

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

SEXUELL OCH REPRODUKTIV HÄLSA
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:49

Kvinnors upplevelse av en förlossning som startat genom induktion

Angelique Nord
Sofia Olsson



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Uppsatsens titel: Kvinnors upplevelse av en förlossning som startat genom induktion.

Författare: Angelique Nord, Sofia Olsson

Huvudområde: Sexuell och reproduktiv hälsa

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Utbildning: Barnmorskeutbildning

Handledare: Christina Nilsson

Examinator: Marianne Johansson

Sammanfattning

Förlossningsvården är i ständig förändring. Att andel induktioner de senaste 20 åren har ökat är en av dem. Flera studier pekar i riktning mot att den ökningen kommer att fortsätta. Barnmorskan ska ha kunskap och förmåga att samtala, informera och stödja kvinnor under graviditet och förlossning även när det föreligger en ökad risk för graviditets- och förlossningskomplikationer, vilket det kan göra vid induktion. För att kunna ge ett gott stöd innan, under och efter en förlossning som startat genom induktion behöver barnmorskan kunskap om kvinnors upplevelser. Studiens syfte är att beskriva kvinnors upplevelse av en förlossning som startat genom induktion. En kvalitativ metod med induktiv ansats där datamaterialet utgörs av kvinnors skrivna berättelser. Analysen genomfördes med kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2007). Elva kvinnor med erfarenhet av en förlossning som startat genom induktion har delgett sina upplevelser. I resultatet framkommer tre huvudkategorier; *Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning*, *Att föda genererar många känslor* och *Bemötandet är centralt för upplevelsen av förlossningen*. Resultatet visar att kvinnorna hade positiva förväntningar inför förlossningen som skulle startas genom induktion men att de beskrev även att det kändes som att inte föda på riktigt och att det gick emot deras tidigare tankar om att föda naturligt. De kände en oro för hur induktionen skulle komma att påverka barnet och uttryckte tankar om att de hade svårt att lita till sin kropp när förlossningen forcerats fram. Kvinnornas behov av information var stort och de upplevde ofta att de inte fått tillgång till det i den utsträckning som de önskat. Kvinnorna lade stort fokus på personalen och deras bemötande och det framkom att barnmorskans stöd var viktigt för kvinnans upplevelse av sin förlossning. En relation som byggde på ömsesidighet och respekt kunde uppväga upplevelsen av jobbiga undersökningar och interventioner.

Nyckelord: Upplevelse, förlossning, induktion, bemötande, stöd, innehållsanalys

Thesis title: Women's experience of childbirth with induced labour
Author: Angelique Nord, Sofia Olsson
Main field: Sexual and reproductive health
Level and score: Master degree, 15 credits
Education: Midwifery
Supervisor: Christina Nilsson
Examiner: Marianne Johansson

Abstract

Obstetric care is in constant change. Currently one of them is the rise in frequency of induced labor. Several studies point towards a continuation of that trend. The midwife must have the knowledge and ability to speak to, inform and support women during pregnancy and childbirth also when there is an increased risk for complication, as with induced labour. To be able to give proper support before, during and after induced labor and delivery, the midwife needs knowledge about women's experiences. The purpose of this study is to describe those experiences using qualitative method with an inductive approach where the data material is women's written stories. The analysis was produced using qualitative content analysis, as per Elo and Kyngnäs (2007). Eleven women who have given birth using induced labor have shared their experiences. In the material three main categories stand out; Reflecting upon one's delivery in light of the idea of a normal labour and birth, Many emotions are generated by giving birth and The encounter is central for the experience of giving birth. The results show that the women had positive expectations ahead of the induction but also that they felt it was not the real way to give birth and it did not seem as natural as they would have wished. They expressed concerns about the effects the induction might have on their child and a feeling they could not fully trust their own bodies as the labor had been forced upon them. The women did not feel they had received as much information as they would have wished. They emphasized the reception they received from the personnel and that the support from the midwife was important. A relationship built on mutuality and respect could compensate for the discomforts of examinations and interventions.

Key words: Experience, delivery, induced labour, reception, support, content analysis.

Förord

Vi vill rikta ett varmt tack till våra informanter som tagit sig tid och delat sina upplevelser med oss vilket har gjort den här studien möjlig och bidragit till att barnmorskor får kännedom om kvinnors egna upplevelser och erfarenheter av en förlossning som startat genom induktion.

Vi vill tacka vår handledare Christina Nilsson för support. Tina D och Malin L för värdefull feedback.

Vi vill också tacka våra partners som stöttat, peppat och stått ut med oss under den här tiden.

Ett stort tack även till mor- och farföräldrar för hjälp med barnpassning och värdefull stöttning.

Stor kärlek och tack till våra barn Neo, Vim-Vike, Magnolia och Hjördis samt Alicia, Isabella och Miriam för att ni fått oss att skratta och tänka på annat än förlossningar och induktioner mellan varven när vi suttit framför datorn dygnets alla timmar.

Högen och Sorverud, december 2017

Sofia & Angelique

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|--|-----------|
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Barnmorskans kompetensområde – att se det naturliga och normala | 1 |
| Normal förlossning | 2 |
| Induktion av förlossning | 2 |
| Förlossningsupplevelse | 4 |
| Stöd - barnmorskans betydelse och möjliga metoder | 5 |
| PROBLEMFÖRMULERING | 6 |
| SYFTE | 6 |
| METOD | 6 |
| Ansats | 6 |
| Urval och Deltagare | 7 |
| Datainsamling | 7 |
| Skrivna berättelser | 8 |
| Dataanalys | 8 |
| Förförståelse | 9 |
| Etiska överväganden | 9 |
| RESULTAT | 10 |
| Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning | 11 |
| Inte fött på riktigt | 11 |
| Osäkerhet i vad som är bäst | 11 |
| Föreställningarnas påverkan på upplevelsen | 12 |
| Att föda genererar många känslor | 13 |
| Att känna sammandragningar | 13 |
| Effekterna av smärtlindrande åtgärder är åtskilliga | 14 |
| Att ha eller inte ha kontroll | 15 |
| Skilda känslor när barnet är fött | 15 |
| Bemötandet är centralt för upplevelsen av förlossningen | 16 |
| Stödpersonens inverkan på upplevelsen | 16 |
| Personalen har en central roll | 16 |
| Information skapar delaktighet | 18 |
| DISKUSSION | 18 |
| Metoddiskussion | 18 |
| Resultatdiskussion | 21 |
| Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning | 21 |
| Att föda genererar många känslor | 23 |
| Bemötandet är centralt i upplevelsen av förlossningen | 24 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Slutsats | 26 |
| Kliniska implikationer | 27 |
| Förslag på vidare forskning | 27 |
| <i>REFERENSER</i> | 28 |
| Bilaga I - Informationsbrev | 1 |
| Bilaga II - Frågor | 2 |
| Bilaga III - Samtyckesformulär | 4 |
| Bilaga IV – Exempel på analys | 5 |

INLEDNING

Förlossningsvården i Sverige är i ständig förändring och en av de förändringarna är att de förlossningar som startar genom igångsättning, induktion, ökar (Socialstyrelsen, 2014). Studier kring eventuella risker, metoder och hur förlossningarna avslutas dominerar. Hur den födande kvinnan själv upplever förlossningen ses inte i samma utsträckning inom forskningen. Under den första delen av de kliniska studierna på en förlossningsavdelning träffade författarna till föreliggande studie många kvinnor som genomgick en förlossning som startats genom induktion. Författarna överraskades av det stora antalet och hörde blivande kollegor vittna om att de upplevde att antalet induktioner ökat genom åren. Upplevelsen var att förlossningar som startats genom induktion ofta ledde till ett långdraget och smärtfyllt förlopp, att de födande kvinnorna upplevdes uppgivna då tiden på förlossningen ofta blev lång samt att de inducerade förlossningarna i högre utsträckning avslutades med instrumentella metoder eller med kejsarsnitt. Under utbildningens gång har svar på indikationer till induktion, med vilka metoder induktioner sker och statistik kring hur inducerade förlossningar avslutas erhållits. Vad den födande kvinnans egna upplevelse av sin förlossning egentligen består av var något som saknades. Barnmorskor vårdar dessa kvinnor och kunskap om hur de upplever sin förlossning och vad de känslomässigt går igenom kan hjälpa till att på bästa sätt möta dem där de är och på så vis kunna verka för att upplevelsen av förlossningen blir så bra som möjligt.

BAKGRUND

Barnmorskans kompetensområde – att se det naturliga och normala

WHO definierar hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller svaghet (WHO, 2017). Begreppet hälsa innefattar sexuell- och reproduktiv hälsa och avser bland annat den reproduktiva processen i ett livscykelerspektiv. Människor ska kunna bestämma om, när och hur ofta de vill reproducera sig samt ges de bästa möjligheterna att få friska barn. För att kunna uppnå detta ska människor erbjudas information och få tillgång till preventivmedel och skydd mot sexuellt överförbara sjukdomar (STI). Graviditet och förlossning ska genomgå under säkra förhållanden (WHO, 2017).

I den etiska koden för barnmorskor (Svenska barnmorskeförbundet 1993/1999) står att barnmorskan ska stödja kvinnan att aktivt fatta beslut om sin egen vård. Barnmorskan ska vara lyhörd för kvinnans samtliga behov oavsett omständigheter. I den etiska koden står även att barnmorskan har ett eget ansvar för sina handlingar och hon ska kunna stå ansvarig inför kvinnan för konsekvenserna av de beslut hon fattat (Svenska Barnmorskeförbundet 1993/1999).

Barnmorskan ska ha kunskap och förmåga att samtala, informera och stödja kvinnor under graviditet och förlossning även när det föreligger en ökad risk för graviditets- och förlossningskomplikationer. Hon ska erbjuda stöd och kontinuitet på ett tryggt sätt vid förlossning samt även erbjuda samtalsstöd efter förlossningen (Socialstyrelsen, 2006). M. Berg (2005) har utvecklat en modell för att optimera vårdandet av kvinnor med just

ökade risker vid barnafödande. Den bygger på tre intervjustudier och benämns *genuint vårdande av det genuina*. Den första delen utgörs av värdighetsbevarande vårdrelation som bygger på att relationen mellan kvinnan och barnmorskan är det viktigaste redskapet för att värna om kvinnans värdighet. I den relationen ingår ömsesidighet, tillit, fortgående dialog, delat ansvar och kontinuerlig närvaro. Den andra delen består av förkroppsligad kunskap. Detta kännetecknas av att teoretisk kunskap och erfarenhet ”*slagit rot*” i barnmorskan och att hon har en stor självkänedom som gör att hon kan förmedla trygghet till kvinnan och att hon kan lita till sin intuition. I den tredje delen; balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv ingår strävan att som barnmorska behålla det naturliga så länge det går, även vid en graviditet och förlossning som innebär stora risker. För även i de mest onaturliga förlopp finns något naturligt och normalt att ta fasta på som till exempel att kvinnan ska bli mamma (Berg, 2005).

Normal förlossning

Enligt ICM, International Confederation of Midwives, är definitionen av normal förlossning en förlossning med ”ett förlopp med spontan start, progress och spontan förlossning med ett barn som föds i huvudbjudning, i fullgången tid, utan instrumentella, kirurgiska, medicinska eller farmakologiska ingrepp men vid behov möjlighet att överföra kvinnan till en annan vårdnivå”. Då det ser olika ut i världen kan denna beskrivning skilja sig åt i olika länder. I Sverige idag startar en normal förlossning spontant med värkar eller vattenavgång mellan graviditetsvecka 37 till 42. Oftast startar en normal förlossning med värkar men för ca 15% av de gravida startar förlossningen med vattenavgång. Den gravida väntar ett barn och förlossningen fortlöper utan komplikationer för kvinnan eller barnet. Barnet föds vaginalt med huvudet först och utan hjälp av tång eller sugklocka (Lindgren & Wiklund, 2016 s. 437 - 438).

Induktion av förlossning

Induktion av förlossning blir allt mer vanlig i Sverige. Mellan 1990 och 2013 har andelen förlossningar som startats genom induktion ökat. År 1991 inducerades 7,1 % av alla fullgångna enkelbördsgraviditeter i Sverige. År 2013 var den andelen 16 % (Socialstyrelsen, 2014). Enligt Världshälsoorganisationens (WHO) generalprinciper för att starta en förlossning genom induktion ska det finnas en tydlig medicinsk indikation för induktion. De förväntade fördelarna av induktionen ska överväga de eventuella riskerna som induktionen kan föra med sig (WHO, 2011). I Sverige idag är den vanligaste indikationen för induktion överburenhet, en graviditet som varar längre än 42 veckor, vilket rör sig om ca. 5–7 % av alla graviditeter i Sverige (Holzmann & Nordström, 2016, s. 538). Om inte förlossningen startat i graviditetsvecka 42+0 rekommenderas i Sverige induktion på grund av den ökade risken för komplikationer och intrauterin fosterdöd (IUFD) (Holzmann & Nordström, 2016, s. 537). Internationellt ser det annorlunda ut där många länder väljer att inducera redan vid graviditetsvecka 41+0 (Holzmann & Nordström, 2016, s. 538). Förutom överburenhet är andra vanliga skäl för induktion på både maternell och fetal indikation; hypertoni (högt blodtryck), Typ 1-diabetes, preeklampsi (havandeskapsförgiftning), PROM (vattenavgång utan värkar i fullgången tid), oligohydramnios (onormalt lite fostervatten), tillväxthämning och duplexgraviditet (tvillinggraviditet) (Holzmann & Nordström, 2016, s. 550).

Induktion kan även utföras på humanitär indikation såsom vid svår obstetrisk anamnes, bäckensmärta, förlossningsrädsla och stort barn (Ekman-Ordeberg, 2014 s. 487; Holzmann & Nordström, 2016 s. 550).

Målet vid en induktion av en förlossning är att i så stor utsträckning som möjligt efterlikna en normal förlossningsstart. Detta uppnår man genom att skapa förutsättningar för att kvinnans cervix, främst ska bli mjuk och eftergivlig innan värkarbetet sätts igång (Ekman-Ordeberg, 2014 s. 485). Kvinnans cervix anses då vara mogen och detta är en av de viktigaste faktorerna för att förutspå hur god progress en induktion kommer få. Mognadsgraden bedöms vanligtvis genom ultraljud eller vaginalpalpation där kvinnans cervix bedöms efter öppningsgrad, utplåning, konsistens och position (Ekman-Ordeberg, 2014, s. 488). Denna bedömning sammantaget med barnets huvudposition bedöms enligt en skala kallad Bishopscore (SFOG, 2016). Det finns både mekaniska och farmakologiska induktionsmetoder för att starta en vaginal förlossning. I Sverige består för närvarande de medicinska metoderna av; prostaglandinderivat som påverkar mognaden på kvinnans cervix samt oxytocin som är ett värkstimulerande läkemedel som används i syfte att åstadkomma att livmodern drar ihop sig, uteruskontraktioner (SFOG, 2016). Mekaniska metoder innefattar ballongkateter som används för att påverka kvinnans cervix mognad genom att stimulera den endogena produktionen av prostaglandiner (Holzmann & Nordström, 2016 s. 553), hinnsvepning samt amniotomi (SFOG, 2016).

Överstimulering av livmodern med fosterpåverkan som följd är den vanligaste komplikationen vid induktioner (Ekman-Ordeberg, 2014, s. 489 samt s. 496). Enligt en holländsk studie av Zwart et al (2009) ökade risken för uterusruptur 3,6 gånger vid en förlossning startad genom induktion jämfört med en spontant startad förlossning (Zwart et al., 2009). Enligt Jonsson, Cnattingius & Wikström (2012) ökar risken för kejsarsnitt vid en planerad induktion i graviditetsvecka 37–41 hos en kvinna med en så kallad lågriskgraviditet, en graviditet utan komplikationer, i jämförelse med en kvinna med spontant startad förlossning. Detta i synnerhet om det krävs metoder för att påverka kvinnans mognadsgrad av cervix. De kunde även se att risken för kejsarsnitt var dubbelt så stor när förlossningen inducerades genom amniotomi. Risken ökade trefaldigt vid en induktion som startats genom behandling av kvinnans cervix för att åstadkomma en mognad. De riskfaktorer som sågs utöver induktionen var kvinnans ålder >35 år, födelsevikt på barnet >3990 g och användning av epiduralbedövning (Jonsson, Cnattingius & Wikström, 2012). Gülmezoglu, Crowther, Middleton & Heatley (2012) har utfört en studie som syftar till att undersöka om en förlossning som startat genom induktion, på grund av överburenhet, orsakar fler kejsarsnitt i jämförelse med en avvaktande handläggning, där man väntar tills att förlossningen startar spontant. Resultaten från denna studie visar att risken för kejsarsnitt, under dessa omständigheter, minskar bland de kvinnor som har inducerats (Gülmezoglu et al., 2012). I samma riktning pekar en dansk studie av Zizzo, Kirkegaard, Pinborg och Ulbjerg (2017). I denna studie kom man fram till att risken för kejsarsnitt och sugklocka blev oförändrad efter att antalet induktioner av förlossningar ökat. Denna ökning av förlossningar som startat genom induktion skedde i samband med att dansk förlossningsvård ändrade sina riktlinjer och rekommendationer för induktion vid överburenhet. Rekommendationen för induktion ändrades från graviditetsvecka 42 till graviditetsvecka 40–41 (Zizzo, Kirkegaard et al., 2017). Samma studie undersökte även förlossningsutfallet hos kvinnor

som genomgått en förlossning som startades genom tidig induktion jämfört med avvaktande handläggning eller induktion i v. 42+0. Resultatet visar en minskning av dödfödda barn från 0,9 promille till 0,5 promille samt en minskning av perinatal dödlighet med 1,3 promille till 0,8 promille (Zizzo et al., 2017). SWEPIS är en svensk studie under genomförande där man ur flera olika aspekter planerar utvärdera om det är bättre med en policy med tidig induktion (v. 41) jämfört med sen induktion (v. 42). Induktion i v. 42 är rekommendationen i Sverige idag för kvinnor med en lågrisk singelgraviditet och som gått över tiden för beräknad förlossning (Elden et al., 2016).

Förlossningsupplevelse

Enligt Nationalencyklopedin är en upplevelse något som man har upplevt, en händelse som man som person har varit med om. Ofta på något anmärkningsvärt sätt men även något som man uppfattar på ett känslomässigt plan, i motsatts till rationellt (NE).

En förlossningsupplevelse är en upplevelse som är svår att på ett objektivt sätt mäta (Waldenström, 2007, s. 142). En förlossning är en komplex händelse i livet, både för den som föder och för den partnern som närvarar. Förlossningsupplevelsen inrymmer subjektiva psykologiska och fysiologiska processer vilka påverkas av sociala-, miljö-, organisatoriska- och politiska sammanhang (Larkin, Begley & Devane, 2009). Detta visar sig till exempel i hur stort fokus upplevelsen av en förlossning får av den födande, av samhället men också i forskningen. Det är något som ser olika ut i förhållande till i vilken kontext förlossningen äger rum. Enligt avhandlingen *Ambivalenta upplevelser & mångtydiga berättelser - En etnologisk studie av barnafödande* av Nylund Skog (2002, s. 161) är det nu möjligt att i vår del av världen ha ett ökad focus på upplevelsen av förlossningen relaterat till att mödra- och barnadödligheten har minskat kraftigt. I de tider då dödligheten har varit högre har upplevelsen av förlossningen inte getts samma utrymme som den gör idag (Nylund Skog, 2002, s. 161). Idag möter den födande kvinnan en medikaliserad förlossningsvård och den graviditet och förlossning som på samma gång är något naturligt och vanligt och också något speciellt och unikt ses i vårdsystemet även som något som är ett medicinskt tillstånd som är förknippat med risker (Liljeroth, 2007, s. 65). Detta kan sättas i relation till tanken om att en individs sammanhang är avgörande för hur hon ser på det som hon upplever och har upplevt (Hauk et al., 2007). Enligt en studie av Hauk et al. (2007) visar detta sig bland annat genom att det är utfallet av förlossningen men också i synnerhet förväntningarna på förlossningsupplevelsen som påverkar känslan av upplevelsen. Trots förlossningsvårdens ökade medikalisering och teknikalisering förväntar sig de flesta kvinnor att de kommer att föda naturligt, vaginalt och att förlossningen ska bli en positiv livshändelse. Med tanke på den ökade andelen förlossningar som påbörjas med induktion och också andelen förlossningar som avslutas med kejsarsnitt betyder detta att många kvinnor inte uppnår sina förväntningar, vilket leder till en mer negativ förlossningsupplevelse med känslor av besvikelse och frustration som följd (Hauk et al., 2007). Detta visar sig även i en studie av Goodman et al. (2004) där det i de fall då förlossningsupplevelsen överensstämde med kvinnans förväntningar ledde till en signifikant positiv inverkan på upplevelsen och kvinnans syn på sin egen prestation under förlossningen (Goodman et al., 2004). Hauk et al., (2007) menar också att kvinnor vill så starkt uppnå en så positiv förlossningsupplevelse som möjligt att de

medvetet eller omedvetet försöker anpassa sina förväntningar. Detta kan ses i att kvinnorna i studien som fött barn tidigare hade färre förväntningar och en mer positiv upplevelse av förlossningen (Hauk et al., 2007).

En tidigare negativ förlossningsupplevelse var enligt en studie av Nilsson, Lundgren, Karlström, Hildingsson (2012) den viktigaste bidragande faktorn till att kvinnan upplevde svår rädsla, förlossningsrädsla, under graviditeten. En negativ förlossningsupplevelse kan leda till en känsla av misslyckande och att kvinnan ger sig själv skulden till varför förlossningen inte blev som hon hade tänkt sig. En negativ förlossningsupplevelse kan även påverka kvinnans självförtroende negativt (Nilsson et al., 2012). En tidigare negativ förlossningsupplevelse kan leda till att kvinnan vid nästkommande graviditet önskar att föda med kejsarsnitt eller väljer att avsluta graviditeten genom abort (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004). Att en förlossning som startat genom induktion kan ha en negativ inverkan på förlossningsupplevelsen är något som Hildingsson, Karlström & Nystedt (2011) har uppmärksammat i en kvantitativ enkätstudie som hade som syfte att bland annat jämföra kvinnors erfarenheter av induktion jämfört med kvinnors erfarenheter vid en förlossning som startat spontant.

En studie av Nilsson, Thorsell, Hertfelt-Wahn & Ekström (2013) visar att ett individualiserat och känslomässigt stöd ger de kvinnor som föder barn för första gången en ökad möjlighet för en positiv förlossningsupplevelse, även om förlossningen tagit lång tid eller blivit komplicerad. Att kvinnan får känna sig delaktig i beslut som tas runt henne och det ofödda barnet ökar också känslan av en positiv upplevelse (Nilsson et. al., 2013).

Stöd - barnmorskans betydelse och möjliga metoder

Enligt en Cochrane studie av Bohren, Hofmyer, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert (2017) som sammanställt studier om kontinuerligt stöd, födde kvinnor med professionellt kontinuerligt stöd, ett stöd som inte var ifrån kvinnans egna nätverk utan från en doula eller en barnmorska, i högre utsträckning spontant vaginalt och upplevde i högre utsträckning en positiv förlossning. Att ha en partner eller annan anhörig med som stöd under förlossningen visade sig vara bättre än inget stöd alls. Skillnaden mellan stödet från en partner och stödet från en doula eller barnmorska, visade sig vara kunskapen om stödjande och smärtlindrande åtgärder så som massage, bad, information och beröm. Som förlossningsvården ser ut idag, i stora delar av världen, styrs den av institutionella rutiner. Dessa rutiner kan påverka kvinnan negativt då kontinuiteten brister. Ett kontinuerligt stöd kan öka kvinnans känsla av kontroll och känslan av tillit till sin egen förmåga, att kunna föda (Bohren et. al., 2017).

Olika vårdteorier har utvecklats för att underlätta barnmorskans arbete med att arbeta evidensbaserat med stöd. En av dem som syftar till att stödja barnmorskan med att ge kvinnan en positiv och stärkande förlossningsupplevelse utifrån en kvinnocentrerad vård är utformad av Berg, Ólafsdóttir och Lundgren (2012). De har utvecklat en modell för vårdandet av kvinnor i förlossningsarbete. Det första området som modellen fokuserar på är en ömsesidig relation. Vilket innebär att det första barnmorskan måste

göra för att etablera en relation är att lära känna och förstå kvinnan och hennes partner. Vem kvinnan är och vilka behov hennes familj har. Ledord för att åstadkomma detta är närvaro, bekräftelse, tillgänglighet och delaktighet. Det andra området som definierats är en förlossningsfrämjande miljö som syftar till att stärka och stödja en normal förlossning utifrån situationen. Kvinnan och hennes partner ska ha en känsla av att äga rummet, känna sig avslappnade och närvarande. Denna miljö skapas genom ledorden lugn, tillit och säkerhet. Det tredje och sista området benämns grundad kunskap, vilken kännetecknas av att barnmorskans kunskap finns förankrad inom henne och att hon har kapacitet och kompetens för att använda den utifrån varje kvinnas unika behov. För att sammanfoga dessa olika delar krävs en balansgång som påverkar barnmorskans arbete utifrån rådande kultur, normer och vårdmiljö (Berg, Ólafsdóttir och Lundgren, 2012).

PROBLEMFORMULERING

Antalet induktioner har ökat stadigt de senaste åren och ny forskning relaterat till överburenhet och IUFD pekar på att induktionerna kommer att öka ytterligare. Det finns risker associerade med induktion av förlossning och kvantitativ forskning har visat att kvinnor vars förlossning startat genom induktion löper en ökad risk för en negativ förlossningsupplevelse. Eftersom en negativ förlossningsupplevelse kan komma att påverka kvinnan, barnet och hela familjen på sikt är det viktigt att kvinnornas egna upplevelser lyfts fram i ljuset. Det är viktig kunskap för de barnmorskor som i sitt dagliga arbete möter kvinnor vars förlossning ska eller har startats genom induktion för att möjliggöra att kvinnans upplevelse av förlossningen blir så bra som möjligt. En ökad förståelse för hur kvinnan upplever en *förlossning* som startats genom induktion, och inte enbart hur kvinnan upplever *induktionen*, är av stor betydelse för att kunna utveckla och förbättra förlossningsvården utifrån evidensbaserad kunskap.

SYFTE

Syftet är att beskriva kvinnors upplevelse av en förlossning som startats genom induktion.

METOD

Ansats

Då syftet med föreliggande studie är att beskriva upplevelser, här den födande kvinnans, har en kvalitativ metod med induktiv ansats använts. Informanterna har ombetts att skriva ner sina upplevelser av en förlossning som startat genom igångsättning. Kvalitativ metod valdes då det är en metod som stämde överens med studiens syfte om att beskriva en upplevelse. I användandet av kvalitativ forskning är målet att skapa en ökad förståelse för och identifiera ett fenomenens egenskaper och belysa de upplevda erfarenheter som informanterna delar med sig av (Henricson & Billhult, 2014, s. 132). Som analysmetod har kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2007) använts. En metod och ansats som rekommenderas då texter så som transkriberade intervjuer

eller skrivna berättelser ska analyseras (Elo & Kyngäs, 2007). Kvalitativ innehållsanalys används med syfte att uppnå en kondenserad beskrivning av ett innehåll t.ex., som i föreliggande studie, en skriven berättelse, med hjälp av kategorier som beskriver det analyserade fenomenet.

Urval och Deltagare

I studien tillämpades ett bekvämlighetsurval och ett strategiskt urval. Dels i författarnas bekantskapskrets och dels via det sociala mediet facebook där informationsbrevet (Bilaga 1) och inklusionskriterierna lades upp. De som anmälde intresse av att delta i studien och som uppfyllde inklusionskriterierna och på så vis hade erfarenhet av det fenomen som är i fokus i denna studie; den födande personens upplevelse av en förlossning som startats genom igångsättning, tillfrågades. Enligt Henricson och Billhult (2014, s.134) innebär ett strategiskt urval att de som deltar i studien bör skilja sig åt så att en variation i materialet kan uppstå. I föreliggande studie har författarna valt att eftersträva variation gällande orsaken till igångsättning och spridning var i Sverige informanterna är bosatta, för att öka studiens möjlighet till överförbarhet.

De informanter som har bidragit med sina upplevelser har en ålder på mellan 31 och 44 år, fyra av informanterna har ett barn och sju av informanterna har två barn. Informanterna har en spridning i landet från Malmö till Östersund. Orsakerna till igångsättningen var tidig vattenavgång utan värkar, vattenavgång med mekoniumfärgat fostervatten utan värkar, överburenhet > 2 veckor, stort barn i v. 38, maternell önskan relaterat till jobbig graviditet, tidigare förlossningsupplevelse och litet barn vid fullgången tid. Förlossningen som informanterna delger ägde rum mellan 2012 och 2016.

Inklusionskriterier

För att kunna delta i studien ska

- kvinnan kunna förstå och uttrycka sig på svenska i skrift
- ha fött barn för mellan 1 och 5 år sedan
- genomgått en förlossning som startats i fullgången tid, v. 38–42, genom induktion/igångsättning.

Exklusionskriterier

Det exklusionskriterie som sattes upp var

- Induktion på grund av IUFD.

Datainsamling

Datainsamlingen till föreliggande studie, där skrivna, självupplevda berättelser har analyserats, pågick mellan juli och augusti 2017. Arton stycken informanter tillfrågades personligen eller via sociala medier. Dessa arton erhöll information om studien, frågorna och samtyckesformulär via brev eller via e-post. Informanterna ombads att svara på den huvudsakliga frågan (se bilaga II) så ingående och detaljerat som möjligt för att kunna uppnå studiens syfte. De tilldelades ingen begränsning i antal sidor som svaret skulle presenteras. Av dessa arton svarade åtta stycken informanter inom utsatt

tid, två stycken via handskrivna brev och sex stycken via e-post och ytterligare tre stycken informanter svarade efter den påminnelse som skickades ut via e-post. Efter en första genomgång av dessa elva berättelser bedömde författarna att tillräckligt med material hade erhållits relaterat till den begränsade tid som fanns att analysera svaren.

Skrivna berättelser

Människors berättelser kommer ur och grundar sig i vår livssyn och vårt sätt att leva. Berättelserna formas av de människor vi mött och de händelser som varit avgörande i våra liv. De ger mening och förklaring till våra upplevelser (Olsson, Sörensen, 2008, ss. 86–87). I en skriven berättelse är det informantens erfarenheter, uppfattningar och upplevelser som sätts i fokus (Dahlberg, 1997, s. 106). När man använder sig av människors skrivna berättelser är det av vikt att informationen till informanten är så tydlig och välformulerad som möjligt då missförstånd över frågans innebörd inte kan tillrättaläggas eller kompletteras i efterhand, till skillnad ifrån situationen under en intervju där oklarheter kan tydliggöras (Olsson, Sörensen 2008, ss. 86–87; Dahlberg, 1997, s. 107; Dahlberg, Dahlberg, Nyström, 2008, s. 180). Skrivna berättelser ger en begränsad mängd information vilket i vissa avseenden kan vara önskvärt då kanske t.ex. en begränsning i tid för att utföra en viss studie finns (Dahlberg, 1997, s. 106). Men även i aspekter av att som författare inte vilja var inblandad i en dialog med informanten och på så vis kunna lämna informanten relativt ostörd med sina egna tankar och reflektioner och även opåverkad av en eventuell intervjuares mimik och följdfrågor (Dahlberg, Dahlberg & Nyström 2008, ss. 178–179; Dahlberg 2014. s. 82).

Dataanalys

För att analysera berättelserna användes kvalitativ innehållsanalys enligt Elo och Kyngäs (2007) med en induktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2007). Genom att använda sig av innehållsanalys kan data analyseras på ett systematiskt och replikerbart vis. Informanternas berättelser kan efter analysen bilda ett resultat som visar på ett fenomenets väsentliga innehåll på ett systematiskt sätt och bidra till ny kunskap inom det aktuella ämnet. Materialet i sin helhet delas upp i innehållsrelaterade kategorier som beskriver de olika delarna i det studerade fenomenet, som i detta fallet, upplevelsen av en förlossning som startades genom igångsättning. De olika kategorierna vävs sedan samman till det som bildar resultatet (Elo & Kyngäs, 2007). Analysen består av tre delmoment; fasen för förberedelse, organisering av det insamlade materialet och slutligen redogörelse för analysprocessen och resultatet av den samma. Inledningsvis valdes analysenhet som i den här studien representeras av kvinnors skrivna berättelser om sina upplevelser av en förlossning som startats genom igångsättning. Det insamlade materialet lästes noggrant igenom ett flertal gånger av båda författarna för att bli känd med dess innehåll och få en djupare förståelse för materialets helhet. Därefter startade arbetet med organisering av materialet genom att de meningsbärande enheterna som svarade mot syftet lyftes ut ur texten och skrevs ner i ett separat dokument. Efter denna del av analysen kunde ett flertal meningsbärande enheter skönjas. De meningsbärande enheterna jämfördes sedan med och mot varandra. Subkategorier kunde utifrån dessa jämförelser bildas och de meningsbärande enheter som hade något gemensamt tilldelades en subkategori. Det är av vikt att de meningsbärande enheterna inte är för

omfattande då svårigheter att analysera enheterna kan uppkomma då en text har flera olika innebörder (Elo & Kyngäs, 2007). Subkategorierna delades sedan vidare in i huvudkategorier som visar på de olika indelningar som informanterna själva valde att fokusera upplevelsen av förlossningen kring. Dessa huvudkategorier med subkategorier bildar resultatet. Exempel på analysarbetet kan ses i bilaga IV. Citat som svarar mot innehållet i subkategorien togs ut för att tydliggöra innehållet. Genom att använda *Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness* av Elo et al. (2014) som mall genom hela studien, från diskussion kring metod och val av deltagare vidare genom analysprocessen och avslutande i redogörelse av resultatet och rapportering av densamma har trovärdighet eftersträvat.

Förförståelse

För att minska risken för att den egna förförståelsen ska ha påverkan på både informanterna och analysarbetet är det enligt Dahlberg (2014, s. 81) av vikt att ha en öppen men tyglade inställning till det materialet som ska analyseras. Att, liksom Dahlberg och Segersten (2010, ss. 184–185) beskriver om vikten av att i mötet mellan vårdare och patient problematisera sin egen kunskap och vara öppen för det perspektiv som patienten vill förmedla, försöka att inte låta förförståelsen spegla sig i de frågor som tilldelas informanterna för att motverka att informanterna påverkas av forskarens förförståelse. Den förförståelse som vi som författare går in med i föreliggande studie grundar sig bland annat på de erfarenheter vi erhållit under VFU perioden på förlossningen. Den förförståelse som vi har gått in med kan ha påverkat både informanter och analysarbete, negativt på så vis att trots ansträngningar att ställa forskningsfrågan så neutralt som möjligt går det eventuellt att uppfatta vad vi har för inställning i frågan och därmed kan informanternas svar vara påverkade av frågornas nyans, positivt på så vis att den erfarenhet vi har i ämnet möjligen kan göra det lättare för oss att se innebörden av svaren. Det faktum att vi inte har träffat våra informanter under en intervjusituation och då genom vårt kroppsspråk eller genom den hierarkiska situation som kan råda under en intervju (Polit & Beck, 2017, s. 507) inte har kunnat påverka deras sätt att svara anser vi vara en styrka i resultatet. För att motverka påverkan ifrån vår förförståelse har vi tillsammans utfört analysen av materialet.

Etiska överväganden

Enligt lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS: 2003:460) ska forskare ansöka om etisk prövning då människor eller biologiskt material från människor ska studeras. Då denna studie är en studie på avancerad nivå inom en högskoleutbildning och sådana studier är undantagna i Lag 2003:460 har ingen formell etikprövning utförts. Etiska överväganden har gjorts utifrån Vetenskapsrådets krav på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (SFS: 2003:460). Deltagarna i studien har erhållit skriftlig information om studien via e-post eller brev. Information har givits om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och när som helst under studiens gång kunde avbrytas, att deltagarnas svar behandlas anonymt och information om hur författarna kan nås vid frågor (Bilaga I). Skriftligt samtycke har inhämtats ifrån samtliga deltagare. Deltagarna har svarat via e-post eller handskrivna brev, svaren har avkodats innan analyseringsprocessen påbörjades. Mejlen har efter utskrift raderats. Svaren har inte använts i annat syfte än till föreliggande studie.

RESULTAT

Efter analys av datamaterialet blev resultatet 10 underkategorier och 3 huvudkategorier som redovisas nedan.

| Underkategori | Huvudkategori |
|---|---|
| Inte fött på riktigt | Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning |
| Osäkerhet i vad som är bäst | |
| Föreställningarnas påverkan på upplevelsen | |
| Att känna sammandragningar | Att föda genererar många känslor |
| Effekterna av smärtlindrande åtgärder är åtskilliga | |
| Att ha eller inte ha kontroll | |
| Skilda känslor när barnet är fött | |
| Stödpersonens inverkan på upplevelsen | Bemötandet är centralt i upplevelsen av förlossningen. |
| Personalen har en central roll | |
| Information skapar delaktighet | |

Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning

Under analysen framkom att föreställningarna om vad det är att föda barn är hos kvinnorna många. De känner en osäkerhet över om förlossningen är som den borde vara relaterat till att den startats genom induktion och om de beslut som tas innan och i samband med förlossningen är de rätta. De jämför sina egna tankar och upplevelser av att föda med hjälp av induktion gentemot andras upplevelser av normalförlossning och gentemot de föreställningar de själva har om vad det är att föda barn och hur det borde kännas att föda barn.

Inte fött på riktigt

Kvinnorna gav olika uttryck för känslan av att inte ha fött på riktigt. De hade haft andra föreställningar om hur deras förlossning skulle bli; att den skulle starta spontant och avslutas vaginalt. De upplevde även att andra människor i deras närhet; familj, vänner, bekanta och barnmorskor inte såg det som att de fött på riktigt. Känslan av att inte ha fött på riktigt kändes samtidigt som lite förbjudet att känna då det var en känsla som de visste kunde komma upp i samband med att en förlossning avslutats med kejsarsnitt. Vissa uttryckte även att de kände sig som sämre föderskor än de som hade haft en normalförlossning, då de både hade blivit inducerade och att förlossningen sedan hade behövts avslutas med ett akut kejsarsnitt.

Jag känner mig lite sämre och inte riktigt som att jag varit med om hela upplevelsen som en förlossning innebär eftersom det först blev en igångsättning som sedan slutade i akut kejsarsnitt. (8)

Prestationen att föda barn förringades av dem själva med att det var fusk att bli inducerad och den känslan förstärktes ibland av andra som t.ex. av barnmorskan på mödravården som inte ansåg att det var nödvändigt att göra en vaginalundersökning på en av informanterna som förlösts med ett akut kejsarsnitt.

Att jag hade blivit igångsatt = fusk och förlöst med kejsarsnitt=fusk (5)

Osäkerhet i vad som är bäst

Flera av informanterna har innan förlossningen haft tankar och önsknings om en normalförlossning och beskriver en känsla av att inte vilja blanda sig i naturens processer. De uttryckte en osäkerhet och känsla av förvirring kring beslutet om induktion och ställde sig även efter förlossningen frågan om det var rätt beslut som tagits. En informant berättade om att hon hela graviditeten tänkt att hon absolut ville låta förlossningen börja av sig själv men sedan blev anledningen till att hon slutligen tackat ja till induktion en berättelse från en främmande person vars barn tagit skada av att bli överburen. En annan informant kände att det var hon själv som hade stått för beslutet om att välja induktion även fast det var på rekommendation av en läkare och efteråt ifrågasatte hon sitt eget beslut.

Det var känslor av förvirring över situationen och vad som hänt, men också kring vad jag borde känna och huruvida det var fel av mig att fatta beslut om igångsättning. En del av mig undrar om jag borde väntat tills det sattes igång naturligt. (8)

En del av kvinnorna hade även tankar om hur barnet kanske hade påverkats av att inte ha varit med om en förlossning som startats upp spontant. Det kom även upp tankar om ifall det kunde få mer långsiktiga konsekvenser för barnet då hen kommit till världen genom att "provoceras" fram.

Oron var mest att vi "då provocerar" ut honom, vilket jag inte är så okej med. (9)

Kvinnorna uttryckte en känsla av att inte längre kunna lita på sin kropp i denna onaturliga process som de upplevde att induktionen var. De uttryckte även en känsla av osäkerhet i om allt var normalt under förlossningens gång. Det framkom tankar om att förlossningssmärtan kanske upplevdes värre än hur andra, vars förlossning startat spontant, upplevde den för att kroppen inte var redo för förlossning utan blev forcerad att föda.

Under värkarbetets gång så formuleras en undran i mig om att min kropp kanske inte alls är redo för den här förlossningen, kanske skulle jag uppleva allt som mindre smärtsamt om inget liksom forcerades fram? (1)

Föreställningarnas påverkan på upplevelsen

Flertalet kvinnor kände en positiv förväntan inför induktionen, de såg framemot att äntligen få träffa sitt barn. De beskriver det som att det kändes högtidligt och stort och det fanns en positiv spänning inför det som nu skulle hända.

Stämningen var optimistisk, jag kände att jag var glad och redo att föda. Det kändes högtidligt på något sätt, att något fantastiskt ska hända och det är jag som ska få det att hända. (2)

Kvinnorna såg en fördel med induktionen och upplevde att de på så vis slapp att vara i latensfas i hemmet och den oron över att befinna sig i hemmet med värkar. De uttryckte att de tidigare i graviditeten känt en oro över att inte veta när det är dags att åka in till förlossningen. De förväntade sig att de inte skulle hinna in till förlossningen och kände oro för hur bilfärden dit skulle vara. Med en induktion upplevde de att de var i trygga händer från start.

Jag hade ju hört olika mindre bra erfarenheter som inte var en höjdare om förlossningar som startar hemma. Detta var en anledning till att jag kände det nu som en befrielse av att bli uppstartad. (9)

Några kvinnor kände tvärtom att det var synd att de missade en del av förlossningen som de fantiserat om hur det skulle vara och som de nu inte fick uppleva. Att vara hemma under latensfasen och skapa en mysig stämning.

...men kände mig snuvad på det där "förarbetet" hemma. När värkarna börjar, kolla på film, äta nåt gott osv som vi lärt oss på inspirationsföreläsningen. (6)

Kvinnorna hade olika förväntningar innan förlossningen beroende på vad de hade för tidigare erfarenheter, om de fött barn eller inte, gått i föräldragrupp eller hade många runt sig som fött barn. De kvinnor som fött barn tidigare beskrev att de innan förlossningen förväntade och oroade sig över att det skulle bli likadant som förra gången.

Jag var rätt orolig eftersom det var så fruktansvärt intensivt förra gången. (4)

Känslan av oro var hos en kvinna som tidigare upplevt en traumatisk förlossning så stor att den nu utgjorde orsaken till induktionen vid denna förlossningen.

Några av kvinnorna i studien kände sig väl förberedda innan förlossningen. De hade läst på mycket om förlossningar, lyssnat på poddar om förlossningar, gått förlossningsförberedande kurser och tränat andningstekniker. Dessa kvinnor beskrev en förvåning över att de egentligen inte hade en aning om hur det skulle bli. De uttryckte ord som chock och förvåning för vad de kände efter förlossningen när verkligheten inte motsvarade förväntningarna. Några av kvinnorna hade förberett sig, tillsammans med sin partner på några förväntade händelseförlopp och när de väl inträffade så kände de sig väl förberedda. Andra kvinnor berättade om att de innan förlossningen inte hade några föreställningar om hur det skulle bli eftersom det var en helt ny situation de befann sig i och de hade tillit till att personalen skulle guida dem genom förlossningen eller informera dem om ifall något avvikande inträffade.

Genomgående för kvinnorna i den föreliggande studien är att tankar om förlossningen, föreställningar och förväntningar har stor betydelse för hur kvinnorna ser på utfallet av förlossningen. Dock kan en förlossning som inte alls motsvarar förväntningarna ändå ge kvinnan en positiv förlossningsupplevelse.

I det stora hela så blev inget alls som jag tänkt men samtidigt så känner jag mig fantastiskt stärkt av denna förlossning. (1)

Att föda genererar många känslor

Att föda framkallar, hos kvinnorna i studien, många olika känslor. Känslor av bland annat smärta, rädsla, glädje och tacksamhet. I motsats till föregående kategori, "Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning" beskriver informanterna här i denna kategori hur det kändes att föda efter att förlossningen startats genom induktion.

Att känna sammandragningar

Kvinnornas upplevelse av sammandragningarna har stor variation. Både relaterat till att känslan av sammandragningarna under förlossningens gång ändrade karaktär men också relaterat till att de valde att berätta om olika delar av den förlossning som startat genom induktion. Upplevelsen av att sammandragningarna var mer smärtsamma på grund av induktionen fanns också beskrivna. Några kvinnor uttryckte att de hade

sammandragningar som de inte kände utan som endast sågs på CTG eller att sammandragningarna avstannade och inte hade haft någon effekt. Alla kvinnor i studien upplever någon gång under förlossningen sammandragningarna som smärtsamma eller outhärdliga. Flera av kvinnorna beskriver långa förlopp med många timmar av konstanta sammandragningar och utmattning.

Jag hade mycket ont, var trött och ledsen. (2)

Kvinnorna beskriver även väldigt snabba förlopp med endast kortare tid med sammandragningar och få krystvärkar innan barnet var ute. En del upplever sammandragningarna som uttröttande medans andra under sammandragningarna kände styrka och kraft.

Det var nästintill omöjligt att inte krysta redan från start och när jag väl fick krysta kändes det underbart! Jag var stark och fick äntligen ta i! Det kändes helt rätt. (6)

Effekterna av smärtlindrande åtgärder är åtskilliga

Flertalet av kvinnorna beskriver att de någon gång under förlossningen har använt sig av lustgas. Några av dessa kvinnor upplever att de blivit så hjälpta av lustgasen att de sedan kunnat arbeta mer koncentrerat. Andra beskriver det som att känna sig som i en dimma, att de fick panik eller blev illamående. De sammankopplar dessa känslor med användningen av lustgas.

Jag fick prova lustgas och tog den vid varje värk. Natten var en dimma. I efterhand fick jag minnesluckor, förmodligen pga lustgasen. (2)

Av de kvinnorna som beskriver att de använt lustgas valde flertalet att använda sig av ryggmärgsbedövning i ett senare skede av förlossningen. Två av kvinnorna upplevde att de fick vänta länge på att narkosläkaren skulle komma och lägga bedövningen och att den perioden under förlossningen var en smärtsam och jobbig väntan.

När det väl började ville jag få ryggmärgsbedövning, men narkosläkaren kunde inte komma, så det tog rätt många timmar innan jag kunde få sprutan, och det var väldigt jobbigt. (7)

Alla kvinnor som använde sig av ryggmärgsbedövningen upplevde att den hade någon form av lindring. Vissa beskriver känslan som himmelsk, andra känner sig plötsligt kapabla till att ta tag i förlossningen igen och kan koncentrera sig på andningen och känner sig närvarande.

Efter smärtlindring kommer jag dock tillbaka som från ett töcken och kan plötsligt närvara på ett helt annat sätt, jag kan jobba med andningen och får ett övertag. (1)

Varm dusch och massage är andra smärtlindrande åtgärder som kvinnorna har använt sig av men som beskrivs som något som hjälpte en kort stund. Av de kvinnor som beskriver att de har använt sig av olika andningstekniker, upplever alla att det inte varit tillräckligt som smärtlindring.

Att ha eller inte ha kontroll

Känslan av kontrollförlust beskrivs av kvinnorna i relation till att de befarar att något händer med barnet t.ex. när hjärtljuden går ner. Även beskrivningar av att förlora kontrollen i den meningen att man inte kan rå på skeendet eller inte vara delaktig i planeringen av induktionen eller av vad som ska ske i nästa steg under induktionen, uttrycks. Andra kontrollförluster är att inte minnas något eller att inte kunna föra sin egen talan.

En annan orsak till upplevelsen av att inte ha kontroll var ett snabbt och intensivt förlossningsförlopp. Flera informanter beskriver att känslan av att de inte hade kontroll uppkom först i efterhand när de började prata om och tänka tillbaka på förlossningen.

Däremot har jag mer och mer i efterhand kommit att uppleva förlossningen som väldigt intensiv och efteråt kändes det lite obehagligt att ha varit så helt utan kontroll. (3)

Kvinnorna beskriver också att de upplever sig ha kontroll och hur de själva känner att de styr delar av förlossningsförloppet.

Då vet jag att jag bara bestämde mig för att krysta konstant för att få ut ungen innan en doktor skulle behövas. (3)

Skilda känslor när barnet är fött

Den övergripande känslan som beskrivs efter att barnet fötts är lättnad av att det är över och tacksamhet över att allt har gått bra. Många av kvinnorna kände sig medtagna men att känslan när de får upp barnet på bröstet är lugn.

Men sekunden jag fick honom i min famn fick jag som ett lugn över mig och en känsla av att han mår bra. Allt är lugnt. (6)

En kvinna som varit på operation efter förlossningen och 2,5 timma senare får hålla sitt barn beskriver att det sprider sig ett lugn i kroppen och att hon slutar att darra. En annan kvinna känner sig så trött och omtumlad efter kejsarsnittet att hon inte orkade se på sitt barn.

På uppvaket var jag så trött och omtumlad att när de frågade om jag ville se mitt barn sa jag först nej, jag orkade helt enkelt inte utan behövde vila lite till. (7)

En kvinna upplever stor glädje i att denna gång få dela "grattisbrickan" tillsammans med sin stödperson och få ha det nyfödda barnet nära sig då hon förra förlossningen hade blivit opererad direkt efteråt och missat den stunden.

Några upplever att de har känt sig borta och inte minns så mycket av det som hände när barnet har kommit ut. En känsla av överklighet är något som infinner sig hos vissa av kvinnorna och andra beskriver upplevelsen när barnet kommit ut som förlösande.

...min dotter liksom skjuts ur mig som en hal säl med världens fart (känns det som), jag börjar gapskratta. Det är så otroligt galet och ordagrant förlösande alltihop. Jag hör henne skrika direkt. (1)

Bemötandet är centralt för upplevelsen av förlossningen

Bemötandet från de människor som finns runt kvinnan under en förlossning som startat genom induktion har inverkan på och är en del av hennes upplevelse av densamma. Mycket av det som kvinnorna erfar under förlossningen reflekteras genom det bemötande som de har upplevt. Stöd, bristen på stöd, information och bristen på information är något som de upplever parallellt med upplevelsen av induktionen, sammandragningarna och smärtan. Att känna av närvaron eller frånvaron av någon, att känna sig delaktig eller förbisedd har betydelse för känslan av trygghet och kontroll över situationen. Speciellt i relation till att tiden de har varit på förlossningen överlag är längre än vid en normalförlossning.

Stödpersonens inverkan på upplevelsen

Samtliga kvinnor i studien har haft stödpersoner, en eller flera, en vän eller en partner närvarande under tiden på förlossningen. Kvinnorna beskriver hur stödpersonen spelar en viktig roll för hur upplevelsen av förlossningen som startat genom induktion har varit. Vissa beskriver hur stödpersonen är den som får dem att känna sig trygga under induktionen och förlossningen trots all den smärta och obehag som de upplever. Även om de inte i detalj minns vad det var som stödpersonen gjorde som fick dem att känna den tryggheten så kände de med tydlighet av deras närvaro. De beskriver hur de känner att de är i ett team med sin stödperson och att förlossningen inte är något som de är ensamma om att gå igenom utan de har någon vid sin sida som peppar dem att orka fortsätta, ser till att de får i sig vätska och masserar eller på andra sätt försöker lindra smärtan.

...och min fru och jag var ett sammansvetsat team. Den delen var underbar... (6)

Kvinnorna upplever också att de i vissa situationer egentligen själva känner sig trygga men upplever stödpersonen som orolig och att de blir påverkade av detta och i förlängningen själva blir oroliga.

Personalen har en central roll

Upplevelsen av personalen har en central roll i samtliga av informanternas upplevelse av induktionen och förlossningen. Personalen är ofta barnmorskor, undersköterskor och studenter men då det är en förlossning som startat genom induktion även ofta läkare. Flertalet av kvinnorna har under förlossningens gång mött många olika skift med personal, vissa upplever de att de kommer bra överens med och de känner att de får ett bra stöd. De beskriver hur de upplever en del av personalen vid en första anblick som moderlig, lättsam, mogen eller trygg. De berättar om upplevelsen av personalens bemötande gentemot dem själva med beskrivande ord som varma eller lugna.

En del av den personal som kvinnorna har mött upplevs som mycket professionell och medicinskt kompetent. Informanterna beskriver att de känner tilltro och trygghet i att vara i goda händer under induktionen och förlossningen.

Kvinnorna beskriver personalens stöd som något som bär dem genom induktionen, sammandragningarna och smärtan. Att förlossningen, tack vare personalens stöd, blir en upplevelse som de beskriver som lugn och trygg och att personalen är måna om att upplevelsen av förlossningen ska bli så bra som möjligt och att de önsknings som kvinnorna muntligt uttrycker eller har skrivit om i sitt förlossningsbrev ska uppfyllas i så stor utsträckning som möjligt.

...alla inblandade under graviditeten samt förlossningen har agerat precis på det sättet JAG bett om. (10)

Att personalen läste av situationen och gav förslag på vad nästa steg borde vara upplevdes som en trygghet. Att ha någon som varsamt och inkännande styrde dem vidare i förlossningen de stunder då kvinnorna kände att de inte visste vad de skulle göra eller hur de skulle förhålla kändes som en positiv upplevelse. Flera av kvinnorna uttrycker att det var skönt när någon ur personalen gav förslag på hur de skulle andas eller vilken ställning eller smärtlindring de skulle prova och att de inte bara blev tillfrågade om vad de själva ville då det i stunden var svårt att ta egna beslut eller veta vad som var bäst både för dem själva men också för barnet.

På förmiddagen efter natten och sammanbrottet kom en sköterska som faktiskt gav konkreta förslag. Jag fick akupunktur och hon gav mig olika förslag på ställningar att sitta och involverade min partner i olika övningar. Det kändes väldigt skönt att få en trygg hand som frågade, kände in och lyssnade. Vid ett tillfälle frågade hon mig om jag ville att hon skulle stanna i rummet en stund. (8)

Kvinnorna upplever också viss personal som stressad och inkompetent. Några av kvinnorna upplever att personalen inte tar deras smärta eller oro på allvar och att de blir bemötta med nonchalans.

Vi påkallar barnmorskan som inte tog mig riktigt på allvar. När jag en stund senare kräktes och vi ringde på henne igen, så blev det bråttom. Barnet var på väg. (11)

De beskriver hur de kände att de ville be om att få byta personal men inte gjorde det, dels för att de visste att det snart kommer ett nytt skift men också för att de inte orkade. Kvinnorna beskriver känslan av brist på stöd från personalen, att de kände sig utelämnade och besvärliga. Hur personalen bemöter varandra med blickar och för samtal i bakgrunden påverkar kvinnornas upplevelse av förlossningen negativt och leder till oro och funderingar. Kvinnorna upplever även vilket humör som den personal de möter eller pratar med i telefon upplevs ha så som barsk, irriterad eller trött.

Vi möttes av en något barsk barnmorska... (2)

Några av kvinnorna beskriver personalens sätt att ta i dem rent fysiskt, under undersökningar eller då någon akut situation uppstår, som att de är hårdhänta eller sliter

och drar. De upplever att de blir behandlade som om de bara var en kropp och som om de inte hade några känslor.

En sköterska genomförde undersökningar för kontroll av öppenheten och jag grät av smärta för att det var så plågsamt, men fick som respons att det så svårt att föda barn. (8)

Information skapar delaktighet

Att vara välinformerad och känna sig delaktig i de beslut som ska tas upplevs av kvinnorna som mycket viktigt för att känna trygghet under förlossningen. Att få kontinuerlig information om vad och varför personalen gör som de gör och hur de tänker och vilka eventuella risker induktionen och andra ingrepp för med sig upplevs av informanterna som något som ger trygghet och gör dem lugna även i situationer som kan upplevas som stressiga. Flera av informanterna beskriver hur de när de är på väg till förlossningen inte vet vad som nu ska ske. Kommer jag att bli igångsatt idag eller vad är planen nu? Vad ska jag ha med mig till förlossningen? Hur lång tid kommer induktionen att pågå? Bristen på information och att inte veta vad de kan förvänta sig gör upplevelsen något otrygg.

Jag upplevde dock informationen ganska vag, inte just den tekniska om hur det kunde gå till, utan den logistiska. Var tiden BOKAD eller var det en tid bokad för UNDERSÖKNING? När jag körde in till förlossningen visste jag ärligt talat inte riktigt om jag åkte dit för att bli igångsatt eller undersökt för eventuell igångsättning. Det kanske är så? Att man inte vet det? (5)

Några av kvinnorna upplevde att beslut togs ovanför deras huvud och att de inte bjöds in till diskussion om eventuella lösningar. De upplevde att de inte fick någon information och att de inte visste vad nästa steg i förlossningen var. Detta ledde till bristande tillit till personalen och oro att allt kanske inte var som det skulle, att barnet kanske månne dåligt eller att förlossningen var onormal.

...då kände jag mig extremt ensam och ledsen och rädd och orolig, och då fick jag ingen information, jag minns det som att vi inte riktigt visste vad som skulle hända och att det inte fanns någon personal tillgänglig då. (7)

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att säkra trovärdighet i föreliggande studie har en checklista utformad av Elo et al. (2014) använts genom hela processen, från den förberedande fasen genom organiseringsfasen och vidare i redovisningen av resultatet. Checklistan bygger på frågor som forskare kan använda sig av för att tydligt reflektera över vilka metoder och strategier som är lämpligast att använda för att få svar på studiens syfte (Elo et al., 2014).

Syftet med föreliggande studie var att beskriva upplevelser; kvinnors upplevelser av en förlossning som startat genom induktion. Kvalitativ metod valdes utifrån att det är en metod väl förenlig med studiens syfte att beskriva en upplevelse (Dahlberg, 2014, s. 20). Innehållsanalys med induktiv ansats rekommenderas bland annat då det finns ingen eller måttligt med tidigare studier inom ett område (Elo & Kyngäs, 2007). Det finns ett flertal kvantitativa studier som undersökt kvinnors upplevelse av själva *induktionen*. Däribland svensk forskning som med kvantitativ metod jämfört kvinnors erfarenheter av induktion med spontant startad förlossning (Hildingsson, Karlström & Nystedt, 2011). Däremot är det få kvalitativa studier som har kvinnors upplevelse av själva *förlossningen* som startats genom induktion i fokus.

Att använda skrivna berättelser grundar sig i olika anledningar från författarnas sida, dels är skrivna berättelser skrivna av någon annan och tid behöver inte läggas på intervjuer och transkribering och på så vis kan mer tid ägnas åt analysen, dels önskade författarna en variation om var i landet informanterna hade fött barn för att öka variationen i urvalet och på så vis tillförlitligheten samt överförbarheten i resultatet. Telefonintervjuer hade kunnat vara en möjlighet för att uppnå samma variation i urval men då det finns en fördel med att låta informanterna beskriva sin upplevelse utan yttre påverkan från författarna valdes denna form av data (Lundman & Hällgren Granheim, 2012, s. 198). Enligt Lundman & Hällgren Granheim (2012, s. 198) ökar en studies *giltighet* om informanterna ges möjlighet att fritt få reflektera över och delge sin upplevelse. I föreliggande studie har informanterna erhållit fem bakgrundsfrågor och en huvudfråga (Bilaga II) via brev eller e-post och sedan fritt fått tolka frågans innebörd och beskriva sin upplevelse. Detta ökar studiens *giltighet*. Då inte någon av författarna till denna studie var närvarande när informanterna skrev ner sina svar har även påverkan från författarna minskat. Enligt Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 178) påverkar dock forskaren alltid informanten på något plan. Det är författarna till denna studie som tagit kontakt med informanterna, utformat informationsbrevet (Bilaga I) och formulerat studiens frågor (Bilaga II). Möjligen kan författarna ha förmedlat den förförståelse som ligger till grund för studien och detta kan ha påverkat informanternas svar och på så vis även studiens resultat. För att minska risken att förförståelse skulle påverka informanterna diskuterades informationsbrevet och frågornas utformning med handledaren.

Under faser av insamling av material tillfrågades inledningsvis kvinnor i författarnas bekantskapskrets om de hade erfarenhet av en förlossning som startat genom induktion. Med detta bekvämlighetsurval hittades tre informanter med liten geografisk spridning men i stor variation rörande anledningen till induktion. För att få tillgång till fler upplevelser av fenomenet valde författarna att använda sig av sociala medier och genom ett strategiskt urval erhålla större geografisk spridning bland informanterna vilket kan stärka *giltigheten* i en studie.

Inklusionskriterier utformades utifrån studiens syfte och utifrån författarnas språkliga kunskaper. En avgränsning i när förlossningen som startat med induktion skulle ha skett utformades. Dels relaterat till att forskning visar på att förlossningsupplevelsen ändras över tid och är mer nyanserad efter tio månader än efter två månader (Waldenström, 2003) men även relaterat till att informanterna inte skulle ha träffat någon av författarna under den förlossning som de berättar om. Det sattes en avgränsning på 5 år sedan

induktionen skedde för att minnet av förlossningen inte skulle ha påverkats i för hög grad.

Att informanterna skulle kunna uttrycka sig i skrift kan ha påverkat resultatet negativt relaterat till att vissa kanske kan uppleva svårigheter i att uttrycka sig beskrivande i skrift. Det fanns en variation över hur mycket informanterna skrivit och hur detaljrika berättelserna var men alla berättelser svarade upp mot studiens syfte. Troligen hade en ökad möjlighet för läsaren (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012, s. 198) att bedöma om studiens *överförbarhet* uppnåtts om även andra metoder för att samla in data, så som intervjuer, hade använts. Detta gäller även begränsningen i att berättelserna skulle vara skrivna på svenska. Om informanterna getts möjlighet att skriva på andra språk hade en ökad variation i resultatet kunnat uppnås.

Studien hade även ytterligare ett inklusionskriterium som blev tydligt först efter att informationsbrev skickats ut och det var kriteriet; kvinna. Genom att uttryckligen efterfråga kvinnors upplevelser har människor som har erfarenhet av fenomenet men som inte identifierar sig som kvinnor inte fått delge sin upplevelse. Detta är en begränsning i studiens möjlighet till *överförbarhet*. Vi upplever även en begränsning i utformningen av studiens syfte då syftet är beskrivet utifrån en heteronormativ kontext. Kvinnans upplevelse av en förlossning som startats genom induktion är det som efterfrågas. I en kvinnlig samkönad relation skulle det således även kunna vara partnerns upplevelse som efterfrågas. I studien medverkar informanter som lever i samkönade relationer, dessa har svarat mot studiens syfte och har erfarenhet av fenomenet som är i fokus, detta ses som en styrka i variation. Ett förtydligande har gjorts av författarna vid utlämnandet av informationsbrevet att det är upplevelsen som den födande kvinnan i relationen erfarit som efterfrågas. Syftet är heteronormativt formulerat och det är enligt författarna en bristfällighet.

Vilken socioekonomisk bakgrund informanten har i föreliggande studie har inte efterfrågats. Detta kan ses som en nackdel då variation i socioekonomisk bakgrund är att önska för att öka läsarens möjlighet att ta ställning till studiens *överförbarhet*.

Under analysen har författarna diskuterat materialet och analysprocessen utförligt med varandra vilket enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2012, ss. 197) är att föredra för att öka resultatets *tillförlitlighet*. Författarna har tillsammans tagit fram och kondenserat de meningsbärande enheterna men sedan var och en för sig utformat huvud- och subkategorier för att få en känsla för om materialet gick att tolka på flera olika sätt. Författarnas kategorier visade sig i hög grad överensstämmande och efter ytterligare diskussion kom författarna tillsammans fram till de kategorier som bildar resultatet. Dock är författarna ovana vid att använda innehållsanalys och någon handledning under analysprocessen och i presentationen av resultatet har inte varit möjlig så misstag kan ha begåtts och studiens *tillförlitlighet* kan i och med detta ha begränsats.

Alla informanterna har besvarat huvudfrågan genom att i olika grad beröra tiden innan förlossningen och hur de kände efter förlossningen. Informanternas definition av upplevelsen av en *förlossning* styr resultatet. Att vi som författare inte har tagit hänsyn till någon obstetrisk definition utan förbehållslöst analyserat materialet ses som en

styrka då informantens egen definition av sin upplevelse av vad en förlossning är, på så sätt lyfts fram.

Resultatdiskussion

Syftet med föreliggande studie var att undersöka kvinnors upplevelser av en förlossning som startades genom induktion. Elva skrivna berättelser av kvinnor med denna erfarenhet samlades in och i resultatet redovisas de tre huvudkategorier som beskriver deras upplevelse. *Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning*, *Att föda genererar många känslor*, och *Bemötandet är centralt i upplevelsen av förlossningen*. Resultatdiskussionen kommer att utgå från dessa huvudkategorier.

Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning

I föreliggande studie framkommer att förväntningar och föreställningar inför den förestående induktionen och förlossningen har betydelse för hur kvinnorna upplevt sin förlossning. Många hade positiva förväntningar innan förlossningen men uttryckte stor förvåning när verkligheten inte motsvarade förväntningarna. Flera av kvinnorna såg det som en fördel att bli inducerade på grund av att det kändes tryggt att vara på sjukhus även under latensfasen. De beskriver att det kändes tryggt att bli omhändertagen på plats redan från början. Dock upplever författarna till föreliggande studie att det i svensk förlossningsvård idag är så att en barnmorska har ansvar för flera födande kvinnor samtidigt och det måste då bli de kvinnor som är i aktivt förlossningsarbete som blir prioriterade tidsmässigt. Av den anledningen finns risk att kvinnans förväntningar på personalens stöd under induktionen och latensfasen blir en besvikelse. Således kan en känsla av bristande stöd från barnmorskan upplevas under induktion och latensfas där kvinnan hade förväntningar om att få ett tryggt omhändertagande och hög närvaro från start. Kvinnorna beskriver att trots att de förberett sig noga inför förlossningen så känner de sig förvånade när det inte blev som de förväntat sig. Denna känsla bekräftas i en svensk, longitudinell studie av Hildingsson (2015) där syftet var att ta reda på hur kvinnors förväntningar inför förlossningen uppfylldes. Kvinnorna i studien fick besvara fyra frågeformulär. Det första formuläret besvarades i mitten av graviditeten och det sista ett år efter förlossningen. Studien visade att det fanns en signifikant skillnad i förväntningarna på barnmorskans stöd och de erfarenheter som kvinnorna sedan fick uppleva vid förlossningen. Studien visade också att om förväntningarna inte uppnåddes eller blev värre än förväntade så var det kopplat till en sämre förlossningsupplevelse i stort (Hildingsson, 2015). Författarna till föreliggande studie menar att vikten av fortlöpande information till kvinnan och hennes partner under förlossningen inte nog kan understrykas men det är även viktigt att de innan induktionen påbörjas erhåller korrekt information för att motverka orealistiska förväntningar. Kvantitativa studier visar att kvinnor som blivit inducerade inte är lika nöjda med sin förlossningsupplevelse jämfört med kvinnor som upplevt en spontant startad förlossning (Shetty, Burt, Rice & Templeton, 2005; Hildingsson, Karlström & Nystedt, 2011). Möjligtvis kan det finnas en samverkan mellan att bristande information leder till orealistiska förväntningar som i sin tur påverkar upplevelsen av förlossningen.

Tilliten till den egna kroppens förmåga visade sig, hos några av kvinnorna, svikta när sjukvården gick in och påverkade den naturliga förlossningsprocessen genom att starta förlossningen på mekanisk eller farmakologisk väg. Kvinnorna ifrågasatte huruvida de kunde lita på att det som hände med kroppen var normalt. De ifrågasatte smärtan och upplevde att de hade mer ont på grund av den "forcerade" processen. En svensk enkätstudie av Hildingsson, Karlström & Nystedt, (2011) visade på att kvinnor vars förlossning startat genom induktion i högre utsträckning använde sig av epiduralbedövning (EDA) och hade en lägre användning av bad och dusch som smärtlindring än de kvinnor vars förlossning startat spontant. Dock rapporterades ingen skillnad i smärtans intensitet mellan de två grupperna. En anledning till varför kvinnorna använde EDA i högre utsträckning kan förklaras med att förlossningen som startats genom induktion mer upplevs som en medicinsk händelse jämfört med en spontant startad förlossning (Hildingsson, Karlström & Nystedt, 2011). Användandet av smärtlindring användes signifikant mindre hos kvinnor med spontan startad förlossning i en jämförande studie gjord av Hermus et. al. (2009). Kvinnorna uttryckte en ambivalens om de skulle genomgå induktionen eller inte. De kände en osäkerhet om det var rätt att lägga sig i naturens egen process och vilka konsekvenser det kunde ha för förloppet och för barnet. Få kvinnor *nämnde* att de hade ett val. En slutsats som kan dras av det är att de kanske inte *upplevde* att de hade något val. Enligt en doktorsavhandling från University of Michigan av Moore (2012) så hade kvinnorna i den studien svårigheter med att identifiera riskerna som en induktion kan föra med sig. De var medvetna om att det fanns risker med proceduren men de tonade ner sannolikheten att just de skulle drabbas av en komplikation kopplad till induktionen. De uppgav att de hade svårt att veta vad de skulle ställa för frågor till läkaren. Istället för att diskutera risker och komplikationer med läkaren så fokuserade de på hur spännande det skulle bli att få träffa sitt barn och på lättnaden av att få slippa obehaget av graviditeten och oron. Det i kombination med att läkarens information om att barnets säkerhet stod i fokus ansåg Moore (2012) utgjorde anledningen till att kvinnorna valde induktion (Moore, J, 2012).

Kvinnorna i föreliggande studie uttryckte tankar om att förlossningen inte var giltig på grund av att den inte startat spontant och dessa tankar förstärktes ytterligare om den kom att avslutas med kejsarsnitt. Denna känsla av ogiltighet kan komma ur en känsla av att den naturliga förlossningen har en högre status då kvinnorna beskrev att de kände sig sämre, som att de inte klarat av att prestera lika bra som andra. De uttryckte även att det kändes som fusk att bli inducerad och genomgå kejsarsnitt. De beskrev att det var en känsla som de visste kunde uppkomma efter en induktion eller ett kejsarsnitt och kände då ännu mer att de inte ville känna just så. Detta kan möjligtvis ses i likhet med den komplexitet som finns kring kroppar och känslor; "kroppen både upplevs och levs i" (Oinas & Ahlbeck-Rehn, 2007, s.12). Å ena sidan upplever kvinnan en känsla av "fusk", å andra sidan ser hon den känslan som en del av en kollektiv känsla och då uppkommer en ovilja över att känna något som hon upplever förväntas av henne. Berg (2005) menar att det är högst betydande att barnmorskan bekräftar kvinnans förlossningsupplevelse som viktig och unik och att hon betonar det normala i processen hur onormalt förloppet än har varit. Hon har utformat en modell rörande det genuint vårdande av det genuina. Där ett balanserande av naturligt och medicinskt perspektiv är en av grundpelarna i vårdandet av kvinnor med ökad risk (Berg, M., 2005).

Att föda genererar många känslor

Kontrollförlust var en av de känslor som kvinnorna i föreliggande studie beskrev. Mest i relation till oro över barnet men även över att inte kunna vara delaktig i planeringen av sin vård. Att föda barn är en central händelse i livet och det är med sin egen kropp kvinnan får det att hända (Lundgren, 2010, s. 123–124). Författarna menar att beslutet om induktion kan ge kvinnan en känsla av att förlossningen blir mer kontrollerbar, att den är en medicinsk intervention som kan mätas och styras av läkare och barnmorskor. Denna föreställning skulle kunna skapa orealistiska förväntningar som kan orsaka en större känsla av kontrollförlust under förlossningen än för kvinnor som genomgår en normalförlossning. Författarna i föreliggande studie menar även att känslan för kvinnor när de upplever att de själva inte är den som styr rodret, kan säkerligen vara en stor rädsla. Speciellt då vi upplever att vi annars i samhället kan kontrollera det mesta och invaggas därför i tron att allt vi inte kan kontrollera är farligt. Detta kan ha negativa effekter för kvinnans förlossningsupplevelse i efterhand men det skulle även kunna vara nyckeln till en stärkande faktor då kvinnorna i den föreliggande studien även beskrev känslan av att ta tillbaka kontrollen och påverka förloppet genom sin egen styrka och beslutsamhet. Enligt Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Rådestad (2004) är kontrollförlust en tungt vägande riskfaktor för en negativ förlossningsupplevelse och i deras studie framkom att rädslan bestod i både fysisk och psykisk kontrollförlust. Både på grund av smärta men även på grund av oro över att barnet inte skulle vara friskt, att kvinnan själv skulle få bristningar eller dö eller att hon inte skulle kunna kontrollera sig själv och få panik och börja skrika. Det fanns även en rädsla över att inte få stöd från barnmorskan (Waldenstrom et al., 2004). Goodman, Mackey & Tavakoli (2004) kom i sin studie fram till att känslan av att ha personlig kontroll under förlossningen är en starkt bidragande faktor för en positiv förlossningsupplevelse. Genom att hjälpa kvinnor att öka känslan av personlig kontroll kan förutsättningarna för en positiv förlossningsupplevelse öka. En positiv förlossningsupplevelse ökar förstföderskors självförtroende och leder till positiva förväntningar inför framtida förlossningar. Eventuellt leder detta ökade självförtroende även till en ökad känsla av trygghet i relation till det nyfödda barnet. Att upplevelsen av en förlossning är flerdimensionell där negativa känslor existerar samtidigt som positiva visar sig genom att kvinnor kan skatta sin upplevelse som positiv även då de upplevt en svår smärta (Goodman, Mackey & Tavakoli, 2004).

Det fanns en tendens hos kvinnorna att relatera till induktionen när något i förloppet frångick det normala, tex när EDA'n inte tog. Det kan tolkas som en underliggande oro som är orsakad av induktionen. Dessa fynd styrks av Hildingsson, Karlström & Nystedt (2011) som i sin kvantitativa enkätstudie jämfört inducerade kvinnor med dem vars förlossning startat spontant. De upptäckte att de kvinnor som blivit inducerade i högre utsträckning kände ett hot mot barnets liv under förlossningen. Författarna till den studien menade att detta eventuellt kunde förklaras med att orsakerna till induktionen ofta var förenade med risker för barnet.

Bemötandet är centralt i upplevelsen av förlossningen

Samtliga kvinnor i föreliggande studie hade en stödperson närvarande under sin förlossning. Det upplevs av författarna som en norm i Sverige att partnern är närvarande vid förlossningen och kanske blir stödpersonen än viktigare när förlossningen startas genom induktion eftersom tiden på förlossningsavdelningen oftare blir längre på grund av tiden det tar för kvinnans cervix att mogna. Dock kan enligt Franx, Bruinse & Reuwer (2009, s. 136) stödpersonens förmåga att ge stöd variera. Kvinnorna i den föreliggande studien hade svårt att definiera anledningen varför men de upplevde alla en trygghet med att ha stödpersonen närvarande. Detta kan innebära att det är själva närvaron av stödpersonen som utgör trygghetsfaktorn och inte vad hen gör som är avgörande. I föreliggande studie framkommer att i de fall kvinnan känner trygghet och samhörighet med partnern kan det leda till inte enbart en positiv förlossningsupplevelse utan även en teamkänsla som kan vara med och bygga en bra start för den nya familjen. Här kan barnmorskan ha en viktig roll för att främja relationen och skapa förutsättningar för partnern att utgöra ett bra stöd för kvinnan. Detta bekräftas av Premberg, Carlsson, Hellström & Berg (2011) vars studie visar att partnern kan behöva bli sedd och få stöd i sin roll som blivande förälder och i sin stödjande roll för kvinnan. Partnern är den som känner kvinnan bäst och är en viktig, stödjande roll och är en tillgång även för barnmorskan (Premberg et. al., 2011). Detta kan kanske göras genom att inkludera stödpersonen i information och ge hen verktyg för att kunna stödja kvinnan till exempel genom andning, massage och avslappning. Franx, Bruinse & Reuwer (2009, s. 136) menar att en partner eller familjemedlem kan delta i förlossningen med anledning av att få dela upplevelsen snarare än att ge stöd åt kvinnan. I de fall relationen mellan kvinnan och stödpersonen är bristfällig får det konsekvenser för upplevelsen hos den födande. Även i de fall det finns en stark, kärleksfull relation mellan kvinnan och hennes partner kan det få negativa effekter på förlossningsupplevelsen om stödpersonen känner maktlöshet och lider i samma utsträckning som den födande kvinnan vilket kan underminera kvinnans förmåga att hantera sammandragningarna och förlossningen (Franx, Bruinse & Reuwer, 2009, s. 136). En barnmorska som tydligt guidar och stödjer under induktionen och förlossningen kan underlätta för att skapa det teamarbete som krävs runtom och tillsammans med den födande kvinnan.

Då kvinnorna i den föreliggande studien har fått en öppen fråga att svara på har de själva fått välja vad de tycker är centralt i sin förlossningsupplevelse. Det som kvinnorna har lagt störst fokus på i sina berättelser är upplevelsen av bemötandet hos personalen. Det visar hur oerhört viktigt och avgörande för förlossningsupplevelsen personalens bemötande kan vara. Kvinnorna redogjorde för olika bemötande både positiva och negativa och vilka känslor det väckte hos dem. På grund av att induktionen och förlossningen i många fall tagit lång tid så har kvinnorna mött många olika personal. Det är främst beskrivningar om barnmorskor men även läkare, undersköterskor och barnmorskestudenter. Vid de tillfällen kvinnorna bemötts med värme och lugn så skapar det en god relation med personalen och när de upplevt att personalen är professionell och har haft en tydlig teoretisk förankring så känner de sig i trygga händer. Författarna menar att induktionen som är en medicinsk händelse tenderar att öka kvinnans krav på att barnmorskan är kunnig och kan leverera information som visar på att hon är medicinskt kompetent. Dahlberg et al. (2016) fann i sin studie att de viktigaste aspekterna för en positiv förlossningsupplevelse var kontinuerlig närvaro och stöd. Barnmorskans närvaro i rummet stod för trygghet i en oförutsägbar miljö. Men det

var inte enbart en fysisk närvaro som uppskattades utan när barnmorskan var mentalt närvarande så kunde hon vara uppmärksam på kvinnans behov och de uttryckte även att atmosfären som barnmorskan bidrog till i rummet var viktig för att de skulle kunna utveckla en trovärdig och trygg relation (Dahlberg et al. 2016). Kvinnorna i den föreliggande studien gav uttryck för detta när de uppskattade att barnmorskan inte enbart frågade hur de ville ha det angående smärtlindring, förlossningsställningar eller hur induktionen framskred utan såg kvinnan som en unik individ och var uppmärksam på hennes behov. Då upplevdes det som att barnmorskan varsamt ledde dem vidare genom att ge förslag i en stund där det kändes svårt att ta egna beslut eller veta vad som var bäst för dem själva eller barnet. Författarna till föreliggande studie menar att förutsättningarna för att kunna erbjuda detta inkännande stöd till kvinnorna är en närvaro där barnmorskan inte bara är fysiskt närvarande utan även mentalt. När kvinnorna beskriver bra bemötande från barnmorskan som skapat bra villkor för födandet så är det ofta trygghet och lugn som är centrala ord. Är barnmorskan kapabel att skapa en lugn atmosfär runt kvinnan så skapas bättre förutsättningar för en positiv förlossningsupplevelse. Huber & Sandall (2007) beskriver i sin studie hur de funnit att om barnmorskan lyckas skapa en lugn atmosfär så kan det påverka hela omgivningen för lugnet tenderar att vara smittsamt och kan sprida sig som ringar på vattnet och bidra till en avslappnad miljö runt den som föder. Trots att flera av kvinnorna i den föreliggande studien har haft förlossningar med långdraget förlopp, många undersökningar som ofta varit smärtsamma och obehagliga, många personalbyten och interventioner så kan de beskriva sin förlossningsupplevelse som positiv. I de fall kvinnorna har fått en negativ förlossningsupplevelse är det beskrivningar av att de känt sig ensamma, inte fått information om hur induktionen framskrider och blivit dåligt bemötta av personal, som är orsakerna. Detta bekräftas i en studie gjord av Waldenström (2003) där de som fött barn tillfrågades om sin upplevelse av förlossningen efter 2 månader och sedan igen efter 10 månader. 24 % var mer negativa och 16 % mer positiva efter 10 månader än efter 2 månader. De som hade blivit mer negativa hade oftare haft en mer komplicerad förlossning, med mycket svår upplevelse av smärtan eller en förlossning som avslutades med ett akut kejsarsnitt eller upplevt att de inte fått det stöd av barnmorskorna som de var i behov av (Waldenström, 2004). Resultatet tolkades som att den födande personen efter 2 månader upplevt lättnad och tacksamhet över att allt gick bra men att upplevelsen efter 10 månader har bearbetats något mer och på så vis ger en ökad nyansrikedom. De personer som upplevde förlossningen som mer positiv efter 10 månader uppgav i högre utsträckning att de upplevt ett gott stöd från barnmorskan (Waldenström, 2004).

En annan aspekt som kvinnorna beskrev var betydelsen av fortlöpande information för att känna delaktighet och trygghet. När tillgången på information var bristfällig skapades egna scenarion i tankarna hos kvinnorna. En del av de saker som kvinnorna beskrev att de inte fått information om kan tyckas underordnade i sammanhanget för personalen men för den enskilda kvinnan fick det stort utrymme och skapade onödig oro. Några kvinnor hade skrivit i sitt förlossningsbrev att de hade ett behov av fortlöpande information och kände sig även nöjda med att de fått det behovet tillgodosett. Från våra kliniska studier känner vi som författare igen detta. Att kvinnorna vill att behovet om fortlöpande information ska formuleras i sammanfattningen på MVC och i förlossningsbrev. Vi ser att det är ett stort och viktigt behov för många kvinnor men även att det tyvärr finns en tillitsbrist i att kvinnorna känner att de behöver få det

önskemålet dokumenterat istället för att lita på att alla får god tillgång till information även om inte önskemålet finns uttryckt. Det är viktigt att genom hela vårdkedjan uppmärksamma kvinnans behov av information och tillgodose att hon får den. Författarna menar att behovet av information kan vara ännu större hos kvinnor som genomgår en förlossning som startas genom induktion då detaljerna runt induktionsmetoder, risker och förlopp är omfattande och det kan vara mycket för kvinnan att ta in. Adekvat information är det viktigaste för en positiv förlossningsupplevelse (Franx, Bruinse & Reuwer, ss. 131–133, 2009). Det menar även Dahlberg, et al. (2015) som i sin studie såg att kvinnorna förutom fortlöpande information även önskade feedback på sin förmåga att hantera situationen och när de fick det så kände de sig mer avslappnade och som att det var dem själva som hade kontrollen över förlossningen. Likvärdiga fynd gjorde även Nicholls and Webb (2006) som genom en litteraturstudie undersökt vad som utgör en bra barnmorska. De fann att en god förmåga att kommunicera utgjorde den viktigaste tillgången hos en bra barnmorska.

Om förlossningsvården strävade efter att möta upp de behov som kvinnorna i studien lyft så skulle det leda till en vinst för samhället i form av kvinnor med bättre förlossningsupplevelser inte bara vid normalförlossning utan även vid induktioner. Eftersom studier pekar mot att riktlinjer för induktion kommer att ändras och rekommenderas till kvinnor i graviditetsvecka 41 är sannolikheten stor att det kommer leda till ökat antal induktioner (Elden et al., 2016). Då måste samhället svara upp med pengar och personal för att kunna optimera förlossningsupplevelserna för dessa kvinnor. Detta skulle leda till en framtida hållbar utveckling för förlossningsvården men även för familjerna och samhället i stort.

Slutsats

Studiens resultat visar på att en förlossning som startats genom induktion kan vara förenlig med en lika positiv förlossningsupplevelse som vid en normalförlossning. Det är inte mängden interventioner och komplikationer som behöver avgöra om upplevelsen blir negativ eller positiv för kvinnan. Det avgörande är barnmorskans förmåga att skapa en trygg och tillitsfull relation. Barnmorskan bör visa att hen är närvarande med hela sig samt är lyhörd för kvinnans behov och önskemål om information. Barnmorskan ska även sträva efter att finna en balans mellan det medicinska och naturliga perspektivet som kännetecknar en normalförlossning. Detta för att stärka kvinnan i hennes upplevelse att hon föder barn på riktigt även om förlossningen startar med en induktion. Det är även av vikt för att kvinnan ska känna sig stärkt i beslutet att genomgå induktion. Kvinnorna i studien har både positiva och negativa erfarenheter av barnmorskorna de mött men det som varit utmärkande är den stora betydelsen som barnmorskornas bemötande, ordval, utstrålning, blickar, tid och information har haft för kvinnornas upplevelse av förlossningen. Vad som även är framträdande är den stora betydelsen som kvinnornas förväntningar inför förlossningen som startats med induktion hade. Även där kommer vikten av information in och barnmorskan på MVC eller antenatalmottagning har en viktig roll i att informera kvinnan ölllometoder för induktion, risker och indikationer. I informationen som ges till kvinnan före induktionen bör även ingå en

realistisk beskrivning av tidsaspekten vid uppmjukandet av kvinnans cervix så att inte kvinnan upplever att hon haft en flera dygns lång förlossning.

Kliniska implikationer

Vi vill belysa vikten av barnmorskans stöd då vi funnit att det är avgörande för förlossningsupplevelsen hos kvinnan vid en induktion. Då förlossningsförloppet i regel är längre än vid en spontant startad förlossning ser vi svårigheter för barnmorskan att hinna ge dessa kvinnor det stöd och den information de behöver på ett adekvat sätt. Oftast har barnmorskan ansvar för flera kvinnor samtidigt och är någon i aktivt förlossningsarbete så blir kvinnan som startat en induktion nedprioriterad. Risken att kvinnan då får möta ytterligare ny personal som får täcka upp för sin kollega ökar och kontinuiteten blir lidande. Vi skulle vilja se en omstrukturering av förlossningsvården med mer resurser i form av fler barnmorskor per arbetspass och en bättre sammanhållen vårdkedja för att tillse att kvinnan får god information och aldrig behöver känna att hon "hänger i luften". Detta skulle möjliggöra ett ökat fokus på varje kvinna och barnmorskan fick möjlighet att på ett ännu bättre sätt ge ett gott och lyhört bemötande unikt anpassat efter varje kvinna.

Förslag på vidare forskning

Vidare kvalitativ forskning behövs inom ämnet; upplevelsen av en förlossning som startat genom induktion med ett större fokus på upplevelsen av de skilda induktionsmetoder som finns i den svenska förlossningsvården. Detta för att även inkludera de aspekterna i valet av induktionsmetod. Det skulle även vara intressant att undersöka barnmorskors erfarenheter av att vårda kvinnor vars förlossning startats genom induktion för att kunna belysa och ringa in områden där det behövs ett större kunskapsinhämtande.

REFERENSER

Berg, M. (2005). A Midwifery Model of Care for Childbearing Women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *The Journal of Perinatal Education*, 14(1), 9–21. <http://doi.org/10.1624/105812405X23577>

Berg, M. Ólafsdóttir, ÓA. Lundgren, I. (2012) A midwifery model of woman-centred childbirth care – In Swedish and Icelandic settings, *Sexual & Reproductive Healthcare*, Volume 3, Issue 2, 2012, Pages 79-87, ISSN 1877-5756, <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2012.03.001>.

Bohren, A. M., Hofmyer, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, K. R. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur. ss. 106 – 107.

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur. ss. 178 – 180.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010) Kap 5. Vårdande som främjar hälsa och välbefinnande. I *Hälsa & Vårdande I teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Dahlberg, K. (2014) *Att undersöka hälsa & vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur. s. 20 ss. 80 - 82

Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H.-M., Aune, I. (2016). The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & reproductive healthcare: official journal of the Swedish Association of Midwives*, ISSN: 1877-5764, Vol: 7, ss: 2-7

Ekman-Ordeberg, G. (2014). Förlossningsinduktion. I Hagberg, H., Marsal, K. & Westgren, M. (red) *Obstetrik*. Studentlitteratur: Lund.

Elden, H., Hagberg, H., Wessberg, A., Sengpiel, V., Herbst, A., Bullarbo, M. & Wennerholm, U.-B. (2016). Study protocol of SWEPIA 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, 49. <http://doi.org/10.1186/s12884-016-0836-9>

Elo, S & Kyngäs, H., (2007). JAN Research Methodology. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115. DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K & Kyngäs H. (2014) Qualitative content analysis: a focus on trustworthiness. *SAGE open* January-March 2014: 1–10 DOI: 10.1177/2158244014522633

Franx, A., Bruinse, H. & Reuwer, P. (2009) *Proactive support of labor*. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/boras-ebooks/detail.action?docID=424513>

Goodman, P., Mackey, M.C. & Tavakoli, A.S. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;46(2):212–219. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x

Gülmezoglu, A.M., Crowther, C.A., Middleton, P. & Heatley, E. (2012). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012*, Issue 6. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub3.

Hauk, Y., Fenwick, J., Downie, J. & Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery* 23: 235-247.

Henricson, M. & Billhult, A. (2014). Kap 6. Kvalitativ design. I Henricson M. (red). *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hermus, M. A. A., Verhoeven, C. J. M., Mol, B. W., de Wolf, G. S. and Fiedeldeij, C. A. (2009), Comparison of Induction of Labour and Expectant Management in Postterm Pregnancy: A Matched Cohort Study. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 54: 351–356. doi:10.1016/j.jmwh.2008.12.011

Hildingsson, I. (2015). Women's birth expectations, are they fulfilled? Findings from a longitudinal Swedish cohort study. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, ISSN: 1878-1799, Vol: 28, Issue: 2, Page: e7-13

Hildingsson, I., Karlström, A. & Nystedt, A. (2011). Women's experiences of induction of labour – Findings from a Swedish regional study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 51: 151–157. doi:10.1111/j.1479-828X.2010.01262.x

Holzmann, M. & Nordström, L. (2016). Induktion av förlossning. I Lindgren, H. Christensson, K. Dykes, A.-K. (red.). *Reproduktiv hälsa-barnmorskans kompetensområde*. Studentlitteratur: Lund.

Huber, U.S. & Sandall, J. (2007) A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London. *Midwifery*, 25 (2007), pp. 613-621

Jonsson M, Cnattingius S, Wikström A-K. (2012). Elective induction of labor and the risk of cesarean section in low-risk parous women: a cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012; DOI: 10.1111/aogs.12043

Larkin, P., Begley, C.M. & Devane, D. (2009) Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery.* 25: e49 - e59
doi:10.1016/j.midw.2007.07.010

Liljeroth, P. (2007). Kap. 3. "Förlossnings rädda kvinnor" – ett medicinskt problem? I Oinas, E. & Ahlbeck-Rehn, J. *Kvinnor, kropp och hälsa.* Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, H. & Wiklund, I. (2016). Det fysiologiska förloppet. I Lindgren, H. Christensson, K. Dykes, A.-K. (red.). *Reproduktiv hälsa-barnmorskans kompetensområde.* Studentlitteratur: Lund

Lundgren, I. (2010). Vård vid normalt barnafödande. I Berg, M. & Lundgren (red.). *Att stödja och stärka, vårdande vid barnafödande.* Lund: Studentlitteratur. ss. 117–143

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M. & Höglund - Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso - och sjukvård.* Lund: Studentlitteratur, ss. 187 – 201.

Moore, J. (2012) *Moving Towards Patient Centered Care: Women's Decisions, Perceptions, and Experience of the Induction of Labor Process.* Diss. East Lansing: The University of Michigan.
file:///C:/Users/shams/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WTA90493/mooorejen_1.pdf

Nationalencyklopedin, *uppleva*.
<http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/uppleva> [2017-06-11]

Nationalencyklopedin, *upplevelse*.
<http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/upplevelse> [2017-06-11]

Nicholls, L. and Webb, C. (2006). What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research. *Journal of Advanced Nursing*, 56: 414–429.
doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04026.x

Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. & Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women and Birth*, 25, 114–121.
doi:10.1016/j.wombi.2011.06.001

Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E. & Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice.* 2013:09 doi: [10.1155/2013/349124](https://doi.org/10.1155/2013/349124)

- Nylund Skog, S. (2002). *Ambivalenta upplevelser och mångtydiga berättelser. En etnologisk studie av barnafödande*. Diss. Stockholm: Stockholms Universitet.
- Oinas, E. & Ahlbeck-Rehn, J. (2007). Kap 1. Blod, fläsk och performativitet – kropp och hälsa i feministisk forskning I Oinas, E. & Ahlbeck-Rehn, J. *Kvinnor, kropp och hälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2008). *Forskningsprocessen – Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber. Ss. 86 – 87.
- Polit, D F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A-L. & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth—A phenomenological study. *Midwifery*, 27: 848–853
- Reuwer, P. Bruinse, H. & Franx, A. *Proactive Support of Labor: The Challenge of Normal Childbirth*. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/boras-ebooks/detail.action?docID=424513> [2017-12-13]
- SFOG Riktlinje. Induktion av förlossning. 2016. https://www.sfog.se/media/301124/ind_rikt_version_klart_20160828.pdf [2017-05-10]
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Shetty, A., Burt, R., Rice, P. & Templeton, A. (2005). Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—A questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 123, Issue 1, 56 – 61.
- Socialstyrelsen (2005). *Reproduktiv hälsa i ett folkhälsoperspektiv*. Artikelnr 2005-112-5. http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9974/2005-112-5_20051125.pdf [2017-10-24]
- Socialstyrelsen (2006). *Kompetensbeskrivelse för legitimerad barnmorska*. <http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/KOMPETENSBEKRIVNING-for-Legitimerad-BARNMORSKA-2006-Socialstyrelsen.pdf> [2017-10-24]
- Socialstyrelsen, Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2013. Publiceringsår: 2014.

<file:///C:/Users/shams/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/WTA90493/2014-12-19.pdf> [2017-05-22]

Svenska barnmorskeförbundet (SBF). (1993/1999). Den internationella etiska koden för barnmorskor. Översättning av Etical Code for Midwives, International Confideration of Midwives. <file:///C:/Users/shams/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/95Q4FW5D/tiska-koden-for-barnmorskor-svensk-oversattning.pdf> [2017-12-05]

Waldentröm, U. (2003) Women´s memory of childbirth at two months and one year after birth. *Birth* 2003:30 ss. 248-254. **DOI:** 10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x

Waldenström, U. (2004) Why do some women change their opinoin about childbirth over time? *Birth* 2004:31 ss. 102-107. **DOI:** 10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x

Waldenström, U. Hildingsson, I. Rubertsson, C. Rådestad, I. (2004) A negative birth experience: Prevalence and riskfactors in a national sample. *Birth* 31:1 March 2004. <file:///C:/Users/shams/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/57D61X9B/j.0730-7659.2004.0270.x.pdf>

Waldenström, U. (2007) *Föda barn - Från naturligt till högteknologiskt*. Karolinska Institutet; University press.

WHO, (2011) WHO recommendations of Induction of labour. file:///C:/Users/shams/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/INYKN9N0/9789241501156_eng.pdf. [2017-12-14]

WHO, (2017). http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ [2017-06-04]

Zizzo AR, Kirkegaard I, Pinborg A, Ulbjerg N. Decline in stillbirths and perinatal mortality after implementation of a more aggressive induction policy in post-date pregnancies: a nationwide register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96:862–867.

Zwart, JJ. Richters, JM. Ory, F. de Vries, JI. Bloemenkamp, KW. Van Roosmalen, J. (2009). Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG*. Jul;116(8):1069–78.

Bilaga I - Informationsbrev

Information om studie av kvinnors upplevelser av en förlossning som startades genom igångsättning.

Vi är två legitimerade sjuksköterskor som studerar till barnmorskor vid Högskolan i Borås. Under 2017 ska vi skriva en magisteruppsats inom området sexuell- och reproduktiv hälsa. Syftet med magisteruppsatsen är att beskriva kvinnors upplevelse av en förlossning som startades genom igångsättning, även kallat induktion. Målet för arbetet är att få en större förståelse och kunskap kring hur vården av den födande kvinnan i samband med igångsättning kan utvecklas. De senaste 20 – 30 åren har antalet igångsättningar av förlossningar ökat, dock saknas studier där kvinnors egna erfarenheter sätts i fokus.

Vi vill fråga Dig om Du skulle vilja delta i denna studie. Ditt deltagande innebär att Du genom en skriftlig berättelse delar med dig av din upplevelse av en förlossning som startades genom igångsättning. Vi ber dig att så ingående och detaljerat som möjligt beskriva Dina upplevelser av att genomgå en förlossning som startades genom igångsättning. Dina reflektioner och funderingar är mycket välkomna.

Den skriftliga berättelsen som vi får in från Dig kommer att hanteras konfidentiellt och endast läsas av oss och vår handledare. Den kommer att förvaras på ett sätt som gör att ingen annan har tillgång till dem. I resultatet avidentifieras dina personuppgifter. Deltagande i denna studie är helt frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande utan att motivera varför. Bifogat sist i detta dokument finns även ett samtyckesformulär som vi ber Dig skicka in samtidigt med Din skriftliga berättelse.

Examensarbetet utförs under handledning av Christina Nilsson, Universitetslektor vid Institutionen för Vårdvetenskap på Högskolan i Borås. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta henne på telefon: 033-435 4792 eller e-mail: christina.nilsson@hb.se

Svaret behöver vara oss tillhanda senast 2017-08-01

Om det uppstår några frågor är du välkommen att höra av dig till oss via telefon eller mail.

Tack för att just Du vill delta i denna studie!

Med vänliga hälsningar

Namn: Sofia Olsson
Tele: 0709-742774
Mail: s161107@student.hb.se

Namn: Angelique Nord
Tele: 0736 - 349422
Mail: s162062@student.hb.se

Bilaga II - Frågor

Du har tackat ja till att delta i studien om kvinnors upplevelse av en förlossning som startades genom igångsättning. Var vänlig fyll i nedanstående uppgifter.

Bakgrundsinformation

Din ålder:

Antal barn och deras ålder:

Det år igångsättningen skedde:

Orsak till igångsättningen:

Med vilken metod igångsättningen utfördes (om du vet):

Du får gärna skriva direkt i dokumentet och maila tillbaka till:

162062@student.hb.se

eller skriva ut dokumentet och skriva för hand och skicka till:

**Angelique
Östra
668 91 Ed**

**Nord
Olasbyn Sorverud 1**

**Sofia Olsson
Rölanda-Högen 350
668 93 ED**

Beskriv så detaljerat som möjligt om Din upplevelse av förlossningen som startades genom igångsättning. Hur var Din upplevelse och vad tänker Du om förlossningen nu i efterhand?

(Använd så mycket utrymme för Din berättelse som Du känner att du behöver).

Bilaga III - Samtyckesformulär

Samtyckesformulär

Jag har tagit del av medskickad information angående studien om kvinnors upplevelse av förlossning som startats med igångsättning och är väl införstådd med informationen. Jag är även medveten om att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att behöva motivera mitt val. Jag har också fått information om vilka jag ska vända mig till för eventuella frågor kring studien.

Jag samtycker till att delta i studien

Namn

Namnförtydligande

Ort och datum

Med vänliga hälsningar

Angelique Nord
Tel: 0736 - 349422
Mail: s162062@student.hb.se

Sofia Olsson
Tel: 0709 - 742774
Mail: s161107@student.hb.se

Bilaga IV – Exempel på analys

| Meningsbärande enhet | Kod | Subkategori | Kategori |
|---|---|--|---|
| Att jag blivit igångsatt = fusk. Och förlöst med kejsarsnitt = fusk | Känslan av att inte ha fött barn på riktigt | Inte fött på riktigt | Att spegla sin förlossning i bilden av en normalförlossning |
| Jag var rätt orolig eftersom det var så fruktansvärt intensivt förra gången | Jag kände mig orolig relaterat till tidigare förlossning | Föreställningarnas inverkan på upplevelsen | |
| Men kände mig snuvad på det där ”förarbetet” hemma. När värkarna börjar, kolla på film, äta nåt gott osv osv som vi lärt oss på inspirationsföreläsningen | Kände mig snuvad på förarbetet hemma. | | |
| Jag visste inte, som en ju aldrig vet, om det skulle gå bra för barnet. Eller mig. | Känslan av att inte veta om det kommer gå bra eller inte | Att ha eller inte ha kontroll | Att föda genererar många känslor |
| Och de var bra på att verkligen påminna mig och hjälpa mig med masken och att jag andades rätt. De andades med mig klart och tydligt. | Jag kände att de hjälpte mig att andas rätt i lustgasmasken | Personalen har en central roll | Bemötandet är centralt i upplevelsen av förlossningen |