



MEDICINSKA
FAKULTETEN

Kvinnors upplevelse av förlossning över tid

VAS-skattning från BB och 6-8 veckor post partum

Women's experience of childbirth over time

VAS-estimation from maternity ward to 6-8 weeks post partum

Författare: Annelie Andersson & Helena Kayondo

Handledare: Maria Ekelin

Magisteruppsats

Hösten 2023

Lunds universitet

Medicinska fakulteten

Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Box 157, 221 00 LUND

Abstrakt

Bakgrund: Kvinnors upplevelse av förlossning har betydelse både för framtida familjeplanering och anknytningen till barnet samt relationen till partnern. Tidigare forskning visar att det kan vara för tidigt att mäta kvinnors upplevelse direkt efter förlossningen. Därför var syftet med studien att jämföra kvinnors VAS-skattning av förlossningsupplevelsen vid hemgång från BB och 6–8 veckor post partum.

Metod: Materialet samlades in genom enkäter som delades ut på en BB-avdelning i södra Sverige, där kvinnor skattade sin förlossningsupplevelse via VAS-skala. Skattningen gjordes genom siffror 0–10 där 0 var den sämsta tänkbara upplevelsen och 10 den bästa tänkbara upplevelsen. Skattningen gjordes först på BB och kvinnan blev därefter uppringda 6–8 veckor post partum för ny VAS-skattning. Totalt inkluderades 117 enkäter till analysen. Analysen genomfördes statistiskt som en kvantitativ studie. Enkäten innehöll en öppen fråga som analyserades kvalitativt med innehållsanalys.

Resultat: Ingen statistisk signifikant skillnad från VAS-skattningen på BB till VAS-skattningen 6–8 veckor post partum kunde påvisas. Studien framtog däremot en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna som har VAS-skattat. Den kvalitativa analysen gav ett resultat av faktorer som påverkade förlossningsupplevelsen. Det framkom fyrahuvudkategorier som beskrev kvinnans förlossningsupplevelse. Dessa var barnmorskans profession, upplevelse av smärtlindring, upplevelse av induktion och yttre faktorer.

Slutsats: Resultatet i studien kan vara viktig i förlossningsvården att uppmärksamma kvinnor som är förstföderskor och blir inducerade då de har en större risk för att förlossningen upplevs negativt. Studien framtar vad som kan påverka kvinnors förlossningsupplevelse vilket ger barnmorskan möjlighet att anpassa och ge goda förutsättningar till positiv förlossningsupplevelse.

Nyckelord

Förlossning, Förlossningsupplevelse, Förstföderska, Induktion, Omföderska, Spontanstart, VAS-skattning

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	4
Kvinnors förlossningsupplevelse	5
Mätmetoder av förlossningsupplevelser	5
Visuell analog skala	6
Faktorer som är avgörande för upplevelse	7
Barnmorskans betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse	7
Bearbetning av negativ förlossningsupplevelse	8
Syfte	8
Specifika frågeställningar	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Instrument	10
Datainsamling	11
Analys av data	12
Forskningsetiska avvägningar	14
Helsingforsdeklarationen	15
Resultat	16
Resultat av kvantitativ analys	16
Resultat av kvalitativ analys	19
Barnmorskans profession	20
Upplevelse av smärtlindring	20
Upplevelse av induktion	21
Yttre faktorer	22
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	25
Konklusion och implikationer	29
Referenser	30
Arbetets fördelning	34
Bilaga 1 (2)	35
Bilaga 2 (2)	36

Problemområde

Kvinnors upplevelse av förlossning har betydelse både för framtida förlossningar och för anknytningen till barnet samt relationen till partnern (Turkmen et al., 2018). Barnmorskan har en central roll för kvinnans upplevelse och handläggandet av förlossningen (Hallman et al., 2016). Olika faktorer påverkar kvinnors upplevelse av sin förlossning så som att genomgå induktion, partners stöd, barnmorskans stöd och kunskap samt kvinnans förväntning (Place et al., 2022; Howarth et al., 2011; Preis et al., 2019). När kvinnans upplevelse av sin förlossning undersöks används bland annat en visuell analog skala (VAS) där kvinnan skattar sin upplevelse av förlossningen (Turkmen et al., 2018). Genom detta kan man identifiera negativa och traumatiska upplevelser som behöver bearbetas och för kvalitetsutveckling av förlossningsvården (Britton, 2012). Studier visar att det kan vara för tidigt att mäta kvinnans upplevelse direkt efter förlossningen då resultatet kan påverkas av kvinnans initiala lycka av att ha fått ett friskt barn (Turkmen et al., 2018). Mer forskning anses behövas för att identifiera om kvinnors upplevelse ändras med tiden (Sigurðardóttir et al., 2019; Turkmen et al., 2018).

Bakgrund

Kvinnans upplevelse av sin förlossning har inte tillägnats mycket betydelse i ett historiskt perspektiv. Inte förrän mitten av 1900 talet kom betydelsen av kvinnans upplevelse att få mer uppmärksamhet. Ofta kunde kvinnans upplevelse av förlossningen vara beskriven av en läkare eller barnmorska och inte av kvinnan själv (Larkin et al., 2009).

Penny Simkin (1991) genomförde en intervjustudie med kvinnor som fött barn under sent 60-tal och tidigt 70-tal om sin upplevelse några dagar efter förlossningen samt efter 15–20 år. Detta för att identifiera långtidseffekten av födelsen så som den upplevdes och så som kvinnan mindes den. Det framkom att det som var betydande för en positiv upplevelse var hur kvinnan hade blivit bemött av personalen samt att hon kände stöd från barnmorska och läkare. Kontroll av vad som hände och delaktighet i beslut hade också betydelse för att kvinnan skulle komma ihåg sin förlossning som positiv även efter lång tid. Kvinnorna beskrev hur de fortfarande kunde känna att förlossningen gav ett bättre självförtroende och högre självkänsla. Om de inte hade en positiv upplevelse kunde de känna motsatsen även efter lång tid.

”I’m just very grateful that I had the opportunity to have the birth experience be pleasant. I participated in it and I have to say it probably made me a much more confident person to accomplish that and feel good about it and not have it to be a horrifying thing”

(Simkin, 1991, s. 207)

En finsk kohortstudie som inkluderade gravida kvinnor från 26 hälsovårdscentraler visade att mellan 5–16,5% av kvinnorna rapporterade en negativ förlossningsupplevelse (Sigurðardóttir et al., 2017). Världshälsoorganisationen (WHO) betonar vikten av förlossningsvården och att den behöver mer uppmärksamhet i samhället för att allmänheten bättre ska förstå hur stor betydelse upplevelsen av förlossningen har för kvinnan (WHO, 2014).

Kvinnors förlossningsupplevelse

Tidigare forskning har framtagit att när förstföderskor har en negativ förlossningsupplevelse kan det få betydelse för den framtida familjeplaneringen. Det kan bland annat leda till att kvinnan föder färre barn och det kan även påverka relationen till partnern (Adler et al., 2020; Waldenström, 2004). På grund av den betydande effekten som förlossningsupplevelsen kan ha på kvinnans psykiska och fysiska hälsa, är det viktigt både för kvinnan och samhället att identifiera och fånga upp kvinnan för att få en så positiv upplevelse som möjligt (Preis et al., 2019). Det är dokumenterat att kvinnor kan ha svårt att hantera en negativ upplevelse av förlossning och att det krävs insatser för att kunna hjälpa kvinnan vidare med bearbetning (Sigurðardóttir et al., 2019). Den negativa upplevelsen har betydelse för kvinnans framtida förlossning men även relationen till partnern och anknytning till barnet. Kvinnors upplevelse av förlossning är en viktig avgörande faktor för framtida hälsa och behöver identifieras (Turkmen et al., 2018). Forskning som har genomförts i Danmark visar fortsättningsvis att en positiv förlossningsupplevelse är associerad med spontan förlossningsstart, känd barnmorska och med så få ingrepp som möjligt, medan en negativ förlossningsupplevelse associerades med att det skett interventioner under förlossningen som exempelvis induktion (Lyngbye et al., 2022).

Mätmetoder av förlossningsupplevelser

Tidigare studier har mätt kvinnors förlossningsupplevelser. Waldenström (2004) gjorde en enkätstudie där kvinnorna skattade sin förlossningsupplevelse via fem svarsalternativ.

Kvinnorna uppgav på en skala om förlossningsupplevelsen var ”mycket positiv”, ”positiv”, ”både positiv och negativ”, ”negativ” eller ”mycket negativ”. Nilvér et al. (2017) gjorde en litteraturoversikt där de granskade 46 studier och totalt 37 olika instrument för att mäta kvinnors förlossningsupplevelse. Det framkom stor variation i tillförlitlighet och validitet av instrumenten och flera skulle behöva vidare utveckling. Deras resultat visade att instrumentet med störst validitet och som var mest använt internationellt var ”The Wijma delivery expectancy/experience questionnaire” (W-DEQ). Det innehåller 33 frågor där kvinnorna skattar varje fråga på en skala mellan 0–5. De andra instrumenten ansåg författarna behöva vidare validering. Enligt Larsson et al. (2011) har VAS-skattning testats med W-DEQ och visat sig vara en pålitlig screeningmetod för att mäta förlossningsrädsla men de framtar i studien att VAS behöver valideras som mätinstrument av förlossningsupplevelse. Turkmen et al. (2018) gjorde en kohortstudie där mätinstrumenten bestod av ett CEQ (Childbirth experience questionnaire) som innehöll 22 frågor där kvinnorna beskrev sin förlossningsupplevelse. Enkäten avslutades därefter med en VAS-skattning där kvinnan skattade sin förlossningsupplevelse mellan 0–10. Där ”värsta tänkbara förlossningsupplevelse” skattades 0 och ”bästa tänkbara förlossningsupplevelse” skattades 10. Studien jämförde CEQ och VAS-skattningen och kom fram till att VAS-skattning är ett användbart instrument för att mäta kvinnors förlossningsupplevelse.

Visuell analog skala

Visuell analog skala (VAS) är ett instrument som används inom hälso- och sjukvården för att kunna skatta exempelvis smärta. VAS har en skala från 0–10 där minsta tänkbara smärta är 0 och 10 är högsta tänkbara smärta. Skattningen sker genom att patienten ringar in siffran den känner representerar det nuvarande tillståndet (Crichton, 2001). VAS-skalan är validerad inom förlossningsvården för att skatta kvinnors förlossningsrädsla (Ternström, 2018; Larsson et al., 2011). Det är ett enkelt instrument som är tillförlitligt, har god validitet och används för att mäta patientnöjdhet. På svenska sjukhus används idag VAS som ett skattninginstrument för att mäta upplevelsen av förlossningen (Lindblad Wollmann et al., 2020). En förlossning är en komplex situation och därför kan det vara svårt att genom VAS få med hela dimensionen av kvinnans upplevelse av förlossningen (Turkmen et al., 2018).

Faktorer som är avgörande för upplevelse

Partnern anses vara en av de viktigaste faktorerna till ökad tillfredsställelse genom sin närvaro och kontinuerligt stöd. Detta framkommer i Howarth et al. (2011) kvalitativa studie som även identifierar att kontinuerligt stöd har en betydelse i kvinnans upplevelse av smärta, vilket i sin tur påverkar behovet av smärtlindring. Genom att belysa vikten av stöd förbättras chansen för kvinnan till bättre förlossningsupplevelse (Howarth et al., 2011). Preis et al. (2019) har undersökt om kvinnors förväntningar motsvarar upplevelsen av förlossningen. Resultatet visade att kontinuerligt stöd och delaktighet har betydelse för kvinnans upplevelse. Personliga förväntningar och känslan av kontroll var också viktiga faktorer som spelade roll för hur förlossningen upplevdes. Erfarenheter av tidigare förlossningar hade en betydande faktor hur kvinnan upplever sin nuvarande förlossning (Lindblad Wollmann et al., 2020).

Faktorer som kan leda till negativ upplevelse är oro i slutet av graviditeten, minne av smärta under förlossningen, hög användning av smärtlindring efter förlossningen och lång sjukhusvistelse (Larsson et al., 2011; Preis et al. 2019). Enligt Adler et al. (2020) finns andra faktorer som kan bidra till en negativ förlossningsupplevelse, exempelvis om förlossningen sätts i gång med induktion eller om komplikationer uppstår i samband med förlossningen. WHO (2014) framhåller att kvinnor har rätt till bra bemötande med visad respekt och värdighet genom hela graviditeten och förlossningen. Birth Territory Theory är en relevant teori som kan användas för att beskriva, förklara och förstå hur förlossningsarbetet kan påverka kvinnan och barnet. Kvinnan kan känna rädsla vid förlossningen vilket i sin tur ger adrenalinpåslag som kan leda till att kroppen går i försvar och skapar en negativ upplevelse. Det är viktigt att barnmorskan har kunskap om faktorer som påverkar kvinnan under förlossningen, så att hon kan ge förutsättningar till en positiv upplevelse (Fahy et al., 2011).

Barnmorskans betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse

Barnmorskans kompetensområde omfattar bland annat att arbeta självständigt inom förlossningsvården och handlägga den normala förlossningen, samt bidra med att ge kvinnan god och säker vård (Svenska barnmorskeförbundet [SBF], 2018). Barnmorskan har en central roll i kvinnans upplevelse av förlossningen och god kommunikation kan skapa en trygghet under förlossningen (Hallam et al., 2016; Turkmen et al., 2018). Om kvinnan hade ett stort förtroende för barnmorskan bidrog det till en positiv upplevelse av förlossningen (Larsson et al., 2011). Information om förloppet, vilka val som finns och att det är kvinnan som ger

samtal till beslut men även delaktighet och kommunikation, bidrar till att skapa en positiv upplevelse. Barnmorskan förväntas ha den medicinska kunskapen för att kunna vägleda kvinnan, som är i en sårbar situation, till vilken smärtlindring hon kan använda. Genom att visa kvinnan respekt i situationen och skapa teamkänsla kan upplevelsen påverkas i positiv riktning (Hallam et al., 2016). Kvinnor har en förväntan på att barnmorskan ska kunna föra deras talan om behov av smärtlindring uppstår och beslut behöver tas. Kvinnor uttalar sig om att förståelse för graviditeten och förlossningen hos barnmorskan var viktig för att skapa trygghet (Howarth., 2011).

Bearbetning av negativ förlossningsupplevelse

Kvinnor som har fått med sig en negativ förlossningsupplevelse behöver stöd för att bearbeta upplevelsen (Preis, 2019). Det finns olika tekniker för kvinnan som kan användas i bearbetningen. Det kan vara med hjälp av debriefing och rådgivning. Genom debriefing granskas händelser från förlossningen, kvinnan berättar om sin situation och får rådgivning. I kvinnans bearbetning kan det även vara ett sätt att skriva ner sina känslor för situationen (Sigurðardóttir et al., 2019). Detta är även något som Adler et al. (2020) har visat i en kohortstudie som sträckte sig över två år, det är viktigt att identifiera grupperna med negativ upplevelse för att kunna stötta upp med ytterligare råd och samtal. Får inte kvinnan hjälp med bearbetning påverkar det inte bara kvinnans hälsa utan kan även skapa problem med anknytning till barnet, relationsproblem med partner och närstående vilket har betydelse på samhället (Preis, 2019). Genom en negativ upplevelse av förlossningen kan kvinnan utveckla depression, post-traumatiskt stressyndrom (PTSD), förlossningsrädsla, stress och oro (Michels et al., 2013).

Syfte

Syftet med studien var att jämföra kvinnors VAS-skattning av förlossningsupplevelsen vid hemgång från BB och 6–8 veckor post partum, samt att belysa vad som kunnat förbättra upplevelsen.

Specifika frågeställningar

1. Finns det skillnad i skattning vid mätpunkterna och i så fall vilken?
2. Skiljer sig skattningarna åt mellan kvinnor med inducerad respektive spontan förlossningsstart?
3. Finns det skillnader i skattning mellan först- och omföderskor?
4. Vilka faktorer påverkar kvinnans förlossningsupplevelse?

Metod

Design

Kvantitativ metod användes vilket innebär att materialet analyserades via ett matematiskt tillvägagångssätt där insamling av uppgifter betecknas i siffror. Kvantitativ metod lämpar sig bra när flera olika grupper ska undersökas och jämföras (Eliasson, 2013, kapitel 3). Studien är baserad på en enkätundersökning på en BB-avdelning i södra Sverige. Den kvantitativa delen av studien innehöll siffror som skattats och analyserats via SPSS (Eliasson, 2013, kapitel 2). Vidare har kvalitativ innehållsanalys använts till den öppna frågan då det handlade om att granska innehållen av svaren från enkäten (Graneheim och Lundman, 2012).

Studien var en prospektiv longitudinell studie. Detta innebär att studien undersökt samma population vid två mätningar för att se om förändringar sker över tid (Clark et al., 2021, kapitel 3). Studien jämförde VAS skattningen på BB som skattades 1–3 dagar efter förlossningen och 6–8 veckor post partum. De svarande kvinnorna delades in i tre grupper efter olika kriterier och jämfördes på följande vis: i första gruppen jämfördes VAS-skattningen på BB med VAS-skattningen 6–8 veckor post partum. I andra gruppen jämfördes skillnaden i VAS-skattningen hos förstföderskor och omföderskor. Den tredje gruppen jämfördes VAS-skattningen hos kvinnor med inducerad och spontan förlossningsstart.

Urval

Studiens urval grundade sig i att uppmärksamma kvinnors förlossningsupplevelser med hjälp av VAS-skala. Det är viktigt att urvalet definierar vilka som ska ingå i undersökningen för att

kunna överföra studiens resultat på populationen. Stratifierat urval innebär att populationen delas in i grupper där det sedan görs urval inom grupperna. Genom att göra urval av varje population kallas detta urvalsfrekvens (Eliasson, 2013, kapitel 3). Enligt Clark et al. (2021) går det sällan att undersöka en hel population. Detta innebär att ett urval behöver göras för att sedan kunna göra en generalisering av studiens resultat.

Denna studies urval inkluderade kvinnor över 18 år som födde vaginalt inom gestationsveckorna 37+0 och 41+6. Förloppen kunde starta spontant eller via induktion. Både först- och omfödreskor inkluderades. Kvinnor som födde prematurt eller med kejsarsnitt, exkluderades. Detta gjordes då prematura förlossningar och kejsarsnitt kan upplevas mer traumatiska vilket skulle kunna ha betydelse i studiens resultat (Larsson et al., 2011). Bakgrundsvariabler som ingick i enkäten var endast ålder och paritet. Dessa bakgrundsvariabler ansågs vara relevanta för att svara på studien syfte och specifika frågeställningar. Exempel på andra bakgrundsvariabler är kvinnans utbildningsnivå och civil status men dessa ansågs inte vara relevanta att jämföra för studiens resultat då det inte hade gett mer svar på studiens syfte.

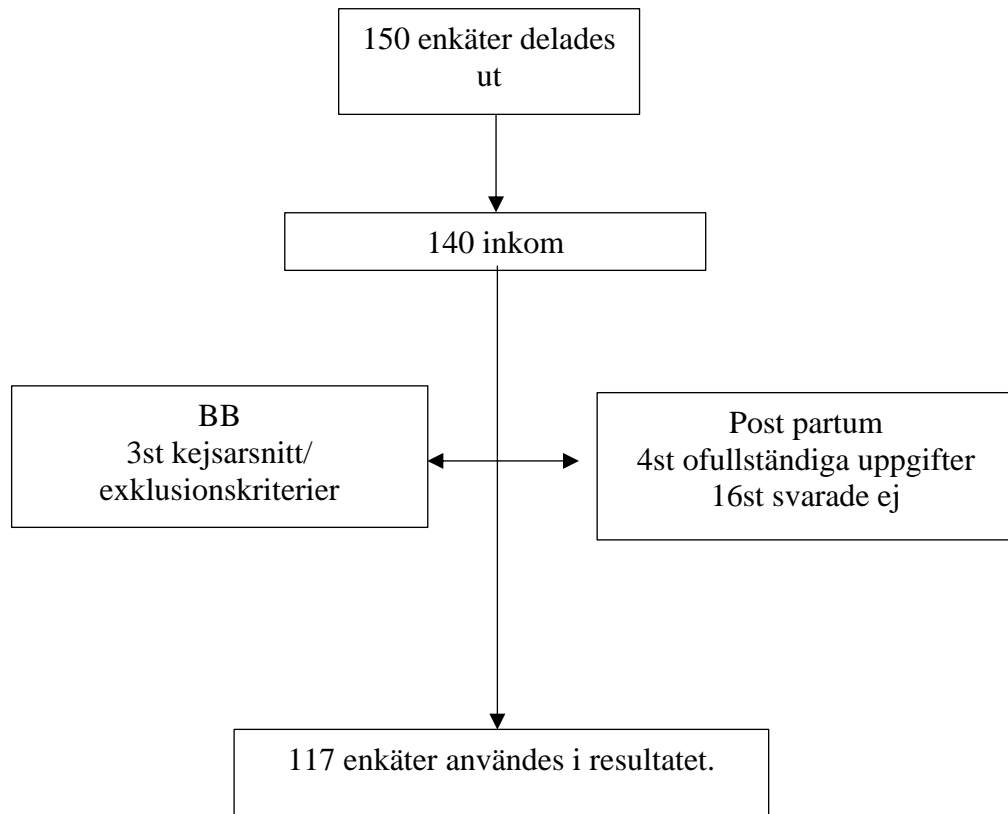
Instrument

Instrumentet som användes för insamlingen var en enkät där kvinnor kunde beskriva sin förlossningsupplevelse genom en VAS-skattning. Skattningen utgick ifrån kvinnans helhetsupplevelse av förlossningen vilket innebar faktorer som förlossningsförloppet, smärthantering, typ av smärtlindring, övervakning av moder och barn, delaktighet, vårdpersonalens närvaro, information, stöd och kommunikation. Andra faktorer som påverkar kvinnors förlossningsupplevelse är eventuell partner eller annan närståendes närvaro och stöd. Eventuella komplikationer och åtgärder, moder och barns mående i samband med förlossningen. Även andra faktorer som har haft en påverkan på upplevelsen kan vägas in i helhetsbedömning. Enkäten avslutades med en öppen fråga för möjlighet till kommentar (Bilaga 1). Kvinnan erhåller enkäten i samband med inskrivning på BB och den lämnades därefter tillbaka till personalen innan kvinnans utskrivning från avdelningen. Variabler som undersöktes var VAS-skattning, spontan start av förlossningen, inducerad start av förlossningen, förstfödreska och omfödreska. Variablerna som studerades var enkelt och tydligt formulerade i enkätens frågor (Olsson & Sörensen, 2011, kapitel 6).

Datainsamling

Datainsamlingen handlade om att ta fram variabler till undersökningen. Frågor kan ställas som öppna frågor vilket innebär att ta upp det den svarande anser är viktigt medan slutna frågor styrs med vissa svarsalternativ, den öppna frågan formade författarna efter studiens syfte (Eliasson, 2013, kapitel 3) (Bilaga 1).

Studiens datainsamling genomfördes på ett sjukhus i södra Sverige under en tremånadersperiod från maj till juli 2023. Verksamhetschef och enhetschef tillfrågades skriftligt om godkännande för genomförande av enkätundersökningen. Personalen på BB-avdelningen blev skriftligt informerad samt fick muntlig information av enhetschefen. Det stod tydligt i beskrivningen till personalen om vilka inklusions- och exklusionskriterier studien hade. Enkäten som delades ut till kvinnorna hade ett försättsblad med syftet till studien, vilka inklusions- och exklusionskriterier. Det framkom också tydligt att det var frivilligt att delta eller avbryta. Enkäterna delades ut och samlades in med hjälp av sjuksköterskor och barnmorskor på BB-avdelningen. Kvinnorna hade uppgett datum för förlossningen och författarna delade upp enkäterna för att lättare hålla reda på vilken datum uppföljningssamtalet skulle ske. Enkäterna sattes in i en pärm efter datumordning. Kvinnorna hade uppgett sitt telefonnummer i enkäten och efter att författarna delat upp enkäterna i hälften gjordes en uppföljning via telefonsamtal var för sig. Telefonsamtal gjordes 6–8 veckor efter förlossningen för att samla in en ny VAS-skattning. Samtalet började med en presentation av författarna och därefter information om deras tidigare medgivande till studien och studiens syfte. Sedan tillfrågades kvinnorna att göra en ny VAS-skattning av sin helhetsupplevelse av förlossningen. Författarna markerade på enkäten vilken siffra som angavs. Därefter numrerades enkäten för att veta hur många enkäter som samlats och för att underlätta inmatningen i statistikprogrammet SPSS. Av de planerade 150 enkäterna inkom 140 under insamlingsperioden. Några som fyllt i enkäterna uppfyllde inte inklusionskriterierna och exkluderades därför. I sammanställningen framkom det senare ett internt bortfall under uppringsperioden då deltagarna inte svarade i telefon (Figur 1).



Figur 1. Flödesschema på insamling av enkäter

Analys av data

Kvantitativ data

Enkäterna som samlats in innehöll VAS-skattning från BB 1–3 dagar efter förlossningen och VAS-skattning 6–8 veckor post partum. Första skattningstillfället fylldes i med en penna av kvinnan själv och andra skattningstillfället antecknades i den insamlade enkäten av författarna. Studien jämförde sex olika variabler. Dessa variabler var utfallsmåttet VAS-skattning på BB 0–10, VAS-skattning 0-10 6-8 veckor post partum för sammanlagda populationen. Exponeringsvariablerna som jämfördes inom populationen var VAS-skattningen vid induktion med VAS-skattningen vid spontanstart av förlossning, samt jämfördes VAS-skattningen på exponeringsvariablerna förstföderskor med VAS-skattningen hos omföderskor. Analysen gjordes i SPSS statistiska program vilken beräknar statistik och kan beskrivas i olika värden och diagram (Eliasson, 2013, kapitel 3). Eftersom det insamlade

materialet innehöll siffror gjordes analysen via intervall- och kvotvariabler då ena variabeln där VAS-skattningen på BB jämfördes med VAS-skattningen 6–8 veckor postpartum, VAS-skattning för induktion jämfördes med VAS-skattning med spontan förlossning och VAS-skattning för förstföderskor jämfördes med VAS-skattning för omföderskor. VAS-skattningen analyserades till median och medelvärde mellan grupperna. Det spridningsmått som hör ihop med medelvärdet kallas standardavvikelse. Detta beskriver hur stor andel av populationen som avviker från det genomsnittliga medelvärdet. Konfidensintervallets storlek beror på hur stor spridningen är mellan variablerna och antalet observationer som finns i urvalet. P-värdet är ett mått på hur signifikant en skillnad anses vara. (Eliasson, 2013, kapitel 4). Analysen av utfallsmåtten, som är beskrivna ovan, genomfördes via paired samples T-test i SPSS. Jämförelserna mellan exponeringsvariablerna, induktion och spontan start av förlossning samt förstföderskor och omföderskor, genomfördes via independent sample T-test. Där framkom p-värdet och de signifikanta skillnaderna inom grupperna. Även standardavvikelse har tagits fram i t-testet. En analys gjordes även i icke-parametriskt t-test för att försäkra att det inte skulle framkomma annat resultat. Paired samples T-testet anger fler aspekter av resultat på vad skillnaden var därav presenteras denna i resultatet. Resultatet redovisas genom tabeller, diagram och text (Eliasson, 2013, kapitel 4).

Kvalitativ data

Den öppna frågan i enkäten analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Detta för att kunna identifiera variationer, skillnader och likheter i insamlad data. Analysen följde Graneheim och Lundmans (2004) analysmetod och meningsbärande enheter som ansågs svara på studiens syfte identifierades. Där framkom det mest väsentliga innehållet från textmassan och inget av betydelse gick förlorat. Därefter togs tjugo meningsbärande enheter fram som bestod av ord, meningar och stycken som sedan ledde till sammanfattning av meningar som slogs ihop till koder. Orden i koderna med likartat innehåll sammanslogs till underkategorier. Dessa underkategorier med likartat innehåll bildade slutligen fyra huvudkategorier (Tabell 1).

Tabell 1. Exempel på kondensering av meningsbärande enheter

<p><i>”Att vissa medicinska frågor var utredda innan skarpt läge. Upplevde att personalen tog förgivet att man visste saker. Skulle vilja ha mer information. Upplever att personalen inte läste förlossningsbrevet . Partner var rädd. Önskade mer närvaro. Ej tagen på allvar vid smärta”</i> (förstföderska, 33 år).</p>	<p>Medicinska frågor vara utredda. Personal tog förgivet att man visste. Mer information. Personal inte läst förlossningsbrev. Rädd partner. Mer närvaro. Bli tagen på allvar</p>	<p>Bli tagen på allvar</p>	<p>Kommunikation</p>	<p>Barnmorskans profession</p>
<p><i>”Ingenting, jag var jättenöjd med hela processen från start till slut. Gällande tex närvaro från personal, kunskap, rådgivning kring smärtstillande och processens framgång, hjälp med frågor och allt som behövdes”</i> (omföderska, 32 år).</p>	<p>Jättenöjd från start till slut. Närvaro, kunskap, rådgivning, smärtlindring och processens framgång</p>	<p>Rådgivning och smärtlindring</p>		

Forskningsetiska avvägningar

Enligt barnmorskans etiska koder ska barnmorskans arbete utföras efter kunskap som bygger på vetenskap och beprövade erfarenheter. Dessa ska vägas in i bedömningen av kvinnans egna förutsättningar och önskemål, för att ge hög kvalitet på vården och patientsäkerheten

(Höglund & Oscarsson, 2021). Barnmorskan arbetar för att se kvinnans psykiska, fysiska, andliga och emotionella behov. Barnmorskan har ett ansvar att medverka till utveckling för att främja hälsa hos kvinnor (International Confederation of Midwives [ICM], 2014)

Forskningsetik handlar om den etik som sammanlänkar forskning och omvårdnadsyrket.

Forskningen handlar om att söka lösningar på olika relevanta problem och fenomen vilket bidrar till förnyad kunskap. Helsingforsdeklarationen är en grundpelare för forskningsetik inom hälso- och vårdvetenskap (Carlsson & Georgsson, 2021).

Helsingforsdeklarationen

I Helsingforsdeklarationen finns beskrivet att även om ny kunskap ska genereras så får aldrig forskningsdeltagarnas rättigheter och intressen förbises. Forskning som omfattar människor måste designas och utföras efter en tydligt motiverad beskrivning via protokoll.

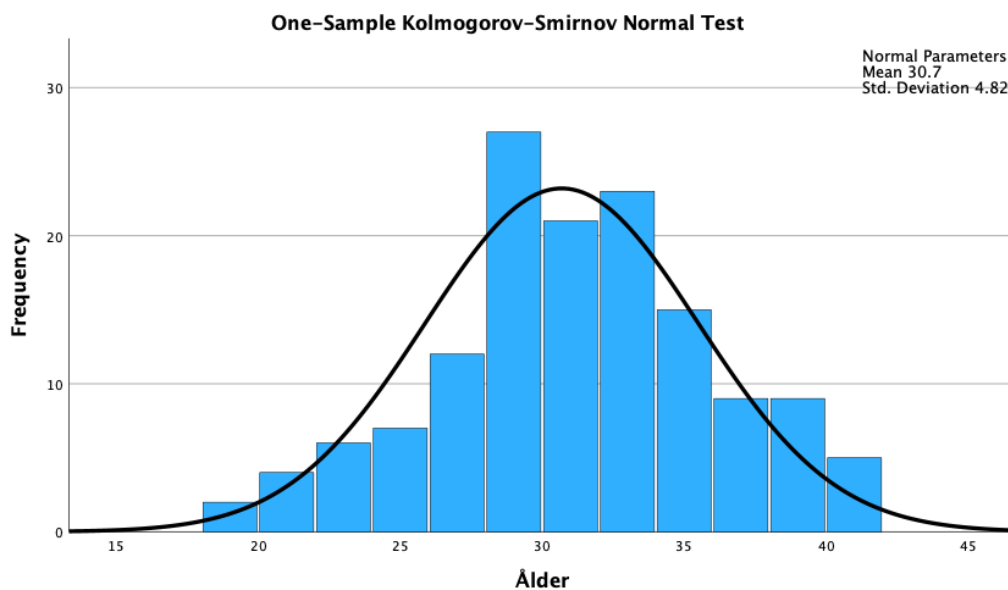
Försöksprotokollet kommer sedan bedömas och kommenteras av en forskningsetisk kommitté. Försiktighetsåtgärder bör vidtas för att forskningsdeltagarnas privatliv och personuppgifter behandlas genom sekretess enligt Helsingforsdeklarationen (2013).

Författarna lämnade in ansökan till VEN med diarienummer 25–23 om rådgivande yttrande. Efter det skriftliga rådgivandet från VEN genomfördes projektet via enkätundersökning med hjälp av sjuksköterskor och barnmorskor på BB. Deltagarna godkände sitt medverkande i studien via enkäten för vidare uppföljning av telefonsamtal från författarna 6–8 veckor efter förlossningen. Studien tog hänsyn till autonomiprincipen då kvinnorna gav sitt samtycke till att delta i studien och så lite personuppgifter som möjlig samlades in. Godhetsprincipen eftersträvades då studiens syfte var att göra gott och minska negativa förlossningsupplevelser. ”Inte skada-principen” följer Helsingforsdeklarationen då personernas uppgifter behandlades med sekretess och förvarades oåtkomligt för obehöriga. Rättvisprincipen följdes då alla deltagare behandlas lika (Olsson & Sörensen, 2011, kapitel 4).

Resultat

Resultat av kvantitativ analys

Totalt ifylldes 117 enkäter fullständigt och inkluderades i resultatet. Studien har en total svarsfrekvens på 78 % med ett bortfall på 22 %. Kvinnorna som svarade på enkäterna hade en medelålder på 31 år. Äldsta kvinnan i undersökningen var 41 år och den yngsta 19 vilket innebar en spridning på 22 år (Figur 2).



Figur 2. Diagram på kvinnornas ålder.

Vid insamlingen av enkäterna på BB hade 40 kvinnor genomgått en inducerad start på förlossningen medan 77 kvinnor hade en spontan start på förlossningen. Det framkom också att 29 kvinnor var förstföderskor och 88 kvinnor var omföderskor.

Det framkom ingen signifikant skillnad mellan VAS-skattningen (p-värde 0,40), för den hela populationen, på BB jämfört med 6–8 veckor post partum då medianen på VAS-skattningen var 8,5 vid båda tillfällena.

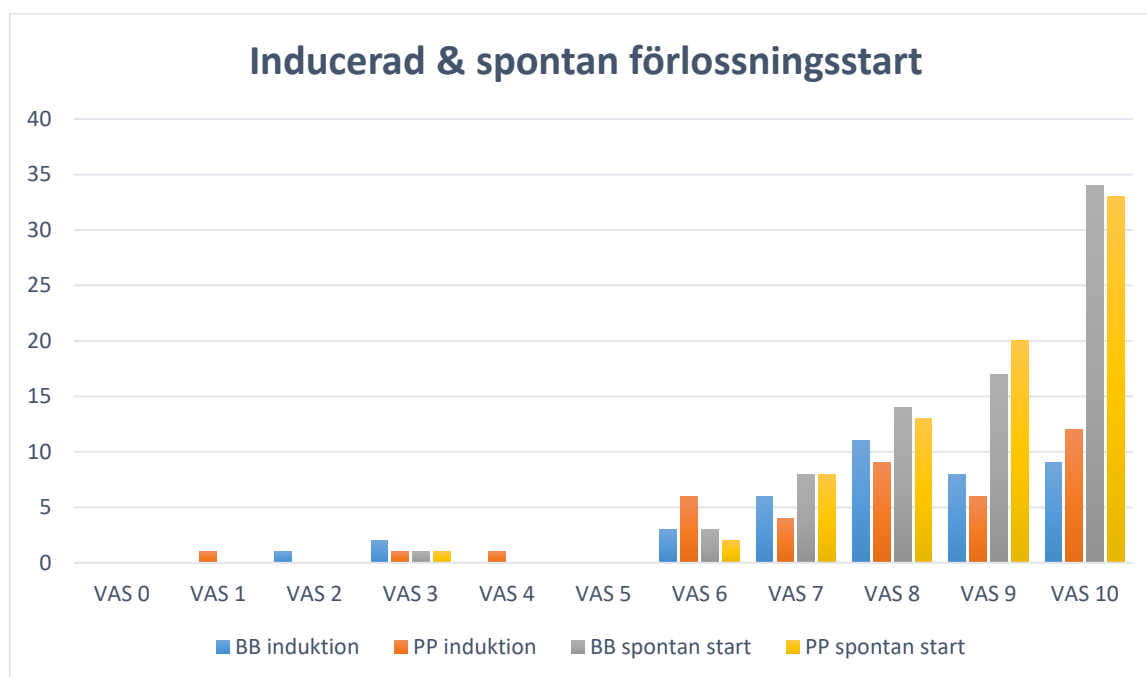


Diagram 1. VAS-skattning vid inducerad och spontan förlossningsstart på BB och PP

Kvinnorna som blev inducerade (n=40) hade medelvärdet 8 på VAS-skattningen både på BB och post partum (PP). Kvinnorna som hade en spontan start (n=77) hade ett medelvärde på 9 både på BB och PP. Detta innebar att det fanns en signifikant skillnad av VAS-skattningen hos kvinnor som blev inducerade jämfört med kvinnor som hade en spontan start på förlossningen (Tabell 2 och Diagram 1).

Det framkom ingen signifikant skillnad mellan skattningstillfällena på BB jämfört med skattningstillfället post partum i någon av grupperna. Standardavvikelseerna visar att grupperna låg samlade vid medelvärdet och inte hade någon större spridning från variabelns genomsnittsvärde (Tabell 2).

Tabell 2. Statistiskt resultat av kvantitativ analys

	n=antal ()=%	medel		median		Standardavvikelse	p-värde
		BB	PP	BB	PP		
<i>Induktion</i>	40 (34)	7,95	7,95	8,0	8,0	2,00–1,31	0,012
<i>Spontan start</i>	77 (66)	8,85	8,89	9,0	9,0		
<i>Förstföderska</i>	29 (25)	7,86	7,96	8,0	8,0	1,70–1,63	0,030
<i>Omföderska</i>	88 (75)	8,74	8,77	9,0	9,0		

Kvinnor som var förstföderskor VAS-skattade samma medelvärde både på BB och post partum. Det kunde inte påvisas någon statistiskt signifikant skillnad mellan skattningstillfällen på BB och skattningstillfället post partum. Omföderskors (n=88) VAS-skattning hade ett medelvärde på 9 både vid skattningen på BB och skattningen post partum. Där framkom inte heller någon signifikant skillnad mellan skattningstillfällena för omföderskor (Diagram 2).

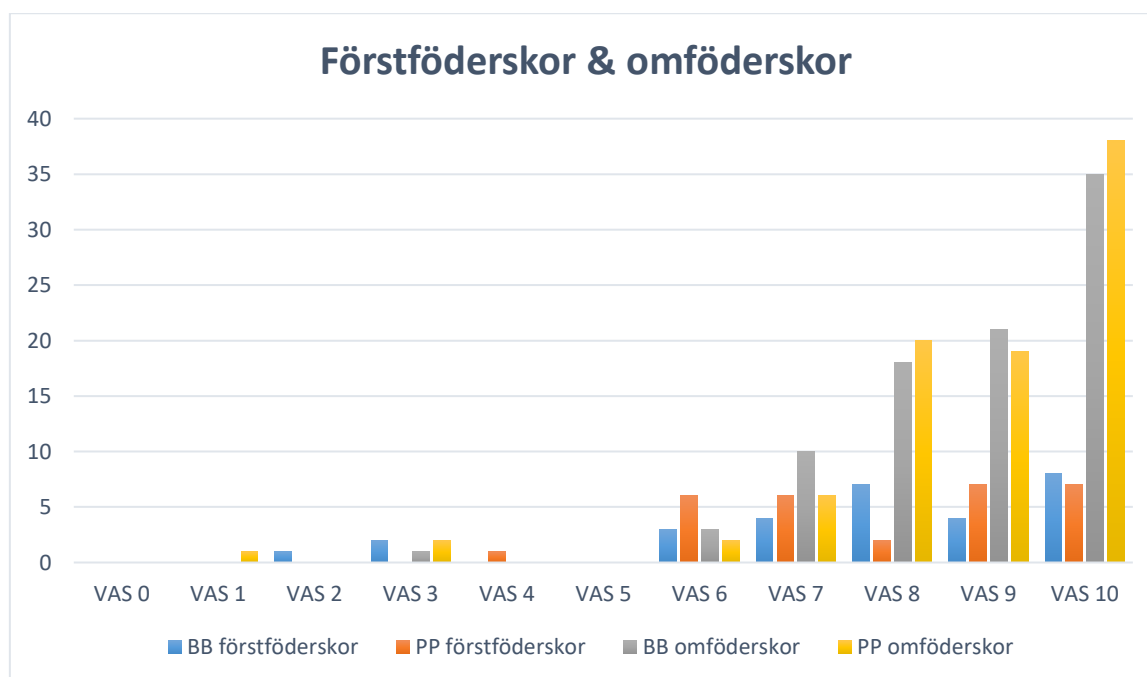


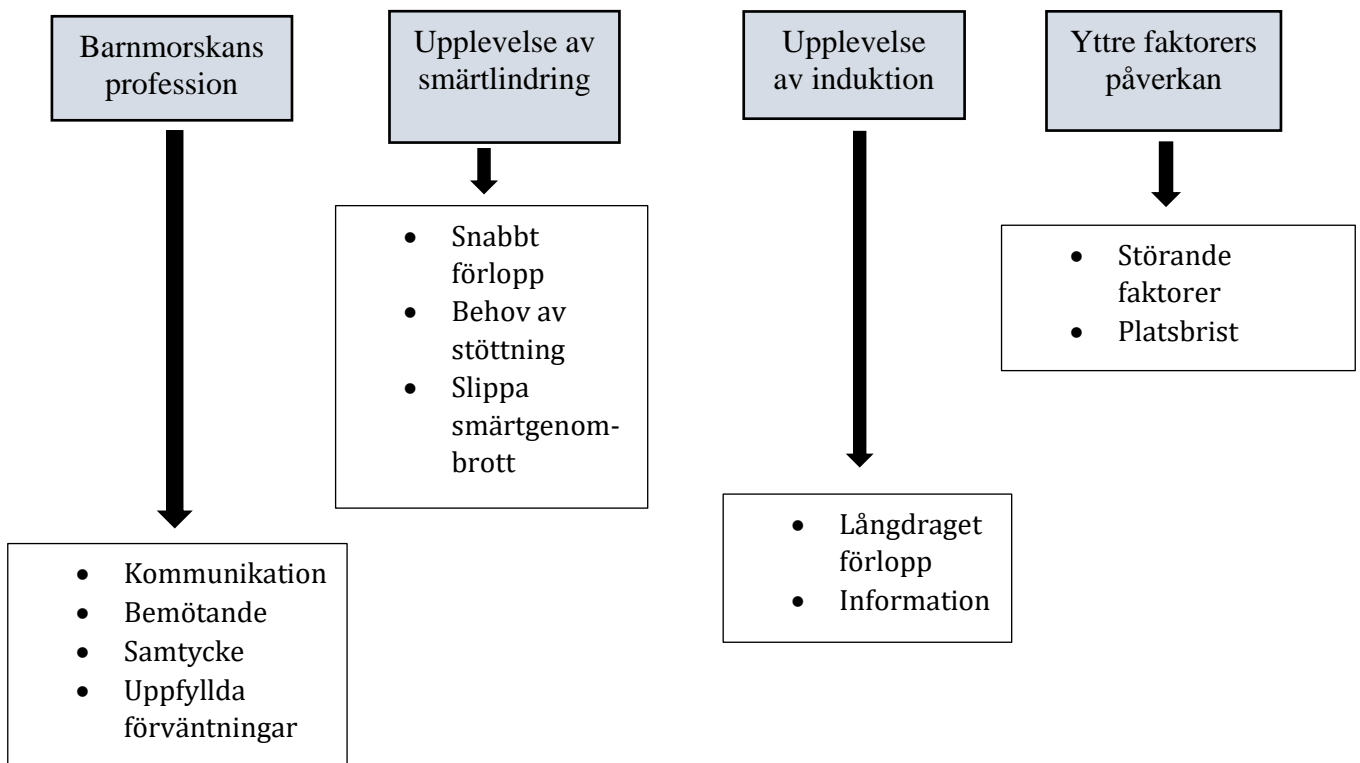
Diagram 2. VAS-skattning förstföderskor och omföderskor på BB och PP

Däremot visades en signifikant skillnad mellan VAS-skattningen hos förstföderskor och VAS-skattningen hos omföderskor (Tabell 2). Medelvärdet på VAS-skattningen för kvinnor som var förstföderskor var 8 jämfört med VAS-skattningen hos kvinnor som var omföderskor där medelvärdet var 9 (Diagram 2).

Resultat av kvalitativ analys

Enkäten avslutades med en öppen fråga där kvinnan kunde svara på vad som kunde förbättra förlossningsupplevelsen. Totalt svarade 82 kvinnor på den öppna frågan där många svar var korta som exempelvis ”inget” eller ”nej”. Analysen av enkätens öppna fråga sammanfattades till elva underkategorier som sedan ledde till fyra huvudkategorier: barnmorskans profession, upplevelse av smärtlindring, upplevelse av induktion och yttre faktorer påverkan.

Huvudkategorier med underkategorier



Barnmorskans profession

Barnmorskans profession innehöll fyra underkategorier: kommunikation, bemötande, samtycke och uppfyllda förväntningar. Genom analysen framkom det att dessa fyra underkategorier hade särskild betydelse för hur kvinnor i den här studien upplevde förlossningen. Barnmorskans bemötande hade stor betydelse för kvinnans upplevelse. Kvinnorna uttryckte behov av att bli sedda som individer och inte som något medicinskt fall. Tillgodosågs inte detta upplevde kvinnorna förlossningen mer negativ. Något som i stället gav en positiv förlossningsupplevelse var när barnmorskan ingav tillit, tydlighet och närvaro.

” Bemötande och lyhördhet. Att se mig som individ och inte bara fokusera på det medicinska. Att barnmorskan hade gett mig den ömhet jag bad om så tydligt i mitt förlossningsbrev” (Omföderska, 28 år).

Det uttrycktes även att det utförts undersökningar utan kvinnans samtycke vilket har påverkat kvinnans upplevelse negativt. Kommunikation var en viktig del i barnmorskans profession. Om kommunikationen inte fungerade upplevde kvinnan att hon inte blev tagen på allvar och att önskemål inte tillgodosågs vilket gav en negativ upplevelse. Om det däremot fanns en god kommunikation kring smärtlindring och förlossningsförloppet bidrog detta till en positiv förlossningsupplevelse.

”Ingenting, jag var jättenöjd med hela processen från start till slut. Gällande tillexempel närvaro från personal, kunskap, rådgivning kring smärtstillande och processens framgång, hjälp med frågor och allt som behövdes” (Omföderska, 32 år).

När barnmorskan var tillmötesgående för kvinnans önskemål uppgav kvinnan en större belåtenhet och att förväntningarna blev uppfyllda.

Upplevelse av smärtlindring

I huvudkategorin upplevelse av smärtlindring framkom tre underkategorier: snabbt förlopp, behov av stöttning och slippa smärtgenombrott. Det framkom att smärta hade betydelse för

hur kvinnan upplevde sin förlossning. Ett snabbt förlopp och att inte få smärtlindring som planerat gjorde att upplevelsen försämrades. Detta var också en viktig faktor i underkategorin slippa smärtgenombrott vilket handlade om att få smärtlindring i tid. Skiftbyte av personal kunde fördröja att kvinnan fick sin smärtlindring vilket ledde till försämrade förlossningsupplevelse.

”Var bara öppen 4cm vid ankomst och önskade spinal men fick inte då man skulle vara öppen 6cm. Gick sedan väldigt snabbt och hann inte få min EDA” (Omföderska, 31 år).

”Kom in lite olyckligt i skiftbytet vilket gjorde att det dröjde innan jag fick lustgas”
(Omföderska, 36 år).

Vid behov av stöttning önskade kvinnorna mer tydlighet och vägledning för att kunna hantera smärtan. Kvinnorna önskade att få hjälp med att hitta fokus och använda smärtlindring på rätt vis. Uppfylldes inte detta påverkades upplevelsen negativt.

Upplevelse av induktion

Induktion visade sig genom analysen påverka kvinnors upplevelse av förlossning negativt. Underkategorier som hade betydelse i upplevelsen av induktion var: långdraget förlopp och information. Kvinnor uttryckte att upplevelsen försämrades när induktionen hade ett långdraget förlopp.

”Att man hade sluppit igångsättning, det tog lång tid” (Omföderska, 32 år).

Informationen inför induktionen var av betydelse. Kvinnorna önskade att informationen skulle vara mer tydlig och informativ vilket kunde vara beskrivning av det förväntade förloppet men även om det praktiska så som partnerns närvaro. Planeringen och tydlighet vid informationen inför induktionerna hade betydelse för att kvinnorna skulle kunna få en mer positiv upplevelse.

Yttre faktorer

Yttre faktorer som kunde påverka kvinnors upplevelse hade två underkategorier: störande faktorer och platsbrist. Genom analysen framkom några störande faktorer som påverkade upplevelsen negativt. Kvinnan önskade ett naturligt förlopp men amniotomi utfördes. Detta upplevde kvinnan som väldigt medicinskt och onaturligt i stället för spontan vattenavgång. Det framkom även att medicinteknisk utrustning kunde störa upplevelsen.

”Önskar att man hade kunnat slippa och vara full med sladdar.

Att lustgasen inte släppte från väggen. Att det inte gjorde så ont men smärtlindringen var självväld” (Omföderska 34 år).

En annan faktor som påverkade var om det var platsbrist på avdelningen och kvinnan inte fick vara på plats och kunna få smärtlindring i tid. Detta skapade oro och stress vilket hade stor påverkan på upplevelsen.

Diskussion

Metoddiskussion

Uppsatsen genomfördes som en longitudinell studie med en kvantitativ ansats. Författarna hade för avseende att mäta populationens upplevelse över tid vilket lämpade sig väl med en kvantitativ metod och enkätstudie (Ejlertsson, 2014, kapitel 5). Enkäten avslutades med en öppen fråga för att fånga upp en större förståelse av kvinnornas förlossningsupplevelse. Där lämpade sig kvalitativ analysmetod bäst då insamlade data kondenserades ner till likartat innehåll och därefter framkom betydande faktorer som påverkade förlossningsupplevelsen (Graneheim & Lundman, 2004).

Att använda en enkät för insamlande av data kan underlätta att en stor population nås. Fördelen med att dela ut pappersenkäter och sedan få godkännande för uppringning skulle göra att det blev mindre bortfall jämfört med att skicka ut enkäterna via mejl eller via post. Det antogs att många kvinnor inte skulle skicka tillbaka uppföljningssvaren eftersom det kan

vara en stressig tid de första veckorna efter att kvinnan genomgått en förlossning, vilket Ejlertsson (2014, kapitel 1) understryker. Däremot hade fördelen med att skicka ut elektroniska enkäter varit att en större grupp kvinnor kanske hade nåtts (Ejlertsson, 2014, kapitel 1). Studien genomfördes som en magisteruppsats vilket innebar en tidsbegränsad period för insamling av material. Studier har påvisat att kvinnors upplevelse av förlossningen behöver undersökas under en längre period än 6–8 veckor eftersom kvinnan inte har bearbetat sin upplevelse under den tiden (Adler et al., 2020; Turkmen et al., 2018). Samtidigt har Sigurðardóttir et al., (2017) kohortstudie påvisat att det inte blir någon förändring av kvinnans förlossningsupplevelse över tid.

Författarna använde sig av mätinstrumentet VAS-skattning i enkäten för att identifiera kvinnors förlossningsupplevelse. Detta mätinstrument ansågs mest lämpligt för att fånga upp studiens syfte. Andra alternativ hade kunnat vara att använda W-DEQ som Nilvèr et al., (2017) ansåg vara det bäst lämpade instrumentet för att mäta kvinnors förlossningsupplevelser. Detta ansåg författarna inte vara aktuellt eftersom den innehåller 33 olika frågor som kvinnor ska skatta vilket hade gett fler variabler än vad studiens syfte behövde. Turkmen et al., (2018) gjorde en jämförelse med VAS-skattning och CEQ. Det framkom att VAS-skattningen var ett tillförlitligt instrument att mäta kvinnors förlossningsupplevelse och författarna valde därför att använda VAS-skattning som instrument för att svara på studiens syfte.

VAS-skattning är ett instrument som används ute i verksamheterna. Författarna ansåg att det framkom ett trovärdigt resultat med hjälp av skattningen. Detta styrks av Lindblad Wollmann et al., (2020) som menar att VAS-skattning är ett enkelt instrument, tillförlitligt med god validitet och används för att mäta patientnöjdheten. Enligt Turkmen et al., (2018) är det viktigt att väga in förlossningen som en komplex situation vilket kan påverka och göra det svårt att få med hela dimensionen av kvinnans upplevelse av förlossningen. Eftersom det redan fanns ett utarbetat skattningsformulär i verksamheten som svarade på studiens syfte valdes denna som instrument till utformningen av enkäten. Ternström (2018) menar att VAS-skalan är validerad i förlossningsvården och används till att skatta kvinnors förlossningsupplevelse. Reliabilitet innebär att underökningen mäts på ett tillförlitligt sätt och validitet innebär att det som mäts är relevant till studiens sammanhang och svarar på det som är tänkt att undersökas (Clark et al., 2021). Författarna anser att denna studie har mätt det den hade för avseende att mäta på ett tillförlitligt sätt och innehåller validitet.

I slutet av enkäten fanns en öppen fråga. Där kunde kvinnorna skriva om det fanns något som kunde påverkat deras förlossningsupplevelse till det bättre. Om det fanns något i den öppna frågan som var oklart kunde inte kvinnorna ställa någon fråga. Detta skulle kunna öka risken för att svar uteblev men eftersom enkäten användes ute i verksamheten ansågs den vara validerad. Fördelen med enkätstudien var att kvinnan själv fyllde i enkäten och blev inte påverkad av författarna då de inte befann sig på plats. Det fanns också gott om tid för kvinnan att tänka igenom sina svar för att sedan fylla i enkäten. Om studien utformats som en intervjustudie hade kvinnan svarat mer spontant och inte lika genomtänkt vilket kunde resultera i ett annat svar. Fördelen med den öppna frågan var att den gav en möjlighet till en större inblick i kvinnans upplevelse, samtidigt som enkätfrågor inte ger lika mycket information som vid en intervjustudie menar Ejlertsson, (2014, kapitel 4).

Kvalitativa studier är mer flexibla än kvantitativa studier då det kan anpassas en fördjupande följdfråga för att få ett bredare svar. Denna metod lämpar sig att kombinera med till exempel en kvantitativ metod. Kvalitativ metod är lämplig att använda för att komma åt information som inte nås genom kvantitativ undersökning (Ejlertsson, 2014, kapitel 5). För att kunna generalisera till en större grupp var det en fördel att använda kvantitativ metod (Eliasson, 2013, kapitel 2). Författarna ansåg att den öppna frågan i enkäten fördjupade förståelsen för det kvantitativa resultatet.

För att resultatet ska vara representativt bör urvalsgruppen vara ett slumpmässigt stickprov av populationen som undersöks (Ejlertsson, 2014, kapitel 2). Studien genomfördes slumpmässigt då det delades ut enkäter till alla kvinnor som uppfyllde inklusions- och exklusionskriterierna. För att få ett snävare resultat hade ytterligare en avgränsning kunnat göras i exempelvis ålder, eftersom kvinnor i övre tonåren som föder sitt första barn kanske hade upplevt sin förlossning på ett annat sätt än kvinnor som är i 40-årsåldern. Genom att inkludera kvinnor med akuta kejsarsnitt och prematur förlossning hade det kanske kunnat leda till ett annat resultat så som lägre skattningar på VAS-skalan då denna typ av förlossning kan komma väldigt oväntat och plötsligt och innebära ett trauma för kvinnan (Lyngbye et al., 2022).

Analysen genomfördes via ett t-test vilket var lämpligt då två olika grupper jämfördes för att se om det fanns en statistisk signifikant skillnad. En analys gjordes genom ett icke parametriskt t-test för att försäkra att det inte skulle framkomma annat resultat. T-testet gav

bättre resultat på vad skillnaden var där av presenteras denna i resultatet. Detta gjordes för att kunna lita på att analysen framtog rätt data (Eliasson, 2013, kapitel 2).

Trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet av studien handlar om hur information samlas in genom enkätens öppna fråga för att sedan bearbetas på ett systematiskt sätt (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna har tillsammans gått igenom de meningsbärande enheterna som kvinnorna skrev i den öppna frågan och därefter sammanfattat meningarna till slutlig kod. Detta är något som enligt Graneheim et al. (2017) ökar tillförlitligheten i studien eftersom materialet inte riskerar att påverkas av enskild individ. Analysprocessen skedde noggrant och strukturerat genom att författarna följde analysprocessen stegvis och arbetade tillsammans under diskussion vilket ökar trovärdigheten av studien. Detta leder i sin tur att samma resultat hade framkommit vid en liknande studie på annat sjukhus i Sverige. Detta påvisar studiens överförbarhet (Graneheim et al., 2017).

Resultatdiskussion

Huvudfyndet i denna studie var att kvinnors skattning av förlossningsupplevelsen inte förändrades över tid. Det framkom ingen statistiskt signifikant skillnad mellan VAS-skattningen på BB och VAS-skattningen 6–8 veckor post partum hos populationen. Detta stämmer väl med vad som framkommit i tidigare studier där det bedömts att skattning sex veckor post partum är kort tid och det är oklart hur upplevelsen utvecklas på lång sikt (Lyngbye et al., 2022 och Turkmen et al., 2018). Trots att det framkom i studien att kvinnorna hade en generell positiv upplevelse av sin förlossning är det av vikt att följa upp kvinnors negativa förlossningsupplevelse då det har påvisats ha betydelse för kvinnans framtida familjeplanering, anknytningen till barnen och relationen till partnern (Adler et al., 2020; Turkmen et al., 2018). Däremot visar en kohortstudie som Sigurðardóttir et al., (2017) gjort under en tvåårsperiod att kvinnors förlossningsupplevelse är relativt konstant och det är även av viktigt att ta en negativ förlossningsupplevelse på allvar och följa upp kvinnan.

Sigurðardóttir et al., (2019) har även i en senare kvalitativ innehållsanalys kommit fram till att det bästa sättet att bearbeta sin förlossningsupplevelse är att förstå hela bilden av sin förlossning. Det innebär att barnmorskan har en viktig roll i att följa upp kvinnan för att hon ska få en tydligare helhetsbild av sin förlossning. Detta stämmer väl överens med studiens

resultat där det inte finns någon signifikant skillnad mellan skattningstillfällena, men skillnader mellan grupperna induktion och spontanstart samt förstföderskor och omföderskor. Den kvalitativa analysen visar att kvinnorna har behov av kontinuerlig information i förlossningsförloppet. Även då studier visar att det inte blir någon förändring i VAS-skattningen över tid anser författarna att det kan vara av betydelse för kvinnorna att deras förlossningsupplevelse följs upp av barnmorskan på post partum samtalet. Dels för att uppmärksamma de negativa och traumatiska upplevelserna men framför allt för att framhäva och stärka kvinnorna i vad de har gått igenom och bekräfta deras styrka.

Resultatet visade att det finns en statistisk signifikant skillnad av VAS-skattningen mellan grupperna förstföderskor och omföderskor och mellan grupperna spontan förlossningsstart och induktion. Som barnmorska är det av central vikt att besitta kunskap om att kvinnor som genomgår inducerad förlossningsstart kan uppleva en mer negativ förlossning än de som har en spontan start på sin förlossning, samt att förstföderskor har större risk att få en negativ förlossningsupplevelse jämfört med omföderskor. Nya riktlinjer har utformats efter Alkmark et al., (2020) studie som rekommenderar induktion i gestationsvecka 41 hos förstföderskor. Detta innebär att fler förstföderskor än omföderskor blir inducerade.

I studiens resultat framkom det att 34 % av förlossningarna startade med hjälp av induktion och 66 % startade spontant. Detta resultat stärks av graviditetsregistrets årsrapport (2022) som visar att induktion är en stigande trend med en induktionsfrekvens på 28 % i landet. Detta orsakas bland annat av de nya riktlinjerna för handläggning av graviditeter i vecka 41+0 (Graviditetsregistret, 2022). Genom den kvalitativa analysen framkom det att förlossningsupplevelsen påverkas negativt av induktion, problem med medicinskt teknisk utrustning och smärtlindring som inte gavs i rätt tid. En positiv förlossningsupplevelse förekommer oftare vid spontan förlossning, ett bra bemötande av barnmorskan och upplevelsen av trygghet. Detta stämmer överens med Lyngbye et al., (2022) som visar att barnmorskans engagemang är den största avgörande faktorn för kvinnans förlossningsupplevelse. Det framkom också att en negativ upplevelse av födelsen hade samband med ett långdraget förlopp efter induktion. Precis som Schaal et al., (2019) uppmärksammar är det viktigt med planering, tydlighet och att kvinnan känner delaktighet för att skapa en positiv förlossningsupplevelse. Detta stämmer överens med denna studies resultat där kvinnorna önskade mer information och tydlighet vid induktion. Eftersom induktioner

ökar är det av vikt att lyfta studiens framtagna resultat att kvinnornas upplevelse kan förbättras genom tydlighet och information vid induktion.

Resultatet visade även en statistisk signifikant skillnad i VAS-skattningen mellan grupperna förstföderska och omföderska. Där förstföderskor VAS-skattade lägre än omföderskor. Detta stämmer överens med vad Lindblad Wollmann et al., (2020) visar i sin studie att erfarenhet av tidigare förlossningar har en betydande faktor för kvinnans upplevelse av nuvarande förlossning. Kvinnor som skattade låga siffror efter sin första förlossning gick in med en mer negativ inställning till den kommande förlossning vilket påverkade förlossningsupplevelsen. Barnmorskan behöver ta del av detta resultat när hon bemöter kvinnor som har haft en negativ förlossningsupplevelse för att kvinnan ska kunna få goda förutsättningar till en positiv förlossningsupplevelse.

Resultatet visade att det var flera faktorer som hade betydelse för kvinnors förlossningsupplevelse. Barnmorskeprofessionen hade en central roll för att möjliggöra att kvinnans behov tillgodoseddes och skapa förutsättningar för en god relation med kvinnan. Yttre faktorer påverkan kunde inte alltid göras något åt men påverkade upplevelsen ändå. Inducerad start av förlossning hade en påverkan på kvinnans förlossningsupplevelse och ses samtidigt öka i den kliniska verksamheten. Detta kan vara av vikt att lyfta fram för att kunna förbättra kvinnans förlossningsupplevelse.

I studiens kvalitativa del framkom det att långdragen förlossning var en faktor som påverkar förlossningsupplevelsen negativt. Lyngbye et al., (2022) studie visar att förstföderskor hade en mer långdragen förlossning än omföderskor. I den kvantitativa delen påvisades att förstföderskor skattade lägre än omföderskor. I Khajehei et al., (2023) studie framkommer det att förstföderskor hade mer förlossningsrädsla än omföderskor. Annat fynd i studien som motsätter detta fynd var att när kvinnorna upplevde att förlossningen gick för fort och de inte han med ledde detta till en negativ upplevelse. Det kan vara av vikt för barnmorskan att skapa balans efter situationen och hitta faktorer som kan göra att kvinnan känner kontroll och delaktighet vilket framkom redan i Penny Simkin (1991) studie för att uppnå positiv förlossningsupplevelse.

Studiens kvalitativa resultat visade att barnmorskans profession innefattar kommunikation, bemötande samt uppmärksamma kvinnans förväntningar. Denna studies analys framtog att det förekom undersökningar utan samtycke från en kvinna vilket påverkade hennes upplevelse negativt. Analysen visar därav att barnmorskan behöver hämta samtycke från kvinnorna för att förbättra deras förlossningsupplevelse. En ny svensk intervjustudie av Annborn & Finnbogadóttir (2022) visar att det förekommer våld i förlossningsvården, detta benämns som obstetriskt våld. Kvinnorna uttryckte att undersökningar utfördes utan samtycke orsakade en negativ förlossningsupplevelse. Det framkom också att kvinnorna upplevde att barnmorskorna hade en hård ton i bemötandet och kvinnorna kunde känna sig åsidosatta. Kvinnorna uppgav också att de kände sig som fångar i förlossningsrummet och lämnade ensamma i flera timmar. Detta hör ihop med studiens teori "Birth Territory Theory" som innefattar barnmorskans bemötande och kunskap om faktorer som påverkar kvinnan under förlossningen samt skapa goda förutsättningar till en positiv förlossningsupplevelse. De visar också att förlossningsrummet är av betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse. När rummet kändes som en lugn och trygg plats bidrog det till att kvinnans förlossningsupplevelse blev positiv (Fahy et al., 2011). Detta är även något som Lyngbye et al., (2022) har med i sin studie som också visar att barnmorskans kontinuitet har en stor betydelse i förlossningsupplevelsen vilket kan vara av vikt att ha med sig i dagens verksamheter.

Det kvalitativa resultatet visade att smärtlindring var en betydande faktor av förlossningsupplevelsen. Kvinnor beskrev att smärtlindring kunde bli fördröjt eller att förlossningsförloppet gick fort och att det blev för sent med att få smärtlindring som planerat. Kvinnan uppgav även önskan av stöttning och vägledning vid användande av smärtlindring. Sutton et al., (2023) studie påvisar att det var viktigt för kvinnans förlossningsupplevelse att smärtlindring gavs vid önskemål samt vid rätt tidpunkt. Studien som Larsson et al., (2011) gjort visar att smärta är en stark bakomliggande faktor till negativ förlossningsupplevelse. Studien påvisade även att stark smärta inte alltid gjorde att förlossningsupplevelsen blev negativt. Fick kvinnan vägledning och stöd kunde det göra att förlossningsupplevelsen ändå blev positiv.

Studiens resultat baserades på svar från kvinnor med en medelålder på 31 år. Detta stämmer väl överens med medelåldern på en födande kvinna i Sverige enligt Socialstyrelsens statistik (2021) som visar att förstföderskor har en medelålder på 29 år och omföderskor på 32 år. Detta innebär att kvinnorna som deltog i studien verkar vara representativa för

genomsnittsåldern för förstföderskor i Sverige. Studien inkluderade inte icke svensktalande kvinnor och därför kanske inte resultatet är överförbart på icke svensktalande kvinnor och ytterligare studier behöver utföras för att dessa kvinnors upplevelse av förlossningen ska framkomma.

Konklusion och implikationer

Denna studie eftersträvade att undersöka om VAS-skattning av förlossningsupplevelse förändrades över tid. Resultatet visade att det inte fanns någon statistisk signifikant skillnad mellan skattningstillfällena. Däremot framkom en statistisk signifikant skillnad mellan grupperna inducerad start på förlossningen jämfört med spontanstart på förlossningen och mellan förstföderskor jämfört med omföderskor. Resultatet tydde även på olika faktorer som var av betydelse för kvinnans förlossningsupplevelse vilket kan vara av vikt för barnmorskans profession ute i verksamheterna. Grupperna som skattade lägst var förstföderskor och kvinnor som fick inducerad start på förlossningen. Studien vill upplysa barnmorskan att vara medveten om kvinnor som föder sitt första barn och samtidigt bli inducerad har större risk att uppleva sin förlossning negativt. När barnmorskan tar del av studiens resultat leder det till större kunskap om vad som påverkar kvinnors förlossningsupplevelse och kan där efter anpassa och ge goda förutsättningar till en positiv förlossningsupplevelse.

Referenser

Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H. (2020). Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1–7.

Alkmark, M., Keulen, J. K., Kortekaas, J. C., Bergh, C., Van Dillen, J., Duijnhoven, R. G., ... & De Miranda, E. (2020). Induction of labour at 41 weeks or expectant management until 42 weeks: A systematic review and an individual participant data meta-analysis of randomised trials. *PLoS medicine*, 17(12), e1003436.

Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, N.PAG. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2021.103212>

Britton, J. R. (2012). The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 33(2), 37–44.

Carlsson, T & Georgsson, S. (2021). Forskningsetik. I M. Oscarsson & S. Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor* (1:1 Uppl, s. 293–308). Studentlitteratur.

Clark, T., Foster, L., Bryman, A., & Sloan, L. (2021). *Bryman's social research methods*. Oxford university press.

Crichton, N. (2001). Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs*, 10(5), 706–6.

Elden, H., Hagberg, H., Wessberg, A., Sengpiel, V., Herbst, A., Bullarbo, M., & Wennerholm, U. B. (2016). Study protocol of SWEPIIS a Swedish multicentre register based randomised controlled trial to compare induction of labour at 41 completed gestational weeks versus expectant management and induction at 42 completed gestational weeks. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1–10.

Eliasson, A. (2013) *Kvantitativ metod från början* (3:2 uppl.). Studentlitteratur

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäter i praktiken*. En handbok i enkätmetodik. Lund: Studentlitteratur.

Fahy, K., Parratt, J., Foureur, M & Hastie, C. (2011). Bith Territory: A theory for midwifery Practice. I R. Bryar & M. Sinclair. *Theoey for midwifery practice*. (2 uppl. s. 215-240). Studentlitteratur.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105–112.

Graneheim Hällgren, U., & Lundman, B. (2012). Kvalitativa innehållsanalys. I Granskär, Monica & Höglund-Nielsen, Birgitta (red.) (2012) Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Graviditetsregistret. (2022). *Årsrapport*.

<https://www.medscinet.com/GR/uploads/hemsida/dokumentarkiv/Graviditetsregistrets%20Årsrapport%202022.pdf>

Hallam, J. L., Howard, C. D., Locke, A., & Thomas, M. (2016). Communicating choice: an exploration of mothers´experiences of birth. *Journal of Reproductiv & Infant Psychology*, 34(2), 175-184. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1080/02646838.2015.1119260>

Helsingforsdeklarationen. (2013). *World medical association declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. Från, <https://slf.se/app/aploads/2018/07/helsingforsdeklaration.pds>. Hämtad 15 november 2022.

Howarth, A., Swain, N., & Treharne, G. J. (2011). First-time New Zealand mothers´ experience of birth: Importance of relationship and support. *New Zealand College of Midwives Journal*, 45, 6-11.

Höglund T, A. & Oscarsson, M. (2021). Barnmorskans etiska kod. I M. Oscarsson & S. Georgsson (Red.), *Etik för barnmorskor* (1:1 Uppl, s. 23–31). Studentlitteratur.

International Confederation of Midwives. (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>

Khajehei, M., Swain, J. A., & Li, R. (2023). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women in Australia. *British Journal of Midwifery*, 31(12), 686–694. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjom.2023.31.12.686>

Larsson, C., Saltvedt, S., Edman, G., Wiklund, I., & Andolf, E. (2011). Factors independently related to a negative birth experience in first-time mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(2), 83-89.

Larkin, P., Begley, C. M., & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59.

Lindblad Wollmann, C., Liu, C., Saltvedt, S., Elvander, C., Ahlberg, M., & Stephansson, O. (2020). Risk of negative birth experience in trial of labor after cesarean delivery: A population-based cohort study. *PloS one*, 15(3), e0229304.

Lyngbye, K., Melgaard, D., Lindblad, V., Kragholm, K. H., Eidhammer, A., Westmark, S., & Maimburg, R. D. (2022). Do women's perceptions of their childbirth experiences change over time? A six-week follow-up study in a Danish population. *Midwifery*, 113, 103429.

Michels, A., Kruske, S., & Thompson, R. (2013). Women's post- natal psychological functioning: The role of satisfaction with intrapartum care and the birth experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31, 172–182. doi:10.1080/02646838.2013.791921

Nilvér, H., Begley, C., & Berg, M. (2017). Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC pregnancy and childbirth*, 17 (1), 1-19.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). The research process- qualitative and quantitative perspectives. (3 uppl). Studentlitteratur.

Place, K., Rahkonen, L., Verho-Reischl, N., Adler, K., Heinonen, S., & Kruit, H. (2022). Childbirth experience in induced labor: A prospective study using a validated childbirth experience questionnaire (CEQ) with a focus on the first birth. *Plos one*, 17(10), e 0274949.

Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2019). Between expectancy and experience: testing a model of childbirth satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 43(1), 105-117.

Schaal, N. K., Fehm, T., Albert, J., Heil, M., Pedersen, A., Fleisch, M., & Hepp, P. (2019). Comparing birth experience and birth outcome of vaginal births between induced and spontaneous onset of labour: a prospective study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 300, 41-47.

Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Kristjansdóttir, H., Sveinsdóttir, H., & Gottfredsdóttir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. *Women and Birth*, 30(6), 450-459.

Sigurðardóttir, V. L., Gamble, J., Guðmundsdóttir, B., Sveinsdóttir, H., & Gottfredsdóttir, H. (2019). Processing birth experiences: a content analysis of women's preferences. *Midwifery*, 69, 29-38.

Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210.

Socialstyrelsen, 2021. *Statistik om graviditeter, förlossningar och födda barn 2020*. (Artikelnummer: 2021-12-7651). <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-12-7651.pdf?fbclid=IwAR2vylFBXCy8qCL-9TrQ0sc7SsYuquoLYxl4eKJ9c8ZW-916zx1MtnEpyBw>

Sutton, E., Detering, K., East, C., & Whittaker, A. (2023). Women's expectations about birth, requests for pain relief in labor and the subsequent development of birth dissonance and trauma. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 777.

Svenska Barnmorskeförbundet. (2018). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. [Broschyr] Svenska Barnmorskeförbundet. Kompetensbeskrivning-for-legitimerad-barnmorska.pdf (storage.googleapis.com)

Ternström, E. (2018). *Identification and Treatment of Women with a Fear of Birth* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).

Turkmen, S., Tjernström, M., Dahmoun, M., & Bolin, M. (2018). Post-partum duration of satisfaction with childbirth. *Journal of obstetrics and gynaecology research*, 44(12), 2166-2173.

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

World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement (No. WHO/RHR/14.23)*. World Health organization.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf

Arbetets fördelning

Planering av studien gjordes gemensamt av Annelie Andersson och Helena Kayondo. Datainsamling delades upp i två delar där den första insamlingsperioden samlades in av Helena Kayondo medan den senare delen samlades in av Annelie Andersson. Uppföljning via telefonsamtal fördelades jämt mellan författarna. Sammanställning och framtagande av resultat gjordes gemensamt. Inga konflikter uppkom under studiens gång. Vi vill ge ett stort tack för god handledning av Maria Ekelin.

Bilaga 1 (2)

Enkät

Jag ger mitt samtycke till att delta i studien och bli uppringd om 6–8 veckor

Namn:

Telefonnummer:

Ålder:

Antal tidigare förlossningar:

Hur startade förlossningen? Kryssa i det som passar bäst:

Spontan start på förlossning

Igångsättning

Olika faktorer påverkar den individuella förlossningsupplevelsen så som *förlossningsförloppet, smärthantering, typ av smärtlindring, övervakning av moder och barn, delaktighet. Vårdpersonalens närvaro, information, stöd och kommunikation, partners eller annan närståendes närvaro och stöd. Eventuella komplikationer och åtgärder på moder och barns mående i samband med förlossningen. Även andra faktorer som har haft en påverkan på din upplevelse kan vägas in i din helhetsbedömning.*

Ringa in den siffra som motsvarar helhetsupplevelsen av din förlossning:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Värsta tänkbara upplevelsen

Bästa tänkbara upplevelsen

- Vad hade kunnat förbättra din förlossningsupplevelse?
-

Bilaga 2 (2).

Exempel på analysförfarande.

<p><i>"Ingenting, jag var jättenöjd med hela processen från start till slut. Gällande tex närvaro från personal, kunskap, rådgivning kring smärtstillande och processens framgång, hjälp med frågor och allt som behövdes"</i> (omföderska, 32 år).</p>	<p>Jättenöjd från start till slut. Närvaro, kunskap, rådgivning, smärtlindring och processens framgång</p>	<p>Rådgivning och smärtlindring</p>	<p>Kommunikation</p>	<p>Barnmorskans profession</p>
<p><i>"Pga. platsbrist hamnade vi först på BB vilket innebar stress och oro. Värkarna eskalerade fort och det hade varit tryggt att vara på plats på förlossningen. Det gick lite fort och han knappt landa eller att få lustgas i rätt tid"</i> (omföderska, 35 år).</p>	<p>Platsbrist vilket innebär stress och oro. Värkar eskalerade fort och varit tryggare på förlossningen. Han knappt få lustgas i tid</p>	<p>Oro och stress</p>	<p>Platsbrist</p>	<p>Yttre faktorer</p>
<p><i>"Mer hjälp att använda lustgasen rätt"</i> (omföderska, 29 år.)</p>	<p>Hjälp att använda lustgas</p>	<p>Behov av instruktioner</p>	<p>Behov av stöttning</p>	<p>Upplevelse av smärtlindring</p>