

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ
I VÅRDVETENSKAP
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP
2012:59

Kvinnors upplevelse av att ha genomgått förlossning som
avslutats med sugklocka

Anna Klasson
Ulrika Kvarnvik



HÖGSKOLAN I BORÅS
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Kvinnors upplevelse av förlossning som avslutas med sugklocka
Författare: Anna Klasson & Ulrika Kvarnvik
Ämne: Vårdvetenskap
Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng
Kurs: Barnmorskeutbildningen
Handledare: Elisabeth Jangsten
Examinator: Marianne Johansson

Sammanfattning

Förlossning som avslutas med sugklocka är den vanligaste instrumentella vaginala förlossningen i Sverige. Orsaken till att sugklocka används är att barnet har en hotande fosterasfyxi eller att modern drabbats av värksvaghet. Det finns få studier som belyser kvinnors upplevelser av att ha genomgått en förlossning med sugklocka. Studiens frågeställning är: Är det alltid ett trauma eller kan det upplevas som positivt att få hjälp att avsluta förlossningen? Vad kan påverka utfallet av förlossningsupplevelsen? Syftet med studien är att belysa kvinnors upplevelse av att ha genomgått förlossning som avslutas med sugklocka.

Åtta förstföderskor intervjuades, 10-15 månader efter sin förlossning, om deras upplevelse av att ha blivit förlösta med sugklocka. Intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet mynnade ut i fyra kategorier: *upplevelse av delaktighet, känsla av tacksamhet, upplevelse av stöd och oro för komplikationer*. Studien visade att kvinnorna upplevde att det var viktigt att få information och vara en del i ett samarbete. De var tacksamma att personalen var kompetent och att de fick hjälp när de inte orkade längre. De uppgav också att stödet de fick av både barnmorskan och partnern, var viktigt för att klara av förlossningen. Oron de upplevde under förlossningen var att de själva eller barnet skulle skadas. Då kvinnan får bra information, känner att hon är delaktig, får bra stöd från barnmorska och partner kan hon få en positiv förlossningsupplevelse trots att förlossningen avslutas med sugklocka.

Nyckelord: *Sugklocka, komplicerad förlossning, upplevelse, kvinnor, kvalitativ innehållsanalys*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Normal förlossning	1
Komplicerad förlossning	1
Instrumentell förlossning	2
Barnmorskans roll	4
Förlossningsupplevelse	5
PROBLEMFÖRMULERING	6
SYFTE	6
METOD	6
Ansats	6
Urval	7
Datainsamling	7
Analys	7
Etiska aspekter	8
RESULTAT	8
Upplevelse av delaktighet	9
Samarbete	9
Att få information	10
Känsla av tacksamhet	10
Kompetent personal skapar trygghet	10
Att få hjälp när jag inte orkar	12
Upplevelse av stöd	12
Stöd av personalen	13
Stöd av partner	13
Oro för komplikationer	13
Att själv bli skadad	13
Att barnet skulle skadas	14
DISKUSSION	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	15
SLUTSATSER	18
Bilagor	22
Bilaga 1	22
Bilaga 2	23

INLEDNING

Att föda barn och att bli förälder är en stor händelse i livet. Förväntningar och tankar inför förlossningen kanske inte alltid stämmer överens med hur det senare blir. Ibland uppstår komplikationer som gör att kvinnan behöver hjälp att förlösas. Då är sugklocka ett vanligt alternativ. Det används i 9 % av alla förlossningar och är vanligast hos förstföderskor (Socialstyrelsen, 2012). Vi har valt att fördjupa oss i kvinnans upplevelse av att bli förlöst med sugklocka.

BAKGRUND

Normal förlossning

En normal förlossning definieras av enkelbörd, graviditetstid 37+0 till 41+6 veckor, graviditeten utan komplikationer, spontant värkarbete, huvudbudning, förlossning som avslutas komplikationsfritt, efterbörden avgår spontant och blodförlusten ej överstiger 1000 ml. Slutligen ska både mor och barn må bra efter förlossningen. En normal förlossning bör ske med minsta möjliga interventioner men utan att mor och barn kommer till skada. En normal förlossning behöver inte vara detsamma som en naturlig förlossning dvs. ingen användning av varken smärtlindring eller värkstimulering. Om naturlig förlossning skulle vara detsamma som normal förlossning skulle mindre än 10 % av alla förlossningar i Sverige, kunna räknas som normala (Socialstyrelsen, 2001).

Komplicerad förlossning

I takt med att den medicinska kunskapen gör framsteg avråds numera sällan en kvinna med kronisk sjukdom som t.ex. diabetes, epilepsi eller har transplanterade organ från att bli gravid. Det innebär ökade krav på medicinsk övervakning, mer individuell handläggning, planering och ett större samarbete mellan olika enheter och yrkeskategorier (Hogg, 2009).

Ett utdraget förlossningsförlopp är den vanligaste orsaken till att förlossningen avslutas instrumentellt, dvs. med kejsarsnitt, sugklocka eller tång. Orsakerna kan vara hotande fosterasfyxi, trångt bäcken, ineffektiva värkar, stort barn, felställning hos barnet eller en uttröttad mamma. En utdragen förlossning med värksvaghet är fysiskt och psykiskt utmattande för kvinnan. Det medför också risker för komplikationer som infektion eller blödning i efterbördsskedet (Norman, Nyman, & Lilja, 2008). Kvinnan kan uppleva sig maktlös och utlämnad och saknar möjligheter till delaktighet i besluten som rör hennes behandling och vård. Förlossningsupplevelsen kan påverkas negativt av att kvinnan är uttröttad, känner sig utlämnad och beroende av andra (Nystedt, Högberg, & Lundman, 2006).

En komplicerad förlossning kan innebära att kvinnan behöver längre tid för att hämta sig psykiskt. Den kan ge förlossningsrädsla och föra med sig att kvinnan undviker att bli

gravid igen (Lyberg & Severinsson, 2010). Nilsson (2012) har i sin avhandling om förlossningsrädsla beskrivit rädslan som att *förlora sig själv som kvinna i en ensamhet*. Det innebär att självkänslan rubbas och tilliten till sin egen förmåga att föda barn förändras. Ensamheten syftar på att kvinnan själv ska föda, ingen annan kan göra det åt henne och att situationen är utan återvändo. Att inte få förståelse för sin rädsla kan förstärka känslan av att inte vara en riktig kvinna. Längtan efter att få en positiv förlossningsupplevelse och få dela den positiva erfarenheten med andra kan stärka tilliten till sig själv som kvinna, och på så vis minska upplevelsen av ensamhet. Omfödernor som tidigare haft en komplicerad förlossning som avslutats med akut kejsarsnitt eller sugklocka/tång upplevde i högre utsträckning än andra förlossningsrädsla ett år efter sin förlossning. Att inte själv kunnat föda sitt barn utan fått hjälp upplevdes av kvinnorna som en *ofullbordad förlossningsupplevelse*. Kvinnorna tyckte inte att deras kroppar fungerat utan det krävdes andra åtgärder för att avsluta förlossningen, vilket medförde en känsla av inkompetens (Nilsson, 2012). På de flesta kliniker finns en mottagning för förlossningsrädda kvinnor. Kvinnan erbjuds samtal med erfaren barnmorska och läkare, då en individuell vårdplanering görs inför förlossningen. En studie visar att kvinnor som fått samtalsstöd har mindre önskemål om planerade kejsarsnitt. Det är därför viktigt att kvinnor som genomgått en komplicerad förlossning får uppföljning genom att prata om sin förlossning och bearbeta sin upplevelse (Ryding, Persson, Onell & Kvist, 2003). Viktiga aspekter för att kvinnan ska känna sig förberedd inför förlossningen är att hon känner att hon blir bemött som individ och blir delaktig i de beslut som fattas kring hennes förlossning (Lyberg & Severinsson, 2010). I en studie har Hildingsson (2008) tillfrågat både förstfödernor och omfödernor i tidig graviditet om hur de vill bli förlösta. Hos de kvinnor som önskade planerat kejsarsnitt och som fått råd och stöd har kejsarsnitt kunnat undvikas i högre grad, än hos dem som inte fått denna hjälp (Hildingsson, 2008).

Instrumentell förlossning

Den vanligaste instrumentella förlossningen i Sverige är kejsarsnitt och utgjorde 17 % av förlossningarna under 2010, varav hälften var planerade och hälften akuta kejsarsnitt (Socialstyrelsen, 2012). Indikationen för planerade kejsarsnitt är tidigare operationer, kvinnans önskemål, sjukdom hos mamman, fosterläge och barnets tillstånd. Indikationerna för akuta kejsarsnitt är dålig progress av förlossningen, hotande fosterasfyxi, vaginal blödning och uterusruptur. Vanliga komplikationer vid kejsarsnitt är infektioner och blödningar. Om mor och barn är friska och kejsarsnittet görs planerat minskar risken för komplikationer. Oftast kan kvinnan genomgå en vaginal förlossning efter ett kejsarsnitt men komplikationsrisken blir större för varje kejsarsnitt kvinnan genomgår (Andolf, 2008). En forskning visar att om kejsarsnitt undviks hos förstfödernor är chansen för henne att föda vaginalt större även vid nästa förlossning. I länder där sugklocka eller tång används mer frekvent är kejsarsnittsfrekvensen lägre (Gei, 2012).

Vid en instrumentell vaginal förlossning används idag sugklocka och/eller tång. Sugklockan började användas i Sverige på 1950- talet (Svantesson & Kaplan, 2009). Under 2009 utgjorde 9,3 % (8282 stycken) av förlossningarna i Sverige av sugklocka eller tång (Socialstyrelsen, 2012). Fördelningen är 93 % på sugklocka och 6 % på tång, i

enstaka fall används båda. Vilken som används beror främst på läkarens erfarenhet. Andelen instrumentella vaginala förlossningar har ökat i Sverige de senaste åren beroende på den ökande användningen av epiduralanalgesi och för att undvika långdragna utdrivningsskeden. 85 % av sugklockorna används på förstföderskor pga. att det aktiva utdrivningsskedet är längre och mer påfrestande för fostret. Vid sjukdomar hos modern såsom hjärtsjukdom och diskbråck kan en sugklocka planeras i samråd med läkare innan förlossningen för att undvika ett kejsarsnitt (Norman, Nyman, & Lilja, 2008).

För att kunna lägga en sugklocka ska barnet ligga i huvudändläge, men inte i ansiktsbjudning, hinnorna ska vara brustna, modernmunnen fullvidgad, huvudets position i bäckenet identifierats, patienten ska ha adekvat smärtlindring och tömd urinblåsa. Vidare ska personalen vara väl förtrogen med ingreppet och utrustningen. Beredskap för ett ev. kejsarsnitt ska finnas, barnläkare bör vara på plats och patienten ska vara informerad om ingreppet. Kontraindikationerna är graviditetens längd mindre än 35 veckor eller känd koagulationsrubbnings hos barnet. När förlossningen inte fortskrider normalt tillkallas läkaren, som tar beslut om sugklocka. Sängen görs om till kortbädd och mammans ben läggs i benstöd. För att stimulera värkarna administreras ett värkstimulerande dropp och fostret övervakas med kardiokografi (CTG). Det är viktigt att vara uppmärksam på att inte vaginalslemhinna kommer mellan sugklockan och huvudet. En provdragning görs för att kontrollera att sugklockan sitter och att huvudet följer. Därefter görs dragningarna i samband med värk och i bäckenaxelns riktning. Följer inte huvudet på tre dragningar ska man avsluta (Simms & Hayman, 2011) När huvudet kommer i genomskärning kan sugklockan släppas och barnet kan förlösas. Vid traktion dras huvudet ner till bäckenbotten och sedan låter man mamman själv krysta fram barnet. Extraktionstiden bör inte överstiga 20 minuter (Norman, Nyman, & Lilja 2008). I vissa fall kan tång vara att föredra på tex. misstanke om stort barn eller dåligt värkarbete. Tång kan även användas på efterföljande huvud vid sätesförlossning. Om förlossningen måste avslutas snabbt kan en läkare som är väl förtrogen med tång lägga den snabbare än en sugklocka (Simms & Hayman, 2011).

Beroende på var huvudet är stationerat i bäckenet talar man om utgångsklocka dvs. fosterhuvudet står nästan eller helt slutroterat på bäckenbotten. Vid medelhög sugklocka står huvudet med vertex, vid eller nedom spinae men inte på bäckenbotten. Hög sugklocka används då huvudet står ovan spinae och endast på tvilling II. Det finns olika modeller av sugklockor men den vanligaste är Birdsklockan, som är en utveckling av Malmströmsklockan. Den består av en metallkopp, sugslang och kedja där handtaget fästs. Det finns också mjuka sugklockor i silikon, plast och engångsklockor (Norman, Nyman & Lilja, 2008).

Vid alla instrumentella vaginala förlossningar ökar risken för skador både på barnet och modern. Modern kan få vaginalbristningar och sfinkterskador. Risken för sfinkterskada ökar från 10 % vid normal vaginal förlossning till 25 % vid sugklocka och upp till 40 % vid tångförlossning. Sfinkterskada kan orsaka analinkontinens och stort lidande för kvinnan (Simms & Hayman, 2011). Forskning från Pennsylvania, USA, visar att risk för sfinkterskada vid förlossning med sugklocka utan episiotomi är mindre jämfört med förlossning med tång och episiotomi (Dandolu et al., 2005). Episiotomi minskar inte

riskan för sfinkterskada, varför en mer restriktiv användning av episiotomi rekommenderas (Simms & Hayman, 2011).

Skador som kan uppstå på barnet är blödningar, som kefal- och subgalealhematom och plexusskador. Plexusskadorna kan uppkomma i samband med att barnet är stort och kvinnan har ineffektiva värkar. Riskfaktorer för skadans allvarlighetsgrad kan vara applikationstiden, huvudets position i bäckenet och barnets tillstånd innan extraktionen (Simms & Hayman, 2011).

Barnmorskans roll

Barnmorskor i Sverige och i de nordiska länderna har en lång tradition av att arbeta självständigt. De arbetar för att främja kvinnans sexuella hälsa inom ett brett område, från den unga flickan till den äldre kvinnan. Normal graviditet, förlossning och eftervård är barnmorskans ansvarsområde. Vid avvikelser ska barnmorskan rådgöra om vidare handläggning och lämnar över det medicinska ansvaret till läkare. Vid en akut situation ska barnmorskan kunna handla även om ingen läkare finns på plats och även kunna avsluta en förlossning med utgångsklocka om det krävs. Omvårdnaden av kvinnan är barnmorskans ansvar både vid normala och komplicerade graviditeter och förlossningar. Dessutom ingår vård av det nyfödda friska barnet i hennes ansvar, vård och råd i samband med amning, frågor kring sexualitet och preventivmedelsrådgivning efter förlossning. Även uppföljningssamtal och genomgång efter förlossningen ingår i hennes ansvarsområde (Socialstyrelsen, 2006).

Barnmorskans verksamhet styrs av en etisk kod som säger att alla kvinnor ska ses som unika personer med tillgång till en rättvis hälsovård. Vården ska baseras på en ömsesidig relation med respekt, tillit och värdighet. I praktiken ska barnmorskan utveckla en relation med kvinnan där båda bidrar med information och kunskap som leder till genomtänkta beslut. Barnmorskan ska vara lyhörd för de fysiska, psykiska, emotionella och andliga behoven kvinnan har (ICM, 2011).

Vården av den födande kvinnan, hennes barn och familj har sin grund i vårdvetenskapen vilket innebär att etiska ställningstagande ligger till grund för förhållningssätt och handlande (Berg, 2010). Vårdvetenskapen som disciplin är ett sätt att förklara och förstå vad som menas med vård, vårdande och omvårdnad. Begreppen livsvärld, lidande/välbefinnande samt vårdrelation används för att tydliggöra patientperspektivet (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, & Fagerberg, 2003).

Berg och Dahlberg beskriver i sin studie från 2001 att barnmorskor som arbetar inom förlossningsvård med komplicerade graviditeter och förlossningar ändå försöker att fokusera på det normala och på att ha en öppenhet mot den naturliga processen trots all teknisk apparatur, prover och riktlinjer. Gravida kvinnor med komplikationer är trots allt blivande eller nyblivna mammor och behöver stöd i det som händer. Barnmorskorna beskriver det som en stor utmaning att ge stöd till kvinnorna i den process de går igenom i samband med graviditet och förlossning och bereda väg för föräldraskapet. Förlossningen är tänkt att bli en så positiv upplevelse som möjligt för föräldrarna även om den i vårdens mening är komplicerad. Balansen mellan avancerad sjukvård och att

vara där för kvinnan kan ibland vara svår för barnmorskan. Relationen mellan kvinnan och barnmorskan är en viktig faktor för att ge kvinnorna en bra upplevelse av förlossningen. Relationen präglas av respekt, att ge av sig själv, öppenhet och förtroende. Barnmorskorna i studien säger också att de har stor hjälp av sina kollegor när det gäller komplicerade förlossningar och att de behöver kontinuerlig reflektion för att kunna gå vidare men också som kunskapskälla för att lära sig av varandra (Berg & Dahlberg, 2001). En vårdrelation mellan vårdare och patient speglas av ett professionellt engagemang vilket innebär att vårdaren inte räknar med att ha någon vinning i situationen. De hinder som kan störa relationen mellan vårdare och patient kan vara tid eller bristande personkemi. Vårdrelationen gynnas av att vårdaren och patienten närmar sig varandra steg för steg. Det ger vårdaren en möjlighet att se patientens unika personlighet och patienten kan se vårdaren som något annat än en yrkesroll. Målet med en god vårdrelation innebär att alla gör sitt bästa för att lindra lidande, främja hälsa och välbefinnande (Dahlberg et al., 2003).

Förlossningsupplevelse

Forskning visar att förlossningen är en central livshändelse i en kvinnans liv och att den har betydelse för framtiden. En positiv förlossningsupplevelse stärker mor-barn relationen vilket leder till framtida välbefinnande för både mor och barn (Berg, 2010). Människans vardag och dagliga tillvaro uppmärksammas i ett livsvärldsperspektiv. Det innebär att se, förstå, beskriva och analysera hur människan upplever världen. Livsvärlden är något man inte reflekterar över förens något inträffar som hotar den såsom skada eller sjukdom. Det är därför viktigt att vid vård av patienten ta del av dennes levda erfarenheter och verklighet för att få ett patientperspektiv. Vårdaren behöver vara öppen och följsam vilket innebär att möta patienten så förutsättningslöst som möjligt (Dahlberg et al., 2003).

Flera studier visar att upplevelsen av en komplicerad förlossning kan innebära rädslan för att tappa kontrollen, att inte uthärda smärtan och inte ha kraft och ork att slutföra förlossningen (Berg & Dahlberg, 1998; Nystedt et al., 2006; Waldenström, Hildingsson, Rubertsson, & Rådestad, 2004). Berg och Dahlberg (1998) har intervjuat kvinnor som genomgått komplicerade förlossningar om deras förlossningsupplevelser. Det som upplevdes som viktigt för dessa kvinnor var att bli sedda, att känna tillit till vården, att ha kontroll över situationen, att det fanns en kontinuerlig dialog mellan personalen och kvinnan och att som nybliven mamma bli sedd och lyssnad på. Om detta uppfylldes kunde även kvinnor som genomgått en komplicerad förlossning få en positiv förlossningsupplevelse.

Personalens bristande kommunikation med kvinnan och att de inte var närvarande antingen fysiskt, psykiskt eller emotionellt gjorde att kvinnorna fick en negativ upplevelse av sitt födande (Berg & Dahlberg, 1998; Waldenström et al., 2004). I en studie där 205 kvinnor som blivit förlösta med sugklocka fått svara på frågor om sin upplevelse, svarade 20 % att de hade en traumatisk förlossningsupplevelse. Detta pga. att de fått dålig information under förlossningen, upplevt dåligt stöd av läkaren och inte blivit trodda eller lyssnade på (Uotila, Taurio, Salmelin, & Kirkinen, 2005). Om kvinnan fått en negativ förlossningsupplevelse kan ett vårdlidande uppstå. I en förlossningssituation är kvinnan utsatt på ett nytt sätt för henne vilket gör henne sårbar

(Nilsson, 2010). Lidandet och välbefinnandet är unika för varje enskild patient och människa. Vårdens mål är att lindra patientens lidande och om det är möjligt öka dennes välbefinnande (Dahlberg et al., 2003).

En studie visade på att barnmorskan hade varit ett mycket viktigt stöd under förlossningen och då hon hela tiden berättat om vad som hände vilket upplevdes positivt av kvinnan. Vidare beskriver kvinnorna en befrielse från smärtan då de fått hjälp att avsluta förlossningen med kejsarsnitt eller sugklocka (Nystedt et al., 2006). En riskfaktor för en negativ förlossningsupplevelse kan även vara av socialt karaktär såsom bristande stöd från partnern eller en oplanerad graviditet (Waldenström et al., 2004).

PROBLEMFORMULERING

Tidigare forskning visar att kvinnor som genomgått en komplicerad förlossning har en negativ bild av upplevelsen. Få studier finns som enbart belyser kvinnors upplevelse av att ha genomgått en förlossning som avslutats med sugklocka. Nödvändig kunskap saknas därmed som skulle kunna bidra till vårdutveckling inom förlossningsvården. Genom att intervjua kvinnor om deras upplevelser av att ha genomgått en förlossning med sugklocka bör detta öka kunskap och förståelse och bidra till att barnmorskor kan ge bättre stöd till kvinnor i liknande situationer. Frågan är om det är ett stort trauma och en besvikelse att föda med sugklocka, eller kan det upplevas som positivt? Vad kan påverka kvinnors upplevelse? Detta är de frågor som vi önskar få mer kunskap kring och förmedla vidare till andra som arbetar inom förlossningsvård.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa kvinnors upplevelse av att ha genomgått förlossning som avslutas med sugklocka.

METOD

Ansats

Då studiens syfte var att belysa kvinnors upplevelser av att ha genomgått förlossning som avslutats med sugklocka har en kvalitativ metod använts. Metoden kännetecknas av att upplevelser, tankar och attityder hos människor studeras (Paulsson, 2008). En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har använts och fokuserar på tolkning och granskning av texter, såsom transkriberade intervjuer. Metoden används framför allt inom humanvetenskap och vårdvetenskap och används för att tolka och beskriva de texter som framkommit av intervjuerna. En induktiv ansats innebär att analysen av människors upplevelser analyseras helt förutsättningslöst (Lundman & Hällgren

Graneheim, 2008). För att möta kvinnorna förutsättningslöst, är det nödvändigt att vara öppen för det unika. Den egna förförståelsen och medvetenheten om den är nödvändig i mötet med kvinnorna och i analysen av intervjuerna (Dahlberg et al, 2003)

Urval

För att få tillstånd att ta del av patientregistret har två verksamhetschefer från två olika förlossningskliniker i västra Sverige kontaktats via brev (se bilaga 1).

Inklusionskriterierna för studien var svensktalande förstföderskor i fullgången tid som förlöstes med sugklocka under tiden juni 2011-dec 2011. Barnet ska ha fått apgar score (AS) ≥ 7 efter 1 minut och inte vårdats på neonatalklinik i efterförloppet.

Datainsamling

För att rekrytera kvinnorna söktes de i patientregistret på berörda kliniker. Brev skickades (se bilaga 2) för förfrågan om deltagande. I brevet fanns information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att det insamlade materialet behandlas konfidentiellt genom kodning och inga namn synliggörs. Totalt 64 kvinnor uppfyllde inklusionskriterierna. 18 brev skickades ut varav åtta kvinnor tackade ja och två nej. De åtta kvinnor som accepterat intervjuades. De 18 som fick brev valdes ut efter hur de geografiskt bodde för att det praktiskt skulle bli genomförbart. Vid intervjutillfället hade det gått mellan 10-15 månader sedan de förlöstes. Kvinnornas ålder varierade mellan 23 och 39 år och medelåldern var 33. Intervjuerna spelades in på ljudfil. Intervjuerna genomfördes hemma hos kvinnorna eller på biblioteket och tog mellan 9 och 43 minuter där medeltiden var 20,5 minuter.

Kvinnorna som valt att delta i studien fick före intervjun även muntlig information om studiens syfte, vilket var kvinnans upplevelse av att ha genomgått förlossning som avslutats med sugklocka. För att underlätta för kvinnorna att minnas, återge och skapa en helhet i sina upplevelser valdes en öppen inledningsfråga: "Vill du berätta hur du upplevde din förlossning"? Under intervjuerna ställdes sedan följdfrågor, t.ex. "hur menar du med det"? eller "kan du förklara det lite mer"? Följdfrågorna ställdes då kvinnorna kom in på det som gällde sugklockan. I vissa fall förekom även ledande frågor.

Analys

Intervjuerna transkriberades ordagrant och analyserades enligt Lundman och Hällgren-Granheims modell. För att få ett helhetsintryck lästes alla intervjuer igenom och sedan gjordes en reflektion över texterna och dess innehåll. Induktiv ansats användes vilket innebär att texterna analyseras helt förutsättningslöst utifrån kvinnornas berättelser. Meningsbärande enheter plockades ut, de kondenserades och försågs med koder. Efter det delades de in i underkategorier för att till sist mynna ut i fyra kategorier. Med en meningsenhet menas ord och meningar som hör ihop med varandra genom att de har samma sammanhang och innehåll. Kondensering av texten görs, d.v.s. man kortar ner

texten för att göra den mer lättbegriplig. En kod är en kortfattad beskrivning på en meningsenhet. En underkategori består av flera koder som innehåller liknade innehåll. Underkategorierna mynnar till sist ut i kategorier. Inga data ska kunna passa in i två eller flera kategorier. En kategori ska kunna svara på frågan ”vad?” (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

I tabellen nedan visas ett exempel på analysarbetet:

Tabell 1

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Kände mig inte utlämnad. De jobbade MED mig och inte ovanför mig. Jag kände mig delaktig.	Kände mig inte utlämnad. Kände mig delaktig	Att vara med	Samarbete	Upplevelse av delaktighet

Etiska aspekter

Studier som bedrivs på avancerad högskolenivå kräver ingen etisk prövning från den regionala etikprövningsnämnden (Codex, 2011). Tillstånd från verksamhetscheferna på de berörda förlossningsklinikerna har inhämtats (se bilaga 1) för att få tillgång till patientregister och därifrån söka kvinnorna. Till de berörda kvinnorna skickades ett informationsbrev (se bilaga 2) angående syftet med studien och däri också en förfrågan om deltagande. Alla kvinnor som accepterade att delta i studien fick skriftlig och muntlig information om att det var frivilligt att delta och att de kunde avbryta sitt deltagande när som helst utan att ange orsak. Innehållet i studien kommer inte att kunna härledas till enskilda personer utan allt som skrivs är avidentifierat. Om någon av deltagarna hade traumatiska upplevelser som rivs upp på nytt i samband med intervjun kunde kontakt med kurator eller aurorabarnmorska förmedlas av den som intervjuade.

RESULTAT

Analysen mynnade ut i åtta underkategorier *samarbete, att få information, kompetent personal skapar trygghet, att få hjälp när jag inte orkar, stöd av personalen, stöd av partnern, oro att själv bli skadad och oro att barnet skulle skadas*. Dessa underkategorier bildade sedan följande fyra kategorier *upplevelse av delaktighet, känsla av tacksamhet, upplevelse av stöd och oro för komplikationer*. V.g. se tabell 2.

Tabell 2

Underkategorier	Kategorier
Samarbete	Upplevelse av delaktighet
Att få information	
Kompetent personal skapar trygghet	Känsla av tacksamhet
Att få hjälp när jag inte orkar	
Stöd av personalen	Upplevelse av stöd
Stöd av partnern	
Att själv bli skadad	Oro för komplikationer
Att barnet skulle skadas	

Upplevelse av delaktighet

Denna kategori bildades av de två underkategorierna *samarbete* och *att få information*. Alla kvinnorna kände sig delaktiga i besluten som fattades i och med att förlossningen fick avslutas med sugklocka. Viktiga faktorer för att känna sig delaktiga var att samarbetet mellan alla på rummet fungerade och att kvinnan var välinformerad. Detta gav kvinnan en bekräftelse på att alla runt henne jobbade för att hjälpa henne att föda sitt barn på ett säkert sätt.

Samarbete

Många av kvinnorna kände sig delaktiga och kände att de hade kontroll över det som hände runt omkring dem. Partnern samarbetade med kvinnan t.ex. genom att räcka över lustgasen när värken var på väg eller gav massage i ryggslutet. Kvinnorna upplevde också ett samarbete med läkare och barnmorska i samband med att kvinnan krystade och läkaren drog i klockan.

”Dom sa när det var, så jag visste när jag skulle trycka, så det var ett samarbete”.

En kvinna beskriver hur personalen gjorde henne engagerad i hennes förlossning. Hon kände att hennes delaktighet var lika viktig som personalens. Detta samarbete och hennes delaktighet förde förlossningen framåt.

”Kände mig inte utlämnad, de jobbade MED mig och inte ovanför mig. Jag kände mig delaktig”.

En kvinna som är aerobicinstruktör beskriver hur hon går in i sin roll som coach. Detta var hennes sätt att få kontroll över situationen och på så sätt klara den trots hennes rädsla för sugklocka.

”-Ja tjejer, nu kör vi liksom, och lite för att peppa mig själv att inte ligga där och lipa och tycka det är hemskt att få en sugklockeförlossning liksom”.

Att få information

Kvinnorna upplevde informationen under förlossningen som viktig för att de skulle känna sig trygga med situationen och veta i vilken fas av förlossningen de befann sig. Informationen de fick gavs kontinuerligt under förlossningen av barnmorskorna och handlade om händelseutvecklingen och processen. Det upplevdes viktigt för kvinnorna att få informationen för att känna sig delaktiga i de beslut som skulle fattas.

”De berättade hela tiden vad de gjorde, de var lugna liksom”.

Även om situationen för några av kvinnorna blev akut så upplevde de ändå att de hann få den information de behövde för att känna sig delaktiga.

Kvinnorna hade fått tala igenom sin förlossning med barnmorskan eller läkaren efteråt. Detta upplevdes som positivt då de fick möjlighet att fråga om varför sugklocka användes och mer information i ett lugnt skede. Några av dem berättar att de fick sin förlossningsjournal som hjälpt dem att minnas.

”Jag tyckte det var så bra att man fick papperna på själva förlossningen där man kunde läsa igenom hur allt var, och det har jag gjort flera gånger”.

Känsla av tacksamhet

Denna kategori bildades av de två underkategorierna att *kompetent personal skapar trygghet* och *att få hjälp när jag inte orkar*. Kvinnorna hade redan innan sin förlossning en tillit till förlossningskliniken och dess kompetens. De förväntade sig att få ett professionellt omhändertagande som de också fick. Trots att denna upplevelse var ny för dem var de trygga med att personalen visste var de gjorde. Några av dem tvivlade på sin förmåga att klara en förlossning men tilltron till personalens kompetens skapade trygghet.

Kompetent personal skapar trygghet

Flera kvinnor säger att de aldrig kände sig oroliga utan kände full tillit till barnmorskorna och deras kompetens. De kände sig väl omhändertagna av personalen vilket gjorde dem trygga.

”Jag var en sån som inte var det minsta orolig utan jag tyckte lite så här att jag är bland de bästa människorna och jag får ta det om det blir någon komplikation, jag får ta det då”.

Några kvinnor berättade hur de gick in i sin egen värld och litade helt på att personalen hjälpte dem att avsluta förlossningen. Detta kunde de göra tack vare att de kände sig trygga med personalen.

”Jag bara blundade så ser jag inte vad de gör, jag bara fokuserade på att andas, andas, och sedan vad de gjorde runt omkring mig försökte jag bara koppla bort så jag kände mig inte så orolig utan de visste vad de gjorde”.

”Jag litade helt på deras vård”.

Indikationen för sugklocka var hos några av kvinnorna hotande fosterasfyxi och därför behövde barnet komma ut snabbt. En av dessa kvinnor beskriver att hon är oerhört tacksam för den hjälp som fanns tillgänglig och att personalen visste hur de skulle agera.

”Utan sugklocka så hade han inte kommit ut, det förstod jag. Så det var en väldig lycka att de hade sugklocka”

Eftersom kvinnorna kände sig trygga med personalen accepterade de den hjälp som erbjöds, d.v.s. sugklocka. Ingen av kvinnorna tyckte i efterhand att det var fel beslut som fattats eller tyckte det hade varit bättre med ett kejsarsnitt.

”Hon var ju tvungen att komma ut och det var ju det sättet som var”

Alla kvinnor var nöjda med personalen. De kände sig hela tiden trygga och personalen skapade ett lugn runt den annars stressfyllda situationen. De kände också att barnmorskorna var där för deras skull. Någon kvinna berättar om hur hon med en gång kände att personkemin stämde med sin barnmorska.

”Jag bara kände att det klaffade mellan oss med en gång när vi kom in”.

En kvinna beskriver känslan av ett lugn i rummet och kände trygghet av detta. Tack vare detta blev inte sugklockan någon stor sak. Hon tror det var därför hon inte kom ihåg så mycket från sugklockan.

”...och trygg i allas närvaro, alla var så himla bra hela tiden så jag blev aldrig riktigt orolig”.

En kvinna kände sig tacksam över att det var just de personerna som vårdade henne som fanns på plats under hennes förlossning och vilken tur hon hade som mötte just dem och i och med detta fick så bra vård.

”Det var en fantastisk hjälp jag fick, det pratar vi ofta om hemma och vilken tur att det var just de personerna som var där så vi fick så bra hjälp och att allt gick så bra”

Att få hjälp när jag inte orkar

Kvinnorna kom till förlossningen i olika skeden av förlossningsarbetet. Några av dem hade haft en lång latensfas medans andra kom in i slutet av öppningsskedet. Trots detta uppger de flesta av kvinnorna, även de som varit där kortare tid, hur tacksamma de var att ha fått hjälp då de var uppgivna och trötta.

”Strax innan de bestämde sig för sugklocka kände jag att nu orkar jag inte, så då sa jag, att nu struntar jag i det här, nu får ni göra vad ni vill, bara han kommer ut då”.

”Gör vad ni vill bara ni hjälper mig”.

Uppgifvenheten som orsakades av att förlossningen stannat av gjorde att kvinnorna tyckte det var skönt att lämna över kontrollen till personalen då deras egna krafter inte räckte till.

”Jag kände det väldigt skönt att få hjälp. Äntligen få ut henne för jag var så trött”

”Jag liksom bara, gör vad ni vill, för då helt plötsligt var det sugklocka, jag brydde mig liksom inte just då”

Kvinnorna tyckte också att det var skönt att få hjälp när de inte orkade längre. De upplevde att sugklockan var det alternativ som återstod och de accepterade det och kände sig trygga med att personalen gjorde allt för deras och barnets skull.

Några av kvinnorna hade haft en lång och utdragen förlossning och upplevde att deras krafter inte räckte till.

”Jag kände att det var väldigt skönt att få hjälp, äntligen få ut henne för jag var så trött”

Upplevelse av stöd

Denna kategori bildades av de två underkategorierna *stöd av personalen* och *stöd av partnern*. När förlossningen inte hade ett normalt förlopp upplevde kvinnorna att de fick vägledning och stöd i en dialog med barnmorskan under förlossningens gång. Att under sin förlossning känna stöd från omgivningen beskrivs av kvinnorna som viktigt. Stödet kunde bestå i olika saker och komma från olika personer. Det kunde bestå i erbjudande till smärtlindring, lägesändringar och att personalen fanns inne på rummet. Gemensamt för kvinnorna var att de kände sig trygga med personalen på förlossningsavdelningen och de var därför inte oroliga för sin eller sitt barns skull under förlossningen. Att partnern fanns med under hela förlossningen skapade trygghet.

Stöd av personalen

Stödet kunde komma från barnmorskan, och beskrivs av flera kvinnor som att det var viktigt att känna att barnmorskan var där för henne. Barnmorskan upplevdes som lyhörd för kvinnans behov och vetskapen om att barnmorskan fanns där gjorde att kvinnorna kände sig trygga. De beskriver också att de hade tillit till personalens kompetens och detta förstärkte känslan av trygghet.

”Hon var verkligen där för mig, hon sprang inte iväg för att någon annan tyckte det”

Stöd av partner

Alla kvinnor beskriver ett bra stöd av sin partner. Alla kvinnor hade med sig sin partner under förlossningen. Han kunde t.ex. vara informationslänken mellan personalen och kvinnan och föra hennes talan när hon inte orkade. Många av kvinnorna såg sig och partnern som ett team, de gjorde detta tillsammans. Att partnern var där skapade trygghet. Eftersom en del av kvinnorna var på förlossningen lång tid hann de träffa flera barnmorskor medans partnern var den som var med under hela förlossningen.

”Då kändes det nästan som om vi teamade ihop på nått vis”.

Oro för komplikationer

Denna kategori bildades av de två underkategorierna *att själv bli skadad* och *att barnet skulle skadas*. Alla kvinnor utom en uppgav att de inte upplevde rädsla inför förlossningen. Den kvinnan berättar att hon hade varit rädd inför förlossningen och speciellt för sugklocka. Oron kvinnorna kände uppkom i samband med hotande fosterasfyxi eller att beslutet togs om sugklocka efter att förlossningen avstannat. Vissa av kvinnorna hade föreställningar om att bli förlösta med sugklocka skulle innebära stor dramatik, fara för stora bristningar och fara för barnets säkerhet. Oron innebar både oro för att själv bli skadad och oro för att barnet skulle skadas eller dö. Oron kvinnorna kände var begränsad till förlossningen. Då de intervjuades var det ingen av dem som uppgav att de hade någon rädsla inför en ev. framtida förlossning.

Att själv bli skadad

Att få stora bristningar var en farhåga hos flera av kvinnorna. De beskriver alla att föreställningarna var mycket värre än var det blev. Tre av kvinnorna fick en sfinkterruptur och alla hade fått någon bristning som behövdes sutureras. En av kvinnorna hade innan förlossningen haft sugklocka som sin värsta mardröm.

”Nä sugklockan var min farhåga och det var nog inte så illa som jag trodde att det skulle bli. Jag gick inte sönder så mycket, men hade jag gjort det hade jag skyllt på sugklockan”

Även om upplevelsen inte var så traumatisk som farhågorna var så upplevdes dragningarna i sugklockan som väldigt obehagliga av den kvinna som haft sugklocka som fasa.

”De drar av mig på mitten så jag -Jag går av på mitten ni är inte kloka. Just det, det kändes som de slet mig i två stycken”.

Att barnet skulle skadas

Farhågan låg både i att barnet inte skulle klara förlossningen och skulle skadas av sugklockan. För de kvinnor som behövde hjälp med sugklocka pga. att barnets hjärtljud var patologiska blev oron för barnet det centrala i situationen.

”Jag var livrädd, jag tänkte att han kommer att dö där inne”

Föreställningen innan förlossningen med sugklocka var skiftande hos kvinnorna, de flesta hade ingen klar bild av hur det skulle vara men en kvinna beskriver det såhär:

”Det har sett så obehagligt ut just för att det ser ut som att de drar så fruktansvärt mycket och man tror liksom att huvudet kommer att hoppa ur led”.

Två av kvinnorna var med om att deras barn togs ut till akutrum med anledning av att barnen var medtagna efter förlossningen. I dessa fall kom barnen tillbaka efter några minuter. Kvinnorna hade fått information tidigare om att detta kunde hända och då de var så utmattade hann de inte uppleva oro.

DISKUSSION

Metoddiskussion

En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har använts. Denna är enligt Lundman och Hällgren Graneheim lämplig vid omvårdnadsforskning där intervjuer med ett stort textmaterial ska analyseras och tolkas. Denna metod kan anpassas till olika syften, intervjuer av varierande kvalitet och till forskarens kunskap och erfarenhet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Inklusionskriterierna i studien involverar en smal patientkategori. Det hade varit intressant att se om resultatet hade blivit ett annat om det enda inklusionskriteriet var att ha genomgått förlossning med sugklocka. Då det gått 10-15 månader sedan de förlöstes hade många kvinnor svårt att komma ihåg och berätta detaljer. Det är möjligt att

resultatet hade blivit mer detaljerat om intervjuerna hade gjorts tidsmässigt närmare förlossningen. Detta kan ha lett till en snedvridning av resultatet som kan bero på att individer kan minnas händelser fel när det gått en längre tid, s.k. minnesbias (recall bias) (Socialstyrelsen, 2011). Det hade också varit intressant att se om resultatet blivit annorlunda om studien gjorts tidsmässigt närmre förlossningen.

En provintervju som inte ingick i studien gjordes på en kvinna som var förlöst med sugklocka men i övrigt inte uppfyllde inklusionskriterierna. Detta var ett bra tillfälle att träna intervjuteknik och testa inspelningsutrustningen. I intervjun förekommer det ledande frågor. För att pröva tillförlitligheten i den kvalitativa intervjun kan det lämpa sig att ställa ledande frågor för att verifiera intervjuarens tolkningar och pröva tillförlitligheten i svaren från kvinnorna. Ledande frågor behöver därför inte minska studiens reliabilitet utan kan snarare öka den (Kvale & Brinkmann, 2009).

Alla kvinnor som deltagit i studien hade en positiv bild av sin förlossning. Det var inte jobbigt för dem att prata om sin upplevelse och det kan ha varit därför de valt att delta. Vi vet inte vad som orsakat att resterande har tackat nej eller inte svarat. En orsak kan vara att förlossningen varit traumatisk och därför ville de inte riva upp minnet i efterhand. En annan möjlig orsak kan vara att de börjat jobba eller inte hade tid.

Kvinnorna fick själva välja plats för intervjun. I de fall intervjun genomfördes i hemmet förekom störningsmoment som avbröt intervjun såsom att barnet påkallade uppmärksamhet, telefonsamtal eller dörrsignal. Detta upplevdes som störande då både vi och kvinnorna hade svårt att behålla fokus och ta upp intervjun igen.

Genom att beskriva urval, deltagare, datainsamling och analysmetod ger det läsaren själv möjligheter att bedöma giltigheten i tolkningarna. Kategorier och underkategorier är tolkningar som kan ha flera sanningar och är inte ovanligt vid beskrivning av människors upplevelser. Ett sätt att ge läsaren en chans att bedöma giltigheten är att stärka resultatet med citat. En noggrann beskrivning av metoden är också viktigt för att läsaren ska kunna avgöra om resultatet är överförbart på andra grupper och sammanhang. Forskaren påverkar resultatet i och med delaktigheten i intervjun och resultatet kan på så sätt inte vara oberoende av forskaren (Lundman & Hällgren-Granheim, 2008).

Vår förförståelse för hur kvinnor upplever att genomgå en förlossning som avslutas med sugklocka är liten då vi endast varit med om detta vid ett fåtal tillfällen under vår verksamhetsförlagda utbildning.

Resultatdiskussion

I resultatet av studien har det framkommit att kvinnorna redan innan sin förlossning kände en tillit till sjukvården. De förväntade sig att få ett professionellt bemötande av kompetent personal vilket de också fick. Barnmorskans professionella omvårdnad kan bestå i att på ett genuint och varmt sätt ta hand om kvinnan och hennes partner och visa respekt för dem. För att bistå en komplicerad förlossning krävs att barnmorskan har kunskap och vet hur hon ska hantera situationen (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011).

Detta ser vi som en självklarhet att varje kvinna ska behandlas med respekt och ses som en individ. För att ta del av kvinnans livsvärld behöver barnmorskan och kvinnan tid att skapa en relation. I dagens förlossningsvård som ofta är stressig och där barnmorskan har ansvar för flera kvinnor i aktivt förlossningsarbete samtidigt kan detta vara svårt att leva upp till. Det borde inte spela någon roll på vilket sjukhus och vem de möter, bemötandet ska ändå vara professionellt.

I en studie av Goldbort (2009) som beskriver kvinnors upplevelser av förlossning med oväntade komplikationer framkommer en negativ förlossningsupplevelse. Dessa upplevelser handlade om att barnmorskan var avskärmad och de hade svårt att få kontakt. De kände att de hade dålig kontroll på vad som hände. Om relationen till barnmorskan var bristfällig påverkades förlossningsupplevelsen negativt (Goldbort, 2009). Kvinnorna i vår studie drabbades även de av oväntade komplikationer som ledde till att förlossningen fick avslutas med sugklocka. Till skillnad från kvinnorna i Goldborts (2009) studie upplevde de en bra vårdrelation med ett bra bemötande och bekräftelse från förlossningspersonalen och det var detta som tog dem igenom den komplicerade förlossningen och gav dem en positiv upplevelse.

I en svensk studie har barnmorskor med lång erfarenhet intervjuats om hur de upplevde att vårda kvinnor med högriskgraviditet och förlossningskomplikationer. Där framkom att barnmorskorna har strategier för att vårda dessa kvinnor. Dessa är att ha en känsla för spontanitet, får en ömsesidig relation med kvinnan hon vårdar, dvs. en vårdrelation och ha en kontinuerlig närvaro i rummet men ändå en ständig strävan till att bevara en balans mellan det medicinska och naturliga perspektiven i förlossningen (Berg & Dahlberg, 2001). Detta stämmer väl överens med vårt resultat även om kvinnorna i vår studie inte var riskpatienter till en början. Trots den högteknologiska tidsåldern vi befinner oss i och de framsteg som vetenskapen gör är det i grunden ändå viktigast med personlig närvaro och kommunikation. Ett bra bemötande och att bli sedd och bekräftad i vårdrelationen stärker kvinnan att klara förlossningen.

Kvinnorna i vår studie upplevde inte sin förlossning som traumatisk även att den fick avslutas med sugklocka. Kvinnorna uppgav att de fick information kontinuerligt och att de var en del i det som hände. Detta styrks i en studie av Gibbins och Thomson (2001). De har i sin studie om förväntningar och upplevelser av barnafödande, intervjuat åtta förstfödorskor varav tre var förlösta med sugklocka. Dessa kvinnor uppger att informationen de fått under sin graviditet har hjälpt dem att förbereda sig inför förlossningen och det har skapat trygghet. Detta hjälpte dem även att få en känsla av kontroll och styrka i en situation de inte tidigare upplevt. Under hela förlossningen kände de att de hade blivit informerade om progressen i förlossningen och varit delaktiga i besluten så långt det varit möjligt. Att ha kontroll över situationen hjälpte dem att klara förlossningen (Gibbins & Thomson, 2001). I en enkätstudie från Finland där kvinnor som blivit förlösta med sugklocka fått svara på frågor om sin upplevelse. Av dem hade 20 % en traumatisk förlossningsupplevelse pga. att de fått dålig information under förlossningen, de har upplevt dåligt stöd av läkaren och inte blivit trodda eller lyssnade på (Uotila, Taurio, Salmelin, & Kirkinen, 2005). Det är viktigt för kvinnor som genomgår en komplicerad förlossning att de hela tiden informeras om hur förlossningen framskrider och hur barnet mår för att känna att de har kontroll och får bekräftelse på vad som händer (Engström & Lindberg, 2012). Att kvinnan känner att

hon har kontroll över sin förlossning var en viktig faktor för att få en positiv förlossningsupplevelse (Goodman, Mackey, & Tavakoli, 2004). Att som barnmorska ge rätt information vid rätt tillfälle är en konst. Kvinnorna känner sig lugna när de får information om hur barnmorskan tänker. Informationen bör vara individanpassad och då är det en fördel om paret och barnmorskan har hunnit etablera en kontakt under förlossningens gång (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Detta visar även vår studie då kvinnorna hela tiden kände att de hade kontroll över situationen. De betonar att informationen både under och efter förlossningen var viktig för att de skulle känna sig delaktiga. En studie visar att nyblivna föräldrar har en stark önskan om att ha ett post partum samtal där de får möjlighet att gå igenom förlossningen. De vill veta om förlossningen var normal och om den inte var det, varför komplikationerna uppstod. Helst vill de tala med den förlösande barnmorskan och bästa tiden för detta samtal är på BB innan utskrivning (Olin & Faxelid, 2003). Vi tror att den förlösande barnmorskan är den som bäst kan återge förlossningen till skillnad från en barnmorska som inte varit med eftersom det är svårt att läsa sig till i dokumentationen hur förlossningen var. Är det inte den förlösande barnmorskan som har post partum samtal tror vi att det hade varit positivt om hon har samtalet per telefon för att svara på frågor och förklara hur diskussionen lett fram till beslutet om sugklocka.

Kvinnorna i studien upplevde det positivt att få stöd både från barnmorskan och partnern. Detta framkommer även i Gibbins och Thomsons (2001) studie där kvinnorna framhöll att stödet från barnmorskan och partnern var det som hjälpte henne igenom förlossningen. I en utsatt förlossningssituation är partners stöd det viktigaste för kvinnan. Barnmorskans positiva attityd och engagemang spelar även den en stor roll för att kvinnan ska känna sig trygg (Gibbins & Thomson, 2001). Stöd kan minska många typer av interventioner eftersom kvinnan känner sig lugn och arbetar med sin kropp. Ett bra stöd kan även innebära att kvinnan upplever att hon har mer kontroll över sin förlossning (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2005).

Kvinnorna i vår studie hade ingen förlossningsrädsla under sin graviditet. Rädslan hos några av kvinnorna uppkom i samband med att barnet uppvisade tecken på stress och hotande fosterasfyxi. Gibbins och Thomson (2001) beskriver i sin studie att kvinnorna upplever rädsla för komplikationer som t.ex. fosterpåverkan eller att något ska vara fel på barnet (Gibbins & Thomson, 2001). Studier visar att förlossningsrädsla är vanligare efter en instrumentell vaginal förlossning än vid en normal förlossning. Rädslan kan förebyggas med bra kommunikation och information om varför det blivit aktuellt, fördelarna och nackdelarna med den (Avasarala & Mahendran, 2009). Kvinnor som har fått sfinkterruptur grad tre upplever en oro som inverkar på hennes fysiska och känslomässiga välbefinnande. De upplever att de får dåligt stöd både från partnern och sjukvårdspersonal. Detta kan leda till avhållsamhet från sex och rädsla för framtida graviditeter. Det är därför viktigt med uppföljning och en planering inför ev. framtida förlossningar (Williams, Lavender, Richmond, & Tincello, 2005). Tre av kvinnorna i vår studie hade fått en sfinkterruptur. Ingen av dem hade några besvär av detta när intervjuerna gjordes, vilket säkert bidrog till att de fick en positiv förlossningsupplevelse. Om någon av kvinnorna lidit av besvär efteråt som hon skulle kunnat uppkomma pga. sugklockan hade ett vårdlidande uppstått. Eftersom ett av inklusionskriterierna i studien var att barnet skulle ha $AS \geq 7$ var inget barn dåligt när det föddes. Därför tror vi att rädslan att barnet skulle skadas inte blev ett starkt minne.

Lundgren (2005) har intervjuat kvinnor två år efter en normal förlossning. Centralt för dessa kvinnor var att de upplevde att förlossningen var en situation som inte gick att undvika och där balansgången mellan att ha kontroll över situationen och att släppa den var krävande. Känslan av hjälplöshet fanns i situationer när förlossningen inte gick framåt. Barnmorskans stöd var viktigt för att klara situationen. Att ha klarat förlossningen upplevdes av kvinnan som stärkande för självkänslan (Lundgren, 2005). Vi tror att de grundläggande behoven som stöd, information och att ha kontroll över situationen inte skiljer sig nämnvärt vare sig förlossningen är normal eller komplicerad. Givetvis kräver en komplicerad förlossning mer av allt detta då kvinnan är mer utlämnad till personalens kompetens.

SLUTSATSER

Denna studie visar att kvinnorna var tacksamma att få hjälp när förlossningen behövde avslutas med sugklocka. När de kände att de inte skulle klara att själva föda sitt barn var de tacksamma att det fanns personal där som var kompetenta och detta skapade trygghet. Under sin förlossning fick de alla bra information och upplevde en känsla av delaktighet. De fick bra stöd av både personalen och av partnern. När förlossningen avslutades med sugklocka var några oroliga att de själva skulle skadas eller att något skulle hända barnet men denna oro var inget som följde dem efter förlossningen. Kvinnorna i vår studie upplevde inte sin förlossning som traumatisk och inte heller som en stor besvikelse. En större studie med färre inklusionskriterier hade varit intressant för att ytterligare studera kvinnors upplevelse av förlossning som avslutas med sugklocka.

REFERENSER

- Andolf, E. (2008). Kejsarsnitt. In H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Eds.), *Obstetrik* (pp. 585-603). Lund: Studentlitteratur.
- Avasarala, S., & Mahendran, M. (2009). A survey of women's experiences following instrumental vaginal delivery. [Article]. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 29(6), 504-506. doi: 10.1080/01443610903003217
- Berg, M. (2010). Vårdandets värdegrund vid barnafödande. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *Att stödja och stärka*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, M., & Dahlberg, K. (1998). A phenomenological study of women's experiences of complicated childbirth. *Midwifery*, 14(1), 23-29. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138\(98\)90111-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0266-6138(98)90111-5)
- Berg, M., & Dahlberg, K. (2001). Swedish midwives' care of women who are at high obstetric risk or who have obstetric complications. *Midwifery*, 17(4), 259-266.
- Codex. (2011). Forskning som involverar människan Retrieved 8 september, 2012, from www.codex.vr.se/forskningsmanniska.shtml
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dandolu, V., Chatwani, A., Harmanli, O., Floro, C., Gaughan, J., & Hernandez, E. (2005). Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. *International Urogynecology Journal*, 16(4), 304-307. doi: 10.1007/s00192-005-1297-2
- Engström, Å., & Lindberg, I. (2012). Mothers' experiences of a stay in an ICU after a complicated childbirth. *Nursing in Critical Care*, 17(2), 64-70. doi: 10.1111/j.1478-5153.2011.00474.x
- Gei, A. F. (2012). Prevention of the First Cesarean Delivery: The Role of Operative Vaginal Delivery. *Seminars in Perinatology*, 36(5), 365-373. doi: 10.1053/j.semperi.2012.04.021
- Gibbins, J., & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. doi: <http://dx.doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Goldbort, J. G. (2009). Women's lived experience of their unexpected birthing process. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 34(1), 57-62. doi: 10.1097/01.NMC.0000343867.95108.b3
- Goodman, P., Mackey, M. C., & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x

- Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 806-817. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00886.x
- Hildingsson, I. (2008). How much influence do women in Sweden have on caesarean section? A follow-up study of women's preferences in early pregnancy. *Midwifery*, 24(1), 46-54. doi: 10.1016/j.midw.2006.07.007
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2005). Continuous Support for Women During Childbirth. *Birth*, 32(1), 72-72. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00336.x
- Hogg, B. (2009). Den komplicerade graviditeten. In A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Eds.), *Lärobok för barnmorskor* (pp. 115-191). Lund: Studentlitteratur.
- ICM. (2011). International code of ethics for midwives Retrieved 4 september, 2012, from www.internationalmidwives.org
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundgren, I. (2005). Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 21(4), 346-354. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2005.01.001>
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, E. (2008). Kvalitativ innehållsanalys *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvården* (pp. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Lyberg, A., & Severinsson, E. (2010). Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study. [Article]. *Journal of Nursing Management*, 18(4), 383-390. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01103.x
- Nilsson, C. (2010). Att möta och vårda kvinnor med svår förlossningsupplevelse. In M. Berg & I. Lundgren (Eds.), *Att stödja och stärka* (pp. 169-189). Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, C. (2012). *Förlossningsrädsla: med fokus på kvinnors upplevelse av att föda barn*. Linnaeus University, School of Health and Caring Sciences Växjö, Kalmar. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-18750>
- Norman, M., Nyman, M., & Lilja, H. (2008). Instrumentell vaginal förlossning. In H. Hagberg, K. Marsal & M. Westgren (Eds.), *Obstetrik* (pp. 605-613). Lund: Studentlitteratur.

- Nystedt, A., Högberg, U., & Lundman, B. (2006). Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*, 22(1), 56-65.
- Olin, R.-M., & Faxelid, E. (2003). Parents' needs to talk about their experiences of childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(2), 153-159. doi: 10.1046/j.1471-6712.2003.00105.x
- Paulsson, G. (2008). Fenomenografi *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvården* (pp. 73-84). Lund: Studentlitteratur.
- Ryding, E., Persson, A., Onell, C., & Kvist, L. (2003). An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth. [Article]. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(1), 10-17. doi: 10.1034/j.1600-0412.2003.820102.x
- Simms, R., & Hayman, R. (2011). Instrumental vaginal delivery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 21(1), 7-14. doi: 10.1016/j.ogrm.2010.09.010
- Socialstyrelsen. (2001). Handläggning av normal förlossning- State of the Art. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011). Metodguide. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). Graviditeter, förlossningar & nyfödda barn- medicinska födelseregistret 1973-2010- Assisterad befruktning 1991-2009 (pp. 51). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svantesson, L., & Kaplan, A. (2009). Operationslära. In K. A. B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren (Eds.), *Lärobok för barnmorskor* (pp. 407-429). Lund: Studentlitteratur.
- Uotila, J. T., Taurio, K., Salmelin, R., & Kirkinen, P. (2005). Traumatic experience with vacuum extraction -- influence of personal preparation, physiology, and treatment during labor. *Journal of Perinatal Medicine*, 33(5), 373-378.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., & Rådestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 31(1), 17-27.
- Williams, A., Lavender, T., Richmond, D. H., & Tincello, D. G. (2005). Women's Experiences After a Third-Degree Obstetric Anal Sphincter Tear: A Qualitative Study. *Birth*, 32(2), 129-136. doi: 10.1111/j.0730-7659.2005.00356.x

Bilagor

Bilaga 1

Till Verksamhetschefen för Förlossningen i xxxx.

Uppsats om *"Kvinnors upplevelse av förlossning som avslutas med sugklocka"*

Vi är två barnmorskestuderande som heter Ulrika Kvarnvik och Anna Klasson. Vi studerar på Högskolan i Borås och som examensarbete ingår en magisteruppsats (15 Hp). Vi är intresserade av att beskriva kvinnors upplevelse av att ha genomgått en förlossning, som avslutats med sugklocka

Vi önskar få tillåtelse att genomföra intervjuer med kvinnor som har genomgått en förlossning som avslutats med sugklocka under perioden juni 2011 - dec 2011. För att hitta kvinnor till vår studie behöver vi söka i er liggare på förlossningsavdelningen. Våra inklusionskriterier är att de ska vara svensktalande, genomgått sin första förlossning, barnet skall vara fullgånget, haft minst 7 p i AS efter 1 minut och ej vårdad på neonatalavdelning i efterförloppet.

Deltagandet är frivilligt och de kan när som helst avbryta sitt deltagande utan att ange orsak. Efter att vi fått Ert godkännande kommer vi att skicka ut informationsbrev angående studien, med svarstalong och därefter kontakta dem för tidsbokning via telefon. Vi kommer att intervjuva kvinnorna individuellt. Samtalen kommer att spelas in och all data kommer att behandlas konfidentiellt, inga namn kommer att användas utan materialet kudas. När uppsatsen är examinerad och godkänd sparas den i Högskolans databas och det kommer att finnas möjlighet att ta del av den. Vår förhoppning är att Ni vill ge Ert medgivande till vår studie och vi kommer att kontakta Er via telefon efter att Ni fått vårt informationsbrev.

Vid frågor är Ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare Elisabeth Jangsten, barnmorska och universitetslektor på Högskolan Borås.

Ulrika Kvarnvik Mail: xx Mobil: xx

Anna Klasson Mail: xx Mobil: xx

Elisabeth Jangsten Mail: xx Tel: xx

Jag ger mitt godkännande till att studien genomförs:

Namn	Ort	Datum
------	-----	-------

Sänd åter i bifogat kuvert, Tack.

Med vänlig hälsning Anna och Ulrika

Bilaga 2

Förfrågan om deltagande i intervjustudie

Hej!

Vi är två barnmorskestudenter som heter Ulrika Kvarnvik och Anna Klasson som läser på Högskolan i Borås. I vårt examensarbete planerar vi skriva om kvinnors upplevelse av förlossning som avslutas med sugklocka. Vi skulle därför gärna vilja intervjua dig om Din upplevelse av förlossningen.

Efter tillstånd av verksamhetschefen vid Din förlossningsklinik har vi fått kännedom om att Du har genomgått förlossning under perioden juni 2011 till december 2011.

Om Du vill delta i vår studie kommer vi att intervjua dig. Ditt deltagande är frivilligt och Du kan när som helst avbryta utan att ange orsak. Vid intervjun kommer vi att börja med en öppen ingångsfråga. Samtalet kommer att spelas in men allt material kommer att behandlas konfidentiellt, inga namn kommer att användas utan materialet kommer att koda. Banden kommer att förstöras efter att uppsatsen är examinerad och godkänd. Vi beräknar att intervjun kommer att ta mellan 30 – 60 minuter. Vi är tacksamma om Du sänder tillbaka talongen i bifogat kuvert och markerar om Du vill delta eller inte. Om Du tackar ja, ringer vi upp Dig för att komma överens om plats och tid för intervjun. Vid frågor är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare Elisabeth Jangsten, barnmorska och universitetslektor på Högskolan Borås.

Ulrika Kvarnvik

Mail: xx

Mobil: xx

Anna Klasson

Mail: xx

Mobil: xx

Elisabeth Jangsten

Mail: xx

Tel: xx

Tack på förhand Anna och Ulrika

Jag önskar att delta i studien och vill bli kontaktad på telefonnummer: _____

Jag önskar att inte delta i studien.