

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2016:43

Förstföderskors upplevelser kring telefonkontakt med
barnmorska på förlossningsavdelning inför förestående
förlossning

Sophie Adriansson
Hillevi Gustafsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel:	Förstföderskors upplevelser kring telefonkontakt med barnmorska på förlossningsavdelning inför förestående förlossning
Författare:	Sophie Adriansson & Hillevi Gustafsson
Huvudområde:	Sexuell och reproduktiv hälsa
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Barnmorskeutbildning
Handledare:	Marianne Johansson
Examinator:	Christina Nilsson

Sammanfattning

Kvinnor som väntar sitt första barn är medvetna om att de står inför en utmaning och förväntar sig genomgå stark smärta men innan förlossningen faktiskt startat är det omöjligt att föreställa sig hur det kommer bli. Födande kvinnor uppmanas kontakta barnmorska på förlossningsavdelning innan sin ankomst till förlossning vilket de allra flesta gör. Kontakten sker över telefon vilket försvårar barnmorskans bedömning av kvinnans situation och barnmorskan har samtidigt som uppgift att fördela tillgängliga förlossningsplatser till kvinnor i aktiv förlossningsfas. Det saknas studier som lagt fokus på hur kvinnor upplever denna kontakt. Studiens syfte är att beskriva förstföderskors upplevelser kring telefonkontakten med barnmorskan inför förestående förlossning. Metoden som använts är kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats och totalt intervjuades nio svensktalande kvinnor. Resultatet presenteras i fem kategorier, dessa är: Ett behov av att förankra förlossningsförloppet, Svårigheter i att vara novis, Förväntan kontra verklighet, Barnmorskans omtanke spelar stor roll och En inre konflikt uppstår. I resultatet framkom ett tema vilket var: Omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull. Kvinnorna i studien ser upp till barnmorskan och upplevde det skönt att få omhändertas och guidas av henne. Kvinnans respekt för barnmorskan gjorde det dock svårt för kvinnorna att förmedla sin innersta önskan om att komma in till förlossningen innan barnmorskan uttalat samtycke till det. Kunskap om hur förstföderskor kan uppleva situationen är viktig för att kunna ge ett fulländat omhändertagande.

Nyckelord: *Förstföderska, telefonkontakt, upplevelse, bekräftelse, barnmorska*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Sexuell och reproduktiv hälsa	1
Att stå inför någonting okänt	1
Förlossningens olika stadier	2
Bemötandets betydelse	3
Att mötas över telefon	3
Telefonrådgivning	3
Barnmorskans uppgift	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Ansats	5
Deltagare	5
Datansamling	6
Dataanalys	7
Etiska överväganden	8
RESULTAT	9
Omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull	9
Ett behov av att förankra förlossningsförloppet	10
Att inte vilja vara ensam med sin upplevelse	10
Att känna sig otillräcklig	10
Svårigheter i att vara novis	11
Att känna ovisshet och underordnad	11
Att hitta nyckeln till sin kunskap	12
Förväntan kontra verklighet	12
Detaljer bildar en imaginär helhet	12
Negativa erfarenheter sätter spår	13
Barnmorskans omtanke spelar stor roll	13
Att känna lugn	14
Att månas om	14
En inre konflikt uppstår	15
Att känna tveksamhet mot bemötandet	15
Att tvivla på råden	15
Att vilja komma in	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19

KONKLUSION	23
KLINISKA IMPLIKATIONER	23
REFERENSER	24
Bilaga 1	28
Bilaga 2	29

INLEDNING

Det finns ett naturligt intresse hos mödrar att diskutera och återberätta sin förlossningsupplevelse. Ofta intresserar detta även kvinnor som själva inte har fött barn då de genom andras berättelser kan få en föreställning om hur en eventuell kommande förlossning skulle kunna bli. I samtal vi haft tillsammans med väninnor har det framkommit att en del förstföderskor upplever att de inte fått ett tillfredsställande bemötande från barnmorskan när de ringt till förlossningsavdelning för rådgivning eller för att beskriva tidiga tecken på förlossningsstart.

I Sverige uppmanas att blivande föräldrar ringer till förlossningsavdelningen inför den stundande förlossningen, dels för att få stöd och rådgivning av en barnmorska men även för att meddela sin ankomst. Telefonsamtalet är ofta den första kontakten kvinnan har med förlossningsavdelningen och bemötandet hon får kan tänkas lägga grunden för tryggheten och förtroendet i den fortsatta förlossningen. Det är därför av vikt att få kännedom om hur kvinnor upplever telefonkontakten med förlossningsavdelning.

BAKGRUND

Sexuell och reproduktiv hälsa

WHO:s definition av sexuell och reproduktiv hälsa betecknas som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande i alla frågor rörande sexualitet och det reproduktiva systemet, i alla skeden av livet (WHO 2004, s. 8; WHO 2006). Vidare beskrivs en utav förutsättningarna för detta vara lämplig hälso- och sjukvård som gör det möjligt för kvinnor att på ett säkert sätt gå igenom graviditet och förlossning (WHO 2004, s. 8). Att främja sexuell och reproduktiv hälsa i alla olika livsskeden däribland graviditet och förlossning ingår i barnmorskans kompetensområde. Barnmorskan ska då verka för att ge stöd och trygghet vid förlossning och har även som uppgift att ta hänsyn till kvinnors och närståendes önskemål (Socialstyrelsen 2006, s. 12). Vidare beskrivs det i den etiska koden för barnmorskor (Svenska barnmorskeförbundet 1993/1999) att barnmorskan ska stärka kvinnors möjlighet att aktivt delta i beslutsfattande gällande sin vård. Att vara lyhörd för samtliga behov kvinnan har såväl psykiska, fysiska och emotionella oavsett omständigheter ingår också i den etiska koden. Barnmorskor ska utnyttja sina professionella kunskaper för att främja en säker förlossningshandläggning oavsett miljö (ibid.). Utifrån kvinnans behov ska barnmorskan systematisk leda, prioritera, fördela och samordna arbetet på förlossningsavdelningen (Socialstyrelsen 2006, s.16).

Att stå inför någonting okänt

Redan i tidig graviditet skapas hos kvinnan en förväntan kring det kommande barnets födelse och mot slutet av graviditeten tilltar tankarna och eventuell oro över hur förlossningen kommer att bli. Oro och rädsla över att stå inför en så stor uppgift växlar mot längtan att träffa det ofödda barnet, humöret beskrivs kunna pendla mellan ytterligheter och många kvinnor känner sig sköra och känsliga (Alfvén 2009, ss. 109-

111). En förlossning är omvälvande och ofta en av kvinnans största händelser i livet. Att i denna situation uppleva stöd från förlossningspersonalen är en viktig komponent för en positiv upplevelse (Ryding 2014, s. 131).

Innan och under förlossning har paret ofta stora förväntningar på barnmorskan då hen förväntas kunna vägleda dem under förlossningen mot deras barns födelse. I en vårdande relation måste kvinnan och barnmorskan ha ett utbyte av varandra, kvinnan vill lära sig och barnmorskan vill förmedla kunskap (Berg 2010, ss. 34-36). En vårdande relation förutsätter även att barnmorskan är öppen för att förstå kvinnans livsvärld och möta henne i den situation hon befinner sig i. Ett etablerat förtroende tillåter kvinnan att vara ärlig i sin upplevelse och att lita på barnmorskans kunskap, vilket leder till ökad tilltro till sin kropp och en känsla av att hantera situationen. Misslyckas barnmorskan förmedla professionellt omhändertagande kan detta istället orsaka ytterligare oro och rädsla inför förlossningen (ibid.).

Att tidigare ha fött barn kan upplevas lugnande för kvinnan då tidigare erfarenheter och upplevelser kan inge en trygghet i situationen (Björklund, Eriksson, Fjellvang & Åhlund 2014, s. 61), att däremot vänta sitt första barn kan vara skrämmande eftersom allting är nytt och obekant (Envall 2014).

Förlossningens olika stadier

Kvinnans förlossningsarbete delas in i fyra stadier, latensfasen, öppningsskedet, utdrivningsskedet och efterbördsskedet. Latensfasen kännetecknas av smärtsamma, ofta oregelbundna värkar som kan pågå i allt från timmar till flera dygn (Nordström & Wiklund 2014, s. 107). För förstfödorskör kan latensfasen vara utdragen och pågår inte sällan 1-2 dygn, hos omfödorskör är den däremot oftast kortare (Björklund, Fjellvang & Åhlund 2012, s. 85). Hur förlossningsarbetet initieras är individuellt. Ofta är första signalen på förlossningsstart värkar medan 10-15% av alla förlossningar startar med vattenavgång. Ofta etableras ett värkarbete inom något dygn efter vattenavgång men det förekommer även vattenavgång utan att värkar etableras (Nordström & Wiklund 2014, s. 108). Vattenavgång, regelbundna värkar och att modernmunnen vidgats till mer än tre cm är samtliga tecken på förlossningens start. Då två av ovan nämnda kriterier är uppfyllda bedöms kvinnan övergå från latensfas till öppningsskedet som är början på den aktiva fasen (Nordström & Wiklund 2014, s. 107-108).

En norsk studie som berört kvinnans upplevelser av tidiga förlossningstecken visar att kvinnan ofta har svårt att förstå tecknens betydelse och att veta om hon befinner sig i aktivt förlossningsarbete eller latent fas (Eri, Blystad, Gjengedal & Blaaka 2010, s. 28). I en italiensk studie av Cappelletti, Nespoli, Fumagalli och Borrelli (2016, s. 201) beskrivs svårigheter i att tyda kroppens signaler trots att kvinnan kände sig välinformerad om tecken på förlossningsstart. I en svensk studie beskriver kvinnor att latensfasen var den svåraste delen av förlossningen och att då tala med en barnmorska som uppmuntrade och motiverade dem gjorde att kvinnan kunde hitta mening i värkarbetet (Carlsson, Hallberg & Pettersson Odberg 2009, s. 176).

Bemötandets betydelse

Ett flertal studier betonar vikten av första mötets betydelse mellan barnmorska och den födande kvinnan samt mötets betydelse för kvinnans inställning inför den fortsatta förlossningen (Halldorsdottir & Karlsdottir 1996, ss. 362-379; Nyman, Downe & Berg 2011 s. 131).

Halldorsdottir och Karlsdottir (1996, ss. 361-379) har undersökt kvinnor i förlossningssituation och deras upplevelser av barnmorskans bemötande, där framgick att kvinnor som varit nöjda med barnmorskans bemötande tenderade ha en positiv upplevelse av hela sin förlossning. Kvinnor i samma studie som känner sig osedda och icke omhändertagna beskriver att de känner att de misslyckats med sin förlossning (ibid.). I en annan studie beskrev sig kvinnor vara i ett mycket skört tillstånd då de sökte kontakt med förlossningsavdelningen och poängterade vikten av att bli bemötta på ett ödmjukt och förstående sätt (Eri et al. 2010, s. 28). Ett bra första fysiskt möte med barnmorskan gjorde att kvinnan kunde slappna av trots att hon befann sig i en obekant situation (Nyman, Downe & Berg 2011 s. 131), det torde även gälla över telefon.

Att mötas över telefon

Kvinnor i Sverige uppmanas från mödravården att vid frågor som rör förlossningen ringa till sin tänkta förlossningsavdelning för rådgivning men även för att meddela sin ankomst (Björklund, Fjellvang & Åhlund 2012, s. 85). Under år 2015 föddes i Sverige 114 870 barn (Statistiska centralbyrån 2016), ett stort antal kvinnor antas således anamma detta och genomföra telefonsamtal innan ankomst till förlossningen. Samtalen handhas av en barnmorska som gör en bedömning av var i förlossningsarbetet kvinnan befinner sig. Det utförs för att avgöra om den födande kvinnan bör komma in till förlossningsavdelning för undersökning och med eventuellt efterföljande inläggning eller om hon kan fortsätta sitt värkarbete hemma (Åkerman 2013). Huruvida kvinnan själv önskar komma in eller har mental resurs och motivation att stanna hemma är ofta ej centralt i samtalet.

Telefonrådgivning

Att utöva telefonrådgivning kan vara svårt och utmanande på många plan (Holmström & Dall'Alba 2002, s. 144). Sjuksköterskor i studier utförda av Holmström och Dall'Alba (2002, s. 144) samt Wahlberg, Cedersund och Wredling (2003, s. 41) påtalar att det var svårt att ibland tillgodose det som var bäst för patienten samtidigt som de behövde tänka på vilken vård som var möjlig för vårdenheten att erbjuda för tillfället. Det belystes också att samtidigt som de ville ge varje person den tid denne behövde fanns där en stress över att ytterligare samtal väntade på att bli besvarade (Holmström & Dall'Alba 2002, ss. 144-145; Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, s. 42). Eftersom det under ett telefonsamtal inte är möjligt att se ansiktsuttryck, gester och symtom, är det svårare att göra en rättvis och korrekt bedömning. Det anses vara av stor vikt att lyssna på vad som sägs men även att ha förmåga att kunna läsa mellan raderna (Holmström & Dall'Alba 2002, s. 144; Pettinari & Jessopp 2001, ss. 670, 672; Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, ss. 40-41). Trots sjuksköterskors kunskap i

telefonrådgivning fanns ofta rädsla för att misstolka det som sades (Holmström & Dall'Alba 2002, s. 146).

Sjuksköterskorna i studien av Wahlberg, Cedersund och Wredling (2003, s. 41) framhäver att patienters beskrivningar ibland kan göra deras tillstånd svårbedömt då en del tenderar att överdriva medan andra underskattar sina besvär. Vissa symtom kännetecknas som mer svårförståeliga än andra, smärta menas vara ett av dessa och för att bedöma det behövs mer utförlig utfrågning (Pettinari & Jessopp 2001, s. 671). Ytterligare svårigheter beskrevs vara att försöka övertyga någon som bestämt sig för att komma in till sjukhuset att denna person inte var i behov av vård (Wahlberg, Cedersund & Wredling 2003, s. 41). I en studie gjord av Spiby, Walsh, Green, Crompton och Bugg (2014, s. 1038) beskrivs att barnmorskor har noterat att, ett från deras sida, vänligt bemötande över telefon ofta gjorde att kvinnorna var mer ärliga.

Barnmorskans uppgift

I studier där barnmorskor diskuterar hur de går tillväga i sin telefonrådgivning med förstföderskor framkommer att barnmorskorna till stor del bygger upp samtalen på liknande sätt (Eri, Blystad, Gjengedal & Blaaka 2011, ss. 288-290; Spiby et al. 2014, ss. 1037-1040). Det första barnmorskorna gjorde i studien av Eri et al. (2011, ss. 288-289) var att skaffa sig en helhetsuppfattning av kvinnans situation och utefter hennes berättelse, i den mån det var rimligt, normalisera de upplevelser kvinnan berättade om. Barnmorskorna ville vid telefonkontakten i första hand tala med den födande kvinnan för att få hennes egna ord på upplevelsen och att eventuellt kunna höra henne genomgå en värk (Spiby et al. 2014, s. 1038). Kvinnans berättelse tillsammans med uppgifter om vattenavgång, värkfrekvens och duration gav barnmorskan en uppfattning om kvinnan var i aktiv eller latent fas (ibid.). Barnmorskorna medger dock själva svårigheterna i att bedöma kvinnans tillstånd över telefon (Eri et al. 2011, s. 290; Spiby et al. 2014, s. 1038). Vidare diskuterar barnmorskorna i studien av Eri et al. (2011, ss. 289-290) vikten av att ge tydliga råd till kvinnan, de var dock medvetna om att råden som gavs inte alltid var tillräckligt tydliga. Att uppmuntra till att stanna hemma så länge som möjligt genomsyrade samtalet med förstföderskor, barnmorskorna ansåg dock att det mest gynnsamma var om kvinnan själv fattade beslutet om att åka in eller stanna hemma (ibid.). Barnmorskorna i artikeln av Spiby et al. (2014, s. 1039) ansåg att kvinnor hade bristande kunskap om latensfasen och därför ringde ofta och kom in för tidigt. Som tidigare beskrivits i bakgrunden framgår det att även kvinnor med god kunskap om latensfasen hade svårt att veta var i förlossningsförloppet de befann sig (Cappelletti et al. 2016, s. 201).

Flera studier visar att inläggning i latensfasen ökar riskerna för interventioner så som oxytocin-användning, amniotomi, användande av skalpelektrod och kejsarsnitt (Rahnama, Ziaei & Fagihzadeh 2006, s.219; Bailit, Dierker, Blanchard Hsieh & Mercer 2005, s. 78; Holmes, Oppenheimer & Wu Wen 2001, s. 1121-1122). Barnmorskans telefonrådgivning spelar således en viktig roll för att undvika en allt för tidig inläggning men har också en funktion i att prioritera förlossningsavdelningens platser. Samtliga barnmorskor i studien av Spiby et al. (2014, s. 1039) är överens om att endast kvinnor som är i aktiv fas bör få läggas in på förlossningsavdelningen, det ideala scenariot enligt

dem vore att kvinnan var i långt framskridet förlossningsskede då de lades in. De poängterar också att den nuvarande förlossningsvården saknar kapacitet att ineliggande vårda föderskor i latensfas även om kvinnorna själva önskade det. De menar att det trots detta är viktigt att ge ett professionellt och icke avhysande bemötande oavsett i vilken fas kvinnan befinner sig (ibid.).

PROBLEMFORMULERING

Kvinnor uppmanas ringa till förlossningsavdelning innan de åker dit eller om de har några frågor. Ett otillräckligt bemötande över telefon från barnmorskans sida kan resultera i att kvinnan redan hemma etablerar en oro och osäkerhet som kan komma att färga hennes förlossningsupplevelse. Endast sparsamt med forskning är gjord med fokus på hur kvinnan upplever telefonkontakten med barnmorska innan ankomst till förlossningsavdelningen. Ingen av de studier som fokuserar på telefonkontakten är gjorda i Sverige. Det är därför av stor vikt att förstföderskors upplevelser kring telefonkontakten med barnmorska på förlossningsavdelning undersöks ur ett svenskt perspektiv eftersom telefonkontakt här är en etablerad rutin. Mer forskning skulle kunna generera djupare förståelse för hur förstföderskor kan uppleva telefonkontakten och potentiellt användas för att optimera barnmorskans bemötande vid dessa kontakter.

SYFTE

Att beskriva förstföderskors upplevelser kring telefonkontakt med barnmorska på förlossningsavdelning inför förestående förlossning.

METOD

Ansats

För att ta del av kvinnornas upplevelser valdes kvalitativ metod. En induktiv ansats användes då författarna önskade analysera informanternas berättelser förutsättningslöst vilket Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 187-188) menar är den induktiva ansatsens syfte. Intervjumaterialet har analyserats med kvalitativ innehållsanalys vilken anses lämplig vid forskning inom hälso- och sjukvård och för bearbetning av dess material (ibid.).

Deltagare

Trost (2010, s. 143) menar att ett mindre urval informanter är att föredra vid kvalitativa studier, detta för att intervjumaterialet skall vara hanterbart och för att kunna urskilja materialets likheter och skillnader. Totalt intervjuades nio förstföderskor. Sju av kvinnorna rekryterades slumpmässigt på tre olika BB-avdelningar i södra Sverige under perioden 3 februari-29 april, 2016. Fyra av dessa kvinnor rekryterades av författarna. Då det var önskvärt med geografisk spridning användes barnmorskestudenter på annan ort

än författarna för hjälp med ytterligare rekrytering. Perioden förlöpte utan tillfredsställande antal informanter, det valdes därför att rekrytera ytterligare två kvinnor genom tillfrågan via facebookgrupper. De deltagande kvinnorna var i åldrarna 24-32 år och samtliga hade partner. Fyra av kvinnorna hade vattenavgång som första tecken på förlossningsstart och fem av kvinnorna hade värkar som första tecken. Samtliga kvinnor ringde till förlossningsavdelningen eftersom de tidigare uppmanats att göra så. Kvinnorna hade mellan 2-5 telefonkontakter med barnmorska på förlossningsavdelning efter första tecknet på förlossningsstart fram till inläggning på förlossningsavdelning. Anledningen till att kvinnorna ringde in var vattenavgång, värkar, önskan om tillåtelse att komma in, oro, att partnern ville ringa, smärta, slempropp, önskan om råd, minskade fosterrörelser och mindre blödningar.

Inklusionskriterier: Förstföderskor som själva ringt förlossningsavdelning eller de kvinnor vars partner ringt upp förlossningen och där kvinnan sedan tagit över samtalet. Intervjuerna eftersträvades genomföras 5-21 dagar efter genomgången förlossning. Endast kvinnor som haft språklig möjlighet att själva föra ett telefonsamtal med barnmorskan samt språklig möjlighet att genomföra en intervju valdes ut.

Datansamling

I de fall kvinnor rekryterats via BB-avdelning tillfrågades och informerades skriftligen ansvarig klinikchef för kvinnoklinik vid de tre olika sjukhus (se bilaga 1) om tillstånd att genomföra studien med kvinnor från deras klinik. Samtliga klinikchefer gav skriftligt samtycke till studien. Inneliggande förstföderskors journaler granskades för att urskilja om de uppfyllde inklusionskriterierna för studien. Utifrån detta informerades (se bilaga 2) och tillfrågades de kvalificerade kvinnorna om de ville delta i studien. Två kvinnor avböjde deltagande vid tillfrågan, de nio kvinnor som tackade ja fullföljde studien. Dessa kvinnor ringdes upp ett par dagar efter de godkänt deltagande i studien, för att i samråd bestämma tid och datum för intervjun. Om kvinnan vid intervjutillfället kände sig stressad eller p.g.a. den nya livssituationen oförmögen att intervjuas bestämdes en ny tid då författarna åter kontaktade kvinnan vilket inträffade två gånger.

De kvinnor som rekryterades genom Facebook hittades i slutna grupper med beskrivning beräknad förlossning under mars och april 2016. I dessa grupper publicerades en kortare information och förfrågan om intresse. De kvinnor som var intresserade uppmanades höra av sig via personligt meddelande (pm) på facebook. De kvinnor som hörde av sig fick då ytterligare information om studien och dess syfte. Datum och tid för intervjun bestämdes i samråd via pm.

För insamling av datamaterial till studien genomfördes intervjuer av narrativ karaktär. Kvale och Brinkmann (2014, s. 196) beskriver att det genom en narrativ intervju går att nå individens egen berättelse. I enlighet med Kvale och Brinkmann (2014, s. 196) valdes att intervjuens huvudfråga skulle vara en uppmaning till kvinnan att berätta om en specifik period, i vårt fall hennes upplevelser kring telefonsamtalet med barnmorskan. Intervjun inleddes med frågan ”Kan du berätta om din eller dina telefonsamtal du hade med barnmorska innan du åkte in till förlossningen?”. Därefter gavs kvinnan möjlighet att återge sin upplevelse utan onödiga avbrott, under intervjuens gång ställdes

sonderande frågor när behov fanns. Denna intervjumetod användes i avsikt att få en mer målande beskrivning samt att leda samtalet på rätt väg (ibid., ss. 176-177, 196). I och med intervjuarnas roll och uppmuntran till vidare berättande blir de medskapare till intervjupersonens berättelse (Lundman & Hällgren Graneheim 2012, s. 189).

Samtliga intervjuer genomfördes över telefon och båda författarna deltog i samtliga intervjuer. Intervjuerna var mellan 8-21 minuter långa och spelades in för att sedan transkriberas i sin helhet. Den första intervjun genomfördes i syfte att hitta eventuella områden för förbättringar gällande intervjuteknik, en så kallad pilotintervju (Trost 2010, s. 144). Den genomförda pilotintervjun ansågs vara informationsrik och likvärdigt genomförd med de resterande intervjuerna och beslöts därför att inkluderas i studien. Då författarna anser sig vara ovana intervjuare fattades beslutet att utföra samtliga intervjuer tillsammans, vilket enligt Trost (2010, s. 66-67) kan underlätta intervjuprocessen.

Dataanalys

Data har analyserats med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Analysprocessen började med att intervjuerna transkriberades ordagrant. Det sammanställda materialet lästes var för sig av författarna ett flertal gånger för att få en helhetsbild och uppfattning om dess innehåll. Vidare analys av materialet gjordes tillsammans, varje enskild intervju lästes då åter igenom för att sedan extrahera meningsenheter relevanta för syftet i enlighet med tillvägagångssätt beskrivet av Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 187-200). Meningsenheterna kondenserades i syfte att korta ned texten utan att förlora dess innebörd. Vidare bröts de kondenserade enheterna ned i sina beståndsdelar för att bilda koder som avbildar meningsenheten i korthet, även detta är beskrivet av Lundman och Hällgren Graneheim (2012, ss. 187-200). Kvalitativ innehållsanalys avser att belysa likheter och skillnader i ett textmaterial (ibid.) vilket avsetts i denna studie. I ett textmaterial återfinns både ett manifest budskap vilket är det uttalade, men även ett latent budskap som är underliggande (ibid.). I aktuell studies resultat beskrivs både det manifesta och det latent. En högre abstraktionsnivå ger en mer tolkad bild av textmaterialet där abstraktionsnivån höjs från underkategori till kategori (ibid.). I och med att ett tema utvanns höjdes abstraktionsnivån ytterligare.

Samtliga ovan beskrivna steg utfördes i pappersform, vid vidare hantering av koderna skrevs dessa in i datorn. Koderna numrerades och färgsorterades för att sedan bilda underkategorier. Efter detta steg återstod 25 stycken underkategorier som efter bearbetning reducerades till elva. Underkategorierna kom sedan ingå i fem kategorier. Efter ytterligare bearbetning av resultatet urskiljdes ett tema.

Tabell 1

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori	Tema
Nu gör det ganska ont... Men dom bedömde att jag inte hade tillräckligt ont för att åka in.	Ont men inte tillräckligt enligt barnmorska	Inte välkommen än	Att vilja komma in	En inre konflikt	Omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull
Jag förstår ju råden som de ger. De var ganska lugna för de vet att flera miljoner redan fött barn, men jag var ändå orolig.	De är lugna inför förlossningar men jag är orolig.	Deras lugn hjälper ej mig	Att tvivla på råden		

Etiska överväganden

Aktuell studie har tillämpat Helsingforsdeklarationens etiska riktlinjer (Helsingforsdeklarationen 2008, ss. 1-5). Särskilt tillstånd om etikprövning har ej sökts då det i 2 § i lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) samt vetenskapliga rådet (2014) konstaterats att det ej krävs för uppsatser på avancerad nivå. Tillstånd bör ändå sökas för att få tillgång till studiematerial, vilket gjorts vid aktuella kliniker. Deltagarna i en studie skall ges en utförlig beskrivning av studiens syfte och metod (Helsingforsdeklarationen 2008, s. 3), kvinnorna fick därför ett informationsblad (bilaga 2) som beskrev studiens syfte och upplägg. I enlighet med Helsingforsdeklarationen (2008, ss. 2-3) försäkrades kvinnorna att de när som helst och utan förklaring kunde välja att avbryta sitt deltagande i studien. Samtliga informanter gav sitt samtycke till medverkan, detta skedde muntligt eftersom intervjuerna utfördes telefonledes. Innan intervjuerna påbörjades informerades kvinnorna om att deras personuppgifter skulle komma hanteras med konfidentialitet och att deras identitet skulle avkodas för att värna om deras integritet i enlighet med Helsingforsdeklarationen (2008, s. 2-3).

Helsingforsdeklarationen (2008, s. 3) rubricerar även att forskning på människor inte får utföras om inte nyttan överväger eventuella risker för deltagarna. Eftersom kvinnorna som tillfrågades via avdelningarna hade pågående vårdkontakt, skulle vården hypotetiskt sett kunna påverkas av deras utsagor, därför valde författarna att genomföra intervjuerna efter avslutad vårdkontakt. Då författarna har gjort sitt yttersta för att följa

de etiska kraven och studien lett till ett resultat, bedöms nyttan med studien övervägt eventuella risker. Om någon av kvinnorna under eller efter intervjun signalerat att deras mående påverkats negativt av att återberätta sin upplevelse fanns av författarna en plan om att fånga upp detta och hjälpa dem vidare genom att rekommendera kontakt med mödravårdspsykolog. Ingen av de deltagande kvinnorna uppgav sådant behov.

RESULTAT

I analysprocessen framkom temat Omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull. Resultatet har delats in i fem kategorier och elva underkategorier, dessa presenteras nedan i tabell 2.

Tabell 2

Underkategorier	Kategorier	Tema
Att inte vilja vara ensam med sin upplevelse Att känna sig otillräcklig	Ett behov av att förankra förlossningsförloppet	Omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull
Att känna ovisshet och underordnad Att hitta nyckeln till sin kunskap	Svårigheter i att vara novis	
Detaljer bildar en imaginär helhet Negativa erfarenheter sätter spår	Förväntan kontra verklighet	
Att känna lugn Att månas om	Barnmorskans omtanke spelar stor roll	
Att känna tveksamhet mot bemötandet Att tvivla på råden Att vilja komma in	En inre konflikt uppstår	

Omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull

Temat visar att det fanns en inre önskan om bekräftelse vilket genomsyrade kvinnornas berättelser. Till stor del var barnmorskan källan till denna bekräftelse i och med sitt bemötande, sätt att vara och uttrycka sig. Ibland utvanns bekräftelsen från kvinnans inre då hon tolkat detaljer i samtalet eller då hon efter samtalet insåg att hon var mer kunnig än hon först trodde. Kvinnan utvärderade sin egen betydelsefullhet genom samtalet och då hon bemöttes som unik och viktig nåddes kulmen av bekräftelse. Då kvinnorna kände sig bekräftade upplevde de situationen mer hanterbar men då behovet av bekräftelse inte besvarades uppstod en osäkerhet som i vissa fall ledde till en förtvivlan.

Ett behov av att förankra förlossningsförloppet

Kvinnorna ville inte vara ensamma med sina upplevelser och kände ett behov av att dela dessa med en barnmorska. Behovet av stöd varierade beroende på vilket skede kvinnan befann sig i. Samtalet med barnmorskan tjänade även ett syfte i att minska känslan av otillräcklighet hemma. Behovet av förankring bottnade i en känsla av att inte våga lita på sig själv vilket ledde till kontakten med barnmorskan i önskan om att dela ansvaret med henne.

Att inte vilja vara ensam med sin upplevelse

De intervjuade kvinnornas förlossningar startade på olika sätt vilket gjorde att deras behov av kontakt med förlossningsavdelning upplevdes olika. De kvinnor som haft vattenavgång som första tecken på att förlossningen startat upplevde ett starkt ansvar att direkt meddela det till förlossningsavdelningen då de kände att det förväntades av dem. Kvinnorna vars förlossning startade med värkar som första tecken kände istället att de för sin egen skull behövde dela upplevelsen med en barnmorska. De vågade inte själva ta beslut om att avvakta hemma utan barnmorskans godkännande. Kontakten skedde dock inte i direkt anslutning till första värken då kvinnorna kände att de kunde avvakta en stund utan bekräftelse. Innan de ringde första samtalet till förlossningen förstod de att de befann sig i tidigt skede men gav ändå efter för behovet att ringa.

“Så ringde jag in på morgonen och jag förstod ju själv att det var för långt emellan värkarna men jag ville ändå ringa in.” (8)

Vid återberättande av samtalet valde en del av kvinnorna att försvara orsaken till kontakt och förtydligade noggrant att de ville vara ute i god tid innan situationen försvårades ytterligare. Ibland kände kvinnan sig bekväm med att avvakta men övertygades till kontakt av sin partner som kände behovet att förankra deras situation med en barnmorska.

Initialt råddes kvinnorna av barnmorskan att avvakta hemma och återkomma vid behov. Då förloppet senare tilltog i intensitet eller när nya fysiska eller psykiska tecken tillkom skapades en oro hos kvinnorna som genererade ny kontakt. I de fall där kvinnan var oförmögen att prata p.g.a. smärta, ringde ibland hennes partner för att föra hennes talan. När kvinnorna bedömde situationen som ohållbar och att inga lindrande åtgärder längre hjälpte valde kvinnorna att åter kontakta förlossningsavdelningen för bekräftelse av att de även enligt barnmorskans mått uthärdat tillräckligt hemma.

Att känna sig otillräcklig

Kvinnorna upplevde en osäkerhet och oro hemma och fann det svårt att själva avgöra vad som var normalt eller ej och valde därför att kontakta barnmorska i egenskap av stödjande person. Ibland satt kvinnan själv inne med kunskapen hon sökte men vågade inte tro på den förrän kunskapen stärktes av barnmorskan. Det förekom även att kvinnorna ringde för att söka svar på frågor som de själva insåg att inte ens

barnmorskan kunde ge svar på. Samtalet tjänade ändå ett syfte genom att kvinnorna kände sig bekräftade i att frågan faktiskt saknade svar.

“Då ringde jag och ställde väl egentligen en ganska dum fråga då om min man kunde åka till jobbet. Vilket jag mycket väl förstår att ingen kunde svara på.” (1)

Innan telefonsamtalet hade kvinnorna använt de strategier som varit uppenbara för dem och de hade därför en förutbestämd önskan om förfinad rådgivning och instruktioner i det fortsatta förloppet. Kvinnorna vände sig till barnmorskan i egenskap av kunskapsinnehavare och för att få tillgång till hennes expertis då de ville ha konkreta tips och råd kring hur de skulle gå till väga hemma eller om de faktiskt borde komma in till förlossningsavdelningen. Vissa kvinnor upplevde en olustkänsla inför kontakttagandet och inför att fråga någon annan om hjälp att tolka sin kropp. Olustkänslan infann sig trots att de själva bedömde sig ha legitima skäl att ringa, de kunde dock inte precisera varför.

Svårigheter i att vara novis

Kvinnorna i studien reflekterade över upplevelsen av att vara förstföderska, en roll som präglades av både ovisshet och underkastelse. Att inte veta hur värkarbete känns eller att inte ha en aning om hur förlossningen skulle bli skapade en oro som gjorde det svårt att tillämpa sin kunskap. Kvinnorna hade svårt att tillåta sig vara okunniga vilket genererade ett behov av kontroll. Då de fick situationen bekräftad av en barnmorska insåg de att de var mer kompetenta än de innan telefonkontakten bedömt sig vara.

Att känna ovisshet och underordnad

Då kvinnorna refererade till sig själva som förstföderskor var det inte bara i bemärkelse av att de aldrig fött barn tidigare, utan också att rollen som förstföderska präglas av okunnighet. Detta var något som de utan vidare eftertanke accepterade och anammade i sin syn på sig själva och i samtalet med barnmorskan. Att kvinnorna var förstföderskor användes ibland av dem själva som en ursäkt till varför de inte kände att de var tillräckligt kompetenta att göra “rätt” bedömning för situationen och att de underordnade sig barnmorskans beslut.

Kvinnorna spekulerade i att många av känslorna de upplevde troligen bottnade i att de aldrig gjort detta förut. Att sakna bekräftelse från tidigare erfarenheter av barnafödande gjorde att kvinnorna kände att de inte kunde veta vad som var normalt eller hur förlossningsarbetet skulle kännas vilket de upplevde som skrämmande och stressande. Ovissheten låg till grund för en oro och nervositet som påverkade hur kvinnan kände sig hemma. Trots att paret hade stöd i varandra upplevde de en osäkerhet tillsammans då det var första gången för dem båda.

“...det kanske är helt galet men personligen så tror jag att man är lite mer ängslig i och med att man inte upplevt det förut. Då tror jag att man kanske stressar upp sig lite i onödan och det kanske inte är så akut och farligt som man kanske tror.” (4)

Att hitta nyckeln till sin kunskap

I samband med att förlossningen startade förändrades kvinnans tankar och hon fick svårare att tänka på något annat än sin kropp och det hon upplevde. Vissa av kvinnorna vars förlossning startade med vattenavgång trodde sig vara pålästa inför förlossningen men kände att de hamnade i en svår situation då vattenavgång inte var så de föreställt sig starten på förlossningen.

Kvinnorna upplevde under värkarbetet hemma att de inte var förmögna att använda sig av den kunskap de ändamålsenligt skaffat sig under graviditeten. När de sedan ringde in till förlossningen för att få råd insåg och bekräftades kvinnorna i att de själva hade besuttit kunskapen som barnmorskorna förmedlade. De förklarade vidare att de i situationen inte hade tillräcklig sinnesnärvaro och ibland varit för blockerade av smärta. Efter barnmorskans rådgivning uppstod en känsla av att man borde kunnat hantera situationen utan hjälp då kvinnan insåg att hon själv redan satt inne med kunskapen hon frågat efter.

“Man försöker läsa sig till men sen känns det som att allting är som bortblåst när man väl står där.” (3)

Förväntan kontra verklighet

I samtalet med barnmorskan gjorde detaljer att kvinnorna reflekterade över situationen på förlossningsavdelningen och hur det skulle komma att påverka dem. Första kontakten var betydelsefull för kvinnorna och den kom att prägla synen på barnmorskor och den kommande förlossningen. De kvinnor som under intervjun uttryckt att de varit i kontakt med förlossningsavdelningen p.g.a. att de upplevt minskade fosterrörelser hade redan innan de ringde en förväntan på hur bemötandet skulle bli.

Detaljer bildar en imaginär helhet

Under och efter samtalet med barnmorskan reflekterade kvinnorna över hur situationen på förlossningen var och hur den påverkade deras möjlighet till en tillgänglig barnmorska och den kommande vården. De telefonsamtal som avbröts och där barnmorskan bad att få ringa upp ogillades av kvinnorna då de velat ha barnmorskans odelade uppmärksamhet och omedelbara hjälp. Trots avbrottet kände de ändå en acceptans då de för sig själva motiverade barnmorskans handling som ett resultat av hög arbetsbelastning och där barnmorskan gjort en prioritering av födande kvinnor vilket de tyckte bådade gott inför deras egen förlossning. Denna slutsats bekräftade dem i att de själva skulle komma att bli väl omhändertagna när det var deras tur. Att välkomnas in till förlossningen tolkade vissa kvinnor som ett tecken på att arbetsbelastningen var låg, vilket de trodde var en starkt bidragande anledning till att de fick komma in.

“Jag verkar haft tur med att det inte varit fullt på förlossningen... Jag kan tänka mig att om de hade haft väldigt mycket att göra så kanske de inte hade bett mig komma in och kolla sådär kanske.” (5)

Eftersom kvinnorna ringde in till förlossningen ett flertal gånger under tiden de var hemma fick de tala med olika barnmorskor. Att mötas av olika barnmorskor upplevdes inte som någonting negativt förutsatt att kvinnan inte behövde upprepa sin berättelse. Oftast upplevde kvinnorna att barnmorskorna var förvånansvärt välinformerade om just deras situation vilket uppskattades. Tanken på en påläst barnmorska gjorde att kvinnorna kände sig trygga och fick en positiv bild av hur vården skulle komma att bli.

“När man ringer sådana här typer av samtal så känns det som att man måste rabbla allting varenda gång man ringer. Men här fick man liksom känslan av att wow, de kommer ihåg mig och förstår mig.” (1)

Negativa erfarenheter sätter spår

De kvinnor som tidigare varit i kontakt med förlossningsbarnmorska med anledning av minskade fosterrörelser upplevde att de blivit dåligt bemötta och att barnmorskan nonchalerat deras oro vid dessa tillfällen. Detta var något dessa kvinnor bar med sig under resten av graviditeten och de befarade att det dåliga bemötandet de fått skulle upprepas vid deras nästkommande kontakter med förlossningsavdelningen. Kvinnorna kände en oro inför att kanske inte bli trodda och få hjälp när de skulle behöva den som mest.

“Jag hade ändå haft kontakt med dem två gånger innan när bebisen inte rörde på sig och då upplevde jag att “jaja, du får väl komma in då” alltså det här lite dryga.” (6)

Kvinnorna som tidigare fått ett dåligt bemötande var beredda på samma attityd även denna gång. De hade därför gjort sig redo att behöva stå på sig om de blev ifrågasatta och eventuellt åka in utan tillåtelse om barnmorskan skulle neka dem att komma in. Dessa kvinnor upplevde dock att de när de ringde med anledning av förlossningsrelaterade orsaker möttes av ett fantastiskt bemötande och att de blev bekräftade i att samtalet var befogat. När samtalet avslutats upplevde kvinnorna således att de fått ett bättre bemötande än de förväntat sig. De drog också slutsatsen att värkar och vattenavgång tycktes vara accepterade anledningar att ringa och att man då fick ett bättre mottagande.

Barnmorskans omtanke spelar stor roll

Kvinnornas berättelser beskriver hur små variationer i barnmorskans uppträdande kunde resultera i ett fantastiskt bemötande även om samtalet ibland var kort. Det som sades var inte alltid det viktiga utan kvinnorna lade stor vikt vid hur barnmorskorna talade med dem. Att få känna att barnmorskan som professionell person redan under telefonsamtalet brydde sig om dem gjorde att ett lugn och en tillfredsställelse infann sig hos kvinnorna.

Att känna lugn

Oavsett orsak till att kvinnorna ringde in upplevde de att barnmorskan hjälpte dem genom att bekräfta och normalisera deras kontaktorsak och situation. När barnmorskan tog sig tid att förklara olika tänkbara förlopp gav det kvinnan en större förståelse för situationen och förlossningen. Genom att barnmorskan gjorde situationen mer begriplig minskade oron och gjorde förlossningsarbetet hemma lättare att hantera. Att även veta att barnmorskan alltid fanns tillgänglig på telefon och att samtidigt ha kort avstånd till sjukhuset gjorde att hemmet kändes som en trygg plats.

“... man blev lite mindre orolig, det kanske inte var så ovanligt ändå.” (9)

Att kvinnorna gavs utrymme att sätta ord på sin upplevelse och att barnmorskorna lyssnade in det som sades kändes tillfredsställande. Något som också värderades högt var barnmorskans kunskap och lugnande egenskaper vilka innebar att barnmorskan var tillmötesgående, hade en sympatisk ton och var mjuk. Lugnet som barnmorskan förmedlade överfördes till kvinnorna och gjorde att de kunde slappna av, känna sig trygga och åter fokusera på målet. Några kvinnor upplevde dock att de endast lugnades tillfälligt, när samtalet avslutats var lugnet som bortblåst.

Att månas om

Det värdesattes högt att kvinnan fick fatta beslut i samråd med barnmorskan, att kvinnan gavs valmöjligheter och att hänsyn togs till speciella omständigheter som till exempel avstånd till förlossningsavdelning. Då barnmorskorna visade tecken på omtanke fick de kvinnorna att känna sig viktiga, unika och omhändertagna. Vissa av kvinnorna beskrev att de kände ett starkt förtroende för den barnmorska de talat med, detta förtroende skapades då barnmorskan gav individanpassade råd, visade att hon förstod och trodde på kvinnan. En av dessa kvinnor berättar att hon på förhand hade en önskan om hur samtalet skulle bli, i och med att ett starkt förtroende skapades kände hon att hennes önskan uppfylldes.

“För mig kändes det väldigt skönt... att de var intresserade av att veta så att allt var bra med både mig och barnet.” (5)

Kvinnorna upplevde att barnmorskorna var noggranna med att poängtera att de fick återkomma med ett nytt telefonsamtal vilket upplevdes som en ärlig uppmuntran då de alltid fanns tillgängliga på telefon. Endast en av kvinnorna beskrev under intervjuerna att hon upplevt barnmorskorna som frikostiga med kontroll på förlossningsavdelning. De barnmorskor kvinnan varit i kontakt med ansåg att det var bättre att komma på en extra kontroll. De var också noggranna med att poängtera att kvinnan kanske inte skulle vara i tillräckligt etablerat förlossningsarbete för inläggning på förlossningen, detta inbjudande och ärliga förhållningssätt uppskattades av kvinnan och bidrog till en för henne fulländad upplevelse.

En inre konflikt uppstår

Kvinnornas respekt för barnmorskans yrkeskunnande gjorde att kvinnorna vid återberättande tenderade att försköna och ursäkta eventuella brister i bemötandet. De kände sig inte alltid helt nöjda med rådgivningen men valde att inte ifrågasätta råden. Då kvinnan uttalat önskade komma in till förlossningsavdelningen men ej bekräftades av barnmorskan blandades önskan med en vag förståelse för att det kanske var för tidigt. Situationen ställdes på sin spets då kvinnans egen vilja förblev uttalad i tron om att det slutgiltiga beslutsfattandet var barnmorskans.

Att känna tveksamhet mot bemötandet

Mycket av barnmorskans bemötande beskrevs som trevligt och kvinnorna uppskattade därför samtalet oavsett utgång. De intervjuade kvinnorna refererade stundtals till barnmorskans bemötande som bra men detta uttrycktes med en tveksam efterklang. Kvinnornas ordval för att beskriva ett "bra" bemötande var i dessa fall ofta svala och tvetydiga.

“Jag vet inte, jag blev väl ganska bra bemött tror jag... jag frågade väl en hel del frågor och fick svar på dem. Så det var inga anmärkningar så sett.” (3)

Kvinnorna beskrev vidare att barnmorskan under samtalet gjorde sitt jobb men de kände samtidigt att någonting saknades i det bemötande de fick. De kunde själva inte vidare precisera vad barnmorskan borde ha gjort eller sagt men upplevde en viss uppgivenhet efter samtalet. Trots att kvinnorna beskriver bemötandet med en viss ambivalens är det endast en av kvinnorna som upplevt en barnmorskas bemötande som rent ovälkomnande. Kvinnan kände då att hennes kontakt var obefogad och oviktig för barnmorskan.

Att tvivla på råden

Kvinnorna upplevde att barnmorskans rådgivning inte alltid anpassades till individ och situation utan snarare gjordes slentrianmässigt. Att kvinnorna kände igen de givna råden från sina väninnors berättelser förstärkte denna känsla. En annan orsak till varför råden upplevdes otillräckliga var att råden som gavs stod i konflikt med vad kvinnan läst och hört från andra.

De kände ibland att rådgivningen gjordes för att fördröja ankomsten till förlossningen snarare än för att hjälpa dem hemma. Barnmorskan kunde motivera råden med att förklara att det brukar hjälpa för andra kvinnor vilket gjorde att kvinnorna kände att de borde lyssna trots att de inte trodde att det skulle hjälpa dem. En del kvinnor uppfattade rådgivningen som vänligt menad men var övertygade om att råden de fick skulle vara verkningslösa för dem. Trots misstron valde vissa kvinnor ändå att försöka verkställa barnmorskans råd även om det kändes svårt. Kvinnorna kände sig oförberedda på att behöva uthärda en så stark smärta hemma utan att ges tillstånd att komma in, de valde i dessa situationer att tyst acceptera situationen och stå ut hemma ett tag till.

“... det var väldigt snällt av henne men jag kände nog på mig att det inte skulle hjälpa... jag hade så pass ont. Då tänkte jag att det är väl bara att härda ut.” (7)

En kvinna förklarar att hon hade förväntat sig mycket mer av barnmorskans rådgivning, att endast få enkla råd om att prova Alvedon kändes förminskande gentemot hennes upplevelse. Att få rådet att lita på sin kropp och själv känna av när det var dags att åka in till förlossningen kändes som ett för stort ansvar och detta råd blev snarare mer stressande än uppmuntrande. En kvinna upplevde att barnmorskornas lugnande råd inte hjälpte henne och spekulerade i att de bara försökte lugna henne för att hon var förstföderska.

Att vilja komma in

Vid frånvaro av, eller vid lättare värkar upplevde kvinnorna själva inget behov av att komma in. En del av de kvinnor som genomgått föräldrautbildning uttalade viss acceptans gentemot uppmaningen att stanna hemma ytterligare. Även de kvinnor som under samtalet fick information om varför de borde avvakta hemma kunde för tillfället motivera sig själva till att stanna hemma ytterligare. Ibland kunde kvinnorna känna på sig redan innan eller under samtalet att de skulle ombes stanna hemma längre vilket för dem kändes acceptabelt så länge situationen hemma gick att hantera.

“Det klart att man vill komma upp... men jag upplevde inte någon panik, det gjorde inte så jätteont... Vi avvaktar och ser hur det blir.” (2)

När kvinnorna sedan kände att situationen började bli ohanterbar och därför ringde till förlossningen hade de en stark, outtalad, egen önskan om att välkomnas in till avdelningen. Då barnmorskan rådde kvinnorna att stanna hemma ytterligare blandades denna önskan med en viss förståelse för varför de inte fick komma in. Efter samtalet kände kvinnorna delvis acceptans för barnmorskans råd om att stanna hemma men de kände ändå en uppgivenhet då de upplevde det svårt att fortsätta förlossningsarbetet hemma.

“Snälla säg bara att jag kan komma in då... men jag förstår ju att det kan man ju inte göra heller. Man blir ju så väldigt delad bara.” (4)

Kvinnorna kände när de var hemma att de saknade en fysisk barnmorska som kunde berätta för dem vart i förlossningen de befann sig och hur förloppet skulle utveckla sig. Ytterligare ambivalens uppstod i att de önskade komma in men var rädda för att skickas hem. Det nederlag det skulle innebära att bli hemskickade från förlossningen var mer än kvinnorna kunde hantera då de redan nått gränsen för vad de kunde uthärda hemma. Många tog därför det säkra före det osäkra och stannade hemma längre än vad de egentligen önskade. Endast ett fåtal kvinnor kunde överkomma rädslan att bli hemskickade och föredrog en kontroll oavsett utgång trots det fanns en oro över att ha misstolkat sin kropps signaler.

Att av barnmorskan uppmanas stanna hemma ytterligare trots att kvinnan förklarat att hon själv tyckte att situationen var svår gjorde att kvinnorna upplevde känslor av vilshenhet och att inte vara välkommen. Kvinnorna kände rädsla för att inte hinna till förlossningsavdelningen i tid vilket gjorde det svårare för kvinnan att acceptera att hon skulle stanna hemma.

“Jag tänkte ju såhär mardrömsscenario... att jag skulle föda på golvet eller i bilen.”
(7)

Kvinnorna kände att anledningen till att de inte välkomnades till förlossningen var en misstro från barnmorskan gentemot huruvida de befann sig i aktiv förlossning eller inte. Kvinnorna spekulerade själva i om denna misstro bottnade i att de var förstföderskor eller om de bromsades av någon annan orsak? De blev förvånade då de plötsligt uppfyllde rätt kriterier för att få komma in till förlossningen. Blotta vetskapen om att de var välkomna in gjorde att ett lugn infann sig i situationen och att vara hemma kändes plötsligt inte längre lika otryggt.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Initialt avsåg författarna att utföra aktuell studie med kvantitativ ansats och enkät som verktyg för att samla in förstföderskors upplevelser kring telefonkontakten med förlossningsavdelningen. För att få en mer nyanserad bild och djupare förståelse för kvinnans individuella erfarenhet av ämnet ändrades inriktningen till att bli kvalitativ med intervjuer som metod. Valet av en öppen fråga som inledning av intervjuer menar Kvale och Brinkmann (2014, s. 196) är lämpligt för att ge informanten möjlighet att berätta det som anses betydelsefullt för hen vilket författarna ansåg önskvärt. I efterhand anses detta av författarna varit ett lämpligt val då resultatet kunde baseras på kvinnornas fria berättelser i stället för förutbestämda svarsalternativ. Redan vid bearbetning av materialet och även vid sammanställning av resultatet stärktes författarna i beslutet av metodval då variationer och undertoner i kvinnornas berättelser med annat tillvägagångssätt troligen gått förlorad.

Lundman och Graneheim Hällgren (2012, s. 199) menar att innehållsanalys kan anpassas efter forskarnas erfarenhet och varieras för att passa olika syften och datakvalitet. Innehållsanalys valdes eftersom författarna anser sig vara noviser inom forskning och den valda metoden erbjuder en tydlig struktur för hur materialet skall hanteras och analyseras.

I Riktlinjer för examensarbete på magisternivå framgår det att ett adekvat antal informanter i en kvalitativ studie är 6-8 personer (Högskolan i Borås 2016, s. 6), vilket även stärks av Trost (2010, s. 143). Då materialet skulle avhandla en kort tidsperiod i kvinnans liv förväntades intervjuerna bli relativt korta, målet kom därför att bli att intervjua åtta kvinnor. Slutligen kom nio kvinnor att ingå i studien. En intervju var markant kortare än de resterande men bedömdes innehållsrik varpå även denna inkluderades i studien. Trots att intervjutiden kan anses vara kort bedömer författarna att

samtliga intervjuer var innehållsrika, det på grund av att samtliga kvinnor ej gjorde utsvävningar från ämnet. Enligt Kvale och Brinkman (2014, ss. 156-158) är inte längden på intervjuerna det som är avgörande för studiens kvalitet, det essentiella är innehållet i intervjuerna.

Studiens inklusionskriterier begränsade intervjutillfällets tidpunkt till 5-21 dagar efter förlossning, det för att minimera att kvinnorna glömt händelsen. Två kvinnor intervjuades utanför tidsramen för inklusionskriterierna, de hade fött barn fyra respektive sex veckor från då intervjun genomfördes, de ansågs dock ha detaljrika berättelser och bedömdes därför vara opåverkade av att längre tid förflutit. Då studiens syfte avgränsats till upplevelsen kring telefonkontakt med barnmorska på förlossningsavdelning valde författarna att inte fråga kvinnorna om deras förlossningsupplevelse eller förlossningsutfall, ingen av kvinnorna förde heller själva detta på tal. Författarna tror att en sådan fråga hade genererat i ett långt svar som hade varit svårt att applicera i studien. Det kan dock tänkas att kvinnor som haft en positiv förlossningsupplevelse, där mor och barn mått bra, tenderar att förbise eventuella brister de upplevt i allt bemötande de fått rörande förlossningen. Det kan av samma anledning antas att kvinnor med negativ upplevelse eller komplikationer i förlossningen också får en negativ minnesbild av telefonsamtalet. Författarna övervägde att inkludera kvinnor från samma BB-avdelning för att kunna genomföra fysiska intervjuer, dock ansågs det vara av vikt att få en spridning i upptagningsområdet för att säkerställa att studiens resultat inte skulle komma att bli en utvärdering av en enskild förlossningskliniks telefonkontakter. Med tanke på den geografiska spridningen utfördes intervjuerna uteslutande över telefon. Det finns både positiva och negativa aspekter med att intervjuer utförs över telefon. Vid telefonintervjuer förloras data såsom ansiktsuttryck och kroppsspråk, men en fördel kan dock tänkas vara att avsaknaden av fysisk närvaro stärkte kvinnornas känsla av anonymitet och att de kände en ökad trygghet i att ge en sanningsenlig berättelse. Trost (2010, ss. 66-67) menar att informanter kan uppleva att de hamnar i underläge gentemot två intervjuare, en mildrande aspekt skulle kunna tänkas vara att intervjun genomfördes telefonledes. Ur ett annat perspektiv kan stämningen upplevas mindre strikt och mer tillåtande med fler personer engagerade i samtalet. Att vara två som utförde intervjuerna medförde att författarna omväxlande kunde ställa sonderande frågor.

Det finns olika begrepp som har betydelse då en studies trovärdighet analyseras. Vedertagna begrepp inom den kvalitativa forskningen är giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet och delaktighet (Lundman & Graneheim Hällgren 2012, s. 197). En hög giltighet anses uppnådd då resultatet avspeglar det som framkom i intervjumaterialet. Vidare har en noggrann beskrivning av urval och analysarbetet gjorts för att möjliggöra för läsaren att bedöma studiens giltighet. Ytterligare har giltigheten stärkts genom att citat från samtliga intervjuer redovisats i resultatet. Även tillförlitligheten har ökat genom en detaljerad redovisning av analysprocessen och för att tydliggöra stegen i bearbetningen av intervjumaterialet har två exempel redovisats i Tabell 1. Författarna har valt att utföra intervjuer och analysprocess tillsammans, detta anses stärka tillförlitligheten eftersom ständig diskussion förts kring hanteringen av materialet. För att möjliggöra läsarens bedömning av studiens överförbarhet har författarna i enlighet med Lundman och Graneheim Hällgren (2012, s. 198) valt att redovisa urval, deltagare, datainsamling och analys noggrant. I kvalitativa studier är forskaren alltid delaktig

vilket gör att resultatet till viss del påverkas av forskaren, vilket författarna försökt förhålla sig till.

Alla människor har en förförståelse och i forskningssammanhang är det viktigt att författare tänker på att förhålla sig till denna (Lundman & Graneheim Hällgren 2012, s. 197). Anledningen till att denna uppsats kom att handla om förstföderskors tankar kring telefonkontakt med förlossningsavdelning bottnade i tidigare erfarenheter hos författarna där författarnas förförståelse är sprungen ur både privat och professionell aspekt. Påverkan av materialet sker ofta omedvetet (ibid.), eftersom författarna under arbetets gång varit medvetna om sin förförståelse har vi i största möjliga mån försökt vara objektiva och satt vår egen förförståelse åt sidan. I de fall författarna varit osäkra på om tolkningen av texten är korrekt genomförd har vi gått tillbaka till intervjumaterialet för att utesluta att vår förförståelse har påverkat resultatet. I analysprocessen har författarna lagt stor vikt vid att inte förvanska kvinnornas berättelser och säkerställa att samtliga kvinnornas tankar och olika aspekter relevanta för syftet framkommit. Ett öppet och reservationslöst förhållningssätt har anammats gentemot den information som framkommit.

Resultatdiskussion

I resultatet av denna studie framkom temat Omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull, vilket utvanns från kategorierna Ett behov av att förankra förlossningsförloppet, Svårigheter i att vara novis, Förväntan kontra verklighet, Barnmorskans omtanke spelar stor roll och En Inre konflikt uppstår.

Kvinnorna i aktuell studie uppskattade i huvudsak bemötandet de fick. Då barnmorskan visade kvinnan omtanke skapades en känsla hos kvinnan av att vara betydelsefull och unik. Att få individanpassad rådgivning var en viktig del för ett etablerat förtroende. En generaliserande rådgivning där barnmorskan hänvisade till rådets effekt för andra kvinnor upplevde kvinnorna i studien gavs på rutin snarare än av omtanke för henne, detta fynd stärks av en tidigare metasyntes gjord på förstföderskors upplevelse av tidig förlossning (Eri, Bondas, Gross, Janssen och Green 2015, s. 65) samt en artikel av Green, Spiby, Hucknall och Richardson Foster (2011, s. 2224). Kvinnorna i vår studie uppskattade barnmorskans lugna, trygga ton och att få sina symtom förklarade och sin situation normaliserad. I enlighet med aktuell studies resultat ser Carlsson, Ziegert, Sahlberg-Blom och Niessen (2012, s. 89) att kvinnor som får sitt behov av bekräftelse tillgodosett över telefon känner en ökad trygghet och känner sig mer avslappnade hemma. Resultatet av föreliggande studie visar att barnmorskans bemötande gentemot kvinnor som ringer är en mycket viktig aspekt för hur kvinnan kommer att känna sig i vårkarbetet hemma. Att barnmorskorna gav intryck av att vara pålästa om kvinnans situation ingav ett lugn som gav en förhoppning om en positiv fortsatt vård. Green et al. (2011, s. 2221) beskriver att kvinnorna ytterst sällan upplevde barnmorskorna som oinformerade men då det inträffade tog kvinnan mycket illa vid sig. Att vara påläst kan därför ses som en enkel åtgärd för att få kvinnor att känna trygghet i relationen med barnmorskan, dels under telefonsamtalet men även inför kommande kontakter.

Något som framkom i studien var att de kvinnor som uttryckte att de haft telefonkontakt med förlossningsavdelningen innan förlossningen startat upplevde ett bristfälligt och nonchalant bemötande. Inför nästkommande kontakt med förlossningen bar de med sig sin upplevelse av tidigare samtal vilket gjorde att de trodde att det otillräckliga bemötandet skulle upprepas. Harris och Garris (2008, s. 147-148) skriver att första intrycket, oavsett kontext för mötet, lägger grunden för hur smidiga eller obehagliga framtida möten blir. Ovanstående visar att telefonkontakten som första möte är av stor betydelse för kvinnans framtida förtroende för barnmorskan.

Kvinnorna i aktuell studie har en positiv helhetsupplevelse av telefonkontakten med barnmorska på förlossningsavdelningen. Denna uppfattning har sin grund i ovan nämnda uppskattade bemötande, det framgår dock att kvinnorna i återkontakten med barnmorskan oftast velat välkomnas till förlossningen även om den önskan var outtalad. I Eri et al. (2011, s. 290) studie medger barnmorskorna att de vill att kvinnor ska stanna hemma så länge som möjligt men att de uppfattat att kvinnorna oftast vill något annat. På grund av förståelse och respekt för barnmorskans yrkeskunskap valde kvinnorna i vår studie att undantrycka den egna önskan och efter bästa förmåga efterleva barnmorskans råd. Med detta i åtanke drar författarna slutsatsen att det aldrig varit ett alternativ för kvinnorna att åka in utan barnmorskans tillåtelse. Leppänen (2008, s.118) skriver att många som ringer till vården inte vill vara besvärliga och känner av vikten av att för framtida vård skapa en god relation med den de samtalar med. Dessa komponenter beskrivs vidare av Leppänen (2008, s. 118) kunna leda till att patienter finner sig i beslut de egentligen ogillar. I telefonrådgivning inom vården finns det ett maktförhållande som oftast är asymmetriskt, det eftersom personalen utövar makt över den som ringer och tar beslut kring om patienten behöver vård eller ej (Leppänen 2008, s 108). Som patient finns den även begränsade valmöjligheter att välja vilken organisation man önskar vända sig till denna brist på alternativ beskriver Leppänen (2008, s. 112) också som en maktposition i sig. För kvinnor i förlossningsarbete är valmöjligheterna extremt små och det finns egentligen bara ett alternativ eftersom de förväntas ringa till den förlossningsklinik de önskar föda på. Lundgren och Berg (2016, s. 20) påtalar att barnmorskor bör ta avstånd från maktutövning och vara extra lyhörda för kvinnans önskemål. Resultatet av föreliggande studie visar att det finns en maktskillnad i samtalet som ej ifrågasätts av kvinnan. Önskvärt vore om kvinnan trots sin respekt för barnmorskan uttalade sin egen önskan för att möjliggöra en optimerad kontakt.

Mötet i telefonkontakten i aktuell studie försvårades ytterligare av att kvinnornas önskan att komma in till förlossningsavdelningen primärt styrdes av deras smärtupplevelse medan barnmorskans beslutsfattande utgår ifrån om kvinnan är i aktiv förlossning eller ej. Eri et al. (2015, s. 64) redovisar att förstföderskor upplever det svårt att veta när de ska åka in till förlossningsavdelningen då barnmorskan ber dem stanna hemma så länge som möjligt, något som även kvinnorna i aktuell studie erfor. En studie av Kane Low och Moffat (2006, s. 311) bekräftar att kvinnors åsikt om när det är dags att åka in grundas på deras smärtupplevelse medan barnmorskans beslut om inläggning grundas på cervixdilatation. Några av kvinnorna i studien av Kane Low och Moffat (2006, s. 311) drog då de p.g.a. för lite cervixdilatation avvisades från förlossningen den uppgivna slutsatsen att de endast skulle få läggas in för att föda. Då dessa två inte överensstämmer, det vill säga att kvinnan har ont men inte uppfyller barnmorskans

kriterier för välkomnande uppstår en svårighet för de båda. En sådan svårighet kan i aktuell studie exemplifieras då en slutgiltig orsak till att kvinnorna ringde till barnmorskan var för att få bekräftat att hon nått den smärtnivå som krävdes för att välkomnas till förlossningsavdelningen, vilket ingen barnmorska kan bedöma eftersom smärta är subjektivt.

Kvinnorna i aktuell studie påpekade flertal gånger att de inte ville bli hemskickade från förlossningen och valde därför att stanna hemma längre än vad de egentligen önskat. Kvinnorna var rädda för att bli hemskickade till en situation som de kände att de inte kunde hantera och de föreställde sig detta som ett nederlag de helst inte ville erfaras. Denna rädsla beskrivs även av kvinnorna i en studie av Nyman, Downe och Berg (2011, s. 131). I studien av Eri et al. (2010, ss. 27-28) uttryckte kvinnorna att det kändes väldigt pinsamt att inte kvalificeras för inläggning när de väl kommit till förlossningen. Kane Low och Moffat (2006, s. 311) skriver att kvinnorna över telefon uppmuntrats att själva utifrån smärtan bedöma när det var dags att åka in till förlossningen och att då nekas inskrivning på grund av för lite cervixdilatation gjorde att kvinnorna kände sig förödmjukade. Kanske är en föreställning om denna känsla redan innan man åkt in tillräckligt för att kvinnor skall vänta hemma hellre än att åka in? Kvinnor i Eri et al. (2015, s. 64) studie som var i aktiv förlossning när de kom till förlossningen blev av barnmorskorna benämnda som den perfekta patienten. I studien av Spiby et al. (2014, s.1039) framgår att barnmorskorna tyckte att det gynnsammaste vore om kvinnor befinner sig i avancerat värkarbete när de kommer till förlossningen. En önskan om att vara den perfekta patienten skulle således kunna vara en ytterligare trolig aspekt till varför kvinnor stannar hemma längre än de egentligen önskar.

Barnmorskan disponerar över tillgängliga förlossningsplatser, en ekvation som inte tillåter mer än kortvarig vistelse för att platserna skall kunna tillgodose antalet födande kvinnor (Spiby et al. 2014, s. 1039). Denna faktor torde delvis kunna färga barnmorskans bemötande i telefonsamtalet då barnmorskan vet att det endast finns förlossningsrum för kvinnor i aktiv fas. Barnmorskor i studien av Spiby et al. (2015, s. 1039) menar att förstföderskor måste bromsas för att inte överbelasta avdelningen och för att ineliggande kvinnor i latensfas ändå skulle bortprioriteras om barnmorskorna har för stor arbetsbörda. Kvinnorna i utförd studie märkte att de bromsades och reflekterade över det som en negativ egenskap i barnmorskans bemötande.

Barnmorskorna i studierna av Spiby et al. (2014, s.1038); Eri et al. (2011, s. 290) berättar att de alltid är noggranna med att berätta för kvinnorna att de kan komma bli hemskickade om de inte är i aktiv fas. Ur födande kvinnors synvinkel i en studie skriven av Nolan och Smith (2010, s. 289) upplevde kvinnorna att rådet om att stanna hemma inte gavs med deras bästa i åtanke utan snarare som ett yrkesmässigt svar från barnmorskan. Ett ständigt upprepande av möjligheten att bli hemskickad samt ett restriktivt förhållningssätt för välkomnande tros av författarna ha betydelse för kvinnans ångestkänsla inför undersökning på förlossningsavdelningen. Endast en kvinna i aktuell studie upplevde frikostighet gällande att välkomnas till förlossningen, frikostigheten i kombination med påminnelse om att hon kanske inte skulle bli inskriven på förlossningsavdelningen skapade en mycket positiv upplevelse. Eri et al. (2015, s. 63) och Beebe och Humphreys (2006, ss. 351-352) beskriver att kvinnor som varit på undersökning på förlossningsavdelningen och fått information om var de befann sig i

värkarbetet upplevde en större säkerhet och det kändes lättare att återgå till att vara hemma. Med ovan beskrivna i åtanke vore det en stor vinst för kvinnor om de kunde överkomma olustkänslan inför bedömning på förlossningen. Barnmorskor borde hjälpa kvinnor genom att främja en positiv känsla inför undersökning på förlossningen. Delvis kan detta uppnås genom att barnmorskor i stället för att endast poängtera risken att bli hemskickad påtalar fördelarna med att bli bekräftad i sitt förlossningsförlopp.

När kvinnorna i aktuell studie välkomnades till avdelningen uppstod en lättnad och det kändes inte längre lika påfrestande att vara hemma. Liknande resultat har ej kunnat utläsas inom ämnet, dock diskuterar även Green et al. (2011, s. 2225-2226) detta fenomen. Ett alternativt bemötande där barnmorskan i större utsträckning välkomnar till undersökning och i telefonsamtalet med kvinnan stärker kvinnan i hennes egen bedömning skulle tänkbart kunna leda till att färre kvinnor stannar hemma tills värkarbetet känns olidligt. Ett välkomnande förhållningssätt tros med hänsyn till studiens fynd inte nödvändigtvis resultera i en ökad arbetsbelastning för barnmorskor på förlossningskliniker utan snarare bidra med trygghet till de kvinnor som påbörjat sitt förlossningsarbete hemma. I kompetensbeskrivning för barnmorskor (Socialstyrelsen, 2006) uttrycks det att barnmorskor skall främja kvinnors delaktighet i vården, hänsyn bör tas till kvinnans egna önskemål om hur länge hon vill vara hemma. Bedömning av kriterier för att välkomnas till förlossningen för kontroll bör därför inte begränsas till den fysiska anamnesen vilket innefattar värkfrekvens, vattenavgång och dilatation av modernmunden. Det anses viktigt att barnmorskans bedömning förutom kvinnans egna önskemål i högre utsträckning även bör beakta kvinnans mentala resurser.

De flesta barnmorskorna i studien av Spiby et al. (2014, s. 1039) anser sig inte behöva ytterligare utbildning i hur de bemöter kvinnor över telefon, då det är något de tycker att de redan bör kunna. Det är anmärkningsvärt eftersom föreliggande studie visat att kvinnorna till viss del önskat mer av barnmorskan än vad som kunnat ges. Även kvinnor i Green et al. (2011, s. 2221) studie anser att deras behov i telefonrådgivningen inte fullt tillmötesgått vilket problematiserar detta ytterligare.

Kvinnor i denna studie uttrycker att de har en förståelse för att de obegränsat inte kan tillåtas komma in till förlossningen. Denna förståelse stod ofta i konflikt med deras egna önskan om att välkomnas in. Bristen på barnmorskor och hög belastning inom förlossningsvården är ständigt aktuell i media vilket tros kunna föranleda en oro hos den gravida kvinnan (Svenska barnmorskeförbundet, 2016). Det kan tänkas att det är detta som får kvinnorna i studien att göra de reflektioner de gör. För att möjliggöra en individanpassad förlossningsvård som stärker kvinnors möjlighet till sexuell och reproduktiv hälsa anser författarna att det krävs ökad kapacitet på landets förlossningsavdelningar. Ett bättre omhändertagande i hela förlossningssituationen kan generera reducerad förlossningsrädsla, minskad psykisk ohälsa till följd av förlossning och minskat antal kejsarsnitt på grund av humanitär indikation. En stärkt förlossningsvård torde därför på sikt resultera i en minskad samhällsbelastning och bedöms vara en viktig del till hållbar utveckling inom området sexuell och reproduktiv hälsa.

En iakttagelse som är genomgående är att förstföderskorna i studien har ett stort behov av bekräftelse från barnmorskan. Kvinnorna vågar inte lita på sin egen tolkning av

kroppens signaler och känner ett intensivt begär av en barnmorskans delaktighet. En fråga författarna ställer sig är varför detta behov är så starkt? Samhället har med hjälp av teknologisk utrustning och utvecklad forskning gjort förlossningsvården mycket säker. Författarna spekulerar i att detta varit på bekostnad av kvinnors självkänsla och egen trygghet kring barnafödandet. Eftersträvansvärt vore att kvinnor genom hela graviditeten stärks i deras egen kapacitet och duglighet i att bedöma situationer som rör henne själv. Om detta uppfylls kommer kvinnor att känna större självkänsla och vara mindre beroende av barnmorskans bedömning och beslutsfattande. Med detta vill författarna inte förringa betydelsen av barnmorskans bekräftelse vilket för kvinnan alltid kommer vara av stort värde för att stärka henne ytterligare. Barnmorskor har stor kunnskap gällande gravida och födande kvinnor men deras beslutsfattande bör ej stå över kvinnans. Avslutningsvis vill författarna lyfta betydelsen av det engelska ordet "midwife" som betyder "med kvinnan" vilket vi anser förtydligar barnmorskans viktiga roll.

KONKLUSION

Kvinnornas berättelser visar att *omfattningen av bekräftelse påverkar upplevelsen av att vara betydelsefull*. De kände ett behov av att förankra sitt förlossningsförlopp med en barnmorska på förlossningsavdelningen då de upplevde svårigheter i att vara novis. Kvinnorna hade en förväntan på samtalet och i och med kontakten flätades denna förväntan samman med detaljer som bildade en ny verklighet. Det visade sig att barnmorskans omtanke spelade en stor roll i hur bemötandet uppfattades. En inre konflikt uppstod i och med att kvinnorna i samtalet med barnmorskan inte uttryckte det de innerst inne kände. Det är viktigt att barnmorskor som handhar telefonrådgivning är medvetna om studiens resultat i mötet med förstföderskor. En förbättring bedöms av författarna inte uppnåbar endast genom ny kunskap hos barnmorskor, för att fullt möjliggöra omhändertagandet av dessa kvinnor bedöms en organisatorisk utveckling nödvändig då dagens förlossningsvård saknar kapacitet att i stor utsträckning omhänderta kvinnor som över telefon inte bedöms var i aktiv fas.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Genom att ta del av resultatet av denna studie kan barnmorskor få en större förståelse för hur förstföderskor kan uppleva telefonkontakten med förlossningsavdelningen. Därigenom kan de anpassa bemötandet och dessutom vara extra lyhörda för förstföderskors eventuella önskan om att få välkomnas till förlossningen. Kunskap om att förstföderskor ofta undantrycker sin egen vilja kan användas i telefonkontakten för att möjliggöra känslan av stöd och ge en väl behövad trygghet inför kommande förlossning. Författarna bedömer att fortsatt forskning är nödvändig då få studier finns gjorda inom ämnet. En studie med kvantitativ ansats vore av nytta för att se prevalensen av förstföderskors åsikter gällande telefonkontakten. Det bedöms även intressant att undersöka om omföderskor upplever samma fenomen eller om de har en annan upplevelse när de ringer förlossningsavdelningen.

REFERENSER

- Alfvèn, M. (2009). Psykologiska aspekter på graviditet. I Kaplan, A., Hogg, B., Hildingsson, I. & Lundgren, I. (red.) *Lärobok för barnmorskor*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 109-113.
- Andersson, T. (2000). Feeling safe enough to let go. The relationship between a woman and her midwife during the second stage of labour. I Kirkham, M. (red.) *The midwife-mother relationship*. London: Pargrave Macmillan. Kap. 7.
- Bailit, J., Dierker, L., Blanchard Hsieh, M. & Mercer, B. (2005). Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *The american collage of obstetricians and gynecologists*, 105(1), ss. 77-79. DOI:10.1097/01AOG.0000147843.12196.00
- Beebe, K. & Humphreys, J. (2006). Expectations, Perceptions, and Management of Labor in Nulliparas Prior to Hospitalization. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(5), ss. 347-353. DOI:10.1016/j.jmwh.2006.02.013
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. I Berg, M. & Lundgren, I. (red.) *Att stödja och stärka*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 29-43.
- Björklund, U., Eriksson, L., Fjellvang, H. & Åhlund, S. (red.) (2014). *Vänta barn på nytt*. Gothia Fortbildning AB.
- Björklund, U., Fjellvang, H. & Åhlund, S. (red.) (2012). *Vänta barn*. 11. uppl., Gothia Förlag AB.
- Cappelletti, G., Nespoli, A., Fumagalli S. & Borrelli, S. (2016). First-time mothers' experiences of early labour in Italian maternity care services. *Midwifery*, (34), ss. 198–204. DOI:[10.1016/j.midw.2015.09.012](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.012)
- Carlsson, IM., Hallberg, LR. & Pettersson Odberg, K. (2009). Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery*, 25(2), ss. 172-180.
- Carlsson, IM., Ziegert K., Sahlberg-Blom E. & Niessen E. (2012). Maintaining power: Women's experiences from labour onset before admittance to maternity ward. *Midwifery*, 28(1), ss. 86-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.011>
- Envall, J. (2014). *Gravid igen*. <http://www.1177.se/Tema/Gravid/Graviditeten/Tankar-och-kanslor-under-graviditeten/Gravid-igen/> [2016-05-16]
- Eri, T., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. (2010). Negotiating credibility: first-time mothers' experiences of contact with the labour ward before hospitalisation. *Midwifery*, 26(6), ss. 25-30. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.11.005>

Eri, T., Blystad, A., Gjengedal, E. & Blaaka, G. (2011). 'Stay home for as long as possible': Midwives' priorities and strategies in communicating with first-time mothers in early labour. *Midwifery*, 27(6), ss. 286-292.

DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.006>

Eri, T., Bondas, T., Gross, M., Janssen, P. & Green, J. (2015). A balancing act in an unknown territory: A metasynthesis of first-time mothers' experiences in early labour. *Midwifery*, 31(3), ss. 58-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.007>

Green, J., Spiby, H., Hucknall, C. & Richardson Foster, H. (2011). Converting policy into care: women's satisfaction with the early labour telephone component of the All Wales Clinical Pathway for Normal. *Journal of advanced nursing*, 68(10), ss. 2218-2228. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05906.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05906.x)

Halldorsdottir, S. & Karlsdóttir, S. (1996). Empowerment or discouragement: Women's experience of caring and uncaring encounters during childbirth. *Health care for women international*, 17(4), ss. 362-379. DOI: 10.1080/07399339609516251

Harris, M. & Garris, C. (2008). You never get a second chance to make a first impression: behavioural consequences of first impressions. I Ambady, M. & Skowronski, J. (red.) *First impressions*. New York: Guilford Publications, ss. 147-163.

Helsingforsdeklarationen (World medical association declaration of Helsinki). (2008). <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf> [2016-03-22]

Holmes, P., Oppenheimer, L. & Wu Wen, S. (2001). The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 108(11), ss. 1120-1124. DOI: S0306-5456(01)00265-0

Holmström, I. & Dall'Alba, G. (2002). 'Carer and gatekeeper' – conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Nordic College of Caring Sciences*, 16(2), ss. 142-148.

Högskolan i Borås (2016). Riktlinjer för examensarbete på magisternivå. I huvudområdet sexuell och reproduktiv hälsa. http://www.hb.se/Global/Akademi%20/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/H16_Riktlinjer%20-%20Magister_exarbete.pdf [2016-11-17]

Kane Low, L. & Moffat, A. (2006). Every labour is unique: But "Call When Your Contractions Are 3 Minutes Apart". *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 31(5), ss. 307-312.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (red.) (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur.

Leppänen, V. (2008). Maktutövning i telefonrådgivning. I Holmström, I. (red.) *Telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur, ss. 107-135.

- Lundgen, I. & Berg, M. (2016). Den professionella barnmorskan. I Lindgren, H., Christensson, K. & Dykes, A-K. (red.) *Reproduktiv hälsa- barnmorskans kompetensområde*. Lund: Studentlitteratur, ss. 19-35.
- Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 187-201.
- Nolan, M. & Smith, J. (2010). Women's experiences of following advice to stay at home in early labour. *British Journal of Midwifery*, 18(5), ss. 286-291.
DOI:10.12968/bjom.2010.18.5.47856
- Nordström, L. & Wiklund, I. (2014). Förlossningens handläggning. I Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M. (red.) *Obstetrik*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 107-122.
- Nyman, V., Downe, S. & Berg, M. (2011). Waiting for permission to enter the labour ward world: First time parents' experiences of the first encounter on a labour ward. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 2(5), ss. 129-134. DOI:[10.1016/j.srhc.2011.05.004](https://doi.org/10.1016/j.srhc.2011.05.004)
- Pettinari, CJ. & Jessopp, L. (2001). 'Your ears become your eyes': managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of Advanced Nursing*, 36(5), ss. 668-675.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.02031.x>
- Rahnama, P., Ziaei, S. & Fagihzadeh, S. (2006). Impact of early admission in labour on method of delivery. *International journal of gynecology and obstetrics*, 92(3), ss. 217-220. DOI:10.1016/j.ijgo.2005.12.016
- Ryding, E-L. (2014). Psykologiska aspekter på graviditet och förlossning. I Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M. (red.) *Obstetrik*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 127-137.
- SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*.
<http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBESEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf> [2016-10-31]
- Spiby, H., Walsh, D., Green, J., Crompton, A., & Bugg, G. (2014). Midwives' beliefs and concerns about telephone conversations with women in early labour. *Midwifery*, 30(9), ss. 1036-1042. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.025>
- Statistiska centralbyrån (2016). *Befolkningsutveckling*.
<http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Helarsstatistik--Riket/26046/> [2016-05-16]

Svenska barnmorskeförbundet (SBF). (1993/1999). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Översättning av Etical Code for Midwives, International Confederation of Midwives. <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2014/01/Etiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf> [2016-10-31]

Svenska Barnmorskeförbundet (2016). En förlossningsvård i kris. <http://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/en-forlossningsvard-i-kris/> [2016-11-23]

Trost, J. (red.) (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (VR) (2014). <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml> [2016-10-31]

Wahlberg, AC., Cedersund, E. & Wredling, R. (2003). Telephone nurses' experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12(1), ss. 37-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00702.x>

WHO (2004). *Reproductive health strategy*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf [2016-10-31]

WHO (2006). *Defining sexual health*. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/ [2016-11-20]

Åkerman, A. (2013). *Förlossningen startar*. <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Behandlingar/Forlossningen-startar/> [2015-12-29]



Godkännande av verksamhetschef för datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Vår uppsats har som syfte att beskriva förstföderskor upplevelse av telefonkontakt med barnmorska innan inläggning på förlossningsavdelning. Vi önskar genom detta arbete kunna få större förståelse och kunskap kring kvinnors olika behov för att kunna bemöta och vårda på bästa sätt.

Vi önskar intervjua förstföderskor på olika sjukhus och har som mål att totalt intervjua 8 kvinnor. För att kunna genomföra detta önskar vi er om tillåtelse att ta del av journalsystemet, det för att hitta kvinnor som uppfyller inklusionskriterierna för vår studie. Kvinnorna kommer att få skriftlig information om studien och vid intervjutillfället muntlig information. Intervjuerna kommer att spelas in och därefter transkriberas ordagrant. All insamlad data behandlas konfidentiellt och kommer i studien att presenteras på så sätt att ingen information kan knytas till enskilda individer. Deltagandet i studien är helt frivilligt och alla deltagare kan när helst de önskar välja att avsluta sitt deltagande utan att uppge orsak.

Godkännande

Härmed godkänner jag att Sophie Adriansson och Hillevi Gustafsson får ta del av personuppgifter som efterfrågats ovan i syfte att genomföra studien.

Namn

Namnförtydligande

Datum och Ort

Examensarbetet utförs under handledning av Marianne Johansson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon eller e-mail.

Med vänliga hälsningar
Sophie Adriansson

Hillevi Gustafsson



Förfödskors upplevelser av telefonkontakt med barnmorska innan ankomst till förlossningsavdelning.

Vi är två sjuksköterskor som studerar barnmorskeutbildningen vid Högskolan i Borås. En del av utbildningen består av att skriva ett examensarbete. Syftet med vårt examensarbete är att beskriva förfödskors upplevelse av telefonkontakt med barnmorska innan inläggning på förlossningsavdelning för att därigenom få större förståelse och kunskap kring detta.

Vi frågar Dig om Du frivilligt vill bli intervjuad av oss om Din upplevelse. Intervjun sker via telefon och planeras ta ca 15-45 minuter. Samtalet kommer att spelas in och ordagrant överförs till text. Allt material hanteras konfidentiellt och förvaras på så vis att ingen, utöver intervjuvarna, kan få tillgång till det. I resultatet avidentifieras dina personuppgifter. Intervjun är helt frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför.

Om du önskar delta i studien, vänligen meddela oss via telefon eller SMS inom tre dagar. Vi bestämmer då tid för intervjun. Om du har frågor eller önskar ytterligare information kring studien är du välkommen att kontakta oss. Vi nås på telefon eller e-mail på nedanstående uppgifter.

Vår uppsats beräknas vara klar januari 2017, vill du ta del av resultatet kommer uppsatsen publiceras på Uppsatser.se.

Examensarbetet utförs under handledning av Marianne Johansson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon eller e-mail.

Med vänliga hälsningar

Sophie Adriansson

Hillevi Gustafsson