifiera sin omgivning efter sin önskan och sekundär innebär att hen anpassar sig efter omgivningens påtryckningar. Att vara flexibel i att kunna använda sig av primär och sekundär kontroll,

beroende på om situationen går att påverka eller inte, har bäst implikationer för välmående (Egidius, u.å.).

Green och Baston (2007) noterade att kontroll var en av de mest återkommande aspekterna av förlossningsupplevelsen i litteraturen. Med utgångspunkt i att kontrollupplevelse under förlossningen tidigare visat sig associerat med positiv psykologiskt utfall för den födande ville de undersöka vilka aspekter av kontroll som var viktiga. De konceptualiserade kontroll som extern kontroll och intern kontroll. Den externa kontrollen avsåg i deras studie kontroll över vad som görs med dig som födande och den interna kontrollen sådant som du själv gör som födande och den egna kroppen. Således undersökte forskarna om de födande kvinnorna upplevt kontroll över vad personalen gjorde med dem (extern kontroll) samt kontroll över den egna kroppen respektive under värkarna (intern kontroll). Green och Baston (2007) fann att kvinnorna var mer benägna att uppleva kontroll över det egna beteendet än vad personalen gjorde med dem. En femtedel av kvinnorna upplevde kontroll över alla tre parametrar medan lika många inte upplevde kontroll över en enda parameter. De högst samvarierande utfallsmåtten var kontroll över eget beteende och kontroll under värkar. Kontrollupplevelsen var i denna studie också signifikant vanligare hos omfödorskor än förstagsångsfödorskor.

När kvinnorna i Lundgrens (2005) studie beskriver sina förlossningar efter två år finner forskaren att kvinnorna ser förlossningen som en situation där de både behövde ha kontroll och släppa kontrollen. Kvinnorna beskrev det som att gå med strömmen och samtidigt ta kommandot över sig själva. Att gå med strömmen krävde att den födande litade på sin egen förmåga och kropp, och för att kunna släppa kontrollen och därmed kunna gå med strömmen krävdes det att kvinnorna kände att de hade kontroll. Således var det nödvändiga släppandet av kontroll beroende av en känsla av att ha kontroll att släppa.

Lundgren (2005) och Hildingsson et al. (2013) konstaterar båda i sina respektive diskussioner att ha kontroll innebär olika saker för olika personer och i olika kulturer. Det är därför ett koncept som behöver vidare forskning.

Miljön under förlossningen

Den fysiska miljön. I litteratur om sjukhus och sjukhusmiljöer framkommer att den fysiska miljön på olika sätt kan spela roll för upplevelsen den vårdsökande har (Andrade, Lima, Devlin & Hernández, 2016; Anåker, Heylighen, Nordin & Elf, 2016; Ulrich et al.,

2008). Vid mätningar om generell patientnöjdhet efter sjukhusvistelse återkommer miljön som en svag men signifikant prediktor (Andrade et al., 2016). Ulrich et al.'s (2008) översiktsstudie fann bland annat att distraktion i form av naturelement, som exempelvis växter eller trädgårdar att titta ut på, var korrelerat med mindre smärta. Likaså var mer dagsljus kopplat till mindre smärta. Höga ljud på sjukhuset var kopplat till en högre grad av stress, medan konst kan öka känslan av trygghet.

Kvinnan i förlossningsrummet. Synen på den födande kvinnan och vård varierar beroende på betraktaren. Vissa anser att hon ses som en vårdtagare, medan andra ser henne och förlossningen som ett "friskt" förfarande (Lundgren, 2005). Oavsett syn på kvinna och förlossning sker idag en majoritet av förlossningarna i Sverige i sjukhusmiljöer, vilka designas med offentliga medel, och dessutom finns det möjlighet att miljön påverkar kvinnans upplevelse (Hildingson et al., 2013; Nilsson, Bondas & Lundgren 2010). Under de senaste århundraden har förlossningssalen alltmer medikaliserats genom den medicinska och teknologiska utvecklingen. Detta kan påverka den födande kvinnan negativt, bland annat genom att hon är i en ovan miljö och då får svårare att gå emot vårdpersonal som ses som experter (Kuo et al., 2009). Det finns få studier som undersöker vilka åsikter kvinnor har om den fysiska miljöns påverkan på förlossningsupplevelsen (Aburas, Pati, Casanova & Adams, 2017; Newburn & Singh, 2003). När kvinnorna själva har fått skatta den fysiska miljöns påverkan säger många att den spelar roll avseende hur lätt eller svår en förlossning känns (Newburn & Singh, 2003). Bland annat var faktorer som att kunna kontrollera temperatur, att kunna röra sig, ha en mer hemmaliknande atmosfär och att det skulle vara ljudisolerat positiva för upplevelsen (Newburn & Singh, 2003). Även i Larkin et al.'s (2010) kvalitativa studie om förlossningsupplevelser berättade kvinnor att det skapade ångest och oro att höra andra kvinnor föda barn och att ljudisolering var eftersträvansvärt. Aburas et al. (2017) genomförde en studie där de tog fasta på kunskapen om att den fysiska miljön spelar roll för kvinnans upplevelse. De visade i sin studie att kvinnor som kontinuerligt fick se bilder på naturen, exempelvis blommor, vatten och träd, fick en mer positiv förlossningsupplevelse än kontrollgruppen som inte fick se några bilder alls. Författarna menar att det kan finnas vinster med att förändra rummet kvinnan föder i eftersom det kan påverka hennes upplevelse.

Berättelse och narrativ analys

En återgiven förlossningsupplevelse kan studeras som ett narrativ, en berättelse, den födande kvinnan återger händelseförloppet hon varit med om. Berättandet om sig själv beskrivs i Sterns (2003) utvecklingspsykologi som ett sätt på vilket identiteten bildas och konsolideras. Enligt denna teori blir människan till i sitt berättande. Narrativet blir också ett sätt på vilket människan lär sig hur hen kan påverka sin omvärld genom sitt val av förmedlade berättelser (Hwang & Frisé, 2005). På så sätt blir narrativet ett sätt att lära sig, och lära andra, genom social samvaro. Historierna kvinnor berättar om sina förlossningar, placerar händelsen i en kontext av sociala, kulturella och medicinska ramar samt i relation till andra skeenden i livet (Carson et al., 2016). Narrativ av traumatiska händelser som lett till PTSD innefattar ett överskott av emotionella och sensoriska komponenter och har oftare dissociativa inslag än en kontrollgrupp utan PTSD (Crespo & Fernández-Lansac, 2016). Crespo och Fernández-Lansac (2016) kunde i sin litteraturoversikt om narrativ om traumatiska händelser och minne inte se en entydighet i huruvida fragmentering av minnena av de traumatiska skeendena var förhärskande hos de med PTSD jämfört med dem utan. Olika studier hade fått olika resultat beträffande detta.

Narrativ analys, där fokus är just på historien som berättas och hur denna blir meningsfull för den som berättar, har använts som metod för att studera förlossningsberättelser (exempelvis i Carson et al., 2016; Maclellan, 2015; Murphy & Strong, 2018). Maclellan (2015) studerade syftet bakom att berätta sin traumatiska förlossningsupplevelse på Internetforum. Hon fann att funktionen med berättandet var att reparera sin identitet, vilken skadats av förlossningsupplevelsen, att återetablera kontroll som fråntagits den födande samt att skapa en sammanhållighet i händelseförloppet. Murphy och Strong (2010) har studerat traumatiska förlossningsupplevelser hos förstföderskor med fokus på hur narrativet skiljde sig mellan ideal och verklighet. De konstaterar att viktiga komponenter i de födandes narrativ var upplevelsen av ett trauma, att vara osynlig i relation till personalen, upplevelse av att negligeras i sin traumaupplevelse genom att personalen förmedlat till den födande att hon "bara skulle gå vidare" samt en önskan om en förbättrad mödra- och förlossningsvård. I sin slutsats betonar forskarna att de psykologiska komponenterna i förlossningsupplevelsen ska ges större utrymme.

Tidigare forskning

Vid en överblick av forskningsområdet framkommer omfattande litteratur som utgått från ett vård- och barnmorskeperspektiv. Många studier har fokuserat antingen på traumatiska förlossningar (exempelvis Hollander et al., 2017) och vilka faktorer som samvarierar med en sådan upplevelse. Eller så har forskarna undersökt förlossningar som upplevts som positiva (exempelvis Hildingsson et al., 2013) och vilka faktorer som verkar stärkande. Det finns också flera studier om förlossningar och PTSD (bland annat Ayers, Bond, Bertullies & Wijma, 2016; Boorman et al., 2014; Schepper et al., 2016). Valet av studierna som kommer att lyftas fram nedan är sådana som ligger närmast i tid samt ligger nära frågeställningen för denna studie, det vill säga med fokus på upplevelser och psykologi.

Om förlossningsupplevelser. Larkin et al. (2010) genomförde en säregen kvalitativ studie. Studien var säregen i bemärkelsen att den var öppen i sin utgångspunkt. I studien fick kvinnorna i fokusgrupper diskutera sina förlossningar och vad som påverkat deras upplevelse. Huvudteman som återfanns i denna studie var förlossningens början, tiden under förlossningen och konsekvenser av förlossningen. I relation till förlossningens början lyfte kvinnorna i studien sina förväntningar inför förlossningen, att befinna sig i gränslandet mellan att vara i förlossning och inte förlossning. Under temat när förlossningen påbörjats lyftes ångest kring specifika interventioner samt kontrollaspekter. Kontroll verkade ha flera dimensioner och ju högre grad av kontroll, desto mer positiv upplevelse. Bland annat kunde information och relation till vårdpersonal öka känslan av kontroll. Det sista temat rörde konsekvenser från förlossningen och där framkom att förlossningen, oavsett om den bedömdes som positiv eller negativ, fick konsekvenser för kvinnan. Hon kom ihåg upplevelsen emotionellt och den kunde påverka hennes önskan om att få fler barn. Sammanfattningsvis, visar Larkin et al. (2010) att det finns flertalet teman som framkommer som gemensamma nämnare när kvinnor öppet får diskutera förlossningar. Forskarna rapporterar också att det ofta fanns stor igenkänning kvinnorna emellan avseende erfarenheter och känslor under förlossningen.

Kontroll. Det finns flera studier som visar att upplevelse av kontroll verkar vara en faktor som är kopplad till en, enligt kvinnan, positiv förlossning (Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, 2010; Hollander et al., 2017). Hollander et al. (2017) gjorde en kvantitativ studie där 2 192 kvinnor svarade på enkäter som låg ute på Internet. Författarna fann att kontrollförlust var den vanligaste attribution för orsak till en traumatisk förlossning. Liknande slutsatser drog

Elmir et al. (2010) i deras meta-entografiska studie bestående av 10 kvalitativa studier som sammanfattats. Kontrollförlust och att känna sig osynlig under förlossningen återkom i studierna som samtliga undersökte traumatiska förlossningar. Även i studier fokuserade på positiva förlossningsupplevelser återkommer kontrollaspekten som en avgörande faktor. Exempelvis i Nilsson, Thorsell, Wahn och Ekstöm (2013), där datan bestod av att 14 kvinnor fick skriva om sina förlossningar 1-2 veckor efter att den skett, fann författarna att i interaktionen mellan kropp och själ var kontroll en bärande faktor. Oavsett hur kontroll i denna interaktion mellan kropp och "mind" uppnåddes var det positivt för upplevelsen om kvinnan kände att hon hade kontroll. Det visade sig bland annat att barnmorskornas närvaro kunde öka kvinnans upplevelse av kontroll. Kontroll är således en faktor som återkommer både i kvalitativa, kvantitativa samt metastudier på området.

Bemötande. Återkommande i de flesta studier som undersöker förlossningsupplevelser är vårdpersonalens bemötande och dess betydelse för upplevelsen (Dahlberg et al., 2016; Elmir et al., 2010; Hollander et al., 2017; Nilsson et al., 2013). Dahlberg et al. (2016) genomförde en kvalitativ studie och djupintervjuade nio förstagångsfödorskor som haft en positiv förlossning. Utifrån analysen framkom att barnmorskans närvaro, både fysiskt och mentalt, spelade stor roll för kvinnans upplevelse. Ännu viktigare var det att bemötandet var lugnt, tryggt och uppmuntrande. Lyckades vårdpersonalen möta kvinnan kunde det öka hennes tro på egen förmåga att föda barn, vilket var kopplat till en större nöjdhet med förlossningen. Författarna kopplar i studien ihop det med self-efficacy. Ju högre self-efficacy, desto större tro har kvinnan på sin förmåga att föda fram barnet, vilket författarna tror är kopplat till hur hon sedan tolkar skeendet (Dahlberg et al., 2016). En annan del av bemötandet som kvinnor lyfter som avgörande för deras upplevelse är graden av information personalen ger. Hollander et al. (2017) fann att ju mer information som givits desto bättre för den födande kvinnans upplevelse. Författarna resonerar kring att informationen kan ha bidragit till minskad rädsla, eftersom rädslan kan bestå av oförmåga att förstå det som händer avseende exempelvis progress och hur kvinnan ska agera under exempelvis krystning och hantering av värkar. Liknande resultat fann Nilsson et al. (2010) i en kvalitativ studie med nio kvinnor som fött i Sverige att informationsbristen kunde leda till att de kände att de inte hade en plats på förlossningen. Det kunde i förlängningen leda till att de passiviserades och hade svårt att fatta beslut under förlossningen. Även Dahlberg et al. (2016) fann att information som ges till kvinnan kunde öka hennes förmåga att närvara och

vara en aktiv agent under förlossningen, vilket hon i efterhand tolkar som positivt. Att få information verkar också kunna öka känslan av kontroll och förutsägbarhet, vilket verkar positivt för förstföderskor.

Ett salutogent perspektiv. Vid läsning av litteratur på området framkom att forskare på senare år fokuserat även på hälsofrämjande perspektiv och det friska under förlossningar. I Dahlberg et al.'s (2016) studie av hur barnmorskor kunde bidra till normala förlossningar var "health promoting perspective" ett av två huvudteman. Det andra huvudtemat var "to be seen as an individual". I det hälsofrämjande perspektivet framkom att barnmorskor kan bidra genom stöttning och guidning till att kvinnan upplever sig ha kontroll och kan då hantera smärta och annat på bättre sätt. Hildingsson et al. (2013) gjorde en liknande studie, men med kvantitativ metod och självskattning, och fann att samtliga insatser från barnmorskan var korrelerade med mer positiv erfarenhet under förlossning både två månader och ett år efter förlossningen. Dessutom var alla faktorer som var kopplade till kvinnans kapacitet, som beslutsfattande och upplevelse av kontroll, korrelerade med en mer positiv upplevelse. Sammanfattningsvis verkar det som att nyckelfaktorer för en positiv erfarenhet är upplevelse av kontroll, kapacitet och närvaro.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka upplevelserna hos barnafödande kvinnor som skattat sin förlossning som mycket positiv respektive mycket negativ för att få en fördjupad förståelse av kvinnors upplevelser av sin första förlossning. Studien undersöker psykologiska aspekter i dessa kontrasterande grupper.

Metod

Utifrån studiens syfte valdes en kvalitativ ingång till datainsamling och analys. För kvalitetens skull är det avgörande att det är tydligt vilken ontologisk och epistemologisk grund forskaren står på och att forskaren är explicit, åtminstone inför sig själv, avseende vilket forskningsparadigm hen utgår från (Ponterotto, 2005; Willig, 2013).

Forskningsparadigm definieras som en uppsättning ihopkopplade antaganden om den sociala världen som ger ett filosofiskt och konceptuellt ramverk för hur det går att organisera studiet av denna sociala värld. Ramverket ger förutsättningar för utvärdering och förståelse av forskningen (Ponterotto, 2005). För analys av datan användes tematisk analys. Av den

metoden ges ingen förutsatt epistemologisk utgångspunkt, varför varje forskare behöver klargöra sin egen position (Willig, 2013). För den genomförda studien har vi valt en position nära den kritiska realismen. Det antas att det finns en värld oberoende av människan, men att vår kunskap om världen beror på människans förmåga till kunskap, det vill säga tolkningsmöjlighet och förståelse. Människan får indirekt information om den oberoende verkligheten via sinnesintryck och tolkning av den (Alvesson & Skoldberg, 2017). I försök att förstå hur det kommer sig att människan beter sig på vissa sätt eller upplever saker på vissa sätt måste forskaren gå bortom det som sägs explicit och tolka vad som är de drivande mekanismerna (Willig, 2013). Kunskapsproduktion är således en subjektiv process påverkad av individerna som producerat den och metoderna som använts (Willig, 2013). Då syftet med studien är att förstå och undersöka fenomenet förlossning, finns tydliga inslag av fenomenologi. Det innebär en önskan om att mäta förståelsen och kvaliteten i en upplevelse under undersökning (Willig, 2013). Vid författandet och genomförandet av studien har författarna antagit den kritiska realismen som utgångspunkt, med inslag av fenomenologi.

Vår epistemologiska utgångspunkt blev tydlig i analyskedet då informanternas återberättande anses vara en representation av deras verkliga erfarenheter och motiv (Braun & Clarke, 2006). Metoden blev både induktiv, det vill säga datastyrd, och deduktiv, teoristyrd. Langemar (2008) menar att den metoden kan öka validiteten då den tar hänsyn till tidigare framkomna resultat och också ger möjlighet att se nya teman ur datan. Den tidigare forskningen fanns med i skapandet av enkät och intervjuguide. I analysen släpptes i någon mån tidigare forskning för att ge möjlighet för nya teman att träda fram ur datan. Rent konkret innebar det att analys påbörjades på en mer explicit nivå, avseende exakt det som sades. Till att senare gå in i ett mer tolkande anspråk, med en tydligare teoretisk förankring.

I en intervjusituation kommer det vara avgörande att deltagarna hittar ett gemensamt språk och kan kommunicera på ett effektivt sätt för att få tag i bärande information. Det informanten delger under intervjun kommer att vara påverkat av dennes förmåga till språkligt uttryck, vilket bör tas i beaktning (Polkinghorne, 2005). Det ställer krav på den som leder intervjun att kunna anpassa förhållningssätt till informanten (Kvale & Brinkmann, 2014). Det fick konsekvenser som att den semistrukturerade intervjuguiden användes som utgångspunkt, men att samtalet anpassades till respektive informant för att skapa ett naturligt och rikt samtal. Viss hjälp togs genom att prata i bildspråk och med hjälp av metaforer, något som

Polkinghorne (2005) uppmuntrar. Detta för att ge informanterna bästa förutsättningar att delge upplevelse på ett så fullständigt sätt som möjligt.

Deltagare

Enkät. Det var 781 personer som svarade på enkäten. Av dem uppfyllde 21 personer, 2.7 %, inklusionskriterierna, varav totalt fyra personer skattade sin förlossning som mycket negativ, resterande skattade sin förlossning som mycket positiv. Inklusionskriterierna var att deltagaren identifierade sig som kvinna, hade svenska som modersmål, var förstföderska, att barnet föddes i graviditetsvecka 37-42 genom en vaginal förlossning som startade spontant, det skulle ha gått minst 6 månader och högst 3 år sedan förlossningen, att förlossningen skett på sjukhus och att barnet inte behövt specialistvård efter förlossningen. Kvinnorna skulle också skatta 1 eller 2, som representerade mycket negativ upplevelse, eller 9 eller 10 som representerade en mycket positiv upplevelse på en skala 1-10. Sex av kvinnorna valdes slumpmässigt ut för att genomföra intervjuer.

Intervju. Tre av dem som intervjuades hade skattat sin sammantagna erfarenhet av förlossningen som 1 eller 2. De tre övriga hade skattat den sammantagna upplevelsen av förlossningen som 9 eller 10. Ingen skillnad gjordes mellan personer som skattat 1 eller 2 respektive 9 eller 10, varför informanter kunde väljas ur respektive skattningskategori. Polkinghorne (2005) skriver att urvalet i kvalitativa studier bör väljas för att skapa förutsättningar att förstå det fenomen som undersöks jämfört med kvantitativa studier där syftet oftare är att kunna generalisera resultat. Med val av kontrasterande grupper, i detta fall grupper som skattat sin sammantagna upplevelse som mycket negativ respektive mycket positiv, går det att undersöka gränser för en homogen upplevelse, i studien förlossning (Polkinghorne, 2005). Fem av kvinnorna som intervjuades hade fött barnet 1-2 år sedan. Den sista kvinnan hade fött 6-12 månader sen. Ingen övrig demografisk information samlades in.

Material

Enkät. En enkät, bestående av 12 frågor, skapades för att rekrytera deltagare till intervjuerna via Google Docs. Kvinnorna svarade på frågorna både via kryssvar och via fritextsvar. Frågorna formulerades efter inklusionskriterierna och för att underlätta urval för vidare intervju (se bilaga 3). Beslut om inklusionskriterierna togs för att deltagande kvinnor i vissa parametrar skulle ha liknande erfarenheter. Kvinnorna skulle samtliga ha fött på sjukhus. De skulle vara förstföderskor och inte omföderskor, eftersom det visat sig att

omfödelskor som grupp kan skilja sig från gruppen kvinnor som enbart fött ett barn (Hollander et al., 2017). Beslut om att deltagarna skulle ha svenska som modersmål, fattades eftersom intervjun kräver ett delat och lättillgängligt språk (Polkinghorne, 2005). Det finns inget entydigt svar på hur länge sedan förlossningen ska ha skett för att kvinnan ska ha så representativt minne som möjligt från händelsen, men utifrån att minnet från förlossning skulle vara ungefär likartat valdes mellan sex månader till högst tre år (Nilson et al., 2010). Utifrån att vi var intresserade av att undersöka normal förlossning enligt WHO:s definition valdes också spontan vaginal förlossning, med barnet fött någon gång under graviditetsveckor 37-42 samt att varken kvinna eller barn var i behov av specialistvård efter förlossning. Inklusionskriterier och urval författades och genomfördes också på grundval av att skapa ett sample tillräckligt likt och rikt för att det skulle vara möjligt att utforska upplevelsen av en första förlossning (Polkinghorne, 2005). Det innebar att ingen siffra avseende antal deltagare sattes på förhand, utan var avhängigt inkomna svar på enkäten.

Intervjuguide. En intervjuguide författades för att ligga till grund för djupintervjuerna. Formen blev en semistrukturerad intervjuguide. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) behöver frågorna bygga på en teoretisk förståelse av ämnet som studeras. Det kräver att forskaren ställer de frågor den vill ha svar på. Efter litteraturläsning och diskussion kring intresseområden framkom fyra teman som frågorna fokuserade kring. Dessa teman var miljö/atmosfär, förlopp, förväntningar och bemötande. Under varje rubrik ställdes öppna frågor ämnade att utforska delar av förlossningen som tidigare forskning identifierat som avgörande för upplevelsen och också låta kvinnorna ge frihet att uttrycka de aspekter som påverkat deras upplevelse. Totalt ställdes 21 huvudfrågor, med varierande antal följdfrågor (se bilaga 4). Följden på frågorna bestämdes i syfte att underlätta det dynamiska och naturliga samtalsflödet och frågorna formulerades utan teoretiskt språk för att underlätta förståelse för informanterna (Kvale & Brinkmann, 2014). Frågor som rörde mer perifera områden ställdes först, för att sedan gå in på mer centrala områden för att skapa trygghet och förtrolighet (Dalen, 2008). På slutet kom mer perifera och allmänna frågor före avslut. Kvinnorna fick också möjlighet att berätta om hur de upplevt frågorna och intervjun.

För inspelning av intervjuerna användes högtalartelefon samt diktafon. Intervjuerna transkriberades av den som intervjuat informanten. Texterna delades mellan författarna via USB. Texterna sparades på en extern hårddisk.

Procedur

Enkäten lades ut på öppna och slutna facebooksidor. Enkäten delades i följande grupper; Fredagspoddens vänner, honey & the bees, Pinkroom, BF 2016 och BF 2017. Enkäten delades på författarnas egna facebooksidor. Enkäten på författarnas facebooksidor delades vidare av andra bekanta totalt 49 gånger. Enkäten blev också delad via Instagramanvändaren "gordelkerstin", som har över 3 000 följare. I enkäten fick deltagarna ange mejladress och telefonnummer om de var intresserade av att delta i en intervju i ett senare skede av studien. Då enkäten legat ute i 44 dygn (180129-180313) hade 781 personer svarat på den. Slumpmässigt valdes sex kvinnor, som uppfyllde inklusionskriterierna, att bjudas in till intervju. Två testintervjuer genomfördes. Dessa personer rekryterades via bekanta och var kända för författarna. De två kvinnorna som deltog uppfyllde inte inklusionskriterierna för att delta i studien. Intervjuerna gjordes ansikte mot ansikte. Syftet med testintervjuerna var att pröva intervjuguiden och dess kvalitet samt att ge forskarna möjlighet att testa intervjusituationen (Dalen, 2008). Efter testintervjuerna gjordes ett mindre antal korrigeringar i intervjuguiden. Gemensam diskussion fördes också om beteende i testsituationen, exempelvis att ge bästa förutsättningar till att få mycket information genom att låta informanterna tala länge och vänta med följdfrågor.

De kvinnor som lottats ut att delta i studien mejlades eller ringdes, beroende på vilken kontaktmöjlighet de angett i enkäten. Via mejl fick de sedan informationsblad om studien samt samtyckesblankett, att skriva ut och skriva under och sedan mejla tillbaka till författarna.

Intervjuerna genomfördes över telefon och inspelning av samtalet skedde med hjälp av diktafon. Intervjuerna varade mellan 30-75 minuter. Datainsamlingen ägde rum i februari och mars 2018.

Dataanalys. Då intervjuerna transkriberats och delats mellan författarna påbörjades dataanalysen. Analys utgick ifrån Braun och Clarke (2006) beskrivning av tematisk analys. Analysen skedde i flera steg. En genomläsning skedde av samtliga intervjuer, för att i enlighet med Braun och Clarke (2006) bli familjär med datan. Efter den första genomläsningen lottades en specifik ordning för en andra genomläsning av intervjuerna. Vid läsning av första intervjun skrevs anteckningar och koder i marginalen. Koderna och anteckningarna rörde både det som explicit sades i intervjuerna, i form av sammanfattningar. Det skapades också koder av mer tolkande karaktär, där författarna avsåg utforska det mer latent och drivande bakom vad som sades. Då den första intervjun lästs, vilket var en intervju med en kvinna som

skattat sin förlossning som mycket positiv, med anteckningar och koder diskuterades eventuella koder. Beslut fattades att också en intervju med en kvinna som skattat sin förlossning som mycket negativ behövde läsas innan gemensamma koder kunde identifieras. När även en sådan intervju lästs och anteckningar skrivits med initiala koder, beslutades gemensamt om koder för fortsatt läsning av intervjuerna. Resterande intervjuer kodades sedan med samma metod. Då samtliga intervjuer kodats separat av författarna, togs gemensam diskussion om teman utifrån dessa koder. Vid beslut om teman letade författarna efter gemensamma nämnare och bärare av mening för de koder som skrivits. Förfarandet skedde via en whiteboardtavla, där koder skrevs upp i närhet till varandra för att skapa ett slags meningskarta över vad som framkommit i intervjuerna. När teman identifierats och namngetts, skedde ytterligare en genomläsning av hela materialet för att undersöka huruvida teman verkade återkomma i intervjuerna och om de ansågs hålla som resultat för hela materialet. Två teman togs bort i detta skede, eftersom det fanns för stor överlappning med andra teman som på ett bättre sätt fångade materialet. I enlighet med Braun & Clarke (2006) definierades och namngavs teman under dataanalysens gång och flera teman bytte namn under processen för att bäst avspegla materialet. Efter att analysen ansetts vara färdigställd skrevs resultatet till löpande text.

Etik

Etiska överväganden har gjorts under hela arbetsprocessen och har väglett val som tagits under tiden. Vid samhällsforskning lyfts ofta deltagarnas rätt till autonomi, informerat samtycke, konfidentialitet, konsekvenser av forskning för deltagarna samt forskarens roll som etiska aspekter att ta i beaktning under forskningsprocessen (Beauchamp & Childress, 2013; Kvale & Brinkmann, 2014).

Redan innan rekryteringen av deltagare påbörjades diskuterades eventuella etiska dilemman, för att på förhand ha en förberedelse för eventuella beslut och dess konsekvenser (Willig, 2013). Stor vikt lades vid att formulera enkäten på ett sätt som inte skulle väcka onödigt obehag. Ett exklusionskriterium var exempelvis dödfödda eller allvarligt sjuka spädbarn. Det kontrollerades genom att fråga huruvida barnet hade varit i behov av specialistvård efter förlossningen, vilket upplyste om samma information utan att uttryckligen fråga efter det. Detta är ett sätt att minska risken för negativa konsekvenser av forskning, som att exempelvis bli påmind om traumatiska erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014). Och

dessutom principen om att forskning inte ska göra skada (Beauchamp & Childress, 2013). Likaså formulerades intervjuguiden med etiska överväganden ständigt i åtanke. Det formulerades öppna frågor, ämnade att undersöka erfarenheter och upplevelser utan att kräva exakta svar. På så vis kunde informanten själv göra avväganden avseende vilken information som delades under processen (Kvale & Brinkmann, 2014).

Ett etiskt ställningstagande rörande konfidentialitet, autonomi samt informerat samtycke rör intervjusituationens beröring av privatpersonens arena (Kvale & Brinkmann, 2014). Konfidentialitet går att förstå som forskarens ansvar att behålla sekretessbelagd eller känslig information hemlig och utan möjlighet att identifiera informanten (Willig, 2013). För att motverka risken att bryta konfidentialitet användes enbart citat lyfta från sitt sammanhang och med enbart det som rör temat i sig. Vissa citat valdes bort på grundval av identifierande information, exempelvis om var kvinnan fött sitt barn.

Informerat samtycke handlar om att den som deltar ska ha full insikt i studiens syfte och meddela att de vill delta i studien före datainsamlingen (Willig, 2013). Frågor har i den genomförda studien handlat bland annat om vårdbehov, att vara utelämnad och lämna information om traumatiska erfarenheter. Före genomförandet av intervjun fick samtliga deltagare ett informationsblad via mejl om studien och dess upplägg. Samma information upprepades i början på varje intervju och kvinnorna fick möjlighet att ställa frågor om något verkade oklart. Några av kvinnorna fick möjlighet att läsa sina citat innan publicering, andra blev inte erbjudna den möjligheten, då författarna hade olika förfaranden avseende detta, eller tackade nej till att läsa sina citat. Rörande autonomi och samtycke, fick samtliga kvinnor skriva ut samtyckesblankett och mejla till författarna en underskriven blankett före påbörjad intervju. Innan intervjun påbörjades upprepade författarna för kvinnorna deras rätt att utan att uppge anledning avbryta intervjun utan konsekvenser. Detta skrevs explicit både i enkäten och i informationsbladet.

Efter intervjun påmindes informanter om att det fanns möjlighet till stödsamtal med legitimerad psykolog om behov skulle uppstå. Detta som en försäkran utifrån risk för att väcka obehag, framförallt hos dem som skattat sin förlossning som mycket negativ och i enlighet med riktlinjer av att inte göra skada (Beauchamp & Childress, 2013).

Ljudinspelningarna förvarades på extern hårddisk i låst skåp till dess att studien avslutats. De raderades då. Texterna förvarades i pappersform hos respektive författare.

Avseende forskarens roll i forskning skriver Kvale och Brinkmann (2014) att det är avgörande att forskaren är medveten om att kunskapen erhålls framförallt via forskaren själv och vilken möjlig påverkan det kan ha på resultat och analys. Det innebär att forskaren ska ämna uppnå hög vetenskaplig kvalitet genom att vara ärlig och avge korrekta representationer av vad som observeras. Det handlar också om att vara oberoende både utifrån finansiella intressenter och deltagare i studien (Kvale & Brinkmann, 2014). Kontexten för denna studie är inom ramen för en universitetsutbildning och det har inte funnits kontakt med någon finansiär eller andra intressenter som kan tänkas påverka resultatet. Med hjälp av handledning har hög vetenskaplig kvalitet eftersträvat. Hänsyn har tagits till informanternas rättigheter, dock utan att deras önskemål på något sätt påverkat studiens resultat och uttryck. I enlighet med Beauchamps och Childress (2013) rättvisepincip fanns genomgående en diskussion kring representation och jämlikhet mellan informanterna. Detta tog sig uttryck i exempelvis eftersträvan att fördela citat jämligt över informanterna. En exakt fördelning var dock inte möjlig. Samtliga intervjuer utgick från samma intervjuguide, vilket resulterade i ungefär samma frågor. Detta gav liknande förutsättningar för samtliga deltagare att verbalisera erfarenheten av förlossningen.

Sammanfattningsvis har etiska frågeställningar förekommit under hela forskningsprocessen. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2014) och Willig (2013) har inte etiska problem ansetts lösta då besluts fattats avseende exempelvis metod, dilemman har hela tiden återkommit och diskussioner tagits för att säkerställa att en medveten hantering skett.

Resultat

Nedan presenteras intervjustudiens resultat under sex teman. Citat återges huvudsakligen ordagrant. Kvinnorna som deltog i studien hade skattat sin sammantagna förlossningsupplevelse som mycket negativ (1-2 på en 10-gradig skala) respektive mycket positiv (9-10 på en 10-gradig skala). De kvinnor som skattade upplevelsen av sin förlossning som mycket negativ kommer att benämnas som de som skattat lågt eller som lågskattare. Kvinnorna vars förlossningsupplevelse skattades som mycket positiv kommer betecknas som de som skattat högt eller som högskattare. Inom parentes anges antal kvinnor som berört ett område eller ämne som ansetts konstruera ett tema.

Tabell 1. Temastruktur och dess huvudsakliga innehåll

Tema	Innehåll
Att påverkas av andra människor och rummet	<i>Smitta och spridning av känslor, personalens dominans, att agera på känslan, avsaknad av känslomitta</i>
Handskas med förlossningen	<i>Hanteringsstrategier, att ha agens eller passiviseras, att känna sig kapabel eller okapabel</i>
Berättelsen om förlossningen	<i>Sammanhållenhet i berättelsen, progress och tid, nyanserad historia</i>
Att vilja veta och förstå	<i>Efterfråga information, förstå instruktioner, att bli uppdaterad om progress</i>
Inställning som skapar kontext	<i>Självbeskrivning, kroppsuppfattning och förberedelse som påverkar tolkning</i>
Fångar ni mig?	<i>Att uppleva att vården och personalen tillgodoser behov och önskningar, eller att de inte gör det samt vad gör det med kvinnan</i>

Att påverkas av andra människor och rummet

I resultatet framkom spridning av positiva känslor som lugn och trygghet och negativa känslor som stress och jäkt. I svaren reflekterade kvinnorna direkt och indirekt om den relationella påverkan som agenterna i rummet hade på varandra. I sammanhanget räknas kvinnan, sambon samt vårdpersonal som agenter. Det fanns också exempel på metanivåtolkning av känslornas påverkan och spridning mellan individerna. En kvinna som skattade förlossningen som mycket positiv beskrev hur bemötandets affektiva inslag påverkade hennes egen känslöstämning:

Ett positivt bemötande så, det genererar ju också att jag blir mer positiv och eh, en positiv spiral liksom. (IP 131).

Ytterligare en kvinna beskrev på liknande sätt hur personal, sambo och kvinnan själv påverkat varandras känslospel genom att sprida positiva känslor.

Den tydligaste och mest förekommande reflektionen kvinnorna gjorde var rörande personalens smitta av känsla till kvinnan (3 hög, 3 låg). När personalen uppfattades som trygg, tillmötesgående och stödjande inverkade det på kvinnans känslospel, det gällde både de som skattat högt och lågt. När kvinnan uppfattade personalen som jäktad, smittades även kvinnan av stress, detta gällde kvinnor som skattat förlossningen lågt. En kvinna (låg skattning) beskrev sin reaktion i förhållande till personalen:

Det känns ju, alltså det är väldigt också liksom, mycket av den sista delen när alla är så stressade liksom att nu måste hon komma ut. Då kändes det inte så jätte... jättebra. (IP 6).

Kvinnan blev påverkad av personal som hon uppfattade som stressad. I ett senare svar avseende hur det påverkade henne svarade hon:

Eum, jag kommer ihåg att jag fick nån slags panik... Och då kom hon ju ut. För jag fick panik. (IP 6).

Kvinnan agerade på den smitta av affekt hon upplevde från personalen.

På flera ställen återfanns beskrivningar om hur kvinnorna påverkades av samspelet mellan sambon och henne själv (1 hög, 3 låga). Vissa av kvinnorna var mer medvetna om partners existens och medverkan i rummet, medan andra beskrev mindre medvetenhet om deras närvaro. En kvinna (låg) beskrev en omedvetenhet om sambons närvaro och en oförmåga att förmedla vad hon upplevde, medan en annan (låg) beskrev en nästintill kroppslig överföring av känslor och information:

Ja, jag hade nog inte pallat utan honom. Så han fick inte, jag vet att de sa åt honom att han skulle gå och äta något, em. Jag klarade inte av att säga till honom att nä, det

gjorde ju så jävla ont så, men han såg väl det på mig bara att, typ blicken och att nä jag ska nog inte lämna henne sa han bara och så gjorde han inte det. (IP 19).

Det fanns således spridning i upplevelserna gentemot sambo/partner.

Det gick också att finna situationer med en avsaknad av smitta mellan agenterna (3 höga, 2 låga). Exempelvis beskrev en kvinna (hög) hur hennes sambo upplevt känslor som skam och glädje, medan hon känt sig neutral i stämningläge. En annan kvinna (låg) beskrev stämningen i rummet som kal och betydelslös för hennes upplevelse.

Det förekom att kvinnorna beskrev att de blivit känslomässigt smittade av andra aspekter under förlossningen (1 hög, 2 låga). De blev exempelvis påverkade indirekt av den fysiska miljön i rummet, andra människors positiva inställning till förlossning och barnets ankomst och antal personer i rummet. Vid läsning av materialet framkom få tydliga exempel på när kvinnan uppfattat att hon själv smittat omgivningen med sina känslor. Kvinnorna beskrev oftare sig själva och sambon som mottagare av känslomitta.

Handskas med förlossningen

Vissa kvinnor hade strategier för att hantera den påfrestande situationen som förlossningen innebar, medan andra upplevde att situationen inte var hanterbar. Det fanns också en komponent i hanterandet som handlade om huruvida den födande kvinnan upplevde att situationen gjorde henne aktiv eller passiv. Att som födande uppleva att förlossningen inte kunnat hanteras hade implikationer för hur kompetent den födande kvinnan upplevde sig.

I materialet framkom flera strategier som kvinnorna använde för att hantera förlossningen. Hälften av kvinnorna (2 höga, 1 låg) uppgav att de fokuserade på annat för att distrahera sig från obehag, som smärta, under förlossningen. Alla med hög skattning talade om smärtlindring som positivt i att hantera smärtan, både medicinska alternativ som ryggbedövning (EDA) och lustgas men också dusch och akupunktur. Ingen av kvinnorna med låg skattning talade om smärtlindringen som något som hjälpt dem att hantera smärtan. Kvinnorna som hade skattat lågt hade antingen inte använt smärtlindring eller så hade smärtlindringen varit överksam beträffande att hjälpa dem att hantera smärtan. Att gå in i sig själv eller hyperfokusera på en aspekt eller detalj av det som skedde under förlossningen var också något som flertalet av kvinnorna i studien (2 höga, 2 låga) använde som strategi. Det

rörde sig bland annat om att koppla bort omgivningen eller enbart fokusera på en tå för att börja ta in sitt nyfödda barn. IP 116 (hög skattning) beskrev det som:

Då behövde man ju bara ta hand om smärtan som var kvar i värkarna. Då behövde jag liksom inte bry min hjärna om annat.

En annan strategi som hälften av kvinnorna (2 höga, 1 låg) berörde var att efterfråga information eller använda tidigare kunskap. Några av kvinnorna (2 höga) talade också om en acceptans av situationen och att ställa om efter nya förutsättningar i förloppet. Andra strategier var att ha inre dialoger inför beslut (1 hög), att följa kroppen (1 hög) och att bilda en allians med partnern där vårdpersonalen var fienden (1 låg).

När förlossningen upplevdes som en icke-hanterbar situation talade kvinnorna främst om två olika responser. Flertalet (1 hög, 3 låga) talade på olika sätt om en önskan att fly eller om ett undvikande, att vilja bort från situationen eller, som IP 23 (låg skattning) uttryckte det:

Men sen tror jag också det, upplevelsen av smärtan blev ju värre i och med att jag var så himla trött. Jag hade ingen, ingen motståndskraft liksom vare sig i kropp eller psyke. [...] Är man pigg och liksom alert och det går ganska snabbt, så kan man ju ändå visst, det här gör ont men jag kämpar igenom det. [...] Jag hade ju passerat den gränsen för länge, länge sedan. [...] Så jag var så uppgiven så att, jag kunde inte andas igenom värkarna eller någonting. Jag var, ville dö varje gång det kom en värk.

Alla kvinnorna med låg skattning berörde också att situationen på något sätt blev omöjlig att ta in och därmed övermäktig. Det handlade om en enorm trötthet, avsaknad av motståndskraft, inte kunna fokusera eller att sakna förståelse.

Hur de födande upplevde agens hade också betydelse för förlossningsupplevelsena. Att uppleva sig som en aktiv deltagare i förlossningen innebar att kunna agera, exempelvis kunna krysta när det behövts (2 hög, 1 låg) och att som födande ta beslut eller få det som efterfrågas av en, exempelvis kläder eller närvaro i rummet (3 höga, 1 låg). Att vara en aktiv agent i förlossningen kunde kopplas till en upplevelse av att vara kapabel att föda barn. En av kvinnorna (hög) beskrev exempelvis hur hon upplevt sig kunna styra förloppet och hålla emot krystvärkarna och en annan (hög) hur hon kunnat följa sin önskan inför förlossningen gällande smärtlindring.

Att som födande bli passiviserad kunde ta sig uttryck som IP 19 (låg skattning) beskriver:

Alltså, jag medverkade inte i vår förlossning, på något sätt, även fast det var jag som var där och hade ont. Men jag var ju inte med i själva utvecklingskurvan.

Det kunde också röra sig om att, som alla de med låg skattning beskrev, inte vara med och påverka det som händer i termer av beslut som fattades eller att, på ett sätt som sågs som negativt av den födande, gå in i sig själv och tappa kontrollen. Två av kvinnorna (1 hög, 1 låg) hade också en upplevelse av att ligga stilla och passiva i sängen. Alla kvinnor som i studien hade skattat förlossningsupplevelsen lågt beskrev vidare en upplevelse att ha misslyckats, att inte kunna ta hand om sitt barn, att kroppen inte var gjord för detta eller att den födande inte kommer att göra om en vaginal förlossning.

Berättelsen om förlossningen

Kvinnornas berättelse om sin upplevelse, narrativet, varierade i hur sammanhållet det var i termer av hur tydliga minnesbilder de hade av sin upplevelse och hur medvetna de upplevt att de varit under förlossningen. En aspekt av narrativet var också hur tid upplevdes av den födande och hur hon upplevde progress eller avstannande i förlossningsprocessen. Narrativet kom också att innefatta de nyanser som fanns i förloppen, det vill säga att även en upplevelse som skattas till en tia kom att innehålla påfrestningar och aspekter som var negativa, och tvärtom.

Samtliga kvinnors upplevelser innehöll varierande grad av att inte vara klar i huvudet och ha minnesluckor. För alla kvinnorna med låga skattningar attribuerades detta, i olika utsträckning som något negativt, exempelvis som IP 19 (låg) svarade på frågan om vad som var jobbigt med att ha minnesluckor från förlossningen:

Det var ju att inte veta vad som hade hänt under förlossningen och att inte ha varit, det kändes ju som att jag inte hade varit medveten om mitt barns ankomst till världen liksom, eh, som att inte, nej, jätteolustigt.

För två av kvinnorna med låg skattning var det fragmenterade minnet och den bristande medvetenheten en stor del av deras upplevelse. Alla tre med låg skattning beskrev också hur

upplevelsen levde kvar efter att förlossningen var över, vilket kan liknas vid ett narrativ som inte är avslutat och satt punkt för. Det rörde sig om skam, skuld och olust såväl som att ha en upplevelse av att inte vilja föda fler barn vaginalt respektive att ha tappat bort sig själv.

Det gick också att skönja en variation i hur sammanhållen upplevelsen kvinnorna förmedlade var. Flertalet av kvinnorna (3 höga, 1 låg) berättade en sammanhållen förlossningsberättelse med detaljerat minne av exempelvis hur rummet de födde i såg ut. I dessa berättelser hade kvinnorna ofta en tydlig bild av hur deras sambo bemötts och kunde redogöra för vad som hände och i vilken ordning. En av kvinnorna som skattat sin förlossningsupplevelse högt berättade om sin upplevelse på ett sådant sätt att den uppfattas som att den var berättad flertalet gånger som en anekdot. Två av kvinnorna med låg skattning hade ett mer fragmenterat berättande och förmedlande av sin upplevelse. Det var då svårare att följa den röda tråden, exempelvis förmedlar IP 6:

Ja, alltså, alltså jag kommer ihåg liksom att jag var arg, ledsen och rädd. Alla de hära, hehe, små situationerna. Glimtarna liksom. Utav det. Kommer jag ihåg nu, när jag säger det. [...] Eum, men jag kommer inte ihåg när jag var ledsen, eller i vilken situation liksom. Eller när jag blev arg eller nått sådant. Eller rädd, hehe. [...] Eum, men jag kommer ihåg, jag kommer ihåg det. Jag kommer ihåg känslan, liksom. Ja.

En annan aspekt som återkom i relation till narrativet var synen på progress och tid. Här varierade det hur snabb och långsam tiden upplevdes av de födande kvinnorna under olika delar av förloppet. Tiden beskrevs bland annat gå långsamt och liknades vid sirap eller att ett krystskede som i realiteten varade i några minuter kändes mycket längre då det pågick en inre dialog i den födande kvinnan (1 låg, 1 hög). Två av de födande (2 låga) beskrev också upplevelser av att det i perioder under förlossningen kändes som att den skulle pågå i en evighet och var utan slut.

I narrativet framkom också att upplevelserna var nyanserade även om de skattas till mycket positiva eller mycket negativa. Fem av berättelserna (3 höga, 2 låga) innehöll dimensioner av upplevelsen som var i det andra spektrumet än skattningen, kvinnorna som hade skattat högt hade också negativa skeenden i sina narrativ och tvärtom. Exempelvis beskriver IP 54 som skattade sin förlossning som mycket positiv:

Man har ju vissa förväntningar och tankar själv hur det ska bli. [...] Eh, och blir det inte så, så... ja, då man, man blir ju inte, eh, man kan ju inte bli besviken på vården. Men, ja, man blir ju ändå såhär: det blev inte som jag tänkt mig.

På samma sätt fanns det motsatta, där två av kvinnorna som skattat sin upplevelse som mycket negativ och där personalen upplevts omedgörlig, beskrev en av barnmorskorna i positiva ordalag.

Att vilja veta och förstå

Samtliga kvinnor i studien berörde informationsaspekter under intervjuerna. Alla uttryckte behov av att få information under förlossningen. Informationen som efterfrågats, och som personalen i varierande grad givit, berörde förlopp, personalens insatser, tidsuppskattning och instruktioner kring krystning. En kvinna (låg skattning) beskriver:

Jag vill gärna veta, jag vill gärna veta varför saker och ting händer. Hehe. Eum, varför, ja varför det blir som det blir. (IP 6).

En av kvinnorna (hög) med yrkesbakgrund inom vården berättade att hon fått tillräcklig information, trots att den inte bestått av särskilt mycket. De tre högs kattande kvinnorna meddelade samtliga att de känt sig tillräckligt informerade under förlossningen. En av kvinnorna (hög skattning) beskrev:

... de, de frågade, eller de informerade. De frågade eller informerade hela tiden så det var, absolut. Det var bra, mycket bra. (IP 131).

Denna kvinna upplevde att personalen sökte upp henne och gav information, utan att hon behövde efterfråga den. En annan av högs kattarna beskrev information som en typ av distraktion under stunder av stark smärta. Frågor och diskussion med personal kring förlopp och insatser bidrog till skiftat fokus, vilket hon upplevde positivt. Samtliga högs kattande kvinnor beskrev att de blivit uppdaterade om förloppet genomgående under förlossningen och att det varit positivt för deras upplevelse. Likaså beskrev två av kvinnorna som skattat sin förlossningsupplevelse som mycket negativ, att det varit positivt för deras upplevelse när de blivit uppdaterade om förloppet under deras förlossning.

Kvinnorna som skattat förlossningen som mycket negativ har likaså haft behov av information. Skillnaden var att ingen av kvinnorna som skattat lågt upplevde att personalen mött dem tillräckligt i deras behov av information. En av kvinnorna (låg skattning) beskrev:

... och just det här med att inte veta. Det är lite samma som när man (suck), alltså det blir ju någon slags oro som byggs upp, men vet inte vad är det, man vet ju inte vad man står inför, hur länge det ska hålla på, om det är något fel, eller.... (IP 19).

Okunskapen eller oförståelsen skapade oro som påverkade kvinnan under förlossningen. På olika sätt har deras informationsbehov inte mötts, trots att det efterfrågats. En av kvinnorna beskrev att personalen snarare var intresserad av att uppdatera och lära barnmorskestudenter som gick bredvid personalen, än att de som blivande föräldrar skulle förstå. Samtliga kvinnor som skattat förlossningen lågt beskrev långdragna förlossningar och de hann således uppleva flera personalskiften, med varierande förmåga att tillgodose informationsbehovet. Vid de tillfällen de blev informerade var det bra. Genomgående beskrev kvinnorna som skattat förlossningen lågt att de i efterhand tror att ökad information skulle ha bidragit till en mer positiv upplevelse. En av kvinnorna har inför nästa förlossning på ett tydligare sätt gått igenom med personal sin önskan om att bli uppdaterad om vad som händer för att kunna fatta informerade beslut.

Återkommande informationsaspekter för både kvinnor som skattat förlossningen högt och lågt har varit information kring instruktioner (2 hög, 3 låg). Instruktioner har berört exempelvis krystning och användning av smärtlindring. Då kvinnan varit förmögen att använda sig av instruktioner kring exempelvis krystning har det verkat positivt, det har givit en känsla av kontroll och agens. Två av kvinnorna som skattat förlossningen lågt upplevde att de inte fått instruktioner och att de inte förstått dem. Denna upplevelse beskriver kvinnorna som bidragande till negativa känslor kring förlossningen. En av kvinnorna som skattat förlossningen lågt beskrev behovet av guidning och instruktioner som inte tillgodosattes:

Vad som händer i kroppen och när det här händer då kommer du... Då ska du göra såhär. Eller typ som, jag fattade ju inte, till exempel, vad en krystvärk var för någonting... Eh, och dem typ bara: Ja, men, när det gör ont såhär. Men va fa, jag förstod inte det liksom, så.... (IP 6).

Det ökade förvirring, oro och upplevelse av att inte kunna påverka sin situation.

Inställning som skapar kontext

Aspekter som framträdde i detta tema var bland annat självbeskrivning och tolkning under förlossning. Samtliga informanter refererade till sig själva och personlighetsaspekter som påverkat deras förväntan inför förlossningen och även upplevelse under förlossningen. Det innebar bland annat beskrivelser om att vara en rädd person (1 låg), att gilla kontroll (2 hög, 1 låg), att vara en nyfiken person (1 hög, 1 låg), att vara en trygg person (1 hög) samt att generellt vara positiv (1 hög). Beskrivningen av personlighetsaspekter återkom i berättelserna om förlossningen genom exempelvis att kontrollaspekten gjort att kvinnorna förberett sig mycket eller tyckt det varit obehagligt då det upplevts finnas kontrollförlust. En av de högsattande kvinnorna beskrev det såhär:

Jag hatar att tappa kontrollen, det finns inget värre. Så att, (skrattar till), det var ju inte så spännande. (IP 116).

Hon beskrev kontrollförlust när smärta och ångest tog över. Kvinnorna som beskrivit sig som nyfikna har sökt mycket information inför förlossningen. Likaså hade kvinnan som beskrev sig som en rädd person sökt sig till vården för att få hjälp med sin rädsla. Förståelsen av sig själv verkade också påverka tolkningen under förlossningen. En av kvinnorna (hög) som beskrev sig som en nyfiken och trygg person, tolkade förlossningen som naturlig och berättade att hon förhöll sig flexibel till förloppet. En kvinna (låg) som beskrev sig som rädd, berättade att hon tolkade det utdragna förloppet som ett bevis för att hon inte klarade att föda.

Det fanns exempel på när kvinnorna upplevt att deras kroppar varit gjorda för detta (1 hög) och likaså upplevelse av att förlossningen inte var naturlig eller att deras kroppar inte skulle klara av det (2 låg). Att känna att kroppen är gjord för födande beskrevs som bidragande till en positiv upplevelse, medan en omvänd upplevelse varit negativt och givit negativa känslor som exempelvis rädsla och sorg. En av kvinnorna (låg skattning) beskrev:

Jag kände att, att min kropp inte är gjord för det här (skrattar till). Så är det för att jag inte skulle få ut henne, och att, ja, hon skulle ta skada helt enkelt. (IP 6).

Upplevelse och inställning till kroppen bidrog till tolkning av förlossningen. Likaså framkom att kvinnorna beskrev synen på sin kropp i vårdsituationen på olika sätt. En kvinna (hög) berättade att hon inte hade problem med att en läkare hon kände utförde vaginala undersökningar på henne. Medan en annan kvinna (låg) berättade att hon var orolig inför förlossningen, eftersom hon inte gillar att vara naken inför personer hon inte känner.

Inför förlossningen beskrevs varierande grad av förberedelse och tydlighet om hur förloppet skulle se ut. Fyra av kvinnorna berörde under intervjuerna att de skrivit förlossningsbrev (2 höga, 2 låga). Resterande nämnde inte denna typ av förberedelse. Två högskattande kvinnor hade en mindre tydlig plan eller ingen plan alls för hur förlossningen skulle gå till, medan den tredje hade en tydligare bild och förväntan om hur det skulle gå till. Samtliga högskattare beskrev att de hade en positiv syn inför förlossningen och de förväntade sig att det skulle gå bra. Bland kvinnorna som skattat sin förlossning som mycket negativ hade två kvinnor ingen tydlig plan, utöver att bebisen skulle komma ut på det ena sättet eller andra, medan den tredje önskade kejsarsnitt på grund av rädsla. Samtliga kvinnor födde vaginalt. Bland kvinnorna som skattat förlossningen som mycket negativ var det en kvinna som beskrev att hon var lugn inför förlossningen, en annan beskrev att hon var rädd och kände oro.

Fångar ni mig?

Temat innefattade att mötas i de behov den födande hade och tas emot när hon överlämnade sig i personalens och vårdens händer genom att vara försatt i en situation som hon aldrig tidigare varit i. Alla respondenter berörde detta tema. Hur vården och personalen svarade på frågan ”fångar ni mig?” hade betydelse för deras förlossningsupplevelse.

I alla intervjuer där kvinnorna skattat högt återkom delaktighet i beslut eller kollaboration med personalen där den födandes åsikt efterfrågades. Att personalen var närvarande var också något alla med hög skattning hade upplevt. En annan komponent av att känna sig fångad var att den födande kände sig lyssnad på, både i förlossningsrummet och att hänsyn togs till det förlossningsbrev den födande skrivit innan. Det innefattade att vården och personalen anpassade sig efter behoven och önskingarna som den födande hade, vilket också återkommer i alla intervjuer med hög skattning. IP 54 (hög skattning) beskrev exempelvis:

Jag hade ju vissa önskemål alltså, eh, om att få bada och, och få EDA:n och så. Eh, och det lyssnade de på jätteväl och de, eh, gjorde allting, alltså de tappade upp badet och förberedde EDA:n.

Kvinnornas upplevelse präglades också av att få den hjälp och guidning som önskades i förlossningen. Detta återkom för alla högs kattare, exempelvis rörde det sig om ”peptalk” av barnmorskan. Alla ovanstående komponenter upplevdes också av en lågs kattare rörande ett av hennes barnmorsketeam. Andra aspekter som byggde upp upplevelsen av att fångas var att barnmorskan var lugn och förmedlade att det kommer gå bra (2 höga, 1 låg), att mottagas med öppna armar och uppleva att personalen bryr sig (1 hög, 1 låg), att hållas informerad av personalen (1 hög, 2 låga), att personalen kom när den födande kallade på dem (1 hög) samt att personalen såg till att den födande fick i sig mat och dryck (1 låg).

Om svaret var ja på frågan ”fångar ni mig?” beskrev alla högs kattare att det bidrog till en känsla av trygghet och att det kommer att gå bra, exempelvis:

Återigen så var det en trygghet. Dels att hon faktiskt lyssnade och dels att hon stannade kvar i rummet, när jag bad henne. (IP131).

Likaså beskrevs ett överlämnande av kontroll till personalen där den födande upplevde en kontrollerad kontrollförlust där hon kände att vården och personalen fångade henne, enligt alla med hög skattning. Detta ledde i förlängningen till en möjlighet att slappna av. Två av tre höga skattningar beskrev också att en tillit till personalen skapas av att de kände sig fångade. Lika många beskriver att det medförde en upplevelse av att deras önskan och åsikt spelade roll.

Den andra sidan av upplevelsen, att inte känna sig fångad av vården och personalen, byggdes också upp av flera komponenter. Här återkom alla lågs kattarna till att inte mötas i behov, exempelvis genom att inte få en önskad insats. Vidare beskrev de en upplevelse av att inte lyssnas på, både i vad som sades under förlossningen och i förlossningsbrevet, eller få den information som efterfrågades. Andra komponenter som byggde upp en upplevelse av att inte fångas var en osäkerhet kring att få plats och komma in på förlossningen (1 hög, 1 låg), att det tog tid att få en insats en beviljats (1 hög, 1 låg), att känna sig bortprioriterad och övergiven (2 låga), att den födande inte visste vad hon skulle göra och upplevde att hon inte fick guidning i detta (2 låga), att inte få ett personligt tilltal och kommuniceras med (2 låga),

en upplevelse av att ett vårdfel inträffat och att det skett felaktig behandling (2 låga) och att personalen utfört jobbet som en robot utan att förmedla att de brydde sig (1 låg).

Att som födande inte känna att vården fångar en upplevde alla tre med låg skattning som bidragande till en känsla av att bli övergiven och som IP 23 beskrev det:

Att vi kände oss utelämnade. Som att vi (författarens notering: den födande och hennes sambo) gjorde det här helt på egen hand.

Alla tre beskrev en motvillig eller icke-existerande tillit till vårdpersonalen. En av tre sade att hon kände sig som en belastning och en annan uttryckte en rädsla och kontrollförlust i relation till att personalen inte fångade henne.

Diskussion

Resultatdiskussion

Att påverkas av andra människor och rummet. Affektsmitta går i studien att förstå som spridning av känslor och "stämning" mellan olika agenter. Som agenterna räknas de personer som är med under förlossningen, det vill säga kvinnan, partner/sambon och personalen. Affektsmitta har under analysen framkommit som en stundtals medveten och stundtals omedveten smitta av känslor som mer eller mindre påverkar kvinnan. I linje med tidigare forskning verkar smittan ha påverkat både tolkning under förlossningen och minnet av den (Xiao et al., 2010). Avseende tolkning under förlossningen framkom exempelvis flera tillfällen där kvinnan agerar på de känslor hon smittas av, exempelvis rädsla utifrån att personalen verkade jäktad, vilket gör att hon krystar extra hårt. Det finns också exempel när kvinnan blir lugn när personalen upplevs trygg. I likhet med många andra studier pekar också detta på att den affektiva aspekten av bemötande från personalen är avgörande för kvinnans upplevelse (Dahlberg et al., 2016; Elmir et al., 2010; Hollander et al., 2017; Nilsson et al., 2013).

Den mest förekommande reflektionen kvinnorna gjorde var påverkan från personalen till dem själva och partner. Samtliga kvinnor gör sådana reflektioner under intervjuerna. Det verkar som att personalens utstrålning eller affekter påverkar hur kvinnan själv känner under förlossningen, medan partners påverkan inte återkommer i samma utsträckning och inte får samma tyngd för kvinnans upplevelse. Förlossningsrummet är idag mer medikaliserat

(Lundgren, 2005). Det är möjligt att personalens expertis avseende förlossning och det medicinska i sammanhanget gör att deras affekter blir viktigare.

I likhet med tidigare forskning verkar det också finnas individuella skillnader avseende individers benägenhet att bli smittade av andras affekt (Xiao et al., 2010). Vissa kvinnor beskriver genomgående en affektsmitta, medan andra kvinnor inte beskriver en påverkan från omgivningen. Det återfanns ingen anmärkningsvärd skillnad mellan kvinnorna som skattat sin förlossning som mycket positiv respektive mycket negativ avseende affektsmitta, utöver att kvinnorna som skattat lågt i något högre utsträckning reflekterar kring andras känslors påverkan på deras upplevelse. Vad det egentligen innebär är svårt att avgöra.

Några kvinnor lyfte påverkan som den fysiska miljön haft på deras upplevelse. I likhet med tidigare forskning, som visar att miljön påverkar kvinnans upplevelse under förlossningen, hade miljön kvinnorna i denna studie födde i en påverkan (Aburas et al., 2017; Newburn & Singh, 2003). Dock i varierande grad. Det här betyder att det inte enbart är andra människor som påverkar tolkningsprocess och upplevelse, utan också miljö.

I resultatet finns enbart något exempel när kvinnorna reflekterar över sig själva som avsändare av affekt som påverkar övriga agenter. Mot bakgrund av teorin om affektsmitta och dess mekanismer som åtminstone delvis agerar omedvetet blir det lättare att förstå (Elfenbein, 2014). Oavsett vilka mekanismer som bär den faktiska överföringen sker den delvis omedveten. Mottagare blir, åtminstone ibland, medveten om känslan, medan avsändaren är i sin känsla, snarare än reflekterar över vad hen utsänder.

Handskas med förlossningen. De copingstrategier som kvinnorna använder för att handskas med sin förlossning är distraktion, smärtlindring eller använda sig av information. Det rör sig om handlingar och tankar som är avsedda att hantera kraven och påfrestningen som förlossningssituationen innebär. Kvinnorna i studien är förstföderskor och då en förlossning är en situation som är svårt att på förhand föreställa sig är det befogat att anta att situationens krav kan anses vara krävande, eller övermäktig, i relation till förmågan.

Att coping är subjektiv och två personer i samma position kan uppleva sin möjlighet att hantera den som olika, är också en möjlig förklaring till varför vissa av kvinnorna upplevde sin förlossning som ohanterbar (Persson, 2005). Det skulle också kunna förstås utifrån att coping avgörs av flera faktorer, såsom individens resurser och personlighet såväl som situationens kontext (Lazarus & Folkman, 1984; Persson, 2005). Således kan de kvinnor

som upplevt situationen som ohanterbar ställts inför en situation som krävt mer av dem, vilket överskridit deras resurser.

Utifrån ett copingperspektiv kan också kvinnornas olika hanteringsstrategier förstås som problem- eller emotionsfokuserad coping (Lazarus & Folkman, 1984). Bland de problemfokuserade strategierna fanns sådana som avsåg att ändra eller handskas med situationen som blivit problematisk, såsom smärtlindring eller att efterfråga information. De emotionsfokuserade copingmetoderna handlar om att reglera den emotionella reaktionen på problemet, detta kunde ses i distraktion, att gå in i sig själv eller acceptansen kvinnorna beskrev.

Att ha agens i sin förlossning har i denna studie förstås som att kunna agera och ta beslut samt få det som efterfrågas av en. Agens kan därigenom förstås som kontroll utifrån att det handlar om att kunna reglera eller styra och få något att hända (Egidius, u.å.). Kontroll är också ett ständigt återkommande inslag i litteraturen om förlossningsupplevelser. Agens kan främst kopplas till den interna kontrollen, det vill säga kontrollen över vad den födande själv gör (Green & Baston, 2007). I motsats till att vara en aktiv agent kunde det i denna studie också ses att vissa födande kvinnor passiviserades. De var då inte med och påverkade vad som hände, vilket kan förstås som en kontrollförlust (Egidius, u.å.)

I tidigare studier har upplevelsen av att ha kontroll kunnat ses som en bidragande faktor till huruvida en förlossning upplevs som positiv eller negativ. Att ha kontroll har visat sig vara associerat med en positiv förlossningsupplevelse och att uppleva kontrollförlust är kopplat till en negativ eller traumatisk upplevelse av förlossningen (Elmir et al., 2010; Hollander et al., 2017; Nilsson et al., 2013). I likhet med dessa resultat var upplevelsen av agens och att vara kapabel i förlossningssituationen vanligare hos kvinnorna som skattat sin förlossning som mycket positiv. Kvinnorna som skattat sin förlossningsupplevelse som stark negativ hade istället i större utsträckning en upplevelse av att vara okapabla att föda barn. Således kan upplevd kompetens att föda barn potentiellt förstås som relaterad till hur passiv eller aktiv kvinnan ser sig under förlossningen, med andra ord hennes upplevelse av kontroll.

Berättelsen om förlossningen. Att berätta sin historia är ett sätt att bli till och därför kan förlossningsberättelsen ses som ett sätt att förmedla sig som person (Stern, 2003). Hur kvinnorna i denna studie har valt att uttrycka sig förmedlar således någonting om hur de vill presentera sig för författarna. Här kan exempelvis lyftas den nyansering som fanns i berättelsen om förlossningen. Alla, utom en kvinna, valde att lyfta aspekter som var positiva

när de skattat sin förlossning som väldigt negativ. Utifrån det förmedlandet av sig själv som berättandet innebär, och hur narrativ har en funktion som socialt lärande, skulle detta kunna förstås som att kvinnorna velat framföra en berättelse där det även funnits positiva komponenter (Hwang & Frisé, 2005; Stern, 2013). Då förlossningsberättelsen också sätter förlossningen i en social kontext är det relevant att begrunda vad denna sociala kontext innehåller (Carson et al., 2016). Det skulle kunna handla om att det ses som fullt att se negativt på sin förlossning, då detta skulle kunna förmedla att kvinnan inte var glad att få sitt barn. Med anledning av att den födande kvinnan har denna kontext, att det ska vara en glädjens stund att få ett barn, kanske hon vill förmedla en historia där förlossningen, i alla fall studtals, varit lycklig.

Att en av kvinnorna istället framhärdat i ett onyanserat narrativ kan, med samma teori, förstås utifrån att det är viktigt för henne att vara tydlig i hur vedervärdig hennes förlossning var. Det är för henne en central del i hennes berättelse om sig själv och vad hon förmedlar till omvärlden. Utifrån Maclellans (2015) studie av att skriva om sina traumatiska förlossningsupplevelser på Internetforum kan det också förstås som en process att återta en kontroll och reparera en skadad identitet att ha förmedlat en ensidigt negativ berättelse.

Fragmenteringen av minnena som kvinnorna med negativa förlossningsupplevelser attribuerade till något negativt kan ses i ljuset av att det finns visst stöd, dock inte entydigt, för att detta är vanligare vid händelser som resulterat i PTSD, än andra händelser (Crespo & Fernández-Lansac, 2016). Resultaten i denna studie är i linje med de studier som redovisat detta även om det inte är PTSD, men likväl traumatiska händelser, som undersökts. Crespo och Fernández-Lansac (2016) fann också en större förekomst av dissociation i traumatiska händelser som lett till PTSD, än i kontrollgrupper. Utifrån detta kan den större förekomsten av en negativt laddad, bristande medvetandegrad förstås som just dissociativ i den stressituation som en förlossning innebär. Detta förklarar dock inte att även kvinnorna som upplevt sin förlossning som mycket positiv beskrev att de inte var klara i huvudet och har minnesluckor.

Att vilja veta och förstå. I denna studie framkom att alla kvinnorna önskade hållas informerade. När detta behov tillgodosågs upplevde kvinnorna det som positivt. Att få information som ansågs tillräcklig var någonting som alla kvinnor som skattat förlossningen som mycket positiv erfor. Att få information är någonting som i tidigare forskning identifierats som positivt för förlossningsupplevelsen (Dahlberg et al., 2016; Larkin et al., 2010). Resultaten av denna studie är vidare att informationsbrist varit negativt för upplevelsen

av förlossningen, och att några av kvinnorna som skattat sin upplevelse mycket negativ trodde att mer information hade gjort deras upplevelse mer positiv. Nilsson et al. (2010) konstaterade att informationsbrist kunde leda till att den födande blev passiv i förlossningen och inte upplevde sig ha en plats där. Det kan således förstås som att bristande information från personalen till den födande har en negativ inverkan på förlossningsupplevelsen. En möjlig tolkning av resultatet av denna studie är alltså att informationsbristen blev negativ för den födande då hon genom detta passiviserades. Inga andra möjliga förklaringsmekanismer till detta har återfunnits i denna studies resultat.

Information verkar således vara kopplat till ökad känsla av trygghet. I andra änden av spektrumet, kunde det i denna studie ses att informationsbrist gjorde den födande orolig. Hollander et al. (2017) lyfte, i likhet med dessa resultat, i sin studie möjligheten att information kan bidra till en minskad rädsla hos den födande då kunskap gör henne mer säker på hur det går och hur hon ska agera. En möjlig förklaring till resultatet av denna studie är således att förståelsen ger en trygghet och en kontext för den nya upplevelsen som förlossningen innebär. I denna studie återfanns inga andra förklaringsmodeller för detta.

Hur mycket information den födande önskar är i denna studie individuellt. Vissa av kvinnorna beskriver en påtaglig vilja att veta mer, medan någon bedömer informationen som knapphändig men tillräcklig för hennes behov. Kvinnorna som träffat flera personalteam upplever också skillnad dem emellan. Det kan således också finnas ett mått av hur väl en kvinnas behov stämmer överens med den specifika personalens tillvägagångssätt. Dessa subjektiva aspekter exemplifierar vikten av individanpassning i vården, vilket också Dahlberg et al. (2016) lyfter fram i sin forskning.

Inställning som skapar kontext. I denna studie framkom att kvinnans beskrivning och förståelse av sig själv påverkade förberedelser, förväntningar och tolkning under förlossningen. En kvinna som beskrev sig som rädd önskade kejsarsnitt och sökte sig till vården på förhand eftersom hon förväntade sig att hon inte skulle klara av att föda barnet. Likaså påverkade självbeskrivningen hur kvinnan tolkade händelser under förlossningen. Exempelvis beskrev en nyfiken och lugn kvinnan att hon förhöll sig flexibel till förloppet och lyckades hantera ändrade uppmaningar och guidning i progressen. Sättet som kvinnan förstår sig själv verkar således påverka hennes upplevelse. Även kroppsuppfattning påverkade tolkning och upplevelse under förlossningen. Det framkom exempel på när kvinnan sett kroppen som gjord för detta, vilket var en högskattare, och exempel när kroppen inte

uppfattades kapabel att föda fram barnet, en lågskattare. Det betyder i förlängningen att viss förutsägelse av hur förlossningsupplevelsen skulle kunna vara möjlig utifrån hur kvinnan förstår sig själv och sin kropp. En nyfiken person söker information och vill ha det, medan en rädd person vill ha trygghet. I likhet med andra studier som visar på behov av individanpassning av vård, behöver vården anpassas till hur kvinnan förstår och upplever sig själv (Dahlberg et al., 2016).

Kvinnorna i studien hade förberett sig i olika grad, vilket också visat sig i andra studier (Gibbins & Thomson, 2001; Kuo et al., 2009). Fyra av totalt sex kvinnor hade skrivit förlossningsbrev, lika många högskattare som lågskattare. Det går således inte att dra några slutsatser om huruvida förlossningsbrevet påverkat skattningen av förlossningen som positiv eller negativ. Ingen av lågskattarna hade en tydlig plan över hur förlossningen skulle gå till, däremot önskade en kvinna kejsarsnitt på förhand på grund av rädsla. Även denna kvinna födde vaginalt. Det är det möjligt att diskrepansen mellan önskat och verkligt sätt att föda ledde till en för denna kvinna mer negativ upplevelse i likhet med slutsatser i Garthus-Niegel et al. (2014). Bland högskattarna hade två kvinnor ingen plan eller en otydlig plan. Medan en kvinna hade en tydligare plan över hur förlossningen skulle gå till. Det finns således ingen skillnad mellan högskattarna och lågskattarna gällande hur mycket förberedelser de gjort.

I likhet med tidigare studier visar det sig att förväntningar påverkar upplevelsen av förlossningen (Goodman et al., 2004; Hildingsson, 2015; Hollander et al., 2017). Samtliga högskattare beskrev att de hade en positiv förväntan inför förlossningen och på förhand trodde att det skulle gå bra, vilket också Hildingsson (2015) fann i sin studie och drog slutsatsen att positiva förväntningar generellt leder till positivt utfall. Bland kvinnorna som skattat förlossningen som mycket negativ var det en som kände sig lugn inför förlossningen, medan en annan var orolig och rädd. I denna studie fanns inga exempel när kvinnan haft en tydlig bild och plan över hur förlossningen skulle gå till och utfallet sedan blivit annorlunda, vilket Hollander et al. (2017) funnit som en orsak till traumatiska förlossningar hos förstagångsföderskor.

Fångar ni mig?. Detta tema handlar om en implicit fråga från den födande kvinnan till personalen och vården om huruvida de tar emot henne i den påfrestande situation i vilken hon befinner sig. Kvinnorna som skattat sin förlossningsupplevelse som mycket positiv var mer benägna att uppleva att de blivit fångade av vården. I denna studie går många aspekter, som även i tidigare forskning setts spela roll i bemötandet, igen i vad som gjorde att

kvinnorna kände sig fångade. I likhet med Dahlberg et al. (2016) sågs i denna studie en positiv inverkan av att ha personal närvarande och att dessa förmedlade lugn och positivitet. Dahlberg et al. (2016) såg att när personalen lyckades med detta blev kvinnan mer benägen att tro på sin egen förmåga att föda barn. I denna studie kunde upplevelsen av att känna sig fångad ha ett samband med att bli trygg. Det är möjligt att denna trygghet, i likhet med Dahlbergs et al. (2016) resultat, hade en positiv inverkan på deras egenupplevda kompetens. Hollander et al. (2017) såg vidare att information var bidragande till en positiv upplevelse av förlossningen. I ljuset av detta kan resultatet i denna studie, att guidning och hjälp bidrog till att kvinnorna kände sig fångade, förstås. Att inkluderas i beslutsfattande och få en individanpassad vård, vilket i denna studie såg som betydelsefullt för att kvinnan kände sig fångad av vården, har också visat sig vara relaterat till en positiv förlossningsupplevelse i tidigare forskning (Dahlberg et al., 2016; Hildingsson et al., 2013).

För kvinnorna som kände sig fångade av vården hade det, i likhet med tidigare forskning, en positiv effekt på deras förlossningsupplevelse. De beskrev att uppfångandet från vården gjorde att de kände tillit och en möjlighet att lämna över kontrollen till personalen, vilket kan ses som en kontrollerad kontrollförlust. Lundgren (2005) beskriver i sin forskning att förlossningen är en situation som kräver att den födande både har kontroll och kan släppa kontrollen. Detta skulle kunna liknas vid den kontrollerade kontrollförlust som sågs i denna studie, även om det här handlar om ett överlämnande av kontroll, snarare än att släppa den.

Utifrån hur de aspekter som konstaterats bygga upp en upplevelse av att fångas har samband med en positiv upplevelse av förlossningen, kan dess motsats också skönjas. När den födande kvinnan inte känner att vården fångar henne, vilket alla kvinnorna som upplevt sin förlossning som mycket negativ på något sätt beskriver i intervjuerna, har det flera negativa implikationer. Att inte fångas av vården handlar i denna studie om att inte få insatser som önskats och inte känna sig lyssnad på. Lundgren (2005) såg ett samband mellan positiva förlossningsupplevelser och att få medicinska interventioner som önskades. Det är således inte orimligt att anta att när detta inte sker så bidrar det till en negativ upplevelse för kvinnan. Likaså kan att inte lyssnas på förstås som en kontrollförlust, då kvinnans åsikt inte påverkar vad som sker, och kontrollförlust har i tidigare forskning setts ha ett samband med negativa och traumatiska förlossningsupplevelser (Elmir et al., 2010; Hollander et al., 2017). När den födande inte känner sig fångad sågs i denna studie att det gjorde att hon upplevde sig

övergiven och utelämnad vilket, utifrån ovannämnda forskning, kan förstås som förlust av kontroll och brister i bemötandet.

Metoddiskussion

Metodval. Utifrån studiens syfte att undersöka kvinnors upplevelse av en första förlossning valdes en kvalitativ ansats. Gemensamt för kvalitativa metodologier är att forskaren är intresserad av mening (Polkinghorne, 2005). Det vill säga hur människor förstår sin omvärld och hur de upplever erfarenheter. Snarare än att undersöka orsak-verkan relationer, står kvalitet och erfarenhetens beskaffenhet i fokus (Willig, 2013). Ett sådant fokus har funnits i denna studie.

Som Willig (2013) skriver finns det inga rätta eller felaktiga metoder, det behöver dock finnas en matchning mellan studiens syfte, datainsamlingsmetod samt analysmetod. Vid undersökning av upplevelser och erfarenheter, likt förlossningar, är semistrukturerade intervjuer den mest använda metoden. Den ansågs passande för studiens syfte, då den ger viss grad av struktur och samtidigt möjlighet till variation och anpassning till informanten. Beslut fattades om att analysmetoden skulle vara tematisk analys och Braun och Clarke (2006), som beskriver tematisk analys, förordar intervjuer som ett gott sätt att inhämta data för en sådan analysmetod.

Vid intervjuer är resultatet avhängigt språklig förmåga hos både intervjuaren och den som blir intervjuad (Willig, 2013). Kvalitet på data beror på informantens möjlighet att reflektera och effektivt beskriva en erfarenhet genom språket och språkliga symboler (Polkinghorne, 2005). Hur en intervju fortlöper är också beroende på rapport, eller allians, som skapas deltagarna emellan (Willig, 2013). Författarna har flerårig erfarenhet av samtalsövning och terapikontakter. Mindre erfarenhet av att intervju i ett undersökningstillfälle, där syftet varken är behandling eller utredning. För att öka vana och minska risken för misstag, genomfördes två testintervjuer med feedback från de som deltog. Detta ökade bekvämlighet med metod och situation, vilket förhoppningsvis gav ett bättre resultat. Faktum kvarstår dock att forskarna har liten erfarenhet, vilket kan ha påverkat kvalitet under datainsamlingen.

För att underlätta tidsåtgång och tillgång till informanter genomfördes intervjuerna via telefon. Med sådana beslut finns risker. Exempelvis mindre möjlighet att skapa trygg kontext och risken finns att information bortfaller som exempelvis kroppsspråk, vilket också kan

räknas som data (Polkinghorne, 2005). Det är möjligt att sådana aspekter tappats i denna studie. Testintervjuerna genomfördes ansikte mot ansikte, vilket var en annan metod än för studiens data. Kanske hade det varit bra att testintervjuerna genomfördes med samma metod som de riktiga intervjuerna för att skapa vana av intervjusituationen. Polkinghorne (2005) skriver att en intervju med varje deltagare oftast inte är tillräckligt för att skapa det rika intervjumaterial som behöver förskaffas. Istället bör åtminstone tre intervjuer genomföras med respektive deltagare. Detta kan ses som en svaghet med vald metod.

Valet av sex personer att intervjua togs bland annat utifrån Polkinghornes (2005) uppmaning att skapa ett urval tillräckligt rikt för att mäta förståelsen av en upplevelse och samtidigt ha en möjlighet att hitta aspekter som delas och sådant som skiljer sig mellan personerna. Beslutet om antal deltagare fattades också utifrån tidsbegränsningar och att det enbart var fyra personer som uppfyllde samtliga inklusionskriterier och hade skattat sin förlossningsupplevelse som mycket negativ. Via inklusionskriterierna fanns vissa gemensamma grundparametrar, som exempelvis en normal förlossning. Däremot fanns det variation avseende skattning på negativ/positiv skala för upplevelsen, vilket ger möjlighet att studera ramar och gränsdragningar i erfarenheterna (Polkinghorne, 2005). Om avsikten uppnåtts får varje läsare avgöra. Urvalet hade kunnat vara både större och mindre, vilket skulle givit andra fördelar och nackdelar.

Transkribering gjordes huvudsakligen ordagrant. Vid transkribering var det den som intervjuat informanten som också transkriberade. Det betyder att respektive författare enbart har hört sina egna intervjuer. Det finns således en möjlighet att metod för transkribering kan skilja sig mellan författarna och att datan skiljer sig på systematiskt sätt. Detta har det inte kontrollerats för på något annat sätt.

Studiens tillförlitlighet. Validitet avser studiens tillförlitlighet. Det handlar om huruvida studien fångat det som avsetts fångas. Morrow (2005) menar att vissa aspekter av validitet är beroende av huruvida studien är kvalitativ eller kvantitativ, andra aspekter är gemensamt för samtliga studier. Gemensamma faktorer är bland annat tillräcklig datamängd, huruvida datan är adekvat för analys, funderingar kring forskarens subjektivitet och tolkningsprocess (Morrow, 2005).

Avseende datamängd genomfördes totalt sex intervjuer. Det finns inga exakta bestämmelser över hur mycket data som behövs för att det ska vara tillräckligt (Ponterotto,

2005), men det skapades material som forskarna ansåg tillräckligt för studiens syfte, att undersöka förlossningsupplevelser hos två grupper.

En aspekt av validitet i en studie med intervjuer som datainsamlingsmetod rör på vilka sätt självrapportering återspeglar en erfarenhet på ett tillförlitligt sätt. Återberättandet är inte en reflektion av erfarenheten. Det finns exempelvis forskning på att återberättande av en erfarenhet i ett visst känslotillstånd påverkar upplevelsen i sig (Polkinghorne, 2005). För att minska risken för detta gavs tid till frågor och en introduktion till intervjun med mindre obehagsväckande material (Kvale & Brinkmann, 2014). Det är möjligt att kvinnorna befunnit sig i olika känslotillstånd som påverkat deras återberättande på sätt som inte forskarna varit medvetna om. Det är möjligt att det hade kunnat kontrolleras tydligare genom fler intervjuer per informant.

En liknande aspekt är risken att författarna, med erfarenhet av terapiarbete och samtalkontakter, gick över från intervju till behandling eller annat typ av samtal (Morrow, 2005). Detta diskuterades före samtliga intervjuer samt efter testintervjuerna för att säkerställa att en sådan glidning inte förekom.

Alla studier är på olika sätt påverkade av forskarens egna person och subjektivitet (Morrow, 2005). Beslut behöver fattas om huruvida det ska användas i tolkningsprocess eller om försök ska göras för att minska dess påverkan. I denna studie är subjektiviteten accepterad som en del av processen i tolkningen. Kunskapsproduktionen påverkas av forskarens egen person och förmåga till analys och reflektion (Willig, 2013). Det behöver däremot inte betyda att kunskapen inte är giltig, utan att det är en kunskap och möjlig tolkning bland flera andra (Morrow, 2005).

Utgångspunkten för denna studie var kritisk realism, där det antas att det finns en värld oberoende av människan, men att vår kunskap om världen beror på människans förmåga till kunskap, det vill säga tolkningsmöjlighet och förståelse (Alvesson & Skoldberg, 2017). Willig (2013) betonar vikten av att behålla sin utgångspunkt för att data, resultat och analys ska vara valida i förhållande till varandra. Ponterotto (2005) skriver liknande om vikten av att "äga sitt perspektiv" och menar att det viktiga är att forskaren är tydlig med utgångspunkter för resultat och analys, eftersom läsaren efter egen förmåga då kan bedöma kvaliteten. Det var syftet med att beskriva och kontextualisera grunden för ontologi och epistemologi i metodavsnittet i denna studie.

En återkommande fråga har varit huruvida den ontologiska och epistemologiska utgångspunkten genomsyrat arbetet under hela processen. Diskussioner har förts författarna emellan, genom hela arbetet för att säkerställa en gemensam ståndpunkt som går igenom arbetet. Det har upplevts positivt att vara två personer som kan återge olika perspektiv och uppmärksamma när vi verkar ha gått åt olika håll. Ibland har det upplevts en rörelse mot realism, att vilja fånga det som finns där ute och mäta det som om det vore bara en sak som gick att upptäcka, vilket upptäcktes vid resultatbeskrivning. Då skedde också en återgång till det mer fenomenologiskt tolkande. Det är inte ovanligt att forskare längs arbetsprocessens gång rör sig längs dessa parametrar och det är kanske att förvänta sig (Ponterotto, 2005). Av vikt är dock att funderingar kring detta återkommer, det har också avsikten varit i denna studie.

Studiens begränsningar. I denna studie ingår sex intervjupersoner, vilkas upplevelser utgör datan och således är underlaget litet. Studien är gjord i syfte att få en fördjupad förståelse för dessa kvinnors upplevelser. Detta medför begränsningar i att lyfta mönster för hur kvinnorna i vår studie upplevt något utan att det blir missvisande. De tolkningar som lyfts i diskussionen är ett möjligt perspektiv att anlägga, men det kan finnas otaliga andra. Kvinnornas kontext har också sett olika ut och har inte kontrollerats för. Med anledning av detta kan andra aspekter än kvinnornas upplevelser ha bidragit till att vissa mönster framträtt.. Detta är också giltigt utifrån studiens epistemologiska utgångspunkt.

Ansatsen för studien har varit att fånga många olika dimensioner av kvinnornas förlossningsupplevelse, såsom bemötande, smärta, fysisk miljö och medvetandegrad, bara för att nämna några. Detta innebär att det funnits en bredd i vilka ämnen som avhandlats under intervjuerna, vilket medför är att djupet på var och ett av dessa undersökta områden är avgränsat. Således finns det en begränsning i hur väl författarna kunnat förstå de olika teman som uppkommit och vilka mekanismer som byggt upp olika fenomen. Hade tonvikt istället lagts vid ett fåtal områden hade en djupare förståelse för hur dessa konstruerat upplevelsen för kvinnan kunnat åstadkommas.

Etikreflektion

Etiken var något som övervägdes i alla studiens steg. I enlighet med Beauchamps och Childress (2013) samt Kvale och Brinkmanns (2014) etikprinciper togs hänsyn till risken att skada studiens deltagare genom att deltagandet var frivilligt och att deltagarna kunde avbryta

sin medverkan närsomhelst. Det var också tydligt inför intervjuerna vad författarna avsåg undersöka, en aspekt av informerat samtycke (Willig, 2013). De som hade en negativ förlossningsupplevelse var medvetna om att det var denna upplevelse som var ämnet för intervjun. Det torde således inte finnas en stor risk att spontant väcka obehagliga minnen genom att prata om det. Skulle obehagliga minnen väckas var intervjupersonerna informerade om att leg psykolog Per Johnsson fanns tillgänglig för samtal. Det är möjligt att det hade varit önskvärt med uppföljning av deltagarna för att säkerställa att ingen skada tillskansats dem. Samtidigt hade det kunnat uppfattas påträngande om behovet inte fanns. Beslut fattades således om att inte genomföra någon uppföljning.

Att respektera intervjupersonernas autonomi ingår också i de etiska principerna (Beauchamp & Childress, 2013; Kvale & Brinkmann, 2014; Willig, 2013). Med anledning av detta sökte författarna citat som inte skulle kunna härledas till respondenterna i resultatåtergivningen. Detta för att kunna säkerställa konfidentialiteten och att det inte skulle gå att identifiera intervjudeltagarna genom att läsa studien. Det är fortfarande möjligt att vissa citat skulle kunna kopplas till en viss respondent, exempelvis av en närstående eller någon som jobbade under den beskrivna förlossningen. Risken har hanterats genom att inte använda citat som refererar till sällsynta upplevelser eller där det hänvisas till platser, datum eller dylikt. Risken kvarstår, men bedöms som liten.

Önskan med studien är att bidra med nya perspektiv och att kunskapen ska vara hjälpsam i den fortsatta utvecklingen av förlossningsvården. Således borde studien, i enlighet med Kvale och Brinkmann (2014), bidra till vetenskapliga förtjänster större än lidandet för deltagarna. Det är dock svårt att bedöma vetenskapliga framsteg jämfört med risken för att skada eller lidande tillförts deltagarna, varför det är osäkert att bedöma kriteriet. Effektivitet i studien, vilket faller under hjälpsamhetsprincipen (Beauchamp & Childress, 2013), är möjlig att ifrågasätta i relation till att författarna valde att genomföra intervjuerna per telefon. Att intervjua över telefon medför att relevant, icke-språklig kommunikation såsom kroppsspråk eller mimik inte tas i beaktande (Polkinghorne, 2005). Således är det möjligt att hävda att det hade varit en mer effektiv metod att träffa intervjupersonerna för att få ett fylligare intervjumaterial och därigenom en så bra analys som möjligt.

Beauchamps och Childress (2013) etikprincip om rättvisa för intervjupersonerna är relevant i en intervjustudie som denna. I relation till detta kan nämnas att samma intervjuguide användes i alla intervjuer. Alla deltagare gavs samma möjlighet att berätta om

sina upplevelser men det fanns en variation i hur långa intervjuerna var. Det är därför möjligt att vissa respondenter fick ett större utrymme än andra och att deras berättelser fått ta större plats. Avseende representation i resultatet, användes vissa informanter mer frekvent än andra. Citat valdes på grundval av bästa representation för temat och utifrån att samtliga informanter skulle bli hörda. En exakt fördelning var dock inte möjlig och en viss obalans i representation finns. På grund av kommunikationsbrist mellan författarna fick informanterna olika erbjudanden om att före publicering läsa citat från sin intervju. Tre av informanterna blev erbjudna och fick läsa sina citat, medan resterande inte erbjöds den möjligheten då författarna hade olika förfaranden i intervjusituationen.

Slutsatser av studien

Syftet med studien var att undersöka upplevelserna hos barnafödande kvinnor som skattat sin förlossning som mycket positiv respektive mycket negativ. I linje med tidigare forskning visar resultatet att födande kvinnor är olika. Kvinnorna kommer till förlossningen med olika inställning, förväntningar och förberedelse. Även under förlossningen hanterar kvinnorna denna påfrestning på olika sätt. Det betyder att förlossningsvården behöver vara lika komplex och bred som kvinnornas upplevelser. En acceptans och förväntan från vårdens sida att kvinnor är och hanterar förlossningen på olika sätt bör finnas för att öka möjligheten att kvinnan får en mer positiv upplevelse.

I likhet med tidigare studier och utifrån studiens resultat visar det sig att föda barn för första gången är en påfrestande situation. Samtliga informanter beskriver att smärta eller rädsla påverkat deras medvetande och det kan vara negativt för upplevelsen. Personalen och bemötandet blir återigen fokuspunkter. Att finnas där för kvinnan och hjälpa henne att göra situationen hanterbar genom att stötta henne på det sätt hon önskar är viktigt. Samtliga kvinnor uttryckte behov av att få uppdaterad information under förlossningen, vilket är en viktig hållpunkt.

Kvinnans bild av sig själv, sin kropp och kapacitet samt hennes möjliga sätt att hantera smärta och rädsla under förlossningen har betydelse för hur hon går in i förlossningssituationen. Studien visar att vissa preventiva insatser, som ett ge gravida kvinnor information och diskutera förväntningar inför förlossningen, kan vara viktiga. Lyckas vården hjälpa kvinnan att skapa positiva och balanserade förväntningar kan det vara positivt för henne.

Denna studie vill bidra med att sätta fokus på kvinnans samt eventuell partners upplevelse och psykologiska hälsa före, under och efter en förlossning. Dagens medicinska vård i Sverige håller hög kvalitet där den stora majoriteten av födande kvinnor och deras barn överlever förlossningen, därför bör fokus ligga på upplevelsen och psykisk hälsa.

Framtida forskning

Förlossningsupplevelser är ett område som får större utrymme i såväl mediala rum som i forskningen. Det är fortfarande ett relativt outforskat ämne och fler perspektiv behöver undersökas. Resultatet av denna studie visar att hur intervjupersonerna ser på och beskriver sig själva har betydelse för deras inställning inför förlossningen och hur de tolkar det som sker i förlossningsrummet. En möjlig studie skulle vara att undersöka hur personlighetsfaktorer, eller sätt att beskriva sig själv, samverkar med förlossningsupplevelser. En intressant frågeställning skulle exempelvis beröra systematiska skillnader mellan självbeskrivning innan förlossning och skattning efter förlossning. Detta skulle kunna undersökas utifrån personlighetspsykologiska modeller såsom Big 5 men även utifrån de ord som kvinnorna i denna studie använder om sig själva (nyfiken, rädd, positiv o.s.v.). En sådan studie skulle medföra en djupare förståelse avseende individuella skillnader mellan födande kvinnorna. I förlängningen skulle sådan kunskap kunna förbättra individanpassningen i förlossningsvården, vilket flertalet kvinnor både i denna studie betonat.

En annan aspekt som hade varit intressant att studera utifrån denna studies resultat är vilka mekanismer som varit avgörande för att informationen respektive informationsbristen upplevts som positivt respektive negativt. I resultatet av denna studie framkom att information från personalen upplevdes som positiv och att bristande information upplevdes som negativ. Det står inte klart vad det är i att få information som gör det positivt. Likväl saknas indikationer på vad som utgör tillräcklig information. Detta upplevdes i denna studie som subjektivt bland de födande kvinnorna. För att ge en så god förlossningsvård som möjligt vore det intressant med fortsatta studier kring vilken och hur mycket information en födande behöver och i vilka situationer ett större informationsbehov föreligger. Utformning av en sådan studie kunde vara att kvinnor som fått barn intervjuats om vilken information som var positiv för dem, när informationsmängden upplevdes som tillräcklig respektive otillräcklig samt om de önskat någon ytterligare information och i så fall vilken.

Att individanpassning är viktigt för den födande kvinnan var något som framkom i flertalet teman i denna studies resultat (Att vilja veta och förstå, Inställning som skapar kontext och Fångar ni mig?). Det hade därför varit intressant med vidare studier som avser kartlägga hur förlossningsvården på bästa sätt kan individanpassas. På vilket sätt önskar födande kvinnor bemötas för att det ska upplevas som individanpassat? Det skulle vara intressant att kartlägga avgörande faktorer för individanpassning genom exempelvis intervjuer eller enkäter. I en sådan studie skulle faktorerna kunna implementeras i förlossningsvården och därefter utvärderas, för att undersöka hur det upplevs av födande kvinnor att bli bemött på ett sätt som anpassats till dem som individer.

Referenser

- Abascal, G. (2002). *Att föda: en barnmorskas tankar, råd och erfarenheter*. Stockholm: Bonnier.
- Aburas, R., Pati, D., Casanova, R., & Adams, N. G. (2017). The Influence of Nature Stimulus in Enhancing the Birth Experience. *Health Environments Research & Design Journal (HERD) (Sage Publications, Ltd.)*, 10(2), 81-100.
- Alexandersson, P. (2017). *Gravidiliska*. Stockholm: Atlas.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (3 uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Anåker, A., Heylighen, A., Nordin, S., & Elf, M. (2016). Design Quality in the Context of Healthcare Environments: A Scoping Review. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(4), 136-150.
- Andrade, C. C., Lima, M. L., Devlin, A. S., & Hernández, B. (2016). Is it the Place or the People? Disentangling the Effects of Hospitals' Physical and Social Environments on Well-Being. *Environment & Behavior*, 48(2), 299-323.
- Assarsson, S (2017, 25 december). Ett år efter stängningen: BB-ockupanterna vägrar ge upp. *Svenska Dagbladet*. Hämtad 16 februari, 2018, från <https://www.svd.se/ett-ar-senare-bb-ockupanterna-vagr-ar-ge-upp/om/forlossningsvarden>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(06), 1121-1134.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. (7. ed.) New York: Oxford University Press.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, 30(2), 255-261.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cappella, J. N. (1993). The Facial Feedback Hypothesis in Human Interaction. *Journal of Language & Social Psychology*, 12(1/2), 13.
- Carson, A., Chabot, C., Greyson, D., Shannon, K., Duff, P., & Shoveller, J. (2016). A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers. *Sociology of Health & Illness*, 39(6), 816-831.

- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2016). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 149-156.
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A., Selboe, S., 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.
- Dalen, M. (2008). *Intervju som metod*. (1. uppl.) Malmö: Gleerups utbildning.
- Dimberg, U., & Thunberg, M. (2012). Empathy, emotional contagion, and rapid facial reactions to angry and happy facial expressions. *PsyCh Journal*, 1(2), 118-127.
- Egidius, H. (u.å.). Emotionella smitta. I *Psykologilexikon*. Hämtad 6 april, 2018, från <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=emotionell%20smitta>
- Egidius, H. (u.å.). Kontroll. I *Psykologilexikon*. Hämtad 9 april, 2018, från <https://www.psykologiguiden.se/psykologilexikon/?Lookup=kontroll>
- Elfenbein, H. A. (2014). The many faces of emotional contagion: An affective process theory of affective linkage. *Organizational Psychology Review*, 4(4), 326-362.
- 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.
- Födelsevralet. (u.å.). Hämtad 16 april, 2018, från www.fodelsevralet.org
- Förlossningsbrev. (2015, 6 februari). I K. Bengtsson (Red.), *1177 Vårdguiden*. Hämtad 10 april, 2018, från <https://www.1177.se/Skane/Tema/Gravid/Forlossning/Praktiska-rad-infor-forlossningen/Forlossningsbrev/>
- Garthus-Niegel, S., Simonsen, T., Eberhard-Gran, M., Torgersen, L., von Soest, T., & Knoph, C. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: A population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 14(1).
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313.
- Goodman, P., Mackey, M., & Tavakoli, A. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.

- Green, J., & Baston, H. (2007). Have women become more willing to accept obstetric interventions and does this relate to mode of birth? Data from a prospective study. *Birth*, 34(1), 6-13.
- Gunnarsson, S., Johansson, H. & Blomberg, M. (2018, 3 februari). Normal förlossning (Kvinnokliniken Linköping). I *Vårdgivarwebb för Östra Götaland*. Hämtad 9 februari, 2018, från <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/PM-medicinska-o-wardadm/PM-dokument/Barn--och-Kvinnocentrum/Kvinnoklinikerna-i-Ostergotland/Lokala-medicinska-PM-US/Normal-forlossning/>
- Heli, S. & Svensson, L. (2017). *Trygg förlossning: en omvårdnadsmodell för minskad stress och rädsla*. Stockholm: Gothia Fortbildning.
- Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women and Birth*, 28(2), 7-13.
- Hildingsson, I., Johansson, M., Karlström, A., & Fenwick, J. (2013). Factors Associated with a Positive Birth Experience: An Exploration of Swedish Women's Experiences. *International Journal of Childbirth*, 3(3), 153-164.
- Hollander, M. H., Hastenberg, E. V., Dillen, J. V., Pampus, M. G., Miranda, E. D., & Stramrood, C. A. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515-523.
- Hwang, P. & Frisé, A. (2005). Utvecklingspsykologi. I P. Hwang, I. Lundberg, J. Rönnerberg & A.-C. Smedler (Red.). *Vår tids psykologi* (ss. 169-220). Stockholm: Natur och Kultur.
- Höjeberg, P. (2000). *Tröskelkvinnor: barnafödande som kultur*. Stockholm: Carlsson.
- Igångsättning av förlossningen. (2014, 10 november). I K. Bengtsson (red.), 1177 *Vårdguiden*. Hämtad 24 januari, 2018, från <https://www.1177.se/Skane/Tema/Gravid/Forlossning/Under-forlossningen/Att-satta-igang-en-forlossning/>
- Johannisson, K. (1994). *Den mörka kontinenten: kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Stockholm: Norstedt.
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2011). A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 2(3), 93-99.

- Kuo, S., Lin, K., Hsu, C., Yang, C., Chang, M., Tsao, C., & Lin, L. (2010). Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 806-814.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Enskede: TPB.
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi: att låta en värld öppna sig*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.
- Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2010). 'Not enough people to look after you': An exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 28(1), 98-105.
- Lazarus, S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lindsten, B & Dahlén Persson, M (2017, 20 augusti). De tågar mot BB-kaoset i en "arg jävla riksmarsch". *Expressen*. Hämtad 16 februari, 2018, från <https://www.expressen.se/gt/de-tagar-mot-bb-kaoset-i-en-javla-arg-riksmarsch/>
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354.
- MacLellan, J. (2015). Healing identity by telling childbirth stories on the internet. *British Journal of Midwifery*, 23(7), 477-482.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250-260.
- Murphy, H., & Strong, J. (2018). Just another ordinary bad birth? A narrative analysis of first time mothers traumatic birth experiences. *Health Care for Women International*, 1-25.
- Månsson, A-K. (2012, 29 oktober). Föräldraträffar och samtal inför förlossningen . I A. Åkerman (Red.), *1177 Vårdguiden*. Hämtad 10 april, 2018, från <https://www.1177.se/Skane/Fakta-och-rad/Undersokningar/Infor-forlossningen/nationella-medicinska-indikationer>.
- Nationella medicinska indikationer. (2011). *Indikation för värkstimulering med oxytocin under aktiv förlossning* (Rapport 2011). Hämtad 6 april, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nationella-indikationer-varkestimulering-oxytocin.pdf>
- Newburn, M., & Singh, D. (2003). Creating a better birth environment: Women's views about the design and facilities in maternity units: A national survey. London: *National*

- Childbirth Trust*. Hämtad 10 april, 2018, från https://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/BBE_report_311003.pdf
- Nilsson, C., Bondas, T., & Lundgren, I. (2010). Previous Birth Experience in Women With Intense Fear of Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39(3), 298-309.
- Nilsson, L., Thorsell, T., Wahn, E. H., & Ekström, A. (2013). Factors Influencing Positive Birth Experiences of First-Time Mothers. *Nursing Research and Practice*, 2013, 1-6.
- Nilstun, T. & Löfmark, R. (2005, 6 september). Hur Semmelweis kombinerade till synes oförenliga idéer. *Läkartidningen*. Hämtad 18 april, 2018, från <http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=1927>
- Persson, L-O. (2005). Hur hanterar människor stress?. I P. Hwang, I. Lundberg, J. Rönnerberg & A.-C. Smedler (Red.). *Vår tids psykologi* (ss. 351-352). Stockholm: Natur och Kultur.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and meaning: Data collection in qualitative research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-145.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R., & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Schepper, S. D., Vercauteren, T., Tersago, J., Jacquemyn, Y., Raes, F., & Franck, E. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*, 32, 87-92.
- Schoenewolf, G. (1990). Emotional contagion: Behavioral induction in individuals and groups. *Modern Psychoanalysis*, 15, 49–61.
- Socialstyrelsen. (2015). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973–2014 Assisterad befruktning 1991–2013* (Publikationer 2015). Hämtad 6 april, 2018, från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-27>
- Socialstyrelsen. (2018). *Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2016* (Publikationer 2018). Hämtad 24 januari, 2018, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-1-6>

- Stern, D.N. (2003). *Spädbarnets interpersonella värld: ett psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sundwall Dahl, I., Weström, L., & Åberg, A. (1985). *Graviditet, förlossning, kvinnosjukdomar: för kommunala högskolan*. Lund: Studentlitteratur.
- Ulrich, R. S., Zimring, C., Zhu, X., Dubose, J., Seo, H., Choi, Y., . . . Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 1(3), 61-125.
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. (3. ed.) Buckingham: Open University Press.
- World Health Organization. (1996) *Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.
- Xiao, W., Li, W., & Du, J. (2010). The Review of the Emotional Contagion Theory Based on the Interpersonal Perspective. *2010 International Conference on Management and Service Science*.

Bilaga 1. Informationsblad



LUNDS
UNIVERSITET

Information om psykologexamensuppsats

Syftet med studien är att undersöka förlossningsupplevelser hos kvinnor som fött barn. I studiens första skede kommer en enkät att skickas ut för att rekrytera deltagare till intervjuer. Intervjuerna avser ge en djupare förståelse av förlossningsupplevelsen.

Om du tackar ja till att delta kommer du att bli intervjuad över telefon av en av författarna. Du kommer att få berätta om dina erfarenheter från din senaste förlossning och vad som motiverat skattningen i den enkät du fyllt i som ett första steg i studien. Uppskattningsvis kommer intervjun ta upp till 1,5 timme. Deltagandet är helt frivilligt, vilket innebär att du när som helst kan avbryta din medverkan eller välja att inte svara på frågor utan att ange skäl.

Intervjuerna kommer att spelas in och inspelningarna raderas efter att studien färdigställts. Eventuella transkriberingar kommer vara anonymiserade och också förstöras efter studien. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt och avidentifieras så långt som möjligt. Dina kontaktuppgifter är enbart kända för Helene Andersson och Klara Söderberg och kommer inte förvaras tillsammans med intervjudata.

Har du några frågor kring projektet är du välkommen att kontakta oss, Helene Andersson och Klara Söderberg. Du kan även ta kontakt med vår handledare, docent och leg. psykolog Per Johnsson, på Institutionen för psykologi. Per Johnsson finns tillgänglig för stödsamtal efter intervjun om du önskar det.

Vi är tacksamma för din medverkan och ser fram emot att höra din berättelse.

Hälsningar,

Helene Andersson	helene.andersson.087@student.lu.se	telnr: 0739996627
Klara Söderberg	klara.soderberg.051@student.lu.se	telnr: 0708945252

Handledare:	
docent Per Johnsson	per.johnsson@psy.lu.se

Bilaga 2. Samtyckesblankett



LUNDS
UNIVERSITET

Samtycke till deltagare i intervjustudie

Jag (för- och efternamn textat)

.....

Har läst den skriftliga informationen gällande Helene Anderssons och Klara Söderbergs psykologexamensuppsats och fått möjlighet att ställa frågor. Jag har även informerats om att deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan ange skäl. Härmed samtycker jag till att delta i studien.

Ort och datum:

Underskrift:

Bilaga 3. Enkät

Enkät

Vi är två psykologkandidater vid Lunds universitet som skriver vår examensuppsats om förlossningsupplevelser. Syftet med studien är att undersöka upplevelser barnafödande kvinnor haft av sin förlossning. Enkäten är ett första steg i denna studie. I ett senare skede kommer vi att genomföra intervjuer för att få en djupare förståelse av förlossningsupplevelserna. Vi är intresserade av dig som genomgått minst en förlossning och din upplevelse av denna förlossning. Din berättelse är viktig för oss. Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt och vi har tystnadsplikt.

Vid frågor, hör av dig till oss:

Helene Andersson, helene.andersson.087@student.lu.se
Klara Söderberg, klara.soderberg.051@student.lu.se

Handledare: Per Johnsson, docent i klinisk psykologi och leg. psykolog
Institutionen för psykologi, Lunds universitet

Tack på förhand!

* Required

Hur skulle du skatta din sammantagna upplevelse av din förlossning?

Med förlossning avses tiden från förlossningens början med första värk eller då vattnet gick till att du lämnade sjukhuset.

1. Skatta din sammantagna upplevelse. Om du fött flera barn, skatta din senaste förlossning. *

Mark only one oval.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Mycket negativ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mycket positiv

Frågor om förlossningen du skattade ovan

Avser din senaste förlossning.

2. Hur länge sedan var din förlossning? *

Mark only one oval.

- 0-5 mån
- 6-12 mån
- Mer än 1 år-2 år
- Mer än 2 år-3 år
- Mer än 3 år sedan

3. Var detta din första förlossning? *

Mark only one oval.

- Ja
- Nej, det var min andra
- Nej, det var min tredje
- Nej, det var min fjärde eller mer

4. Vilken vecka födde du i? *

Mark only one oval.

- Före vecka 37
- I vecka 37-42
- Efter vecka 42

5. Hur födde du? *

Mark only one oval.

- Vaginalt
- Akut/urakut kejsarsnitt
- Planerat kejsarsnitt
- Other: _____

6. Startade förlossningen spontant? *

Check all that apply.

- Ja
- Nej

7. Om du svarade nej på frågan ovan, hur startade din förlossning?

8. Födde du på sjukhus? *

Mark only one oval.

- Ja
 Nej

9. Om du svarade nej på ovanstående fråga, var födde du?

10. Behövde barnet någon särskild vårdinsats efter att det kommit ut? *

Mark only one oval.

- Ja
 Nej

11. Om du svarade ja på ovanstående fråga, vilken vård och hur länge?

12. Hur länge var du kvar på sjukhuset/BB /patienthotellet efter att barnet kommit ut? *

13. Hur mådde barnet när ni lämnade sjukhuset/BB/patienthotellet? *

14. Hur mår du när du lämnade sjukhuset/BB/patienthotellet?

Deltagande i intervjustudie

15. Du som är intresserad av att delta i en intervju om din förlossningsupplevelse och har svenska som modersmål, skriv dina kontaktuppgifter nedan (namn, telefonnummer och mailadress).

Bilaga 4. Intervjuguide

Intervjuguide

Inledning

Ramar för intervjun: tid, samtycke, kontext etc.

Hur länge sedan var din senaste förlossning?

Vilken förlossning i ordningen var det?

Var du allmänt frisk under din graviditet?

Beskriv din nuvarande livssituation

- Partner, andra barn, arbete
- Skiljer sig denna mot hur det såg ut vid tiden för din senaste förlossning?

Du skattade din sammantagna förlossningsupplevelse till ____ på enkäten, stämmer det?

Förlopp

Hur upplevde du förlossningen från att den startade till dess att ni lämnade sjukhuset?

- Hastighet/tempo på förloppet
- Vårdinsatser
- Smärta
- Rörelsefrihet
- Orosmoment
- Efter barnet kommit ut

Hur mentalt närvarande kände du dig under förlossningen?

- Vad gjorde det med dig?
- Vad hade varit optimalt för dig?

På vilka sätt var du med i beslutsfattandet under förlossningen?

- Hur blev det för dig?
- Vad hade varit optimalt för dig?

Hur mycket information fick du under förlossningen?

- Hur blev det för dig?
- Vad hade varit optimalt för dig?

Hur upplevde du kontroll under förlossningen?

- Över eget beteende

- Kroppen
- Förloppet
- Värkarna
- Vad hade varit optimalt för dig?

Bemötande

Hur upplevde du bemötandet under din förlossning?

- Vad gjorde detta bemötande med dig?

Vilka yrkeskategorier mötte du under din förlossning?

Hur upplevde du personalen under förlossningen?

- Skillnad mellan yrkeskategorierna?
- Hur närvarande var de? Vad hade varit optimalt för dig?
- Vilket stöd fick du? Vad hade varit optimalt för dig?
- Vilken guidning fick du? Vad hade varit optimalt för dig?
- Vilken kontroll hade du över vad personalen gjorde? Vad hade varit optimalt för dig?
- Litade du på personalen? Vad gjorde det med dig? Vad hade varit optimalt för dig?

Hur individanpassad upplevde du vården?

- Vad hade varit optimalt för dig?

Hur upplevde du att din ev. partner/annat förlossningsstöd bemöttes under förlossningen?

- Hur påverkade det dig?
- Hur upplevde du att du blev bemött av din ev. partner/annat förlossningsstöd under förlossningen? Vad hade varit optimalt för dig?

Miljö/atmosfär

Beskriv rummet du födde i.

- Hur påverkade det dig?
- Hur viktig var det för dig?
- Vad hade varit optimalt för dig?

Beskriv stämningen i rummet.

- Hur påverkade den dig?
- Hur viktig var den för dig?
- Vad hade varit optimalt för dig?

Förväntningar

Hur såg dina förhoppningar ut inför din förlossning?

- Vaginalt/KS, smärtlindring
- Uppfylldes dem?
- Vad gjorde det med din förlossning (uppfylldes/inte uppfylldes)?
- Vad skapade dina förhoppningar inför din förlossning?

Vilka farhågor/rädslor hade du inför din förlossning?

- Uppfylldes dem?
- Vad gjorde det med din förlossning (uppfylldes/inte uppfylldes)?
- Vad skapade dina farhågor/rädslor inför din förlossning?

Avslut

Några ytterligare funderingar/tankar?

Hur var frågorna?

Tack för din medverkan!