

Att föda hemma

**En kvalitativ intervjustudie om kvinnors val och upplevelser
av att föda hemma**

Jessica Ahlvik
Madelen Grankulla
Nina Vähäkangas

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildningen: Barnmorska (YH)

Vasa 2018



EXAMENSARBETE

Författare: Ahlvik Jessica, Grankulla Madelen och Vähäkangas Nina
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Wikberg Anita

Titel: Att föda hemma – en kvalitativ intervjustudie om kvinnors val och upplevelser av att föda hemma.

Datum: Maj 2018 Sidantal: 55 Bilagor: 6

Abstrakt

Syftet med examensarbetet är att beskriva kvinnors val och upplevelser av att föda hemma. Frågor vi använt oss av är: Varför väljer kvinnor att föda hemma? och Hurudana upplevelser har kvinnorna av att föda hemma?

Vi har gjort en kvalitativ studie och samlat in material genom att intervjua sex kvinnor som fött barn hemma. Materialet har sedan analyserats med en kvalitativ innehållsanalys och speglats mot tidigare forskningar och den teoretiska utgångspunkten. Som teoretisk utgångspunkt används Terese Bondas teori, Att vara med barn samt Fahy, Parratt, Foureur och Hasties; "Birth Territory Theory".

Resultatet visar att det finns olika faktorer som påverkar valet av hemförlossning. Kvinnorna vill föda på en bekväm plats och vill att de egna önskemålen angående förlossningen ska beaktas. Att föda hemma beskrivs som en positiv och magisk upplevelse. En central del i upplevelsen är trygghet eftersom kvinnan får föda på en trygg plats, på ett naturligt sätt, lita på kvinnans urkraft och kan välja vem som är med under förlossningen.

Språk: Svenska Nyckelord: hemförlossning, förlossning, födelseplats, naturligt, upplevelser, val

BACHELOR'S THESIS

Author: Ahlvik Jessica, Grankulla Madelen and Vähäkangas Nina
Degree Programme: Midwife, Vaasa
Supervisor: Wikberg Anita

Title: To give birth at home – a qualitative interview study about women's choices and experiences of giving birth at home.

Date: May 2018 Number of pages: 55 Appendices: 6

Abstract

The aim with our thesis is to describe women's choices and experiences of giving birth at home. The questions we have used are: Why do women choose to give birth at home? and What kind of experiences do women have of giving birth at home?

We have written a qualitative study and our material is collected by interviewing six women who have given birth at home. The material is analyzed with a qualitative content analysis and reflected against previous studies and the theoretical framework. As theoretical frameworks Terese Bondas theory to be with child and Fahy, Parratt, Foureur & Hasties; Birth Territory Theory was used.

The result show that there are many factors that affect the choice of homebirth. Women want to give birth in a comfortable place and want their own requests related to the birth to be considered. To give birth at home is described as a positive and magical experience. A central part of the experience is safety because the woman can give birth in a safe place, on a natural way, have trust in the woman's elemental force and can choose who is present during the birth.

Language: Swedish Key words: homebirth, birth, birthplace, natural, experience, choice

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Bakgrund	2
2.1	Definition av planerad hemförlossning och naturlig förlossning.....	3
2.2	Statistik.....	4
2.3	Historiskt perspektiv	4
2.4	Den blivande moderns perspektiv	5
2.5	Den blivande faderns perspektiv	6
2.6	Syskonens perspektiv.....	6
2.7	Barnmorskans perspektiv.....	7
2.8	Att föda i hemmet ur ett internationellt perspektiv	8
2.9	Skillnaden mellan att föda i hemmet och att föda på sjukhus	9
2.10	Icke-medicinsk smärtlindring under förlossningen.....	10
2.11	Lotus födsel	15
3	Teoretisk utgångspunkt.....	15
3.1	Terese Bondas - Att vara med barn.....	15
3.2	Katleen Fahy, Jenny Parratt, Maralyn Foureur & Carolyn Hastie – Birth territory theory.....	18
4	Syfte och frågeställning.....	20
5	Metod	20
5.1	Kvalitativ studie	20
5.2	Kvalitativ intervju och urval av informanter	20
5.3	Innehållsanalys	22
5.4	Forskningsetik.....	23
6	Resultatredovisning	26
6.1	Beslut av att föda hemma.....	27
6.2	Upplevelse av att föda hemma	31
7	Spegling av resultatet mot teorier och tidigare studier	43
7.1	Beslut av att föda hemma.....	43
7.2	Upplevelse av att föda hemma	45
8	Metoddiskussion.....	48
9	Slutdiskussion.....	50
10	Källförteckning	52
	Informationsbrev.....	
	Information	
	Intervjufrågor.....	
	Interview questions.....	

Informerat samtycke

Informed consent.....

1 Introduktion

Att själv få välja var man ska föda sitt barn är för många kvinnor en viktig sak. För vissa kvinnor är sjukhus det självklara valet medan det för andra känns som att hemmet är den mest optimala platsen. Vi har valt att studera vad kvinnor som fött barn hemma har för upplevelser av och hur det kom sig att de valde att föda hemma. Vi har märkt att hemförlossningar på den senaste tiden blivit allt mera omdiskuterat och att det finns starka åsikter både för och emot att föda hemma. Somliga tänker att det är lugnt och avslappnat medan det för andra låter otryggt och osäkert. Många av dessa åsikter och tankar förekommer på sociala medier och i olika tidningar.

Barnmorskan Snickars från Österbotten jobbar som barnmorska för de kvinnor som väljer att föda sitt barn i hemmet, i en artikel på Svenska Yle (2017) säger Snickars att hon som barnmorska brinner för kvinnans rätt att själv få välja och kvinnans rätt till sin egen kropp (Teir-Siltanen, 2017). Nuutila, överläkare på kvinnokliniken i Helsingfors, menar i en artikel i Hufvudstadsbladet (2013) att det medför stora risker att föda sitt barn hemma och att dessa risker gör så att de flesta läkare och barnmorskor undviker hemförlossningar. Däremot säger Miettinen, gynekolog och specialist på hemförlossningar att det inte alls är säkrare att föda på sjukhus utan att det låga antalet hemförlossningar beror på att det inte hör till det allmänna sjukvårdssystemet i Finland. Viisainen (2000) skriver i en studie om olika risker som de blivande föräldrarna upplevde vid hemförlossning. Hon menar att föräldrarna upplevde tre typer av risker; medicinska risker både vid graviditeten och vid förlossningen, iatrogeniska risker, det vill säga risk för en skada som uppkommer till följd av behandling från vårdpersonal och moraliska risker när man går emot de rekommendationer som finns i landet. Flera artiklar på Svenska Yle (2017) tar upp detta med att föda hemma. Bland annat Teir-Siltanen intervjuar barnmorskan Snickars som menar att det för en frisk kvinna där graviditeten varit komplikationsfri är lika säkert att föda i hemmet som det är att föda på sjukhus. Snickars menar också att komplikationerna efter förlossningen minskar när man föder hemma, eftersom man inte gör alla ingrepp i hemmet som man gör på sjukhuset. Hon menar också att man som föderska i hemmet känner sig mera delaktig i förlossningen. Sandell har intervjuat doulan Jokela-Nouranen som säger att det är stor skillnad på att föda hemma och att föda på sjukhus. Hon förklarar att man inte har likadana granskningar och rutiner i hemmet som man har på sjukhus och att man i hemmet inte heller kan erbjuda de medicinska smärtlindringar som man har

möjlighet att få om man föder på sjukhus. Jokela-Nouranen förklarar också att det är lugnare att föda hemma och att hela familjen dessutom får närvara vid förlossningen om så önskas.

Den stora osäkerheten bland föräldrar om hur säker en planerad hemförlossning är kan bero på att vårdpersonalen har så olika åsikter om det. Vi har märkt att det finns relativt lite information om hemförlossningar, vilket också kan vara en bidragande orsak till osäkerheten. Vi tycker att det är viktigt att det finns tillräckligt med information och forskning kring att föda hemma så att kvinnor som väljer att föda sitt barn i hemmet kan känna sig trygga i sitt val. Vi anser också att vårdpersonalen borde bli bättre på att stötta kvinnans val, även om vi har förståelse till att man informerar om riskerna. Det viktiga är att man som vårdare respekterar kvinnans val och inte försöker ändra hennes åsikt genom att med en negativ ton påpeka vilken risk kvinnan tar. Det gör att kvinnan tappar förtroendet för vårdpersonalen inom den allmänna vårdsektorn.

2 Bakgrund

Av alla förlossningar i Finland är 0,02 procent planerade hemförlossningar. Vid 12 procent av dessa hemförlossningar behöver förlossningen överflyttas till sjukhus, endera på grund av mamman eller babyn (Pouta et. al., 2015). I Finland föder de flesta kvinnor på sjukhus men det är också möjligt att föda i sitt eget hem. Hemförlossningen omfattas och rekommenderas inte av den allmänna hälsovården så föräldrarna hamnar därför själva att sköta arrangemanget kring förlossningen i hemmet. Ansvar för förlossningen förlöper bra ligger hos föräldrarna (Infopankki, 2004). För att föda hemma rekommenderas det att man är frisk och inte har några graviditetskomplikationer som kan göra att förlossningen blir riskfylld (Persson, 2017). Enligt THL ska kvinnan som föder hemma helst vara en "lågrisk föderska". Detta innebär att kvinnan inte har någon underliggande sjukdom, inte väntar fler än ett barn, fostret ligger i huvudbjudning, graviditeten utvecklas på ett normalt sätt och att kvinnan inte är streptokockantigen B-positiv. Förlossningen skall ske mellan veckorna 38+0 och 41+6. Hon ska helst inte heller ha varit med om en förlossning med sugklocka eller kejsarsnitt. (Pouta et al., 2015, 263).

Före förlossningen kan de blivande föräldrarna diskutera med barnmorskan och berätta vilka önskemål de har. Om det uppkommer komplikationer under förlossningen åker man till sjukhus med ambulans. Barnmorskan undersöker både babyn och mamman efter förlossningen men en barnläkare behöver undersöka babyn inom de närmaste dygnet efteråt (Persson, 2017). Barnmorskan skall undersöka hur babyn mår minst en gång i dygnet fram tills läkaren har undersökt babyn. (Pouta et. al., 2015, 265).

I en studie skriver Viisainen (2000) att föräldrar som planerat att föda hemma sökte efter en plats där kvinnan själv kunde ha kontroll över födelseprocessen och de beslut som ingick i den, samt att ge den nyfödde en lugn och fridfull start i livet. Föräldrarna trodde inte att den platsen kunde vara på sjukhus. För de föräldrar som planerade att föda hemma innebar det en stor riskbedömning som inkluderade medicinska risker, andra risker som förekommer i sjukhusmiljö samt den moraliska risken att gå emot auktoritär kunskap.

Föräldrarnas val och beslut om att föda hemma varierade. De få föräldrar som var starkt för den naturliga födseln hade redan innan den första graviditeten funderat på hemförlossning. Hos några av de andra föräldrarna blev hemförlossning gradvist mer och mer relevant och övertygande efter att de försökt och misslyckats med en naturlig födelse på sjukhus eller efter andra otrevliga upplevelser av vård. Två av kvinnorna som hade haft en oväntad men framgångsrik förlossning utanför sjukhus, insåg att de faktiskt skulle kunna klara av en förlossning ensam och därifrån uppstod möjligheten att föda hemma. Föräldrarna var medvetna om att deras beslut om hemförlossning var ovanligt i det finska samhället. De var villiga att argumentera och ta ansvar för sitt beslut, samt villiga att utmana den auktoritära medicinska kunskapen som anser att hemförlossning är riskabel och därför otänkbar. (Viisainen, 2000, 72–74).

2.1 Definition av planerad hemförlossning och naturlig förlossning

Med planerad hemförlossning menar vi en förlossning som är planerad att starta i hemmet med hjälp av en barnmorska. Om mamman eller barnet under förlossningen eller efteråt flyttas till sjukhus räknas det ändå som hemförlossning. En förlossning som oplanerat sker i hemmet eller på väg till sjukhuset hör inte till vårt forskningsområde.

I detta arbete avser vi med naturlig förlossning en förlossning som sker utan medicinsk smärtlindring och med så få åtgärder som möjligt. Med åtgärder menar vi t.ex. inre undersökningar, kontinuerlig uppföljning av fostrets hjärtljud, igångsättning och sugklocka.

2.2 Statistik

Enligt THL:s statistikuppföljning har antalet barn som är planerat födda i hemmet ökat de senaste åren. År 1991 föddes endast fyra barn i Finland planerat i hemmet, 2004 var antalet åtta medan det både år 2015 och 2016 föddes 45 barn med planerad hemförlossning. (Gissler, Heino & Vuori, 2017).

2.3 Historiskt perspektiv

År 1816 etablerades i Åbo det första mödrasjukhuset i Finland. Det var som ett undervisningssjukhus för barnmorskor, eftersom den ryska regeringen inte längre tillät finska barnmorskor att bli upplärda i Stockholm. (Viisainen, 2000, 17).

I slutet av 1800-talet föddes nästan alla barn i hemmiljö och det var oftast bara de som var hemlösa och ogifta som födde på sjukhus (Wisselgren, 2005). Efter andra världskriget förändrades barnafödandet i de flesta europeiska länder. Från att vara en sak som skedde i hemmen ändrades det till att man istället började föda sina barn på sjukhus. I de nordiska länderna var Sverige först och Danmark sist med att ändra från att majoriteten av födslar skedde i hemmet till att nästan 100 procent av födslar skedde på sjukhus. I Sverige och i USA skedde förändringen på 1930-talet, medan det i Finland och Norge skedde mellan 1940 och 1960-talet (Viisainen 2000, 15). I Sverige minskade förlossningarna i hemmet på 1930-talet från 90 till 35 procent och på 1950-talet var det endast 5 procent av barnen som föddes i hemmet. Förlossningsvården hade då gått igenom en revolution (Höjeberg, 2011, 209). Det ansågs då också finare att föda på sjukhus. Under 1900-talet minskade även mödra- och barnadödligheten, en av orsakerna till det var att förlossningarna på sjukhus ökade (Wisselgren, 2005). Utvecklingen i Danmark liknade mera Storbritanniens än i de övriga nordiska länderna, födslar som skedde på sjukhus nådde först 80 procent på 1960-talet. I Nederländerna skedde majoriteten av alla födslar i hemmen ända fram till 1970-talet och ännu på 1990-talet skedde cirka 30 procent av födslarna i hemmet. I de flesta andra länder i Europa och Nordamerika ägde däremot 99 procent av förlossningarna rum på sjukhus först på 1990-talet. Hur många av den resterande procenten som var planerade

hemförlossningar eller oplanerade utanför sjukhus är ofta svårt att säga, eftersom informationen inte alltid finns dokumenterad. (Viisainen, 2000, 15).

Viisainen (2000) skriver att i Finland skedde övergången från att 30 procent till 90 procent av förlossningarna skedde på sjukhus under 20 år, från 1940 till 1960. Övergången från hemförlossningar till sjukhusförlossningar skedde gradvist och i varierande hastighet i stads- och landsbygdsområden. Under denna process kunde tre stora övergångsstadier identifieras. Den första, som pågick under 1920-talet till 1950-talet med en topp på 1930-talet, var övergången till utbildade kommunala barnmorskor. Den andra övergången var flytten av förlossningsvården från hemmen till sjukhus som skedde från 1940 till 1960-talet. Den tredje övergången var den fortsatta omsorgen av förlossningen i större och mera teknologiskt utrustade enheter där flera medicinska specialister, såsom anesthesiologi och perinatologi involverades i vården av förlossningen. Den här tredje utvecklingen har pågått sen 1960-talet. Det är viktigt att notera att de här tre utvecklingarna överlappar varandra och inte är specifikt tidsbegränsade. (Viisainen, 2000, 16).

2.4 Den blivande moderns perspektiv

Enligt Jouhki (2012) finns det flera anledningar till att kvinnorna i Finland väljer att föda sitt barn i hemmet. De viktigaste faktorerna är att man vill att förlossningen skall vara en naturlig process och ske i den trygga hemmiljön. Larsson (2013) och Woog (2017) kom också fram till samma slutsatser som Jouhki, men i deras studier framkom även att kvinnorna ville föda i en så ostörd miljö som möjligt, i en förvisning om att de resurser som behövs redan finns i kroppen. I sina berättelser poängterar de kvinnor som fött barn hemma om det viktiga med att kunna ha kontroll under förlossningen, den miljö de befann sig i och aktivt deltagande i alla de beslut som görs under förlossningen. Genom att ha kontroll över miljön kände de att de kunde låta förlossningen förlöpa naturligt och att de kunde lita på sin kropp (Viisainen, 2000). Enligt Woog (2017) var inflytandet från barnmorskan, partnern och undervisningen om förlossningsvården också en stor bidragande orsak till valet av att föda hemma. En orsak var också att babyns syskon skulle få vara med under förlossningen (Jouhki, 2012). Enligt Larsson (2013) spelade också möjligheten att själv få välja vilka personer som är närvarande under förlossningen en roll i beslutet om att föda hemma.

De kvinnor som Jouhki (2012) intervjuat upplevde sin förlossning som mycket positiv. Faktorer som bidrog till den positiva förlossningsupplevelsen var kvinnans fulla självständighet, familjens deltagande, förmågan att kunna lita på den egna kroppen och dess förmåga att kunna föda. Frånvaron av medicinska ingrepp och farmakologisk smärtlindring var också en av de bidragande orsakerna till den positiva upplevelsen (Jouhki, 2012). Bilden av att födandet för kvinnorna handlar om möjligheten att finna en väg till och också få en upplevelse av fördjupad hälsa och välbefinnande framkommer i Larssons (2013) studie. Woogs (2017) studie visar att de flesta föder på sjukhus, eftersom det ännu oftast anses vara den säkraste platsen för både kvinnan och babyn. Både många blivande föräldrar och vårdpersonal anser det vara säkrast att föda på sjukhus.

2.5 Den blivande faderns perspektiv

I Jouhkis (2015) studie framkommer att man inte har studerat mycket om pappornas upplevelser kring hemförlossningar. Hon har intervjuat elva finländska pappor om deras erfarenheter. En av orsakerna till att fäderna ville ha en hemförlossning var deras negativa erfarenheter från tidigare förlossningar som skett på sjukhus. Man upplevde att man på sjukhus inte beaktade det naturliga förlossningsförloppet och att man inte lyssnade på kvinnans och mannens önskemål. Fäderna tyckte även att de medicinska ingreppen är onödiga och ibland farliga. En annan orsak till varför man valde att föda hemma var att fäderna valde att följa den gravida kvinnans önskan om att föda hemma och lade sina egna önskemål åt sidan. Fädernas uppgift under förlossningen var att stöda kvinnan och vara mera deltagande i förlossningen. Enligt Jouhki upplevde papporna situationen som utmanande. De var tvungna att ta en barnmorskeroll och upplevde att de inte hade tillräckligt med information. Trots allt hade de en positiv bild av förlossningen, de menar att förlossningen i hemmet gjorde att familjen kände en stor samhörighet. De önskade att de hade fått mera stöd och information angående hemförlossningar från social- och hälsovården. (Jouhki, 2015).

2.6 Syskonens perspektiv

Det är mycket ovanligt i västvärlden att syskonen till det barn som skall födas är med under förlossningen. Dessutom finns det inte många studier om hur de syskon som deltar upplever förlossningen. I en studie om syskonens upplevelser av att vara med då ett barn

föds i hemmet framkommer att upplevelsen är skiftande. De kände glädje och positiva känslor samtidigt som de kände oro över de andra i familjen som var med under förlossningen. De äldre barnen upplevde att det kändes viktigt att få hjälpa sin mamma samt att se efter de yngre syskonen, medan de yngre barnen lätt kunde bli irriterade över att de inte fick göra saker som de ville eller om förlossningen tog lång tid. Barnen lärde sig mycket genom att delta i förlossningen och av att de vuxna pratade med dem. Barnen tyckte att hemmet var en tryggare plats att föda på än att föda på sjukhus, de hade också en uppfattning om att de själva i framtiden kan tänka sig att föda sina egna barn i hemmet. Deltagandet i förlossningen gjorde att syskonen upplevde att relationen till varandra och till den nyfödda blev bättre. (Jouhki, Suominen, Peltonen & Åstedt-Kurki, 2015).

2.7 Barnmorskans perspektiv

Höjeberg (2011) skriver att hon år 1981 intervjuat barnmorskor i Sverige som varit verksamma i sin yrkesroll i början av 1900-talet. Eftersom man på den tiden födde sina barn hemma så kom barnmorskan till hemmet när det var dags att föda. Hon skriver att nästan alla de intervjuade barnmorskorna minns den första förlossningen de var med på. Det de minns bäst är de mest händelserika förlossningarna medan de förträngt eller inte vill prata om de mindre glädjefulla förlossningarna. Barnmorskorna var väl medvetna om att de kommit föderskan mycket nära, eftersom de hade vidrört det mest privata och intima hos de födande kvinnorna. En annan orsak som gjorde att barnmorskorna kommit nära kvinnorna var att de kom till kvinnornas hem där kvinnorna hade sin trygghet och som var avsedd att skydda hemligheter inom familjen och hemfriden. Även enligt Jönsson och Perstenius (2014) fick barnmorskorna en närmare och mera intim relation till kvinnor som födde hemma, eftersom de lärt känna kvinnan, hennes familj och hennes graviditet innan förlossningen (Jönsson & Perstenius, 2014). Barnmorskorna fick frågan om varför de ville bli barnmorskor och de svarade att det var för att folk visade respekt för barnmorskor och för att det var spännande. En svarade att hon först tänkte bli sjuksköterska men ändrade sig och blev barnmorska istället, då sjuksköterskorna hade så lite patientkontakt. Oftast var det via sitt arbete inom sjukvården som man blev barnmorska när någon hade sagt att man passade som barnmorska. (Höjeberg 2011, 210–214).

Fiore (2017) skriver att hon jobbat 16 år som barnmorska och varit med på över 1200 förlossningar. Hon har både varit med om förlossningar i hem och på sjukhus men tycker

bäst om att delta i förlossningar i hemmet. Hon tycker att kvinnor arbetar bäst och mest effektivt i den bekväma hemmiljön. Detta menar hon att ger barnmorskan tid och rum att göra det hon är bäst på; att iaktta uppmärksamt, förutse när tillståndet övergår till onormalt, ingripa vid behov och sitta med armarna korsade när det är lämpligt. Fiore startade ett eget företag som barnmorska i hemmen efter att ha arbetat i förlossningssalen på sjukhus. Hon hade fått nog av att höra att man inte använder vissa naturliga sätt för smärtlindring på sjukhus och att många kvinnor inför förlossningen planerat att inte ta emot epiduralbedövning, men 90% av kvinnorna fick det ändå. (Fiore, 2017).

Enligt Jönsson och Perstenius (2014) skiljer sig arbetsättet och övervakningen av processen under förlossningen mellan sjukhus och hemmiljön. Förlossningen i hemmet var en ostörd och lugn plats där det annorlunda samspelet med kvinnan och vikten av stöd lyftes fram. Lindgren, Brink och Klingenberg-Allvin (2011) skriver att barnmorskorna som är med vid hemförlossningar förbereder sig genom att lära känna kvinnan, man träffades under graviditeten och pratade om vilka förväntningar och eventuella rädslor kvinnan har inför förlossningen. Barnmorskorna upplevde att de kunde vara mera stödjande under förlossningen om hon kände till de rädslor kvinnan hade. De gick igenom den gravida kvinnans medicinska historia samt hennes plan inför förlossningen. Barnmorskorna tyckte att det är viktigt att vara lugn och avlyssnande, de ville också bidra med att göra omgivningen mera bekväm för kvinnan.

2.8 Att föda i hemmet ur ett internationellt perspektiv

I världen föds de flesta barn i hemmet. Det är endast i höginkomstländer som nästan alla barn föds på sjukhus (Waldenström & Bergman, 2007, 91). I Sverige är antalet planerade hemförlossningar ungefär lika som i Finland, och man får liksom i Finland inget bidrag från staten om man vill föda sitt barn hemma. Undantagsvis kan barnmorskorna i vissa landsting i Sverige få ekonomiskt bidrag om föderskan uppfyller vissa kriterier, det betyder att i de landstingen kan kvinnor kostnadsfritt föda hemma (Egen barnmorska, u.å.). Lindgren (2008) har gjort en studie om hemförlossningar i Sverige mellan åren 1992 och 2005. I studien framkom att varje år födde ungefär 100 kvinnor sitt barn i hemmet, 12,5 procent av dem flyttades över till sjukhus under förlossningens gång.

I de övriga nordiska länderna som Norge, Danmark och Island är det vanligare att föda i hemmet eftersom man i de länderna har möjlighet att få statligt bidrag om man vill föda

hemma och den allmänna sjukvården är inte heller negativt inställda till hemförlossningar. I Danmark är det populärt att föda hemma, där väljer två av hundra gravida kvinnor hemförlossning. I Nederländerna väljer var tredje kvinna att föda hemma (Föda hemma, u.å.). Viisainen (2000, 34) skriver också att i Nederländerna ingår hemförlossningarna i den offentliga förlossningsvården och hemförlossningar förekommer därför i sådan utsträckning att de kan jämföras med förlossningar på sjukhus. I Australien ingår inte hemförlossningar i mödravården och de flesta kvinnor som planerar att föda hemma får största delen av vården av en självständig barnmorska, som har kontakt med en förlossningsläkare eller läkare. De flesta barnmorskor som praktiserar vid en hemförlossning är privata och har få antal patienter, de hjälper också till vid tvillingfödslar och vid födslar av prematurer. Kvinnorna står själva för vårdkostnaden, eftersom den nationella sjukförsäkringen inte täcker barnmorskans avgifter men de kan från vissa privata försäkringsbolag få kostnaderna täckta. Förlossningsläkare i Australien brukar motsätta sig hemförlossningar. I Australien var komplikationerna oftast färre vid födsel i hemmet trots att de kvinnorna oftare hade en längre förlossning, postpartum blödning eller kvarvarande placenta än de kvinnor som födde på sjukhus.

2.9 Skillnaden mellan att föda i hemmet och att föda på sjukhus

Lindgren (2008) har märkt att det finns vissa skillnader på kvinnor som föder i hemmet och på kvinnor som föder på sjukhus. Både Lindgren (2008) och Viisainen (2009) menar att de som föder hemma oftast får flera barn. Enligt Lindgren (2008) hade de också en högre utbildning än de kvinnor som födde på sjukhus. De som födde hemma hade trots högre utbildning lägre inkomst inom familjen än de familjer där kvinnan födde på sjukhus. De föderskor som inte födde sitt barn på sjukhus härstammade ofta från ett annat europeiskt land (Lindgren, 2008). Kvinnor som fött barn hemma hade enligt Viisainen (2009) oftast färre prenatala besök än de kvinnor som födde på sjukhus.

Forskningsresultat från en studie som är gjord i Nordamerika visar att man använder mindre medicinsk behandling vid hemförlossning än vid lågriskföderskors förlossningar på sjukhus. Av 5418 kvinnor fick 4,7% epiduralbedövning, 2,1% blev "klippta", 1% fick hjälp med tång, 0,6% fick hjälp med sugklocka och 3,7% genomgick kejsarsnitt. Studien visade också att det inte fanns någon skillnad mellan hur många barn och mammor som dog under förlossningen utan det var samma procent vid både hemförlossningar och

sjukhusförlossningar (Johnson, 2005). Laurel Merg och Carmoney (2012) har i sin studie intervjuat kvinnor som fött ett barn hemma efter att ha fött åtminstone ett barn på sjukhus. Kvinnorna upplevde att vid den förlossning där barnet föddes hemma kände de sig mera respekterade, de kunde bättre lita på barnmorskan och de kände sig mera självständiga. De upplevde att de hade undvikit onödiga ingripanden som kanske förekommit om de hade fött barnet på sjukhus. De kände sig nöjdare att föda hemma både under förlossningen och efter förlossningen. Vissa av de intervjuade kvinnorna upplevde också att den psykologiska tillfrisknandeprocessen var bättre än då de fött på sjukhus. Känslan av förtvivlan och uppgivenhet som uppstod efter förlossningen på sjukhus kunde också bearbetas bättre på grund av att förlossningen i hemmet lyckades så bra.

Waldenström & Bergman (2007, 96–97) refererar Neuhaus (2002) som undersökte kvinnors åsikter om fördelar med hemförlossning och varför de valde bort förlossning på sjukhus. Högst upp bland fördelarna med hemförlossning kom "familjär miljö", "mer lugn och ro än på sjukhus", "bättre relation till barnmorskan" och "kontroll över förlossningens förlopp". Högst upp bland orsaker till varför de valde bort förlossning på sjukhus var "avsaknad av lugn och ro", "negativ till sjukhusmiljö", "för mycket teknisk apparatur" och "önskan om naturlig förlossning".

2.10 Icke-medicinsk smärtlindring under förlossningen

Definitionen av icke-medicinsk smärtlindring är att man inte ger något läkemedel till kvinnan. Istället försöker man avleda kroppens smärtreceptorer så att de under förlossningen inte skickar smärtsignalerna från livmodern vidare, enligt den så kallade grindteorin. Grindteorin betyder att impulser av beröring skickas snabbare till hjärnan än smärtimpulser och genom till exempel värme eller massage blockeras smärtsignaler och effekten blir således en smärtlindring. (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 94–95).

Enligt Gärdsmo Pettersson och Zeime (2006) påverkas upplevelsen av smärta av flera olika faktorer runt omkring oss och eftersom förlossningssmärtan är oförutsägbar kan den verka skrämmande. Även förväntningar har stor betydelse hur smärtan upplevs. En kvinna som känner sig trygg, är väl förberedd och säker på sin förmåga att föda barn, har ofta lättare att föda barn. Många kvinnor eller par går ofta på en profylaxkurs under graviditeten. De icke-medicinska smärtlindringsmetoderna påverkar varken värkarbetet eller barnet och biverkningar är sällsynta. Ulfsdottir, Eriksson och Fjellvang (2009) menar att dessa metoder

varken påverkar kvinnans rörlighet och medvetande under förlossningen samt att de inte heller har några negativa effekter på barnet eller livmoderns arbete. I regel får man bäst effekt av metoderna i början av öppningsskedet. Många väljer också att komplettera med medicinsk smärtlindring. (Gärdsmo Pettersson och Zeime, 2006).

Akupunktur är en kinesisk metod som bygger på att man utnyttjar de egna resurserna i kroppen som smärtlindring. Den är en välbeprövad metod och har använts i 2500 år (Ulfsdottir, Eriksson och Fjellvang, 2009, 96). Vid smärtlindrande akupunktur sticks tunna nålar genom huden på vissa punkter, det behöver inte vara där smärtan är som värst utan centrala punkter kan också användas. Nålarna tejpas fast och påverkar inte mammans rörelser. Nålarnas placering kan ändras allt eftersom smärtan ändrar plats. Endorfinfrisättning sker i kroppen och nålarnas stimulans gör att smärtimpulserna blockeras enligt grindteorin. Effekten varar under tiden nålarna sitter fast och en stund efteråt. Den smärtstillande effekten är omdiskuterad men många upplever dock att metoden dämpar smärtan och upplever att värkarna kortas av och är mindre kraftiga. Akupunktur kan eventuellt lindra illamående och ha en lugnande effekt (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2006; Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 96–97; Faxelid, 2001). Akupressur grundar sig på samma grundteori som akupunktur, men istället för att använda nålar trycker man med fingrarna eller pinnar på akupunkturpunkterna. (Ming, u.å.).

Metoden med sterila kvaddlar bygger likaså på grindteorin och liknar akupunktur, men i den här metoden injiceras sterilt vatten under huden där smärtan är som störst. Vanligen ges två injektioner i rygglutet men de kan även ges i ljumskarna eller i nedre delen av magen. Injektionerna orsakar en kraftig smärta som varar i 15–30 sekunder och den här smärtan aktiverar kroppens egen smärtlindring som kan ge smärtlindring upp till en eller två timmar. Om det sedan behövs kan flera injektioner ges och det kan ges hur många gånger som helst (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2006; Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 95). Sticket beskrivs av många som ett getingstick och metoden är oftast som effektivast i början av öppningsskedet. Tidigare sprutades vatten in precis under huden vilket var mycket smärtsamt, men studier har visat att metoden är lika effektiv även om man injicerar vattnet längre in i huden där det inte gör lika ont. På grund av att den här metoden fick dåligt rykte när man använde de ytliga och smärtsamma sticken används den inte särskilt ofta. (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 95).

Dusch eller bad har en lugnande effekt och en handdusch riktad mot smärtområdet kan avleda smärtan. Vid bad vidgas blodkärlen och blodflödet ökar i muskler och huden, blodtrycket brukar sjunka och värmen gör det lättare för många att slappna av vilket ofta bidrar till att värkarna blir mera lätthanterliga (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 99). Badvatten kan ha en något avstannande effekt vid värkarbetet. Om fostervattnet gått bör man inte bada, eftersom infektionsrisken då är hög (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2006). Dusch och att spola varmt vatten på de ömma ställen är fortfarande tillåtet och kan hjälpa (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 99). Klassisk smärtlindring är värme och kyla där riktigt heta handdukar eller nedkylning med isbitar eller kalla föremål kan ge effekt (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2006). Även värmedynor eller vetekuddar mot korsryggen eller över blygdbenet kan ge effekt och används ofta. (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 99).

Fysisk aktivitet såsom stående ställning och rörlighet lindrar smärtan, eftersom kroppens egna smärtstillande substanser, till exempel endorfiner ökar. Dessutom underlättas andningen och värkarbetet blir ofta effektivare. Den stående ställningen kan också ge en psykologisk effekt eftersom den ger en känsla av medvetenhet och kontroll. Många kvinnor kan också uppleva att massage lindrar smärtan och här kan den blivande pappan aktivt delta genom att ge massage (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2006). Grindteorin kan även förklara effekten vid massage, då kroppens egna välbefinnandehormon, oxytocin och endorfiner, frigörs. Samtidigt kan spänningar i kroppen minska vilket kan leda till minskad upplevelse av smärta. (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 98).

Genom TENS (transkutan nervstimulering) får kvinnan små elektriska stötar som blockerar smärtan (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2006). De elektriska impulserna avleder smärtimpulserna och endorfiner som är kroppens egna smärtlindringshormon ökar. Denna metod är bra i framförallt öppningsskedet och kan även användas hemma som smärtlindring (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 95). Metoden går till så att fyra gummiplattor fästes på var sida av ryggraden eller vid ljumskarna och ryggen beroende på var smärtan är. En liten generator i telefonstorlek kopplas med ledningar till dessa plattor och en mycket svag ström ger stötar. Dessa känns ungefär som att man sätter en hård duschstråle mot huden. Stötarnas styrka och frekvens kan kvinnan själv ändra. Metoden får gärna övas i förväg och börja användas så tidigt som möjligt vid förlossningen. Den kan även användas vid eftervärkar. TENS-behandlingen kan störa CTG-övervakningen och

därför kan TENS-apparaten behöva pausas en stund då CTG-kurvan körs. Om det krävs kontinuerlig CTG-övervakning rekommenderas annan smärtlindring (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2006). TENS påverkar inte barnet negativt (Ulfsdottir, Eriksson & Fjellvang, 2009, 95). Fördelarna med TENS är att kvinnan själv kan reglera det, det ger ingen central påverkan (dåsighet) och kvinnan kan röra sig fritt. (Faxelid, 2001).

Med hypnos menas ett tillfälligt förändrat medvetandetillstånd där den hypnotiserade har ökad påverkansförmåga (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2016). När kvinnan befinner sig i hypnos kan hon avskärma sig, hon vill vara ifred och vill inte prata. Kvinnan kan andas på ett speciellt sätt, vagga rytmiskt eller upprepar en ramsa. (Nissen och Mårtensson, 2009, 387). Hypnos är helt ofarlig och dessutom behaglig. För de personer som är mottaglig för hypnos kan den ha en mycket god smärtstillande effekt. Det krävs dock en relativt lång förberedelsetid. Mamman behöver ha övat hypnos med en hypnotisör minst tio gånger samt öva mycket hemma för att lära sig hypnos som smärtlindring vid förlossning. En nackdel är att partners medverkan utesluts med den här metoden. Det finns barnmorskor som har specialutbildning i hypnos. (Gärdsmo Pettersson & Zeime, 2016).

Man kan även använda rösten och ljud för att få kroppen att slappna av. Denna metod förbättrar andningen och gör det lättare att ta sig igenom värkarna men den tar inte bort smärtan i sammandragningarna. När man använder denna metod skall man låta vokalljud ljuda med en låg ton. (Vasa Centralsjukhus, 2017).

För att lindra smärtan kan man också använda sig av en rebozo sjal. Det är ett tyg, som är 60–80 cm bred och 2–4 meter lång. Ofta använder man en bärsjal eller en halsduk, men eftersom tyget inte behöver vara av något specifikt material går det också bra med ett lakan eller en handduk. Rebozo sjalen kan användas både under graviditeten och vid förlossningen. Under graviditeten kan användningen av sjalen lindra smärtor från livmodern och fixera babys ställning. Vid förlossningen kan det vara avslappnande att använda rebozon. Om förlossningsförloppet har avstannat kan rebozo sjalen vara ett hjälpmedel för att få förlossningen att fortsätta. När man använder rebozo sjalen behöver den gravida kvinnan en annan person som hjälper till. Kvinnan ställer sig på knä framför till exempel en soffa eller en pilatesboll, lutar sig över soffan eller bollen och slappnar av i armarna och i överkroppen. Den andra personen står bakom och placerar sjalen runt magen. Den som hjälper till skall hålla i sjalen, en ände i var hand. Man lyfter sedan sjalen uppåt så att det blir ett litet tryck mot magen, då känns magens vikt lättare. Sedan drar

man turvist båda händerna mot taket. Rörelserna skall vara små och till en början skall takten vara långsam och kan ökas vartefter. Trycket mot magen skall inte ökas. (Itkonen, 2016).

Föda i vatten

Vissa kvinnor väljer att föda sitt barn i vatten. Att föda i vatten har länge varit en smärtlindrande och lugnande metod. Den första gången en vattenfödelse dokumenterades var i början på 1800-talet (Brooks, 2018). Ros (2009) hade studerat skillnaden på nyfödda barn som blivit födda i vattnet och de barn som fötts i luften. De barn som blivit födda i vattnet hade högre neonatal temperatur, hemoglobinnivån i navelsträngen var högre medan blodets nivå i navelsträngen var lägre än hos barnen som fötts i luften. Man mätte Apgar-poängen vid en minut efter födseln samt vid fem minuter efter födseln och resultatet visade att de barn som hade blivit födda i vattnet hade högre Apgar-poäng. Resultatet av denna studie visar också att barnen som blivit födda i luften var oftare i behov av återupplivning efter förlossningen. Det var inte någon större skillnad mellan de olika grupperna när det gällde pH-värdet i navelsträngsblodet, den neonatala sjukligheten och outvecklade reflexer. (Ros, 2009).

Richmond (2003) har intervjuat 102 kvinnor som hade fött åtminstone ett barn i vatten och ett barn i luften. 48% sade att man inte märkte någon skillnad mellan de barn som blivit födda i vatten och de barn som blivit framfödda i luften medan 52% sade att de märkte vissa skillnader. De barn som föddes i vattnet var piggare, lugnare, sov bättre, mindre stressade och var bättre på att suga på bröstet. I studien skriver man att det inte finns statistik som skulle tyda på att det finns betydande skillnader på de nyföddas beteende som beror på om de har fötts i vatten eller inte. Simpson (2013) menar att nyttan med födelse i vatten är mycket liten, både för mamman och barnet. Samtidigt menar hon att man borde göra noggrannare studier om skillnaden mellan födelse i vatten och i luften för att kunna få ett mera tillförlitligt resultat. Richmond (2003) skriver att kvinnor som valt att föda i vatten grundade sina beslut på att det är naturligt och att inga mediciner används. Vissa kvinnor tyckte att det var skonsamt för barnet och att man kunde kontrollera sig själv bättre under födandet. I samma studie framkom också att kvinnorna upplevde att barnets framfödelse i vattnet var enklare än vid födelse i luften och att mellangården blev mer elastisk.

2.11 Lotus födsel

Lotus födsel innebär att man inte klipper av navelsträngen utan låter den sitta fast i moderkakan tills den lossnar av sig själv på samma sätt som när man klippt av den. Man väntar tills moderkakan föds naturligt och lägger den i en skål nära babyn. Helst inom 24 timmar ska den läggas i en sil för att sedan försiktigt tvättas i varmt vatten och klapp torkas efteråt. Moderkakan lindas sedan in i ett absorberande material t.ex. en trasa som sedan byts varje dag. Man kan också använda en placenta väska. Vissa lägger salt på den före så att man bättre får bort fukten ur den. Det är viktigt att babyn har lösa kläder så att det inte blir obekvämt. Man ska också vara försiktig med att inte ha moderkakan så långt ifrån babyn eftersom den då kan dras lös ifall den fastnar i något. (Rachana, 2000).

Fördelarna med Lotus födsel är att det är lägre risk för anemi på grund av högre järnhalt i blodet hos spädbarnet, lägre risk för RDS (Respiratory Distress Syndrome) speciellt hos prematurer och lägre risk för hjärnskador hos barnet. Barnet får mera antikroppar från modern och högre blodtryck. Prematurer har lägre behov av blodtransfusion och lägre risk för skador på olika organ som beror på syrebrist. Barnet får mera vitaminer, mineraler, näringsämnen och en högre halt av hormoner. Det har också visat sig ge en förbättrad njurfunktion och förbättrad framgång med amning. (Lim, 2001).

3 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har vi valt Terese Bondas teori, Att vara med barn. Vi har även valt att ta med; "Birth Territory Theory" av Fahy, Parratt, Foureur och Hastie. När vi i vårt arbete skriver om upplevelsen av att föda hemma så berör vi upplevelsen av tiden före förlossningen, under förlossningen och efter förlossningen.

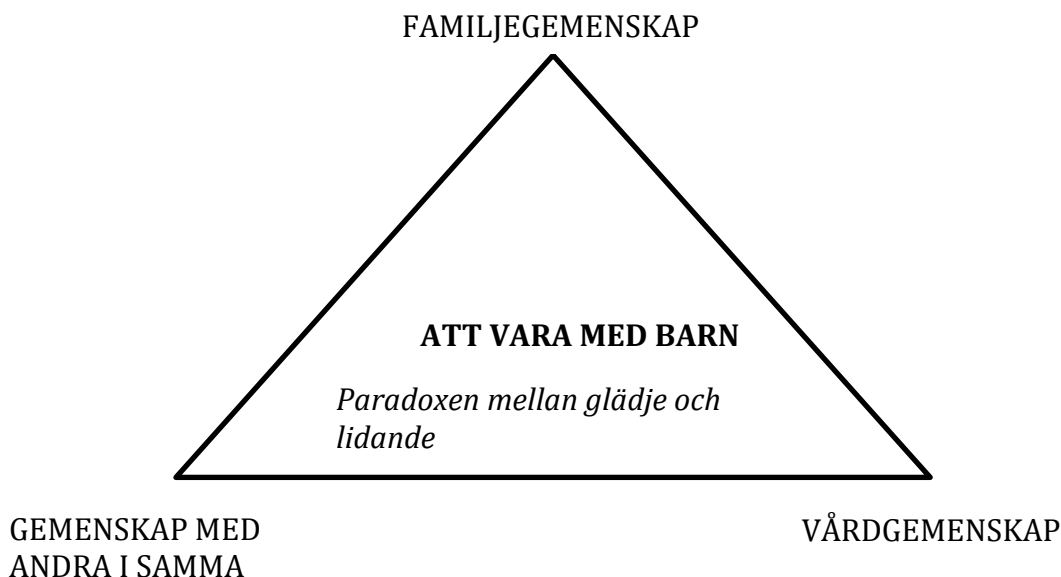
3.1 Terese Bondas - Att vara med barn

Teorin handlar om fenomen som berör både den gravida kvinnans och den nyblivna mammans upplevelser av hälsa, lidande och vårdande. Den bygger på fyra vetenskapliga artiklar som Bondas själv har skrivit. Dessa fyra berör upplevelsen av graviditeten, upplevelsen av antenatal vård, upplevelsen av partners närvaro vid förlossningen och upplevelsen av postpartum vård. Utifrån dessa artiklar har fyra vårdvetenskapliga

livsvärldsbeskrivningar och essentiella strukturer skapats och integreras senare i en heuristisk syntes tillsammans med tidigare forskningar. (Bondas, 2000).

De fyra artiklarna skapar en heuristisk syntes, att vara med barn i mödravård. Den heuristiska syntesen omfattar en teori som erbjuder mer förståelse och för samman den perinatale tiden genom gemensamma mönster av hälsa, lidande och gemenskap. Syntesen har visualiserats i en modell med slutsatser i relation till dess delar utgående från en bildlig konstruktion "att vara med barn". Det här innebär att när en kvinna medvetet börjar planera och önska sig ett barn finns ett så kallat imaginärt barn med i hennes liv och blir en allt större del av hennes liv. Det barnet finns sedan alltid med, ibland nära och ibland väldigt långt bort i hennes liv och hon fortsätter att vara med barn även fast hon skulle förlora barnet. Teorin kan också fungera som en grund för att förstå barnlöshetens lidande, eftersom kvinnan som varit med barn, om än imaginärt, förlorar detta barn och skiljs ifrån drömmar, förhoppningar och planer om barnet. (Bondas, 2000).

Modellen "att vara med barn" är en triangel med tre hörn bestående av familjegemenskap, gemenskap med andra i samma situation och vårdgemenskap. Kärnan i teorin är kvinnors upplevelser av att vara med barn. Den innehåller paradoxen mellan glädje och lidande. Vid lidande finns glädjen närvarande över barnet och i glädje finns lidande genom oro och viljan att beskydda barnet. Glädjen får ett djup och ett ytterligare värde genom närvaro av lidande. Paradoxen mellan glädje och lidande från det tänkta barnet till det verkliga barnet under den perinatale tiden speglar hälso- och livsförändringar. Dessa förändringar gör att kvinnorna får ett behov och en längtan att dela den nya situationen med någon. Det här delandet benämns som familjegemenskap, gemenskap med andra i samma situation och vårdgemenskap. (Bondas, 2000).



Familjegemenskap

I familjegemenskap lyfter man fram kvinnans strävan efter gemenskap med partnern och eventuella syskon, en önskan om att det nya barnet blir väl mottaget och att en ny familjegemenskap blir till. Man menar att familjen består av en helhet som vid varje nytt barn får en ny mening. Kvinnan vill dela graviditeten och väntan med partnern och samtidigt få förståelse för hans önskningsar, men även att mannen förstår kvinnan. Partnerns närvaro vid förlossningen handlar främst om strävan efter familjegemenskap och det innebär att mannens närvaro vid förlossningen inte kan bytas ut mot någon annan. Kvinnans lidande lindras av partnerns vårdande och känslan av gemenskap och styrka vid förlossningen skapar en upplevelse av hälsa. Även partnern kan uppleva lidande under och efter förlossningen, han behöver då själv få vård och orkar inte tänka på kvinnan. Kvinnan orkar inte heller fokusera på partnern och ge honom hjälp. Genom den professionella vården kan familjen få hjälp att förstå varandras likheter och olikheter och att förhindra lidande inom familjen. Man menar också att den blivande fadern och syskonen saknar naturliga platser i vården. (Bondas, 2000).

Gemenskap med andra i samma situation

I gemenskap med andra önskar kvinnan få dela sina erfarenheter med andra kvinnor i samma situation eller tillsammans med partnern med andra par i samma situation. I likhet med familjegemenskap är det frågan om ett ömsesidigt delande, kvinnan uttrycker att hon vill ge men även ta emot i dessa relationer. Kvinnan vill uppleva medlidande men också

känna medlidande för andra i samma situation. Gemenskapens vårdande är ömsesidigt och kan växlas mellan givande och mottagande. Mellan kvinnor i samma situation uppstår ofta ömsesidig "lekmannavård" men om den är ensidig upplevs den som en börda. Kvinnorna som är i samma situation vill anförtro sig åt varandra genom att utbyta kunskap och erfarenheter. Dessa relationer skapas under perinatale tiden med intresse för barnet. (Bondas, 2000).

Vårdgemenskap

Vårdgemenskapen är kombinerad med det teknologiskt och professionellt kompetenta vårdandet. Kvinnan upplever vårdgemenskap då hon upplever att vårdaren är intresserad av barnets, familjens och kvinnans hälsa. En gravid kvinna önskar att hon befinner sig i en lugn, vårdande miljö där hon beskyddas och där hon kan delta i vården på det sätt hon förmår i relation till lidande och hälsa. Den professionella vården kan lindra kvinnans lidande genom att ta hand om den naturliga vården. Den professionella vården kan inte ersätta familjegenskapen. Kvinnorna önskade kontinuitet hos barnmorskan i den perinatale vården, speciellt då det fanns förtroende i relationen. Genom att vårdaren förenar teknologisk kompetens och vårdande, både vid informationstillfällen och vid undersökningar, bevaras kvinnans värdighet samtidigt som hon upplever att man tar hänsyn till hennes sårbarhet. Kvinnorna behöver känna att det finns hjälp att få och därför är orsaken till postpartumvården att lindra och förebygga lidande. Inom mödravård menar kvinnorna att man känner vårdlidande när man upplever att man betraktas som ett objekt, vid maktmissbruk, utebliven vård, dåligt bemötande, kränkning och försummelse. (Bondas, 2000).

3.2 Katleen Fahy, Jenny Parratt, Maralyn Foureur & Carolyn Hastie – "Birth Territory Theory"

Teorin har utvecklats på ett induktivt sätt, primärt från tidigare och nya forskningar men också från teoretikernas egna erfarenheter av att vara kvinnor, mammor eller barnmorskor. Utomstående teoretiker har också påverkat teorin. Denna teori kan användas för att beskriva, förklara och förutse hur förlossningsmiljön påverkar kvinnan och fostret under alla faser av graviditeten och förlossningen. Den visar dels hur

förlossningsmiljön kan vara en övervakningsmiljö eller en helig plats, och dels hur energin från personerna som är med under förlossningen både kan vara integrerande eller icke-integrerande. (Fahy, Parratt, Foureur & Hastie, 2011, 215–235).

Målet med teorin är att förklara hur man kan stöda en kvinna så att hon kan få uppleva "genius birth". "Genius birth" definieras som en förlossning där kvinnan gensvarar på förlossningssvårigheterna genom att ta fram gömda styrkor som ligger djupt inom det förkroppsligade jaget. När kvinnan får uppleva "genius birth" känner hon inte bara glädje för barnets närvaro utan även för sin egen prestation, hon kan till och med känna sig som ett geni. Teorin antar också att kvinnor som upplevt "genius birth" har en positivare självuppfattning men också en positivare anknytning till sitt barn oberoende om förlossningen var normal eller inte. En styrd förlossning definieras som en förlossning där energin används till att försöka styra förlossningen till att bli en viss typ. Detta innebär att man bryter kvinnans egen energi. En styrd förlossning kan leda till att kvinnans känsla av självuppskattning blir begränsad och det finns risk att hon bara fokuserar sin glädje och lättnad på barnets närvaro. (Fahy et.al., 2011, 215–235).

Kvinnans välbefinnande under förlossningen påverkas mycket av vilken energi kvinnan själv och de som är med under förlossningen utstrålar. Energin kan vara integrerande eller icke-integrerande. En integrerande energi förenar alla former av energier i miljön så att man kan uppnå ett högre mål, i detta fall "genius birth". När en integrerande energi används främjas sinne-kropp föreningen hos kvinnan och alla andra som är med under förlossningen. Denna sinne-kropp förening är nödvändig för kvinnan för att hon skall kunna känna att hon har en möjlighet att spontant och uttryckligen svara på kroppens känslor och intuitioner. En icke-integrerande energi är när energin används egocentrerat. Detta gör att andra energier i miljön inte kan integreras. Denna energi kan komma från kvinnan själv, barnmorskan eller andra personer som är med i förlossningsrummet och den kan försvåra både sinne-kropp föreningen och möjligheten för kvinnan och barnet att få uppleva "genius birth". Teorin antar att kvinnan har störst chans att uppleva "genius birth" när en integrerande energi används och miljön är en helig plats. (Fahy et.al., 2011, 215–235).

4 Syfte och frågeställning

Syftet med vårt arbete är att få en djupare förståelse för kvinnors val och upplevelser av att föda hemma.

Fråga 1: Varför väljer kvinnor att föda i hemmet?

Fråga 2: Hurdana upplevelser har kvinnorna av att föda hemma?

5 Metod

I det här kapitlet kommer respondenterna att beskriva vad en kvalitativ studie är, hur datainsamlingen gick till och om etiska övervägande. Vi har valt att göra en kvalitativ studie eftersom vi utgående från våra frågeställningar vill få en djupare förståelse av upplevelserna av att föda hemma och om hur det kommer sig att kvinnor väljer att föda hemma istället för på sjukhus. Vi har sedan använt oss av den kvalitativa innehållsanalysen med ett induktivt närmelsesätt som vi också kommer att beskriva närmare i detta kapitel.

5.1 Kvalitativ studie

En kvalitativ studie är när allt material kan samlas in med hjälp av intervjuer och där materialet tolkas och analyseras. Data används för att få en förståelse och insikt om ett visst ämne. Vid en kvalitativ studie är syftet att forskaren använder sig själv som forskningsinstrument och använder sig till exempel av intervjuer. Vid en kvalitativ studie är forskaren öppen, anpassningsbar och har ett öppet förhållningssätt mot det material som samlats in (Henricson & Billhult, 2012, 130–133). Vi har valt att göra en kvalitativ intervjustudie eftersom vi tror oss få ut mera av en intervju än av en enkät eftersom vi då kan använda mera öppna frågor och därav också kunna ställa relevanta följdfrågor för att få ett så rikligt resultat som möjligt.

5.2 Kvalitativ intervju och urval av informanter

Vi valde att göra en kvalitativ intervjustudie med semi-strukturerade intervjufrågor. Vi använde oss av den intervjumetoden, eftersom vi tror att våra informanter har så mycket att berätta och vi ville gärna ställa följdfrågor om vi insåg att det behövdes för att få så

mycket material som möjligt. En intervju kan användas för att samla in information kring ett visst ämne. I en intervjustudie kan inte resultatet ses som oberoende av forskaren eftersom forskaren ses som en medskapare av texten (Henricson & Billhult, 2012, 133). Att göra intervjuer kräver förberedelser för att innehållet från intervjun skall kunna analyseras på bästa sätt. En kvalitativ forskningsintervju görs i mindre grupp med fokus på mötet mellan intervjuaren och deltagaren. Intervjuer ger möjlighet att förstå personens erfarenheter och upplevelser genom deras syn på livet och med deras egna ord (Danielson, 2012, 163–165). Deltagarna i intervjun väljs inte ut slumpmässigt utan istället tillfrågas personer med erfarenheter inom det ämne man studerar, i denna studie mammor med upplevelser av en planerad födsel i hemmet (Henricson & Billhult, 2012, 134). Vid en semi-strukturerad intervju, det vill säga ostrukturerad, är man inte lika noggrann med att enbart hålla sig till de frågor och den plan man har gjort inför mötet med informanten. Man har möjlighet att ställa även andra frågor än planerat och man har möjlighet att komma in på sidospår, det blir då en friare intervju. (Ritzen, Sagen, Sjöberg & Thunstedt, 2016).

Före vi började intervju funderade vi på hurdana informanter som skulle passa att delta i vår studie och vem vi ville intervju. Kraven som kvinnorna behövde uppfylla var att åtminstone ha fött ett barn i hemmet och att det skulle vara planerat. Även de förlossningar som var planerade i hemmet och startade där, men som sedan blev flyttade till sjukhus räknades. Ett annat krav var att de skulle ha fött barnet i Finland och att de pratade svenska, finska eller engelska. Ålder, ort och hur många barn de fött var ingen skillnad.

När vi började söka kvinnor som fött barn hemma sökte vi på internet och på sociala medier. Vi hittade där några potentiella informanter som vi tog kontakt med. Endast en av de vi kontaktat ville ställa upp på en intervju. Eftersom vi behövde flera informanter tog vi kontakt med en barnmorska som jobbar med hemförlossningar. Barnmorskan frågade av sina kunder om hon fick ge kontaktinformation om dem åt oss och de kvinnor som gav sitt godkännande fick vi kontaktinformation om. Vi fick då fem informanter till och kontaktade de kvinnorna via e-mejl. En av kvinnorna valde senare att hoppa av så vi började leta efter en ny informant. När vi inte hittade någon passande informant tog vi igen kontakt med barnmorskan och med hennes hjälp fick vi en ny informant. Sammanlagt intervjuade vi sex kvinnor till vår studie. Informanterna fick själva välja var intervjun skulle äga rum och de flesta valde att bli intervjuade i hemmet. En intervju skedde via skype. Intervjufrågorna och samtyckesbrevet skickades ut före intervjun så att informanterna kunde bekanta sig med

det. Eftersom en intervju förlöpte på engelska har vi också intervjufrågorna, informationsbrevet och samtyckesblanketten på engelska. Informanterna har fått information om att intervjun spelas in och förstörs när arbetet är klart och att det endast är skribenterna och handledaren som har tillgång till materialet. De har också fått information om att de kan avbryta deltagandet när som helst. Informanterna tillfrågades också om citat från intervjun får användas i arbetet. Vi var oftast alla tre med vid intervjuerna men några intervjuade vi i par. Intervjuerna varierade mellan 20–60 minuter. Vi bandade in intervjuerna på våra telefoner. Ljudfilerna raderades från telefonerna och förvarades på datorn för att de skulle finnas på ett säkert ställe.

Beskrivning av informanterna

Kvinnorna som deltog i denna studie var finländska kvinnor i åldrarna 20–40 år. Alla våra informanter hade fött ett barn hemma. Av de intervjuade kvinnorna hade inte alla en partner vid tiden för barnets födelse. De flesta informanterna var svenskspråkiga men en pratade ett annat språk så därför intervjuade vi henne på engelska. Alla kvinnor födde sitt barn i hemmet utom en som i slutet av förlossningen åkte in till sjukhuset där barnet slutligen föddes. Vi valde ändå att intervjua kvinnan eftersom hon hade planerat att föda hemma och till vår studie räknade vi även med sådana förlossningar som slutat på sjukhus.

5.3 Innehållsanalys

De transkriberade intervjuerna har analyserats med den kvalitativa innehållsanalys metoden och analysen är induktiv. Denna metod har valts eftersom skribenterna utgår från det material de redan har. Kvalitativ innehållsanalys passar när man skall analysera ett antal intervjuer. Innehållet kan beskrivas djupare med denna metod. Vid en kvalitativ innehållsanalys kan materialet läggas in i en tabell. Efter att materialet har lästs igenom flera gånger och man har en tydlig insikt i det kan det sättas in i olika kategorier som teman, kategorier och underkategorier. För att göra det enklare vid analyseringen kan intervjufrågorna markeras med fet text. Det kan också vara till stor nytta att läsa igenom materialet några gånger efter att det har lagts in i de olika kategorierna. (Henricson 2012, 336–337).

Både induktiv och deduktiv analys har tre faser; förberedelse, organisering och rapportering. Vid en induktiv analys börjar man i förberedelsefasen med att plocka ut

meningsenheter från materialet, analysen kan bli svår både om man har för långa meningar eller om man bara har ett ord. Materialet ska sedan organiseras genom att man på samma gång som man läser igenom materialet gör noteringar och rubriker på meningsenheterna i marginalen. Man ska skriva ner så många rubriker som det behövs för att beskriva materialet från alla aspekter. Därefter läggs alla kodade meningsenheter på samma dokument och kategorier kan sedan fritt göras utifrån dessa. I abstraktionsfasen gör man en allmän beskrivning av sitt material genom att lägga in det i kategorier. Kategorierna namnsätts enligt innehållet i dem. Liknande underkategorier bildar sedan kategorier och liknande kategorier bildar teman. (Elo & Kyngäs, 2008, 110–111).

När alla intervjuerna var gjorda började vi transkribera intervjuer. Vi delade upp intervjuerna och transkriberade några på var. När vi transkriberade lyssnade vi på ljudfilen och skrev ner ordagrant vad informanterna sade. Det transkriberade materialet blev cirka 65 sidor text. När allt inbandat material fanns i textformat läste vi alla på egen hand noggrant igenom alla intervjuerna flera gånger för att få en så bra helhetsbild som möjligt. Vi analyserade texten med ett induktivt närmelsesätt vilket innebär att vi plockade ut meningsenheter utifrån det material vi hade och sedan hittade vi kategorier utifrån det. Våra meningsenheter kodade vi med olika färger för att ha bättre översikt på vårt material. Allt som vi tyckte hade samma innebörd färgkodade vi med samma färg. När vi på egen hand hade plockat ut meningsenheter från de transkriberade intervjuerna träffades vi och gick igenom vårt material. Utifrån det påbörjade vi tillsammans kodningen och gick återigen igenom materialet. När vi kodade meningsenheterna insåg vi hur olika vi tänkte angående kodningen. Vi hade olika åsikter om vilka meningsenheter som hade samma innebörd och med vilken färg de skulle kodas. Efter att vi diskuterat och funderat hur vi alla hade tänkt förstod vi varandra bättre och kom överens om passande färgkoder. När vi gått igenom alla intervjuer och kodat dem fortsatte vi med att bilda underkategorier, kategorier och till sist teman av det material vi fått fram genom kodningen.

5.4 Forskningsetik

För att en studie skall vara etisk måste man ta hänsyn till några aspekter såsom centrala frågor, god vetenskaplig kvalitet och att den genomförs på ett etiskt sätt. Forskningsetik är de etiska överväganden som görs inför och under ett vetenskapligt arbete. Etiken handlar om förmågan att själv kunna reflektera över vilka av ens egna värderingar som uttrycks

genom tankar, ord och handlingar. Det handlar även om att i oväntade situationer kunna handla på ett etiskt sätt. Forskningsetiken finns till för att skydda olika sätt att leva och människors grundläggande värde och rättigheter. Den bidrar med att skydda informanterna som är med i studien. Etiken bygger på respekt för deltagarna och grundläggande syfte är att ta dem på allvar. Alla människor ska bemötas med respekt, även de informanter som väljer att inte delta i studien. Det är dessutom viktigt att skydda deltagarnas självbestämmande och frihet, vilket innebär att de som medverkar själva skall få besluta om de vill delta och hur länge de vill vara med. (Kjellström, 2012, 70–76).

Eftersom vi i vår studie har använt oss av intervjuer behöver vi fundera på vilka etiska övervägande som finns. Ett etiskt övervägande som är centralt i vårt arbete är konfidentialiteten. Detta handlar om att skydda informationen vi fått fram så att inga obehöriga får ta del av sådana uppgifter som kan leda till att det är möjligt att ta reda på vem som deltagit i studien. Konfidentialiteten består av både att förvara data på ett så säkert sätt som möjligt så att inga obehöriga kommer åt det, samt att data redovisas på ett sånt sätt att ingen kan koppla det till en viss individ. (Kjellström, 2012, 86–87).

Forskningsetiska delegationen i Finland har framställt etiska principer för forskning inom humanvetenskap. Principerna indelas i tre delar; informantens självbestämmanderätt, att undvika skador och personlig integritet och dataskydd. (Forskningsetiska delegationen (FD), 2009, 5–12).

Informantens självbestämmanderätt

Det skall vara frivilligt att delta i en forskning och informanten får dra sig ur när som helst men det betyder inte att material som redan har samlats in inte får användas. Informanten behöver få tillräcklig information före deltagandet och skriva på samtycke. Information som den undersökta borde få är: kontaktuppgifter till de som gör studien, studiens tema, hur datainsamlingen gått till, hur mycket tid det tar, på vilket sätt materialet kommer att användas, sparas och utnyttjas i framtiden och att det är frivilligt att delta. Informanten kan också fråga efter mera information och forskaren ska då vara beredd att svara på flera frågor (FD, 2009, 5–12). Först gav vi information till våra informanter om vår studie och hur intervjun går till. Vi hade sedan gjort samtyckesblanketter där våra informanter fick skriva på att de fått information om vår studie och att de haft möjlighet att ställa frågor. Vi informerade åt informanterna att de själva får välja hur länge de vill delta och att de får dra sig ur när de vill.

Undvika skador

Informanterna ska bemötas med respekt och man behöver ta hänsyn till dem när man publicerar studien eller annat som hör till studien. De bestämmer själva vad som är för känsligt eller för privat. Om den som gör studien märker att informanten t.ex. blir obekvämd, generad, rädd eller trött ska man avsluta samt informanten inte muntligt sagt att hen vill avsluta. Det är viktigt att man är försiktig när man hanterar konfidentiellt material så att det inte på något sätt skadar informanten. Publicering av en studie kan också vara skadligt för informanten om studien verkar negativ, kritiserande eller dömande mot informanten (FD, 2009, 5–12). Vår studie har vi försökt skriva på ett fördomsfritt sätt och vi vill att våra informanter skall bemötas respektfullt i studien.

Personlig integritet och dataskydd

Före man samlar in material ska man planera hur man ansvarsfullt ska förvara och skydda det. Materialet skall sedan förstöras eller raderas när det inte längre behövs. Ifall det behöver sparas för vidare forskning ska det skyddas på ett konfidentiellt sätt. Materialet får endast användas i forskningssyfte och får inte ges ut åt någon annan. Information från forskningsmaterial som handlar om en enskild informant får inte ges åt polisen, socialen eller skatteverket. Däremot är varje medborgare skyldig att anmäla grova brott. Studien som publiceras ska inte innehålla information om informanterna, t.ex. namn, ort, ålder eller utbildning som gör att man kan få reda på vem det är (FD, 2009, 5–12). Vi har sparat våra bandade intervjuer och transkriberade intervjuer på en dator för att minska risken att någon obehörig får tag i materialet. Vi raderar materialet när studien är utförd och publicerad, men det material som anses kunna användas i vårt utvecklingsarbete sparas på ett konfidentiellt sätt och raderas när det inte behövs mera. Eftersom vår grupp av informanter är så liten har vi valt att inte avslöja var i Finland informanterna bor. Vi har även valt att inte sätta ut några namn eller platser utan på sådana ställen använder vi oss av X. För att skydda informanternas medverkan i studien har vi även valt att inte skriva vilket årtal barnen är födda.

6 Resultatredovisning

I det här kapitlet kommer respondenterna att redovisa resultatet i studien. Vårt resultat är indelat i olika teman, kategorier och underkategorier. Två övergripande teman som vi hittat med hjälp av induktiv analys är beslut av att föda hemma och upplevelse av att föda hemma. Under dessa teman har vi flera kategorier som är skrivna med **fetstil** och sedan har vi ännu delat in kategorierna i underkategorier som är skrivna med understrykning. I vissa kategorier och underkategorier väljer vi att sätta ut några citat för att tydliggöra innehållet, dessa är skrivna med *kursiv* text. Eftersom vi valt att inte översätta citaten kommer det även att finnas engelska citat. För att skydda informanternas konfidentialitet väljer vi att inte skriva ut namn, städer och dylikt i citaten utan skriver istället X.

Tabell över resultatet:

TEMA	KATEGORI	UNDERKATEGORI
Beslut av att föda hemma	Personligheten påverkar	
	Miljön påverkar	Trygg hemmiljö
		Tycker inte om sjukhus
	Partnern påverkar	
	Att få bestämma själv	Kontinuitet
Naturligt		
Upplevelse av att föda hemma	Bemötande	Bemötande från familj och vänner
		Bemötande från vården
	Trygghet	Att vara förberedd
		Trygg plats att föda
		Att få föda naturligt
		Kontinuitet
		Stöd under förlossningen
		Barnmorskans roll
	Trygg i sitt beslut	
	Förväntningar	Uppfyllda förväntningar

		Ouppfyllda förväntningar
	Känslor	Häftigt
		Trött och uppgiven
		Smärta
		Otrygghet
Tiden efter förlossningen		

6.1 Beslut av att föda hemma

Under temat beslut kommer respondenterna att ta upp de olika sakerna som påverkade kvinnornas val av hemförlossning, temat kan indelas i fyra kategorier: Personligheten påverkar, Miljön påverkar, Partnern påverkar och Att få bestämma själv. Kvinnorna beskrev olika faktorer som påverkade valet att föda hemma. Att själv få vara med och bestämma om olika saker var en stor orsak till valet eftersom de då tänkte att de är mer delaktiga och känner sig trygga.

Personligheten påverkar

En av orsakerna som påverkade kvinnornas val av att föda hemma var deras egen personlighet. En kvinna säger att hon har en sådan personlighet att hon vill ha det på sitt eget sätt och kände därför att hemma var den tryggaste platsen att föda på. En annan säger också att hon är en högekänslig person och tänkte att det skulle påverka förlossningen ifall hon på sjukhuset får en barnmorska som gör henne otrygg. Egna värderingar var också en sak som påverkade valet.

“ja e ganska som person att ja vill ha på mitt eget sätt”

“fö ja e också en högekänslig person så ja e ganska känslig fö andra människor å... ...jaa, di böver int ens säg nå så vet ja deras energi så, så då tänkt ja att ja e lugnast här, å om ja e lugn så går de bra, så tänkt ja...”

Miljön påverkar

Under miljön påverkar fick vi fram två underkategorier: Trygg hemmiljö och Tycker inte om sjukhus. Kvinnorna berättar att de tänkte att platsen där de föder skulle påverka hur förlossningen går och hur de skulle uppleva sin förlossning.

Trygg hemmiljö

I valet av var de skulle föda beskrev kvinnorna att de ville föda på en trygg plats och att den platsen var hemma, detta var en orsak varför de valde hemförlossning. En annan orsak var att de ville föda i en lugn och rofylld miljö.

“ja känd bara att, ja känd att de sku gå lättare fö mig, hela processen sku gå lättare om ja sku gö det där hem... ...å ja känd mig tryggare vilket int folk heller försto eftersom de e många som känner sig tryggare på sjukhus men fö mig va de tvärtom”

“ännu å orsaken till att ja vila ha hemförlossning att de e lugn å ro”

Tycker inte om sjukhus

Flera av kvinnorna i vår studie säger att de inte tycker om sjukhus och det påverkade deras val av var de skulle föda. En sade att hon var rädd för sjukhusmiljö och en annan hade från tidigare en dålig bild av att föda på sjukhus. Flera tyckte inte heller om de sjukhusmetoder som används och ville därför inte föda på sjukhus, eftersom de trodde att de skulle behöva strida för sitt sätt att föda. Det kom också fram att de inte ville föda på sjukhus, eftersom de inte tyckte det var optimalt att föda på en plats där de känner sig otrygga.

“how I feel more comfortable at home and I am not really comfortable in hospital environments”

“ja e liti såde sjukhusrädd å känder int me trygg ti va på sjukhus övehuvutagi å tå känns i ju kanskis int så optimalt ti byri föd ett bån om int man kände se trygg”

“fö just dethär att sitt fast i all slags apparatur som di lägger fast så he vill ja int”

Partnern påverkar

Alla kvinnor utom en hade en partner vid tiden av förlossningen och partners åsikt om var barnet skulle födas varierade. Två av kvinnorna tillsammans med deras partner kände att det var ett bra val och att det var bäst att föda hemma, medan andras partner växte mera in i beslutet och ville stötta kvinnan i det som hon kände var bäst för henne. Några kvinnor sade att partnern mera överlät beslutet till henne eftersom det var hon som skulle föda.

“vi var båda eniga i vårt val, det kändes bäst och naturligast för oss”

“han stötta no me i he å tyckt he var en bra ide.”

“sambon va ju no ganska emot, hehe, men efter att vi hadd diskutera igenom det å fundera så blev det så att det kändes mera okej.”

“Å att han va no liti skeptisk ti föst men att dehär, men desto närmare vi kom förlossningen så desto mejr positiv vart an”

Att få bestämma själv

Under kategorin Att få bestämma själv kom det fram två underkategorier: Kontinuitet och Naturligt.

Alla informanterna tyckte att det var viktigt att man själv får bestämma över sin egen kropp och tyckte att det var lättare att göra det om man födde i hemmet. En kvinna säger att hon valde hemförlossning för att inte behöva försvara sig själv och de val hon gjort angående graviditeten och förlossningen. En annan kvinna säger att hon själv ville välja vem som skulle vara med under förlossningen. Det kommer också fram att kvinnorna inte ville bli styrda av någon.

“att inte måste försvara sig eller förklara varför man tar dem val man har valt med graviditeten, förlossningen och mitt barn”

“jag själv får bestämma över min kropp”

Kontinuitet

Nästan alla av kvinnorna sa att de ville ha samma barnmorska under hela graviditeten och förlossningen. En av kvinnorna kände att det skulle vara tryggare om man känner alla de människor som är med på förlossningen. En annan lyfte fram vikten av att komma bra överens med barnmorskan.

“tryggheten att ha alla dem jag har mött tidigare finns i mitt hem, en barnmorska som har följt mig genom hela min graviditet”

“fö ja tror no som att he din viktigaste stund i live åså om du kombe ti sjukhuse kanske du får en barnmorsko du int alls klickar me fast ho kanske e bra som, men alla e ju olika, jaa ni föstar”

Naturligt

Alla informanterna ville att förlossningen skulle bli så naturlig som möjligt och ansåg att man har större möjligheter till det om man föder hemma. Några av kvinnorna säger att de ville låta förlossningen ta den tid det tar och lyssna på kroppen. Annat som påverkade valet var deras önsknings om att slippa de metoder som man använder på sjukhus, till exempel medicinsk smärtlindring. En bidragande orsak till varför en av kvinnorna ville ha hemförlossning var möjligheten att föda i vatten. För en av kvinnorna var största orsaken till att hon födde hemma att hon hade möjlighet till Lotus födsel.

“å de får ta sin tid å man lyssnar på kroppen”

“nå det kan ja ju säj att här hem sko ja ju ha haft möjlighet att föd i vattne”... “Det var som en plussak för hemförlossning att man hadd möjlighet till det”

“the Lotus birth is like really what I want for my child”

6.2 Upplevelse av att föda hemma

Utifrån det som informanterna upplevde före, under och efter sin förlossning i hemmet har vi kommit fram till fem olika kategorier: Bemötande, Trygghet, Förväntningar, Känslor och Tiden efter förlossningen. Kvinnorna berättar här om sina upplevelser av förlossningen, både om vad som var bra och mindre bra samt om olika förväntningar de hade inför sin förlossning i hemmet. De beskriver även hur de blev bemötta av både anhöriga och vårdpersonal.

Bemötande

Kategorin Bemötande kan delas in i underkategorierna: Bemötande från familj och vänner och Bemötande från vården.

Flera av informanterna valde att inte berätta för sin omgivning om deras val av att föda hemma för att undvika att få dåligt bemötande och de ansåg att ingen annan hade med att göra var de födde sitt barn.

“nå fö he fösta så berätta ja int som åt så mang vänner, ungefär som att va ha döm ti jä me var vårt barn ska födas”

“I just chose to be more quiet about it cause I don't want the fear energy”

Bemötande från familj och vänner

Bemötande från familj och vänner som kvinnorna hade upplevt var mycket blandat men ändå mest positiva eller neutrala bemötanden. De som hade fött barn hemma eller själv blivit född hemma var ofta positiva och hade förståelse att kvinnorna valde att föda hemma och tyckte inte att det var något annorlunda. Flera av kvinnorna upplevde att familj och vänner var fundersamma, men ändå positivt fundersamma och oroliga.

Negativa bemötanden t.ex. att deras barn kommer att dö eller att de själva kommer att dö var också saker de fick höra. De fick också höra att förlossningen kommer att sluta dåligt och att det är farligt att föda hemma. Kvinnorna upplevde det jobbigt att höra sådant som gravid. De upplevde också att folk tänkte att de var galna som hade tagit ett sådant beslut. Många av deras bekanta hade den inställningen att om kvinnan en gång valt att föda hemma, så finns det ingen möjlighet att föda på sjukhus. Kvinnorna försökte ändå ta det på ett sånt sätt att det bara var på grund av omtanke de var oroliga.

“så blandat, men äntå mest positivt no.”

“Min familj var mycket positiv, min pappa, farmor och mormor och morfar föddes också hemma så dem var mycket förståeliga”

“öhh de reagera ju int så positivt men ja tror egentligen att de var me omtanke, de va kanske lite rädda.”

“folk tänker väl no att man e liti galen tå man föder tå hejm, bara för att he e så ovanligt ännu”

*“Ja he va väldigt blandat, öhh he va, ja fick no hör kommentarer som att ja kommer dö...
...ja att båni met kommer ti dö å att jaa, å mang va som ganska såde, säker på att liksom
om ja ha mena föd tå hejm så tå finns int hede valmöjlihejten alls ti fara ti sjukhuse”*

Bemötande från vården

Nästan alla kvinnor hade upplevt både positivt och negativt bemötande från vården. Det uppskattades när vårdpersonalen visade intresse och ville få information om hemförlossning. Från rådgivningspersonalen upplevde också flera av dem att de hade fått ett gott bemötande och förståelse. En av kvinnorna som sist och slutligen födde på sjukhus upplevde mycket positiva bemötanden från personalen på förlossningen och BB. Hon blev väl omhändertagen och bemöttes vänligt och förstående. Det som hon också upplevde som positivt var att barnmorskorna stannade kvar under hela förlossningen fast det var mitt i

ett skiftbyte. Kvinnorna hade ofta räknat med att få motstånd och blev förvånade över att få bra bemötande.

“men tå hadd ja en jättebra rådgivningstant som var väldigt såhe, on va säkert... ..ja on gick i pension tå, så hon va ju som själv också vari me på han tidin tå, så hon hadd, så ja he gick jätte, hon va väldigt föstående, annos vejt ja int om e sku ha gaiji.”

“efteråt far man ju ti rådgivningen på nå eftergranskning å då fick ja ändå en jätte positiv reaktion där att ”nämen oj, att berätt”, mer som dehär spännande...”

“Riktigt bra faktiskt måst ja säj, ööh, ja vart förvånad över he... ..ja dehä, hadd no förvänta me liti motstånd haha, men att he gick över förväntan måst ja säj å han va riktigt trevlig å fråga vilka undersökningar vi vili göra å så vidare”

Det upplevdes som negativt när vårdpersonalen ofta informerade om riskerna och speciellt ifall kvinnorna upplevde att personalen informerade för att försöka skrämja dem. På en läkarkontroll med barnet upplevde en av kvinnorna att vårdpersonalen på ett negativt sätt ifrågasatte deras val och hon tyckte att de istället kunde ha varit vänliga och vara glada över att de kom. En av kvinnorna som hade valt Lotus födsel upplevde att vårdpersonalen var negativa mot hennes val och att de informerade henne om risker utan att egentligen ha någon kunskap om det. Men hon upplevde ändå att det skapade intresse och nyfikenhet hos barnmorskorna.

“ja tycker int alls om att läkare försöker skräm en, att e sku va asså na att du e oansvarig å ditt å datt å allt va som kan hända me barne... ..för att just som tå man ska på läkarkontroll å säg man ska föd tå hejme så eri ju som att ööh okej, att tror du faktiskt he kan gå, liti sånde dåli attityd”

“ja känd å att tå vi hadd född jä hejme så fick ja å dåligt bemötande”

Trygghet

I kategorin Trygghet presenteras sex olika underkategorier: Att vara förberedd, Trygg plats att föda, Att få föda naturligt, Kontinuitet, Stöd under förlossningen och Trygg i sitt beslut. Alla kvinnorna upplevde en trygghet i att få föda hemma eftersom de kände sig mera delaktig i olika beslut, fick själv bestämma vem de hade med under förlossningen och förlossningen fick vara naturlig.

Att vara förberedd

De flesta kvinnorna tyckte att förberedelsen inför förlossningen var viktig. Man förberedde sig genom att läsa böcker och söka information på internet. Alla informanter var på någon form av förberedelsekurs. Den vanligaste kursen som kvinnorna gick på var profylaxkurs där man övade andning och avslappning. Några av dem var även på hypnobirth. Flera av informanterna förberedde sig genom att tänka positivt och meditera och en av kvinnorna gick också på gravidyoga. Några av dem säger att de förberedde sig på ett fysiskt sätt genom att träna. En kvinna säger att hon också tänkte på att äta hälsosamt och att få tillräckligt med vila under graviditeten.

“ja tror förberedelsen e jätteviktigt”

“ehh vi hadd jo viri på flera förberedelsekurser no”

Alla de intervjuade kvinnorna hade förberedelsemöten med barnmorskan innan förlossningen och de flesta träffade även sin barnmorska flera gånger och pratade om tankarna inför förlossningen och om önskemålen de hade. Flera av informanterna hade med en doula under förlossningen och pratade också mycket med doulan innan förlossningen. Några säger att man förberedde sig genom att prata med sina vänner och med andra i sin omgivning som fött barn.

“ja träffa jo X(barnmorska) flera gånger å doulan flera gånger å prata myki om olika saker å”

“å tala me kompisar å, å tala me olika generationer som har fött å”

Alla informanterna hade som reservplan att fara in till närmaste sjukhus om det skulle uppstå en sådan situation som barnmorskan upplever att kräver mera vård än hon kan ge. Ett par av informanterna hade förberett sig genom att skriva ett förlossningsbrev till sjukhuset och en annan hade packat en väska att ta med ifall man behöver åka in. Kvinnorna upplevde också att det var tryggt att man inte hade långt till sjukhuset ifall en krissituation uppstår under förlossningen.

“jag hade skrivit ett förlossningsbrev ifall det inte gick som det skulle hemma”

“å härifrån har vi jo int så långt så därför kändes det liksom mera tryggt för mig, at vi har int så långt in ifall he känns så”

Trygg plats att föda

Kvinnorna upplevde att de ville föda i en trygg miljö och kände att deras hem var den trygga platsen där de bäst skulle kunna föda sitt barn. De hade förberett rummet med ljus, musik, kuddar och filtar och skapat en lugn miljö där de tyckte att det kändes bra och inte som en steril sjukhusmiljö. Stämningen i hemmet under förlossningen kändes harmonisk och rofylld för flera av kvinnorna. En av kvinnorna upplevde att hon ville vara för sig själv i ett rum där hon skapat en god energi med bara sig själv och där ingen sa åt henne vad hon skulle göra. Att få sova i sin egen säng och inte behöva dela rum med någon annan tyckte en av kvinnorna var skönt.

“att man e trygg, man e jo på he viset van att vara hemma”

“ja ja hadd no laga lite sånde ljus å laga e mysigt såde så he kändis ju som bra, he var ju int som steril sjukhusmiljö, så jaa”

“it was just that I needed to be alone and the bathroom was the safe space were I already created this really good energy with just my own self and my own energy and nobody was telling me what to do”

Att få föda naturligt

Att få föda naturligt upplevdes som en trygghet och kvinnorna kände sig trygga eftersom de kunde lita på att kvinnor fött barn sen urminnes tider. Några av kvinnorna kände att de fick följa sin kropp och vara väldigt närvarande under sin förlossning. En säger också att det var mycket naturligt och att hon litade på sin kropps visdom. Andra upplevelser var också att det var fritt och att man fick röra sig som man ville och inte behövde sitta fast i några sladdar. En av kvinnorna upplevde att det var skönt att föda hemma för att slippa göra rutinmässiga kontroller på barnet som hon tyckte var onödiga.

“Å just att föd så he e jo na som kvinnor ha gjort i urminnes tider så man kan jo he, he sitter jo som i kroppen”

“You know it just was so natural”

“nä alltså man fick ju va väldigt närvarande å speciellt int tå man får ju int na smärtstilland å int najnting”

En annan sak som upplevdes som tryggt och naturligt var att få föda utan medicinsk smärtlindring och istället använda sig av icke medicinsk smärtlindring. Som icke medicinsk smärtlindring upplevde de flesta kvinnor att varm dusch hjälpte. Massage och meditation var också en stor favorit som flera av kvinnorna använde sig av samt akupunktur eller akupressur. Några av kvinnorna använde TENS-apparat, kall eller varm värmedyna och pilatesboll som de satt på. Andra alternativ som användes var bland annat andningsövningar, vokalljud, rebozo sjal, kristaller, kamomill i vatten samt eteriska oljor både som aromaterapi och massageolja. En kvinna gjorde också olika rörelser och danser medan hon lyssnade på sin favoritmusik som hon upplevde fungerade för henne. De flesta av kvinnorna tyckte att deras icke medicinska smärtlindring fungerade bra och att de kunde använda sig av lite olika metoder för att lindra smärtan.

“jaa, ja har fått akupunktur, eeh eteriska oljor använd ja, både som aromaterapi och också som i massageolja. He tyckt ja hjälpt faktiskt jättemyki.”

“hon hadd liksom en sån där rebozo sjal, som hon dro på något sätt å de hjälpte, ja låg på soffan åså dro hon me den där sjalen när de kom en sammandragning.”

Då kona ja int ligg nåmera, ja kona int stå men ja kona sitt på jumppabollen. Så ja satt på den då så när de kom en sammandragning så höll doulan runt mig å så hadd ja sån där ljud, vokalljud... ..Så ja sa som aaaaaaaaa då, de jo ja varje sammandragning, ja hadd som såna där ljud då, å de tyckt ja no hjälpt mig att slappna av då, å de hjälpt mig å att fokuser”

“I was just like clearing and cleansing the crystals and just really high, I was so naturally high from the oxytocin and the hormones. You know and I just didn't feel any pain at all”

Kontinuitet

Nästan alla tyckte att det var tryggt att ha samma barnmorska under hela förlossningen. De tyckte att det kändes bra att veta vem det är som kommer och hjälper en när det är dags att föda. Att de hade träffat barnmorskan några gånger innan förlossningen gjorde att de kände att man kunde lita på barnmorskan och att hon kände en så pass väl att man inte behövde upprepa sig om sina önskemål.

“man e ju mejr trygg å tå man har samma person, ja tycker he va jättebra, ja veta ju tå he händer så kommer X (barnmorska)”

“man visst ju vem ho var å vann man hadd varade å ja visst va on kona å ja kona lit på on”

“Så att ja böva ju som alder som säj mina önskemål flejr gang utan hon veta va ja vila”

Stöd under förlossningen

Alla utom en av kvinnorna hade med sin partner som stöd under förlossningen. Att ha med en doula som stöd var också vanligt, de flesta var mycket nöjda över doulans agerande

under förlossningen. En av kvinnorna hade förutom en doula också sina hundar med under förlossningen som hon upplevde som ett stöd.

“De va, de va liksom, ja sko säg att de bästa me förlossningen va min doula”

“åså hadd ja doulan som fysiskt höll upp mig, ele höll mig på nå sätt men den fysiska närheten hjälper”

Barnmorskans roll

Alla informanterna var nöjda med barnmorskans arbetssätt. De tyckte att barnmorskan tog en mera tillbakadragen roll och lät kvinnan själv sköta förlossningen på sitt sätt men fanns ändå där när de behövde hjälp eller funderade på något. Eftersom barnmorskan mest höll sig i bakgrunden upplevde en av kvinnorna att hon och partnern hade fått sköta förlossningen tillsammans från början till slut vilket hon tyckte var häftigt. En av kvinnorna upplevde det som positivt att barnmorskan inte visade hennes åsikter utan lyssnade och litade på kvinnan. Barnmorskan tog också kvinnornas önskemål i beaktande, en kvinna ville till exempel inte sys efter förlossningen och barnmorskan respekterade hennes önskan vilket var en stor trygghet för kvinnan. De flesta informanterna tyckte att barnmorskan var kompetent och de kände sig trygga då de hade en professionell barnmorska med som de kunde lita på och som såg till att allt löpte normalt. En av kvinnorna upplevde att den största uppgiften barnmorskan hade var att kunna säga hur barnet mårde efter förlossningen.

“hon låta me å ganska myki vara ifred, utan ja fick som sköjt me sjölv å hadd ja na ti fråg ele nanting så va e bara ti fråg.”

“Then X (barnmorska) comes really respectful and like gives me space”

“men iome att ja hadd X (barnmorska) me så, hejla tidin, liksom, “jaa he e no normalt å jo he ska no va såhe” så kändist e no väldigt tryggt.”

“one reason I wanted the midwife to be there, cause I knew that I could do the birthing but all from the beginning I wanted there to somebody who is a professional, who is able to say that the baby is okay”

Trygg i sitt beslut

Efter att kvinnorna tagit beslutet att föda hemma kände de sig säker på sitt beslut under hela graviditeten. Två av kvinnorna upplevde också att de bara blev säkrare med tiden. Under själva förlossningen var de alla mycket säker på att de gjort rätt val. Alla informanterna var nöjda att de bestämt sig för att föda hemma och skulle känna sig trygga att välja hemförlossning igen om de får fler barn.

“ju längre in i graviditeten jag kom desto säkrare blev vi”

“under själva förlossningen så tå var ja no som så tacksam att ja hadd vald att föd hejmsist å slutligen. Jåå, nääe ja ångrar no int ens sekund.”

Förväntningar

Kategorin förväntningar har vi delat in i två underkategorier: Uppfyllda förväntningar och Ouppfyllda förväntningar.

Förväntningar som kvinnorna hade inför sin förlossning i hemmet var lite olika. Några hoppades att det skulle gå rätt smärtfritt eftersom de hade förberett sig så mycket och för att de skulle få en urkraft som skulle hjälpa dem. Många hade också en förväntning om att få föda naturligt i en trygg hemmiljö där det är harmoniskt, lugnt och rofyllt. Att föda utan medicinsk smärtlindring var också en förväntning. Andra saker som också kom fram var sen avnavling, Lotus födsel och att få föda i vatten. En av kvinnorna valde att inte fundera så mycket kring förlossningen och försökte att inte ha några förväntningar eftersom det sätter igång så många negativa tankar. En gemensam förväntning som de flesta hade var att förlossningen skulle ske på deras villkor och att de skulle få föda i sitt eget hem med personer som de redan träffat som barnmorskan, sin partner och möjligtvis en doula.

“Ja hadd som tänkt då att den här hemförlossningen ska vara harmonisk å god energi i rumme, då ska de no gå bra. Så tänkt ja.”

“att få föd i kroppens egen takt, ööh, utan mediciner, att få sen avnavling, att spara moderkakon å att få föd i vattni.”

Uppfyllda förväntningar

Några av kvinnorna upplevde att hemförlossningen överträffade deras förväntningar och att det blev mycket bättre än de hoppats på. Förlossningen gick som planerat och som de ville att den skulle gå. Alla kvinnor utom en fick föda i sitt hem och att hemmet var en trygg plats för dem bidrog till en positiv upplevelse och en känsla av trygghet.

“Like perfectly, even better than expected, actually I didn't expected it to be so amazing because it was really cool!”

Ouppfyllda förväntningar

Den mest gemensamma förväntningen som inte uppfylldes var att smärtan var mycket kraftigare än de räknat med och att det blev mycket fokus på att överleva smärtan. En av kvinnorna tyckte inte alls att hennes förväntningar uppfylldes och en annan insåg att hon haft en för idealistisk bild av att föda hemma.

“i verkligheten så tyckt ja int att ja riktigt, att ja riktigt liksom, ja hadd liti fö idealistisk bild om ja tänker den här min första förlossning om ja säger så, att de va no mera så som ja int vila att den sku vara, de blev no mera dedär att man sko försök överlev, överlev domdär värkarna, överlev situationen, de blev int på nå sätt dendär stora upplevelsen, ja känd int de.”

Känslor

Kvinnorna upplevde många olika känslor före, under och efter sin förlossning i hemmet. Av dessa känslor uppstod fyra underkategorier: Häftigt, Trött och uppgiven, Otrygg och Smärta. Kvinnorna beskriver att få föda hemma är något fantastiskt och häftigt samtidigt som de någon gång under förlossningen kände en uppgivenhet på grund av smärtan och att de inte orkar längre.

Häftigt

Fastän det var mycket smärta upplevde ändå kvinnorna att det var en väldigt magisk och häftig upplevelse och de tyckte alla att det var en positiv och trevlig upplevelse som de inte

ångrar. De tyckte också att det var spännande och att det kändes som att föda första gången igen. Någon av dem upplevde också en överväldigande positiv känsla.

“såå, eeh, fastän e no to sjukt så var e no otroligt häftigt, absolut”

“Yes so it was really quick and magical, I am so glad it went that way.”

“alltså he va en positiv upplevelse”

Trött och uppgiven

De flesta kvinnorna upplevde en känsla av uppgivenhet eller trötthet någon gång under förlossningen men ingen av dem upplevde att de hade en traumatisk förlossning. De kvinnor som hade en förlossning som var lång med mycket smärta upplevde att de var mycket trötta och utmattade eftersom de inte klarade av att slappna av eller sova.

“man kona int, man orka int slappna av, man va så trött...”

“å i de skede så brydd ja mig int, ba hon kommer ut fö ja orka int nåmera”

*“att tå man känner att man vill hopp ut genom fönstre att man får en sånde ”ja vill heim”
att man vill bort, ur me sjölv-känslo strax föri man ska böri kryst”*

Smärta

Alla kvinnor upplevde smärta under förlossningen men vissa upplevde en starkare smärta än de hade räknat med. En av dem kände en så stark smärta att hon trodde att hon skulle dö och kände i stunden att hon inte ville ha flera barn på grund av smärtan. Någon av dem hade tänkt ut olika saker de skulle göra under förlossningen men som de sedan inte kunde göra för att de var så smärtpåverkade och trötta av smärtan. En av kvinnorna upplevde också att hon fick mer smärta när andra sa åt henne var hon skulle vara och vad hon skulle göra.

*“alltså onde smärto var no najnting alltså ja glömmar no aldri, asså sa flejr gang att ja int
sku ha na flejr barn åå, eeh, åå jaa nåä tyvärr he to no jätte jättejättejattesjukt”*

“Ja sov int på två dygn å sen då di kommer så gör di så ont, ja tänkt ju att ja sko gå å ja sko, de va många saker ja hadd tänkt ja sko gör men de gjor sen så ont att ja kona int stå, ja kona int gå, ja kona int, de va många saker som ja int kona gör, så man fick välja mellan di sakerna som funka då”

“And then I went to the pool with the babys dad and only then I start to feel some pain because I was like, had to be somewhere. Other people told me you know, this would be now a good place to be. And I'm like no no, I wanna be on the floor, I wanna be in the shower”

Otrygghet

Fast kvinnorna var säkra och trygga i sitt beslut förekom också upplevelser som otrygghet och tvivel. Som förstföderska kände en av dem att det var svårt att veta hur det skall kännas och var rädd över att något skulle vara fel utan att hon känner av det. Några av dem kände sig nervös både före och under förlossningen över hur de skulle klara smärtan och hur förlossningen skulle gå. En av kvinnorna funderade också på om hon efteråt skulle kunna leva med det ifall förlossningen skulle sluta dåligt men hon tröstade sig med att det också kan gå dåligt på sjukhus. Kvinnorna upplevde att det var ett stort beslut att ta och några av dem hade små tvivel som kom och gick under graviditeten.

“Jaa nåmen alltså ja hadd jo no mina tvivel som kom å gick föstås, de är ju ett stort beslut å”

“Så he e ju klart att liti nervöst vari ju, speciellt desto närmari man kom å ja gick dessutom öve tidin å haha, så tå vart he ännu mejj nervöst”

“efter de va ja jättenervös at va ska ja efter he, att hu ska he nu gå när ja far upp ur bassängen, att ja måst ju ha nånting (smärtlindring)...”

Tiden efter förlossningen

De flesta av kvinnorna upplevde att återhämtningen efter förlossningen gick relativt snabbt och en av dem tyckte att det var en fin återhämtning. Efter förlossningen upplevde många

av kvinnorna att de kände sig känsliga, de pendlade mellan ledsamhet och glädje. Några av kvinnorna kände sig stressade, eftersom de måste iväg på efterundersökningen av babyn så nära inpå förlossningen, vilket de upplevde att spräckte den bubbla de befann sig i med babyn. En av kvinnorna upplevde också att hon bara ville vara ifred med sitt nyfödda barn så att barnet skulle få bästa möjliga start i livet. Även att ta hand om ett nyfött barn samtidigt som man har ont kändes lite jobbigt och en kände sig besviken för att förlossningen varit så lång. Men samtidigt som det var jobbigt så var det också jätteroligt och en av kvinnorna upplevde det som en väldigt magisk tid.

“it was just a beautiful healing time”

“Upplevde att jag ville bara vara ifred med henne så att hon skulle få den bästa möjliga start i livet”

“Jaa, ja satt no som, jaa från ana dygni till ungefär fjärd ele femt dygni så satt ja no ba á grátt både att ja va lyckli á att ja va lejsn, he va som väldigt myki känslor “

“so I did felt pushed to even that, it didnt feel right because I wasnt ready to leave the house and for sure the baby wasnt either, we had such a beautiful bubble going, such a lovely, that was a really magical time”

7 Spegling av resultatet mot teorier och tidigare studier

Här diskuterar skribenterna resultatet mot bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten. Resultatet är indelat i två huvudteman; upplevelse och beslut. Vårt resultat stämmer bra överens med bakgrunden och tidigare studier om hemförlossning.

7.1 Beslut av att föda hemma

Här har vi speglat temat Beslut av att föda hemma mot tidigare forskningar och teoretiska utgångspunkter. Olika faktorer som påverkade kvinnornas val var; personligheten, miljön, partnern och att kvinnorna själva ville bestämma. Mycket av det som kommer fram i vårt resultat i fråga om beslutet har också kommit fram i tidigare forskningar.

Personligheten påverkar

Det kom fram i vår studie att kvinnans personlighet kan påverka om kvinnan väljer att föda hemma eller på sjukhus. Vi har inte hittat något motsvarande resultat i någon annan forskning kring ämnet.

Miljön påverkar

En stor orsak varför kvinnorna i vår studie valde att föda hemma var att de ville föda i en lugn hemmiljö där de känner sig trygga. Att få föda i en trygg hemmiljö var enligt Jouhki (2012) en av de viktigaste orsakerna varför kvinnor väljer hemförlossning. I vår studie framkom också att kvinnorna inte tyckte om sjukhusmiljö eller kände sig otrygga på sjukhus och det var också en orsak till att de valde att föda hemma. Bondas (2000) beskriver i sin teori att sjukhusrutinerna ofta gjorde att kvinnorna upplevde att privatliv saknades och att de inte fick vila. Viisainen (2000) skriver också att föräldrarna som födde hemma sökte efter en plats där kvinnan kunde ha kontroll över förlossningen och de beslut som hör till den och att ge barnet en lugn och fridfull start i livet. Föräldrarna trodde inte att den platsen kunde vara på sjukhus. I Neuhaus (2002) studie kom det också fram att en av orsakerna varför kvinnor valde bort sjukhusförlossning var en negativ inställning till sjukhusmiljö.

Partnern påverkar

Det framkom i studien att partners påverkan i beslutet varierade. Woog (2017) menar att partners inflytande var en stor bidragande orsak till att kvinnorna valde att föda hemma. I vår studie var det vissa partner som stöttade beslutet från första början, medan andra partner växte mera in i beslutet. Det fanns även partners som valde att överlåta beslutet till modern eftersom det var hon som skulle föda. Enligt Jouhki (2015) valde fäderna att följa den gravida kvinnans önskan om att föda hemma och lade sina egna önskemål åt sidan.

Att själv få bestämma

I vårt resultat framkom att det var viktigt för kvinnorna att själva få bestämma över sin egen kropp, man ville även själv göra olika beslut angående förlossningen och sin baby utan att styras av någon. Viisainen (2000) menar också att det är viktigt för kvinnorna att få vara med i alla de beslut som görs under förlossningen. Vi märkte i vår studie att en orsak till att man valde att föda hemma var att man ville att förlossningen skulle vara naturlig och man ville undvika medicinska ingrepp. Det finns flera studier som fått samma resultat, bland

annat i Woogs (2017), Larssons (2013) och Jouhkis (2012) studie kommer det fram att kvinnorna ville att förlossningen skulle vara så naturlig som möjligt. Neuhaus (2002) har även fått liknande resultat som vi har fått, hon menar att några bidragande orsaker till att kvinnor väljer hemförlossning är att man vill ha lugn och ro, man ville ha en naturlig förlossning samt att man ville undvika olika sorters teknisk apparatur. Larsson (2013) skriver i sin studie att valet också påverkades av möjligheten att själv få bestämma vem som skall vara närvarande under förlossningen. I vårt resultat kom vi fram till liknande resultat, man ville välja vem som skulle vara med under förlossningen, man ville ha en barnmorska som man kom bra överens med och man ville känna alla personer som är med under förlossningen.

7.2 Upplevelse av att föda hemma

Under temat Upplevelse av att föda hemma kommer kategorierna; bemötande, trygghet, förväntningar, känslor och tiden efter förlossningen. Här speglas dessa kategorier mot de teoretiska utgångspunkterna och tidigare forskningar. Även innehållet i detta tema stämmer bra överens med tidigare studier.

Bemötande

Kvinnorna i vår studie hade upplevt både positiva och negativa bemötanden från familj, vänner och vårdpersonal. Från familj och vänner hade kvinnorna upplevt mest positiva bemötanden och från vårdpersonalen var bemötandet ungefär lika mycket positivt som negativt. Vissa av kvinnorna hade valt att inte berätta om deras val av att föda hemma för att undvika att få negativa bemötanden. I studierna som vi har med i vår bakgrund framkom ingenting om bemötande.

Trygghet

Att vara väl förberedd inför förlossningen var en sak kvinnorna upplevde att var viktigt och tryggt. De sökte information och läste om olika saker inför förlossningen. Kvinnorna förberedde sig också praktiskt med att köpa nödvändiga saker, äta hälsosamt och motionera. Även i Bondas (2000) teori kommer det fram att kvinnorna ville leva hälsosamt för att säkerställa sitt ofödda barns hälsa. Våra informanter förberedde sig också genom att vara med på olika kurser och ha förberedande möten med barnmorskan. Enligt Lindgren, Brink och Klingenberg-Allvin (2011) förbereder sig barnmorskorna som är med

vid hemförlossningar genom att att lära känna kvinnan. Barnmorskan och kvinnorna träffades under graviditeten för att prata om kvinnornas förväntningar och eventuella rädslor. Barnmorskan upplevde att hon kunde vara mera stödjande under förlossningen om hon kände till de rädslor kvinnan hade.

Kvinnorna i vår studie upplevde att de var trygga i sitt hem och fick ha det lugnt och rofyllt under förlossningen samt att de kunnat förbereda rummet med ljus, musik och filter. Enligt Jönsson och Perstenius (2014) studie framkom det också att hemmet var en ostörd och lugn plats för förlossningen. Fahy, Parratt, Foureur & Hasties (2011) teori säger att ju mer familjär och bekväm miljön är desto tryggare och bekvämare känner sig kvinnan under förlossningen och chansen att kvinnan skall få en positiv upplevelse av förlossningen är större.

En annan sak som kvinnorna upplevde som en stor trygghet var att de fick föda sitt barn naturligt. I en studie av Jouhki (2012) poängteras också att kvinnorna som fött sitt barn hemma ville att förlossningen skulle vara en naturlig process och att den skulle ske i den trygga hemmiljön. Förlossningen fick ta den tid den behövde och man litade på sin egen kropp. Informanterna ville vara närvarande under förlossningen och man upplevde att man hade större möjligheter till det utan medicinsk smärtlindring samt de ingrepp som görs på sjukhus. Jouhki (2012) menar också att en bidragande orsak till att upplevelsen blev positiv var frånvaron av medicinska ingrepp och farmakologisk smärtlindring. När de födande kvinnorna kände att de hade kontroll över miljön upplevde de också att förlossningen kunde förlöpa naturligt samt att de hade lättare att lita på den egna kroppen (Viisainen, 2000). Tre av våra informanter nämnde att det finns en urkraft i kvinnan som kommer fram vid förlossningen, de upplevde att den kraften hjälpte dem att klara av förlossningen. Fahy, Parratt, Foureur och Hastie (2011) menar i sin teori att om miljön är bekväm och en integrerad energi finns så kan kvinnan ta fram gömda styrkor som finns i det förkroppsligade jaget, vilket gör att hon får en positivare upplevelse av förlossningen.

Det kvinnorna upplevde som en trygghet var att under hela förlossningen få ha samma barnmorska som de hade träffat och lärt känna under graviditeten. Det bidrog till att de kände sig trygga i hennes närvaro och kunde lita på henne. Detsamma framkommer också i Jönsson och Perstenius (2014) studie där barnmorskorna fick en närmare och mera intim relation till kvinnor som födde barn hemma, eftersom de lärt känna kvinnan, hennes familj och hennes graviditet innan förlossningen. Bondas (2000) menar att kvinnorna önskade

kontinuitet hos barnmorskan i den perinatale vården, speciellt då det fanns förtroende i relationen.

I vår studie framkom att det är vanligt att ha med någon annan stödperson förutom barnmorskan vid förlossningen. De flesta hade sin partner med och man kände en gemenskap när man fick uppleva förlossningen tillsammans med partnern. I den teoretiska utgångspunkten som vi använt i vår studie menar man också att mannens närvaro vid förlossningen handlar om strävan efter familjegemenskap (Bondas, 2000). De flesta av våra informanter hade också en doula med under förlossningen och de upplevde att även doulans stöd var viktigt. I teorin av Fahy et. al. (2011) framkom även att energin från personerna som är med under förlossningen kan ha en stor påverkan på den födande kvinnan, både positivt och negativt, beroende på vilken sorts energi de utstrålar och om energierna integreras med varandra.

Barnmorskans roll under förlossningen upplevdes som positivt av kvinnorna. Barnmorskan hade en mera tillbakadragen roll och kvinnorna var nöjda med barnmorskans arbetsätt. Fiore (2017) tycker att kvinnor arbetar bäst och mest effektivt i den bekväma hemmiljön vilket ger barnmorskan tid och rum att göra det hon är bäst på; iaktta uppmärksamt, förutse när tillståndet övergår till onormalt, ingripa vid behov och sitta med armarna korsade när det är lämpligt. Barnmorskan respekterade kvinnornas val och visade inte sina egna åsikter vilket upplevdes som positivt av kvinnorna. Kvinnorna tyckte att barnmorskan var kompetent och de kände sig trygga då de hade en professionell barnmorska med som de kunde lita på och som såg till att allt löpte normalt.

Efter att kvinnorna bestämt sig för att föda hemma kände de sig trygga i sitt beslut under graviditeten och förlossningen. De upplevde också att de växte in i beslutet under graviditeten. Detta kom inte fram någonstans i vår bakgrund.

Kvinnornas förväntningar inför hemförlossningen var att få föda naturligt i en trygg hemmiljö och utan medicinsk smärtlindring. Kvinnorna ville också att förlossningen skulle ske på deras villkor och att de skulle få föda i sitt eget hem med personer som de redan träffat som barnmorskan, sin partner och möjligtvis en doula. De flesta kvinnor upplevde att förlossningen översteg deras förväntningar men det förekom också ouppfyllda förväntningar. Vi har inte hittat några tidigare forskningar som undersöker om förväntningar inför en förlossning i hemmet.

Känslor

Alla de kvinnor som deltog i vår studie upplevde att förlossningen i hemmet var en positiv upplevelse som de inte ångrar. Även i Jouhki (2012) studie upplever kvinnorna att hemförlossningen var en positiv upplevelse. De menar att de faktorer som bidrar till den positiva upplevelsen är kvinnans fulla självständighet, att man kan lita på kroppen och dess förmåga att föda samt familjens deltagande (Jouhki, 2012). I vår studie framkom också att det någon gång under förlossningen uppstod sådana känslor som trötthet, uppgivenhet och otrygghet. Man kände även smärta, många upplevde att smärtan var värre än vad de hade förväntat sig.

Tiden efter förlossningen

Kvinnorna tyckte deras återhämtning gick relativt bra, men att känslorna efter förlossningen varierade. Stresskänslor kunde också uppstå när kvinnorna kände att de måste fara på efterkontroll av babyn så tidigt efter förlossningen. Laurel Merg och Carmoney (2012) menar att kvinnor kände sig nöjdare att föda hemma än på sjukhus både under förlossningen och efter förlossningen. De menar också att vissa kvinnor upplevde att den psykologiska tillfrisknandeprocessen var bättre efter hemförlossning än då de fött på sjukhus.

8 Metoddiskussion

När vi skulle påbörja vårt arbete visste vi att vi ville göra en kvalitativ intervjustudie. Vi var alla överens om detta, eftersom vi gärna ville träffa kvinnorna och prata med dem. Vi kände att vi lättare skulle få svar på våra frågeställningar ifall vi fick muntliga svar av informanterna och vi kunde då också fråga följdfrågor. Vi gjorde först upp en idé för examensarbetet vilken också innehöll en tidsplan. Efter att idén blev godkänd fortsatte vi med att bygga på den teoretiska bakgrunden. När största delen av bakgrunden var klar började vi med intervjuerna. Vårt arbete drog ut lite på tiden eftersom en av våra informanter valde att inte delta och det tog tid att hitta en ny informant.

Vid en kvalitativ studie kan materialet samlas in med hjälp av intervjuer. Materialet tolkas och analyseras för att få förståelse och insikt om ett visst ämne. Det är meningen att

forskaren vid en kvalitativ studie ska använda sig själv som forskningsinstrument, t.ex. intervjuer (Henricson & Billhult, 2012, 130–133). För att materialet ska kunna analyseras på bästa sätt behöver skribenterna vara väl förberedda före intervjuerna påbörjas. Vid en intervju ges möjlighet att förstå informantens erfarenheter och upplevelser med dennes egna ord (Danielson, 2012 163-165). När man använder sig av semi-strukturerad intervju behöver man inte vara lika noggrann att följa den plan och de frågor man förberett. Det är även möjligt att fråga följdfrågor och således blir det en mera fri intervju (Ritzen, Sagen, Sjöberg & Thunsted, 2016). Som informanter tillfrågas personer som har upplevelser av det aktuella ämnet. (Henricson & Billhult, 2012, 134).

Vi har samlat in vårt material med hjälp av intervjuer och vi har använt oss själva som forskningsinstrument. Före vi började med intervjuerna funderade vi ut relevanta frågor med tanke på vårt syfte och våra frågeställningar. Vi hade inte möjlighet att delta alla tre under varje intervju men åtminstone två av oss deltog på varje intervju. Alla av oss har ändå deltagit i ungefär lika många intervjuer. Vi spelade in intervjuerna på våra mobiltelefoner, kvaliteten på inspelningarna varierade men alla var ändå relativt lätta att transkribera. Vissa av kvinnorna hade med sina barn under intervjun men vi upplevde inte att det störde oss desto mera. Vid en intervju var radion på i bakgrunden vilket försämrade kvaliteten på inspelningen lite. Under intervjuerna använde vi oss av våra förberedda frågor men ifall det var något vi funderade på så frågade vi också andra frågor för att få mera information, t.ex. för att mer specifikt få fram känslor istället för erfarenheter. Vi insåg också att vi ibland behövde förklara mera vad vi menade med frågorna för att få mer relevanta svar. Vi upplevde att informanterna var lite reserverade i början av intervjuerna men allt eftersom intervjun framskred blev de mera öppna. Detta kan kanske bero på att de till en början trodde att vi hade fördomar mot kvinnor som föder barn hemma men att de efter en stund märkte att vi var öppna för hemförlossningar. Eftersom vi gjorde en av intervjuerna på engelska behövde vi också göra engelska frågor. Vi försökte att göra de svenska och engelska frågorna så lika som möjligt. Vi transkriberade några intervjuer på var och det tog lite längre tid än vad vi först hade räknat med, längst tid tog det att transkribera den engelska intervjun eftersom den var på ett annat språk än vårt modersmål.

När man skall analysera några intervjuer kan man använda sig av en kvalitativ innehållsanalys för att beskriva innehållet djupare. Materialet kan läggas in i en tabell och efter att man har läst igenom det flera gånger kan man sätta in det i olika kategorier som

teman, kategorier och underkategorier. Efter att det lagts in i de olika kategorierna är det bra att läsa igenom materialet några gånger (Henricson, 2012, 336–337). Vi har alla tre tillsammans tolkat och analyserat materialet. När vi gjorde vår analys insåg vi att vi alla hade tänkt lite olika och fått fram olika kodningar. För att kunna fortsätta med analysen fick vi fundera och diskutera hur vi hade tänkt tills vi kom fram till något som vi alla var överens om. Även fast vi har haft olika åsikter upplever vi att det är en styrka att vara flera eftersom vi då har kunnat diskutera och få flera synvinklar på materialet. En av oss har kunnat komma på en sak som de andra inte tänkt på och det har vi upplevt som positivt. För att få ett ännu rikare och mera trovärdigt resultat skulle vi ha behövt flera informanter men vi är ändå nöjda med det resultat vi fått.

9 Slutdiskussion

Vårt syfte var att ta reda på kvinnors upplevelser av att föda hemma och varför de valde att föda hemma. Med tanke på upplevelserna valde vi att fokusera mera på känslor än på erfarenheter. Vi valde också att göra studien från kvinnornas synvinkel för att som blivande barnmorskor bättre förstå valet att föda hemma. Det resultat vi hade förväntat oss stämmer bra överens med resultatet vi fick i studien och svarar på våra frågeställningar. Vi tänkte att en betydande orsak till varför kvinnor väljer hemförlossning var att få föda naturligt och i en trygg hemmiljö. Detta stämde också bra överens med vad informanterna uppgav. En sak som överraskade var att negativ inställning till sjukhus inte hade en så stor betydelse till varför kvinnorna valde att föda hemma.

Vi har genom vår studie lärt oss mycket om både förlossningar och hemförlossningar. Ett ämne som vi lärt oss speciellt mycket om är olika icke medicinska smärtlindringar. Lotus födsel var också något nytt för oss alla tre och ett intressant ämne att studera mera om. Det som informanterna fått oss att inse är hur viktigt ett gott bemötande från vården är trots att de väljer annat än det som rekommenderas.

I vårt resultat framkom det att flera av kvinnorna litade på att det finns en urkraft i kvinnan som hjälper henne att föda ett barn. Eftersom kvinnan har fött barn sen urminnes tider litar de på att kvinnans kropp än idag klarar av att föda barn endast med hjälp av den urkraften. Vi tror att det inger trygghet åt kvinnan när hon vågar lita på sin egen kropp. Om kvinnan känner sig trygg så är hon också mera avslappnad vilket gör att förlossningen kan förlöpa

smidigare. Vi tror också att det här tankesättet skulle kunna påverka kvinnors förlossningar på ett positivt sätt, oberoende på vilken plats de föder.

I resultatet kom vi fram till att trygghet var en betydande faktor för kvinnorna både vid valet och upplevelser av att föda hemma. Nu i efterhand har vi tänkt att trygghet egentligen är som en röd tråd genom hela vårt resultat. Det finns tre punkter som vi anser bidrog mest till upplevelsen av trygghet, att själv få bestämma vem som är med under förlossningen, att få föda i en trygg hemmiljö och att själv få bestämma vilka åtgärder som skall användas under förlossningen. Alla de här faktorerna handlar egentligen om att själv få välja olika saker som hör till förlossningen. Vi tror att det upplevs som en trygghet när de själv får vara med och påverka och på förhand veta att deras önskningar kommer att beaktas.

Hur urkraften i en kvinna påverkar en förlossning, hur barnmorskorna tänker kring hemförlossningar och hur lotus födsel påverkar babyens hälsa är exempel på ämnen som det kan forskas vidare i. Vi tycker att det skulle vara intressant att läsa mera forskning om dessa ämnen.

Vi hoppas att vårt arbete skulle ge en mera positiv bild om hemförlossningar, speciellt åt vårdpersonal. Vi hoppas även att fördomarna mot kvinnor som väljer att föda hemma skulle minska, som till exempel att de är oansvariga och egoistiska. Vi tror att hemförlossningar kommer att öka och bli mer vanligt med tiden, därför är det också viktigt med mera information åt vårdpersonal.

10 Källförteckning

Bondas, T., 2000. *Att vara med barn: en vårdvetenskaplig studie om kvinnors upplevelser under perinatal tid*. Vasa: Åbo Akademi.

Egen barnmorska, (u.å.). [Online] <http://egenbarnmorska.se/> [hämtat: 20.11.2017]

Elo, S., & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning. 2009. [Online] <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskapriciper.pdf> [Hämtat: 29.1.2018].

Fahy, K., Parratt, J., Foureur, M. & Hastie, C., 2011. Birth Territory: A Theory for Midwifery Practice. In: R. Bryar & M. Sinclair red. *Theory for midwifery practice*. (2nd ed.), 215–235. Basingstoke: Palgrave Macmillian.

Faxelid, E., 2001. *Lärobok för barnmorskor* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Fiore, D., 2017. My Journey Into Homebirth - A Midwife's Perspective. *Midwifery today*, Summer 2017 (122), 21-23.

Föda hemma, (u.å.). [Online] <https://www.libero.se/du-just-nu/artiklar1/gravid/foda-hemma/> [hämtat: 11.11.2017].

Gissler, M., Heino, A., Vuori, E., 2017. *Perinataaltilasto -synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet* 2016. [Online] http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135445/Tr_37_17.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Hämtat: 6.2.2018].

Gärdsmo Pettersson, E., Zeime, G., 2016. *Naturlig smärtlindring under förlossning*. [Online] <https://familjen.trygghansa.se/gravid/forlossningen/naturlig-smartlindring-forlossning/> [hämtat: 22.11.2017].

Henricson, M., Jordmor slår vakt om kvinnans rätt att välja. *Österbottens tidning*, 16.4.2016, 6–7.

Henricson, M., 2012. *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Höjeberg, P., 2011. *Jordemor, barnmorska och barnaföderska: Barnafödandets historia i Sverige* (3., omarb. uppl.). Stockholm: Carlsson.

Infopankki.fi

[online]

<https://www.infopankki.fi/sv/livet-i-finland/halsa/forlossning> [hämtat: 12.10.17].

Itkonen, E., 2016. *Rebozo apuna raskausaikana ja synnytyksessä*. [Online] <http://www.jaga.fi/rebozo-apuna-raskausaikana-ja-synnytyksessa/> [hämtat:7.5.2018].

Johnson, K. & Daviss, B-A., 2005. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*, 330(1416), 1-7.

Jouhki, M., 2012. Choosing homebirth--the women's perspective. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*, 25(4), 56-61.

Jouhki, M., Suominen, T., & Åstedt-Kurki, P., 2015. Supporting and Sharing-Home Birth: Fathers' Perspective. *American Journal Of Men's Health*, 9(5), 421-429.

Jouhki, M., Suominen, T., Peltonen, K., & Åstedt-Kurki, P., 2016. Participation in siblings' birth at home from children's viewpoint. *Midwifery*, 34150-157.

Jönsson, J. & Perstenius, M., 2014. *Barnmorskors tankar och upplevelser kring planerade hemförlossningar*. Lund: Magisteruppsats. Lunds universitet, medicinska fakulteten.

Larsson, Å., 2014. Fördjupad hälsa – kvinnors upplevelse av att planera och föda sitt barn hemma. *Hoitotiede*, 26(1).

Laurel Merg, Andrea; Carmoney, Pat; *International Journal of Childbirth Education*, 2012; 27(4): 70-75. 6p. Phenomenological experiences: Homebirth after hospital birth.

Lindgren, H.E., Brink, Å. & Klingberg-Allvin, M. *BMC Pregnancy Childbirth* (2011) 11: 6.

Lindgren, H., 2008. Hemförlossningar i Sverige 1992–2005, förlossningsutfall och kvinnors erfarenheter. (Doktorsavhandling, Stockholm, Karolinska Institutet).

<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39049/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . [Hämtad 29.11.2016].

Lim, R., 2001. Lotus birth: asking the next question. *Midwifery Today*, (58), 14-16.

Mannström, A., 2013. Hemförlossning väcker heta känslor. [Online] <http://gamla.hbl.fi> [hämtat: 22.05.2017].

Ming, Z. (u.å.). *Akupressur*. [online] <http://www.halsanshus.nu/terapier-behandlingar/62-akupressur> [hämtat 14.4.2018].

Nissen, E., & Mårtensson, L., 2009. Obstetrisk smärtlindring. i: A. Kaplan, B. Hogg, I. Hildingsson & I. Lundgren red. *Lärobok för barnmorskor* (3. uppl.), 379–405. Lund: Studentlitteratur.

Nykänen-Andersson, E., 2017. Hemförlossningar en växande trend i Finland. [Online] <http://www.svt.se> [hämtat: 22.05.2017].

Persson, R., 2017. Planerad hemförlossning. [Online] www.1177.se [hämtat: 24.5.2017]

Pouta, A., m.fl., 2015. *Handbok för mödrarådgivningen*. Tammerfors: THL. [Online] http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135445/Tr_37_17.pdf?sequence=1 [hämtat: 10.11.2017].

Rachana, S., 2000. *Lotus birth*. Yarra Glen: Greenwood Press.

Richmond, H., 2003. Women's experience of waterbirth. *Practising Midwife*, 6(3), 26-31.

Ritzen, C., Sagen, F., Sjöberg, L., Thunstedt, F., 2016. Forskningsstrategier. [Online] <http://www.forskningsstrategier.wordpress.com> [hämtat:24.5.2017]

Ros, H., 2009. Effects of waterbirths and traditional bedbirths on outcomes for neonates. *Curationis*, 32(2), 46-52.

Sahlin Úlfsdóttir, H., Eriksson, L., Fjellvang, H., Zachrisson, L. & Alfredsson, K., 2009. *Förlossningshandboken: [hjälp dig att föda på ditt sätt]*. Stockholm: Prisma.

Sandell, H., 2017. Föda barn i bassäng hemma- det kan du göra i källare i Vanda. *Svenska Yle*. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/08/22/foda-barn-i-bassang-hemma-det-kan-du-gora-i-en-kallare-i-vanda> [hämtat: 29.11.2017].

Simpson, K. R., 2013. Underwater Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(5), pp. 588-594.

Teir-Siltanen, A., 2017. En frihet att få föda i hemmet. *Svenska Yle*. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/03/01/en-frihet-att-fa-foda-i-hemmet> [Hämtat 29.11.2017].

Vasa centralsjukhus, *Andning och avslappning*. (2017). [Online] https://www.vaasankeskussairaala.fi/sv/for_patienter/vard-och-undersokningar/kvinnor-barn-och-spadbarn/graviditet-och-forlossning/forberedelse-infor-forlossningen/andning-och-avslappning/ [Hämtat: 27.3.2017]

Viisainen, K., 2000. The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in home birth in Finland. *Sociology Of Health & Illness*, 22(6), 792–814.

Waldenström, U & Bergman, T., 2007. *Föda barn: från naturligt till högteknologiskt*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press.

Wisselgren, M., 2005. Att föda barn - från privat till offentlig angelägenhet. Förlossningsvårdens institutionalisering i Sundsvall 1900 - 1930. Avhandling vid Historiska institutionen, Umeå universitet.

Woog, C., 2017. "Where do you want to have your baby?" Women's narratives of how they chose their birthplace. *British Journal of Midwifery*, 25(2), 94–102.



Hej!

Vi är tre barnmorskestuderande från Yrkeshögskolan Novia i Vasa som skriver examensarbete om att föda hemma. Syftet med vårt arbete är att få en djupare förståelse för kvinnors upplevelser och deras val av att föda i hemmet.

Vi önskar nu intervjua kvinnor som fött hemma och är glada om du vill delta. Till intervjun hör 16 frågor och den räcker ungefär en timme. Intervjun utförs muntligt och spelas in. Du deltar frivilligt och får dra dig ur när som helst. Alla dina svar och all information om dig själv behandlas konfidentiellt. Vissa citat kan användas i arbetet, men på ett sätt så att det inte går att få reda på vem som sagt det. Materialet från intervjuerna används endast av oss tre och förstörs när arbetet är klart.

Vår handledande lärare i examensarbetet är:

Anita Wikberg, +358xxxxxxxxx

anita.wikberg@novia.fi

Ta gärna kontakt ifall du har frågor:

Madelen Grankulla

madelengrankulla@edu.novia.fi

+358xxxxxxxxx

Nina Vähäkangas

ninavahakangas@edu.novia.fi

+358xxxxxxxxx

Jessica Ahlvik

jessicaahlskog@edu.novia.fi

+358xxxxxxxxx



Hello,

We are three midwife-students from Novia in Vasa. We are writing our thesis about giving birth at home. The purpose with our study is to get a deeper understanding about women's experiences of homebirth and their choices of giving birth at home.

We would like to interview women who has given birth at home, and we are glad if you are willing to participate. The interview contains 16 questions and it takes approximately one hour. The interview is oral or by skype and it is going to be recorded. You choose if you want to come forward, and it is okay to drop out at any time. Your answers are going to be confidential, and your name will not be shown. The interviews are only going to be used by us three, and destroyed afterwards.

Our supervising teacher is

Anita Wikberg

+358xxxxxxxxx

anita.wikberg@novia.fi

Please contact us if you have questions:

Madelen Grankulla

madelengrankulla@edu.novia.fi

+358xxxxxxxxx

Nina Vähäkangas

ninavahakangas@edu.novia.fi

+358xxxxxxxxx

Jessica Ahlvik

jessicaahlskog@edu.novia.fi

+358xxxxxxxxx

Madelen Grankulla, Jessica Ahlvik och Nina Vähäkangas

1. Har du fött ett eller flera barn hemma?
2. Hur kom det sig att du valde att föda hemma?
3. Varifrån fick du information om hemförlossning och vem tog du kontakt med?
4. Ifall du har en partner, påverkade partners åsikt valet av att föda hemma?
5. Hur reagerade familj och vänner på ert beslut?
6. Kände du dig lika säker på ditt beslut under hela graviditeten samt under förlossningen?
7. Hur förberedde du dig inför förlossningen?
8. Hade du en reservplan?
9. Vilka var förväntningarna inför förlossningen?
10. Uppfylldes dina förväntningar?
11. Kan du berätta om upplevelsen av att föda hemma?
12. Använde du någon icke medicinsk smärtlindring under förlossningen?
13. Hur gick din återhämtning?
14. Hur upplevde du tiden efter förlossningen?
15. Nu i efterhand, skulle du välja att föda hemma igen eller föda på sjukhus?
16. Är det något annat du vill berätta om att föda hemma?

Interview questions

Bilaga 4



Jessica Ahlvik, Nina Vähäkangas, Madelen Grankulla

1. Have you given birth to one or several children at your home?
2. Why did you choose to give birth at home?
3. Where did you get information about home birth and who did you contact?
4. If you have a partner, did the opinion of your partner affect the choice of home birth?
5. How did family and friends respond to your decision?
6. Did you feel sure about your decision during the whole pregnancy as well as during childbirth?
7. How did you prepare for the birth?
8. Did you have a back-up plan?
9. Which expectations did you have prior to the birth?
10. Did your expectations come true?
11. Can you tell us about the experience of homebirth?
12. Did you use any non-medical pain relief treatment during labor?
13. How was your recovery?
14. How did you experience the time after birth?
15. Now afterwards, would you choose to give birth at home again or in a hospital?
16. Is there anything else you want to tell us about giving birth at home?

Informerat samtycke

Bilaga 5



Jag har fått information om studien "att föda hemma" och syftet med examensarbetet och jag vet att allt material behandlas konfidentiellt. Jag godkänner att den information jag ger ut i intervjun får användas i ert examensarbete på konfidentiellt sätt.

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Informed consent

Bilaga 6



I got information about the study "to give birth at home" and the purpose with the graduation and I know that all material is treated confidentially. I agree that the information I provide in the interview may be used in your graduation in a confidential manner.

Place and date: _____

Signature: _____

Att oplanerat föda utanför sjukhus

En kvalitativ studie om kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus.

Madelen Sundström
Nina Vähäkangas

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildningen: Barnmorska (YH)

Vasa 2019



EXAMENSARBETE

Författare: Sundström Madelen och Vähäkangas Nina
Utbildning och ort: Barnmorska, Vasa
Handledare: Wikberg Anita

Titel: Att oplanerat föda utanför sjukhus – En kvalitativ studie om kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus.

Datum: November 2019

Sidantal: 33

Bilagor: 1

Abstrakt

Syftet med vårt utvecklingsarbete är att beskriva kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus och vad som kan vara orsaken till att förlossningen sker utanför sjukhus. Vi har använt frågorna: Vad kan vara orsaken till att kvinnor föder oplanerat utanför sjukhus? Hur upplever kvinnor en förlossning som oplanerat sker utanför sjukhus?

Vi har gjort en kvalitativ studie och samlat in material från artiklar, sociala medier och diskussionsforum. Materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Resultatet har speglats mot tidigare forskningar och den teoretiska utgångspunkten. Vår teoretiska utgångspunkt är Terese Bondas teori; Att vara med barn och Fahy, Parratt, Foureur och Hasties teori; "Birth Territory Theory".

Resultatet visade att lång väg till sjukhus och snabb förlossning var exempel på faktorer som kunde vara orsaken till att förlossningen skedde utanför sjukhus. Kvinnorna upplevde både negativa och positiva känslor. Rädsla och oro var känslor de beskrev men även stolthet och glädje över sitt barn och sin egen prestation.

Språk: Svenska Nyckelord: förlossning, födelseplats, upplevelser, utanför-sjukhus-födelse

BACHELOR'S THESIS

Author: Sundström Madelen and Vähäkangas Nina
Degree Programme: Midwife, Vaasa
Supervisor: Wikberg Anita

Title: To unplanned give birth out of hospital - a qualitative study about women's experiences of giving birth unplanned out of hospital.

Date: November 2019 Number of pages: 33 Appendices: 1

Abstract

The aim with our thesis is to describe women's experiences of giving unplanned birth out of hospital and factors that could be the reason of out of hospital births. The questions we have used are: What could be the reason of unplanned births out of hospital? What experiences do women have of unplanned births out of hospital?

We have written a qualitative study and our material is collected from articles, social media and discussion-websites. The material is analyzed with qualitative content analysis. The result is reflected against previous studies and the theoretical framework. As theoretical frameworks Terese Bondas theory; To be with child and Fahy, Parratt, Foureur & Hasties; Birth Territory Theory was used.

The result showed that long way to hospital and fast delivery was factors that could be the reason that the birth happened out of hospital. The women experienced both negative and positive feelings. They described feelings as fear and concern but also pride and happiness of the child and their own performance.

Language: Swedish Key words: birth, birthplace, experience, out-of-hospital-birth

Innehållsförteckning

1	Introduktion	1
2	Definition oplanerad förlossning utanför sjukhus	2
3	Syfte och frågeställningar	2
4	Bakgrund	3
4.1	Statistik.....	4
4.2	Handläggning vid förlossning utanför sjukhus.....	4
4.3	Akutvårdarnas medverkan.....	6
4.4	Kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus.....	7
5	Teoretisk utgångspunkt.....	9
5.1	Terese Bondas – Att vara med barn.....	9
5.2	Birth Territory Theory	12
6	Kvalitativ studie.....	13
6.1	Datainsamlingsmetoder.....	14
6.2	Analysmetod.....	15
7	Forskningsetik.....	16
8	Resultat	17
8.1	Orsak.....	17
8.2	Positiva känslor.....	18
8.3	Negativa känslor	19
8.4	Smärta.....	21
8.5	Vårdpersonal.....	22
8.6	Tiden efteråt.....	22
8.7	Partnern	24
9	Speglning av resultatet mot teorier och tidigare studier	24
9.1	Orsak	24
9.2	Positiva känslor.....	25
9.3	Negativa känslor	25
9.4	Smärta.....	26
9.5	Vårdpersonal.....	26
9.6	Tiden efteråt.....	27
9.7	Partnern	27
10	Metoddiskussion.....	28
11	Slutdiskussion	29
12	Källförteckning	31
	Tillstånd av Jessica.....	

1 Introduktion

Vi vet att det finns kvinnor som planerat föder utanför sjukhus och anlitar en privat barnmorska som kommer hem till dem. I vårt examensarbete som vi tidigare skrivit beskriver vi kvinnors upplevelser och val av att planerat föda hemma. (Ahlvik, Grankulla & Vähäkangas, 2018). Vi har nu valt att skriva om kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus i vårt utvecklingsarbete. Genom att läsa sociala medier och tidningsartiklar hoppas vi få fram kvinnors upplevelser.

Vi tror att kvinnor kan ha mycket olika upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhuset. En känsla som vi tror kvinnorna upplever är rädsla. Rädsla för allt som kan gå fel och att inte ha tillgång till den hjälp som kan behövas. Samtidigt tror vi att de har en tillit till sin egen kropp och dess förmåga att klara en förlossning även fast den inte sker på sjukhus.

Varför vi väljer att skriva om det här ämnet är för att vi märkt att dessa händelser hela tiden ökar och skapar en oro i samhället, speciellt hos kvinnor som är gravida. Att behöva förbereda sig för en förlossning i en bil eller hemma kan kännas skrämmande och bidra till en negativ upplevelse under graviditeten. Vi vill nu med denna studie fördjupa oss i kvinnornas upplevelser av en sådan händelse för att i vårt blivande yrke som barnmorska kunna bemöta och ta hand om dessa kvinnor på bästa vis.

I en artikel på YLE nyheter skriver Perera (2016) att avståndet till förlossningssjukhus ökar för varje år och att allt fler föder på vägen till sjukhuset eller hemma utan möjlighet att få vårdas av en utbildad barnmorska. Trenden är på stigande enligt Mika Gissler, forskningsprofessor vid Institutet för hälsa och välfärd, THL. (Perera, 2016).

“Antalet förlossningar minskade överlag ifjol medan antalet barn som föddes oplanerat hemma eller på väg till sjukhuset steg. I år blir det fler” - Gissler, 2016.

Risken att man föder på väg till sjukhuset är enligt THL tre gånger större om avståndet är mer än 35 kilometer eller tar mer än 30 minuter att köra. Eva Matintupa, lektor för barnmorskeutbildningen vid Novia Yrkehögskola, är orolig. (Perera, 2016).

“Det betyder att de som bor i glesbygden kan ha hundratals kilometer till ett förlossningssjukhus. Tyvärr har debatten väldigt långt gått ut på att de små sjukhusen inte är säkra, vilket jag ser som olyckligt för det finns ingen statistik på det. Istället sätter man en massa förlossningar på landsvägen, och det är säkert det osäkraste stället.”

- Matintupa, 2016.

Perera skriver att avståndet till förlossningssjukhusen ökar för varje år. Allt fler föds på väg till sjukhuset eller hemma utan en barnmorska. År 2015 skedde åtminstone mer än 80 transportfödslar och nästan 100 utanför sjukhuset på grund av andra orsaker som t.ex. att det beräknade förlossningsdatumet var fel, barnet föds för tidigt eller att de inte haft plats på sjukhus. (Perera, 2016).

2 Definition oplanerad förlossning utanför sjukhus

Alla kvinnor som oplanerat föder barn utanför sjukhus räknas till vårt forskningsområde. Förlossningarna kan till exempel ske i hemmet, bilen, ambulansen eller på annan plats. Med transportförlossningar menar vi förlossningar som sker på väg till sjukhuset i bilen eller ambulansen.

3 Syfte och frågeställningar

Syftet med vårt utvecklingsarbete är att beskriva kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus samt vad som kan vara orsaken till att förlossningen sker utanför sjukhuset.

Följande frågeställningar kommer vi att svara på:

1. Vad kan vara orsaken till att kvinnor föder oplanerat utanför sjukhus?
2. Hur upplever kvinnor en förlossning som oplanerat sker utanför sjukhuset?

4 Bakgrund

Det rekommenderas att kvinnor ska ta kontakt till förlossningen när värkarna startar och att de skall berätta åt personalen ifall de tidigare haft snabba förlossningar eller är omföderska. Åtminstone när de känner att de inte längre klarar värkarna skall de åka in till sjukhuset. Ifall de känner att barnet börjar födas skall de ringa ambulans. (Hälsobyn, u.å.).

Enligt Bengtsson (2018) finns det vissa orsaker som gör att man kan ha större sannolikhet att föda snabbt. Dessa är om man tidigare fött barn snabbt eller om nära genetiska släktingar har fött snabbt. Nära genetiska släktingar är personer som man delar arvsanlag med och kan till exempel vara en mamma eller syster. (Bengtsson 2018). När ett barn föds oplanerat utanför sjukhuset, till exempel i bilen, ambulansen eller hemma är förlossningen oftast ganska lätt. (Ekblad, 2018).

Om man tidigare haft en snabb förlossning är det vanligt att även nästa förlossning går snabbt. Man kan själv inte bromsa en förlossning men enligt Bengtsson (2018) finns det vissa saker man kan göra. Under graviditeten kan man förbereda sig genom att prata med en barnmorska och förbereda hur till exempel syskon skall tas om hand och hur man snabbt skall kunna ta sig till sjukhuset. Dessa frågor kan kännas mindre oroliga om man funderat på dem i förväg. Via barnmorskan kan man också få kontakt med särskilda mottagningar som hjälper till vid eventuella rädslor och oroligheter inför förlossningen. Ibland kan också en skild förlossningsplan behövas. När förlossningen sedan startar skall man kontakta sjukhuset genast och hålla kontakten med en barnmorska och fråga råd om när man skall åka in till sjukhuset. Man kan också åka in till förlossningsavdelningen på en kontroll ifall man är osäker hur långt förlossningen kommit. Ett alternativ är också att diskutera med en läkare kring igångsättning, speciellt om man har lång väg till förlossningssjukhuset eller är orolig över en snabb förlossning. (Bengtsson, 2018).

En studie från Frankrike visar att de flesta förlossningar som sker utanför sjukhus är hos omföderskor eftersom de oftast har snabbare förlossningar. Studien har undersökt 1670 förlossningar utanför sjukhus i Frankrike mellan åren 2011 och 2018. De flesta förlossningar som undersöktes i den här studien skedde runt graviditetsvecka 38. De flesta skedde i hemmet men även en hel del i ambulansen eller i egen bil. 58% av förlossningarna skedde mellan klockan 20 på kvällen och klockan 8 på morgonen. Vid 45% av förlossningarna fick

kvinnan hjälp av sjukvårdspersonal endera via telefon eller på plats. 14% fick endast hjälp av någon utomstående, till exempel partnern. Vid 6 av fallen var neonatalspecialiserad sjukvårdspersonal med. 106 av de nyfödda barnen dog eller var i behov av intensivvård. Ungefär 20 barn dog inom sju dagar efter förlossningen. (Javaudin et.al., 2019).

4.1 Statistik

År 2018 skedde i Finland 47 914 förlossningar. 99,3% av dem skedde på sjukhus och 0,1% skedde oplanerat utanför sjukhus, ungefär 64 stycken. Planerade hemförlossningar var 98 Detta är ungefär lika mycket som tidigare år. (Gissler et.al., 2019).

Enligt statistiken på THL från 2017 skedde 99,5% av alla förlossningar på sjukhus. 2017 var det 59 planerade hemförlossningar, vilket är mer än 2016 då det var 44 hemförlossningar. År 2017 skedde 93 förlossningar på vägen till sjukhuset vilket är tre mindre än år 2016. (Heino et.al., 2018).

Under 1990-talet hölls procenten förlossningar utanför sjukhus ganska stabilt på 0,1%. Efter år 2000 har procenten ordentligt stigit fast totala antalet födda per år i Finland har sjunkit. År 2004 var det störst procent oplanerade förlossningar utanför sjukhus i norra och östra delar av Finland. Oplanerade förlossningar utanför sjukhus hade ett samband med utelämnade besök på rådgivningen. Det fanns en högre risk för ensamma kvinnor, mångföderskor och rökande kvinnor De nyfödda barnen var ofta underviktiga, prematura och perinataldödligheten var högre. (Silfvast, Oulasvirta & Halmesmäki, 2007, 449–452).

4.2 Handläggning vid förlossning utanför sjukhus

När någon oplanerat föder utanför sjukhus kan man hjälpa till genom att se till att mamman har en bekväm ställning och att utrymmet där hon föder är varmt. Kvinnan ska ha ett rent underlägg och den som hjälper till bör ha en god handhygien. Man kan försöka stöda och hålla emot den bjudande delen så att barnet inte föds fram för snabbt. När barnet är fött bör man torka barnet med mjuka lakan eller handdukar så fort som möjligt och se till att det inte fryser. Om allt verkar bra kan man lyfta upp barnet på mammans bröst i hudkontakt. Man kan lägga något värmande tyg på barnet samtidigt som man bör kontrollera barnets andning och hudfärg. (Ekblad, 2018).

Om man föder ett barn i till exempel en bil finns det några saker man kan tänka på enligt Bengtsson (2018). En sak är att lägga barnet i hudkontakt för att förebygga att barnet inte blir kallt. Man kan torka barnets näsa och mun samt torka bort blod och fostervatten för att sedan svepa in barnet i något som finns tillgängligt. Att torka av barnet blod och fostervatten förebygger att barnet blir nedkyllt. Barnet brukar oftast genast börja skrika men man kan gnugga barnet lite extra på ryggen för att hon/han skall komma igång med andningen. Barnets händer och fötter kan vara lätt blåaktiga i början men läpparna brukar vara röda vilket betyder att barnet mår bra. Man ska låta navelsträngen sitta kvar tills man kommit till en förlossningsavdelning. (Bengtsson, 2018).

Bengtsson (2018) skriver också att moderkakan kan komma ut av sig själv efter att barnet fötts och att det då är vanligt att det kommer lite mörk blödning efteråt. Blödningen kan vara ganska mycket just när moderkakan kommer men brukar sluta snabbt. För att få blödningen att minska kan man massera på magen vilket gör att livmodern drar ihop sig. Kvinnan själv eller någon som är med kan massera magen. Om moderkakan inte kommer ut själv hjälper personalen till framme vid sjukhuset.

På internetsidan Födelsevrålet skriver organisationsgruppen om olika tips ifall förlossningen startar hemma och kvinnan inte hinner i tid till förlossningen. En sak kvinnan kan försöka göra är att lyssna på kroppen. Kroppen kan på flera sätt varna kvinnan att förlossningen verkligen har startat. Om värkarbetet är i full gång är det bättre att ta taxi eller ambulans istället för egen bil eftersom partnern eller eventuell annan stödperson är bra att ha med som stöd och han/hon skall därför helst inte köra utan vara nära kvinnan som föder. Om det verkar som att huvudet är på väg ut är det bättre att stanna hemma eller stanna bilen om man redan är på väg. Man ska låta personalen på förlossningen vägleda hela tiden genom telefonen. När barnet kommer låter man det komma ut av sig själv, kvinnan ska ta det lugnt och försöka andas ut barnet istället för att krysta. Det är bra att ligga ner ifall det känns som om förloppet går för fort eftersom det går långsammare när man ligger. När barnet har fötts är det viktigt att både kvinnan och barnet hålls varma. Det som kanske är svårast men viktigast är att försöka skapa ett lugn kring den födande kvinnan. (Aagnaou, 2015–2016).

4.3 Akutvårdarnas medverkan

McLellan, McKenna, Morgans och Smith (2015) har gjort en studie i Australien om ambulanspersonalens medverkan vid oplanerade förlossningar utanför sjukhus under ett års tid. 324 kvinnor hade haft en oplanerad förlossning utanför sjukhuset, out-of-hospital (OOH), och sju barn föddes på sjukhuset innan de hann till förlossningssalen. Åldern på kvinnorna varierade från 16 till 44 år och medelåldern var 29 år. De flesta av kvinnorna hade tidigare varit gravid men 24 av dem var förstföderskor. Största delen av de som födde OOH förlossningar var kvinnor från lägre socioekonomiska områden.

Den genomsnittliga tiden från att ambulanspersonalen anlände till kvinnan och till dess de kom fram till sjukhuset var 22 min och 3 sekunder. Den genomsnittliga tiden ambulanspersonalen spenderade med kvinnan var 42 minuter och 20 sekunder och längsta tiden totalt med en kvinna var 3 timmar och 6 minuter. De flesta av kvinnorna som födde OOH var i vecka 38. Några barn föddes under vecka 36 och enstaka barn föddes mellan vecka 24 och 32. Nästan två tredjedelar av barnen föddes innan ambulanspersonalen anlände. Ambulanspersonalen assisterade vid 39% av förlossningarna endera på plats eller i ambulansen på väg till sjukhuset. De flesta av kvinnorna hade någon som assisterade vid förlossningen om inte ambulanspersonalen hann i tid, men cirka 10% av kvinnorna födde helt ensam. I de flesta av fallen förlöpte OOH förlossningarna utan större problem men i 33 fall uppkom obstetriska komplikationer. (McLellan, McKenna, Morgans och Smith, 2015).

Ambulanspersonalen fick hjälpa kvinnan med massage, syretillägg och ge intravenös behandling med till exempel morfin eller fentanyl. Åtgärder de gjorde åt babyn var till exempel att klippa navelsträngen, ge syrgas, fria andningsvägarna med sugning och manuell ventilation. Ambulanspersonalen fick även utföra återupplivning på fyra barn. Studien visar hur viktigt det är för ambulanspersonalen att ha grundläggande kunskaper i hur en förlossning går till samt hur man tar hand om en nyförlöst kvinna och ett nyfött barn. (McLellan et.al., 2015).

I tidningen Västra Nyland intervjuar Kristoffer Nöjd ambulanspersonal som har erfarenhet av förlossningar på väg till sjukhus. Akutvårdarna upplever att det allt oftare sker transportförlossningar. De säger att de nog kontinuerligt utbildas men att det ändå är upp till dem själva att lära sig. Eftersom det ändå inte är så ofta akutvårdarna är med om

förlossningar upplever de att de inte får någon rutin på det. (Nöjd, 2016). När akutvårdare får alarm om förlossning blir det oftast mycket spännande och nervöst för dem eftersom det inte händer så ofta och ingen känner att de har tillräckligt med erfarenhet (Silfvast, Oulasvirta & Halmesmäki, 2007, 449–452).

4.4 Kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus

Erlandsson, Lustig & Lindgren (2015) har gjort en studie i Sverige där de intervjuat åtta kvinnor som haft en oplanerad förlossning utanför sjukhus. I deras studie skriver de att kvinnorna upplevde sig ifrågasatta när deras partner eller sjukhuspersonal inte tog deras kroppssignaler på att förlossningen var igång på allvar. Men gradvist när de fokuserade på förlossningen försvann deras ångest och rädsla. Känslorna ändrades till erkännande av sin egen kropps förmåga och tillit till egna kroppens uttryck. Kvinnorna insåg att de måste föda utanför sjukhus och utan hjälp från vårdpersonal. Kvinnorna drog sig in i sig själva och följde med vågorna av sammandragningarna tills barnet var fött. Under den här tiden upplevde de hur tid och rum förändrades. De kunde beskriva varje plats, rörelse, känsla och hållning under förlossningen. Oron och hotet av navelsträngskomplikationer eller fosterkomplikationer byttes mot känsla av lycka, lättnad och stolthet i det ögonblick då babyen föddes och hade ljud. De var även lyckliga och stolta över att de lyckats lita på sin egen förmåga.

I postnatala vården kunde frustration uppkomma då kvinnan skickades från ett sjukhus till ett annat. Känslorna skiftade mellan att känna sig lycklig och stolt till besvikelse över personalens brist på empati och intresse att bekräfta vad de verkligen klarat av. Kvinnan ville bli tagen på allvar och hörd av personalen när hon sökte deras oro för henne. Kvinnorna upplevde skillnader i hur de bemöttes av sjukhuspersonal och ambulanspersonal. Några från ambulanspersonalen visade godhet genom att kolla upp kvinnan efter händelsen med en gåva åt hennes baby. Känslor av sårbarhet och skuld över att oplanerat ha fött utanför sjukhus överväldigade kvinnan efter utskrivning från sjukhuset. (Erlandsson, Lustig & Lindgren, 2015).

När kvinnorna insåg att de måste föda utanför sjukhus tog de målmedvetna åtgärder som behövdes innan de tillät sin kropp att föda. När förlossningen tog en annan riktning än de förberett sig på tog de praktiska initiativ i egen hand. Efter att de fött fokuserade kvinnan

på att skydda barnet, hålla det varmt och kontrollera andningen. Trots sammandragningar under förlossningen lyckades kvinnan vara närvarande i stunden. Efter en tid tog de den praktiska ledningen och instruerade andra omkring sig och arrangerade med babykläder, filter och blöjor. Den mest sårbara tiden i förlossningen upplevdes strax då babyn var född på grund av kvinnans begränsade kunskap om hur man ska hantera navelsträngsklippning, blödning och moderkaka. När kvinnorna nu tittar tillbaka ifrågasätter de sina egna val och handlingar under förlossningen och funderar på alternativa sätt för framtida graviditeter och förlossningar. En förstärkt självkänsla och tron på sin egen kropps förmåga att faktiskt föda hemma upplevdes när de lugnade ner sig efter att oplanerat ha fött utanför sjukhus. (Erlandsson et.al., 2015).

Flanagan et.al. (2019) skriver en studie där de intervjuat 22 kvinnor om deras upplevelser av att ha varit med om en oplanerad förlossning utanför sjukhus med hjälp av ambulanspersonal. I deras studie framkom att kvinnorna upplevt både positiva och negativa interaktioner med ambulanspersonalen. Det kom fram att en kvinnas positiva förlossningsupplevelse var relaterad till ambulansvårdarnas färdigheter och empati samt kliniska kompetens. Kvinnor som beskrev ambulansvårdarna som respektlösa, brist på empati eller dåliga färdigheter upplevde en negativ förlossningsupplevelse medan kvinnor som beskrev en positiv förlossningsupplevelse upplevde ambulansvårdarna som erfarna, lyhörda och respektfulla för deras vårdbehov. Kvinnornas upplevelse av att ge informerat samtycke i olika vårdbeslut skilde sig från varandra. Vissa kvinnor var medvetna om att samtycke från dem borde ha kollats innan vissa åtgärder genomfördes på dem eller på barnet. Bristande information om vårdåtgärder från ambulanspersonalen för att kunna fatta ett välgrundat beslut om sin vård rapporterade vissa kvinnor att förekom. Några av kvinnorna upplevde ibland att de måste ge sitt samtycke eftersom det kändes som ett krav från ambulansvårdarna då inga andra alternativ gavs. Vissa av kvinnorna var oroliga eller till och med arga när vården fortsatte utan diskussioner om vad de föredrog eller när saker från deras förlossningsplan inte beaktades eller värderades. (Flanagan, Lord, Reed et al., 2019).

I studien kom det fram att det finns ett återkommande behov av respekt, erkännande och accepterande av delaktighet i beslutsfattande. De flesta av kvinnorna upplevde att det viktigaste av respekten var att deras individuella behov uppmärksammades och att deras åsikter värderades. (Flanagan et.al., 2019).

5 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångspunkt har vi valt teorierna Att vara med barn av Terese Bondas och Birth Territory Theory av Fahy, Parratt, Foureur och Hastie. Detta är samma teorier som vi använde i examensarbetet Att föda hemma. (Ahlvik, Grankulla & Vähäkangas, 2018).

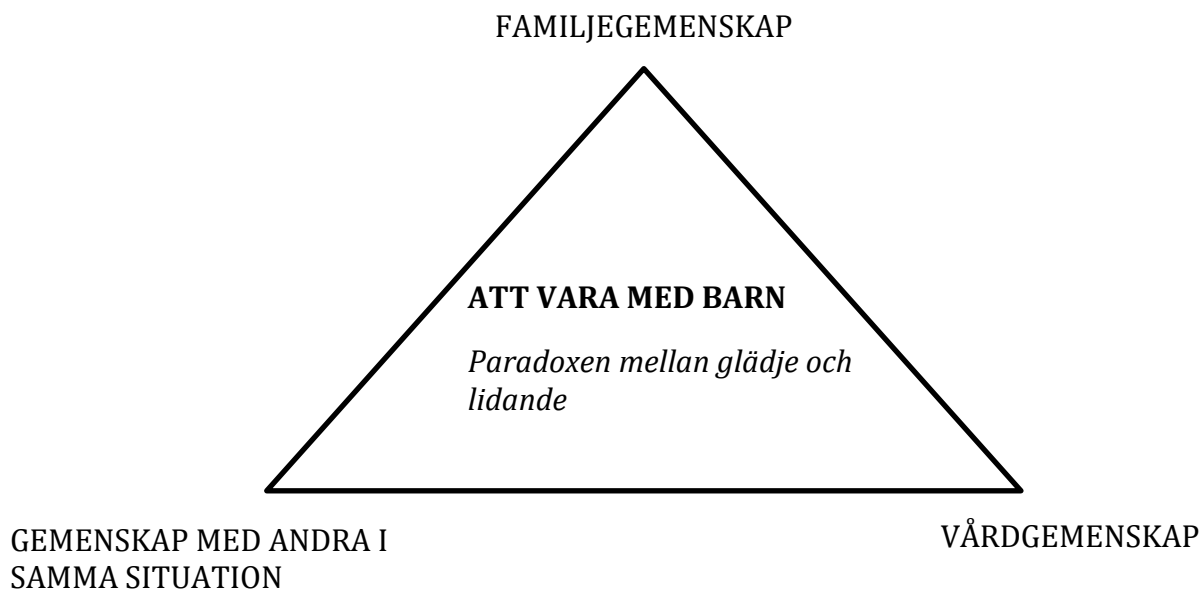
5.1 Terese Bondas – Att vara med barn

Bondas teori berör upplevelser av hälsa, lidande och vårdande hos både den gravida kvinnan och den nyblivna mamman. Fyra vetenskapliga artiklar skrivna av Bondas berör upplevelsen av graviditeten, upplevelsen av antenatal vård, upplevelsen av partners närvaro vid förlossningen och upplevelsen av postpartum vård. Dessa ligger till grund för Bondas teori och skapar en heuristisk syntes, att vara med barn i mödravård. (Bondas, 2000).

En heuristik syntes, att vara med barn i mödravård skapas utifrån de fyra artiklarna. Syntesen innefattar en teori som ger mera förståelse och sammanbinder den perinatale tiden med likadana former av hälsa, lidande och gemenskap. Genom en bildlig konstruktion "att vara med barn" har syntesen visualiserats i en modell. Detta innebär att ett så kallat fantasi-barn uppkommer i och med att en kvinna medvetet börjar planera och önska sig ett barn och det blir med tiden en allt större del av hennes liv. Det barnet fortsätter vara en del av kvinnans liv, ibland nära och ibland långt borta i hennes liv, även om hon skulle förlora barnet. För att förstå barnlöshetens lidande kan teorin användas som en grund eftersom en kvinna som varit med barn, även om det är ett fantasi-barn, kan förlora detta barn och skiljs då ifrån drömmar, förhoppningar och planer om barnet. (Bondas, 2000).

Modellen "att vara med barn" utgörs av en triangel med tre hörn där familjegemenskap, gemenskap med andra i samma situation och vårdgemenskap representerar ett hörn var. Huvudsaken i teorin är kvinnors upplevelser av att vara med barn. Den innehåller paradoxen mellan glädje och lidande. Det betyder att när kvinnan lider över något finns fortfarande glädjen över barnet närvarande och när kvinnan gläds finns samtidigt lidandet som en oro och vilja att beskydda barnet. Genom närvaron av lidandet fördjupas glädjen och får ett ytterligare värde. Paradoxen mellan att glädjas och

att lida från det fantasi-barnet till det verkliga barnet under den perinatale tiden visar hälso- och livsförändringar. I och med dessa förändringar får kvinnorna ett behov och samtidigt en längtan att dela den nya situationen med någon. Det här delandet namnges som familjegemenskap, gemenskap med andra i samma situation och vårdgemenskap. (Bondas, 2000).



Familjegemenskap

Bondas (2000) lyfter i delen familjegemenskap fram att kvinnan strävar efter en gemenskap med partnern och eventuella syskon. Även en önskan om att det nya barnet blir väl emottaget och att familjegemenskapen ändras till en ny sorts gemenskap. Man menar att familjen är en helhet som får en ny mening när ett nytt barn kommer. Graviditeten och väntan vill kvinnan dela med sin partner och att han förstår henne samtidigt som hon önskar sig en förståelse av mannens önskningar. Att partnern deltar i förlossningen handlar främst om en strävan efter en familjegemenskap vilket gör att mannens närvaro vid en förlossning inte kan bytas ut mot någon annans närvaro. Partners vårdande lindrar kvinnans lidande och känslan av gemenskap och styrka vid förlossningen gör att en upplevelse av hälsa uppstår. Men partnern kan också uppleva lidande under och efter förlossningen vilket leder till att han själv kan behöva få vård och inte orkar tänka på kvinnan. Kvinnan orkar inte heller fokusera på partnern och ge honom hjälp. Den professionella vården kan då hjälpa familjen att förstå varandras likheter och olikheter och

förhindra lidande inom familjen. Man menar också att den blivande fadern och syskonen saknar naturliga platser i vården. (Bondas, 2000).

Gemenskap med andra i samma situation

Kvinnan har en önskan om att få dela sina erfarenheter med andra kvinnor som varit i samma situation som henne eller tillsammans med partnern dela en gemenskap med andra par i samma situation. På samma sätt som familjegemenskap är det frågan om ett ömsesidigt delande. Kvinnan menar att hon både vill ge och ta emot i dessa relationer. Hon vill uppleva medlidande men också känna medlidande för andra i samma situation. Gemenskapens vårdande är ömsesidigt och kan växlas mellan att ge och att ta emot. En ömsesidig "lekmannavård" kan uppstå mellan kvinnor i samma situation men om den är ensidig upplevs den som en börda. Att anförtro sig åt varandra genom att utbyta erfarenheter och kunskap uppstår hos kvinnor som är i samma situationer. Sådana relationer skapas under perinatale tiden med intresse för barnet. (Bondas, 2000).

Vårdgemenskap

Vårdgemenskapen är en kombination av teknologiskt och professionellt kompetent vårdande. När vårdaren är intresserad av barnets, familjens och kvinnans hälsa upplever kvinnan vårdgemenskap. Att befinna sig i en lugn, vårdande miljö där kvinnan tas om hand och där hon kan delta i vården på det sätt hon kan i relation till hälsa och lidande är en gravid kvinnas önskan. Genom att ta hand om den naturliga vården kan den professionella vården lindra kvinnans lidande. Familjegemenskapen kan inte ersättas av professionella vården. Kontinuitet hos barnmorskan i perinatale vården där förtroende fanns var en önskan hos kvinnorna. Genom att vårdaren förenar vårdande med teknologisk kompetens både vid undersökningar och vid informationstillfällen, får kvinnan att bevara sin värdighet samtidigt som hon upplever att man tar hänsyn till hennes sårbarhet. Orsaken till att postpartumvården är att lindra och förebygga lidande är att kvinnorna behöver känna att det finns hjälp att fås. Orsaker till att kvinnorna känner vårdlidande inom mödravården är när de upplever att de betraktas som ett objekt, vid maktmissbruk, vid utebliven vård, vid dåligt bemötande, kränkning och försummelse. (Bondas, 2000).

5.2 Birth Territory Theory

Denna teori har skapats utifrån nya och tidigare forskningar men även från teoretikernas egna erfarenheter av att vara mammor, kvinnor och barnmorskor. De har även tagit hjälp av andra teoretiker. Teorin beskriver, förklarar och förutser hur miljön var kvinnan föder påverkar kvinnan och fostret under graviditeten och förlossningen. Det framkommer i teorin att förlossningsmiljön kan vara en övervakningsmiljö eller en helig plats. Den visar också att energin från de personer som är med under förlossningen kan vara olika, integrerande eller icke-integrerande. (Fahy, Parratt, Foureur & Hastie, 2011, 215–235).

I teorin kallas den optimala förlossningen "genius birth". Teorin har som mål att förklara hur man kan stöda en kvinna så att hon kan uppleva "genius birth". Vid en "genius birth" klarar kvinnan av den svåra förlossningen genom att ta fram dolda styrkor som finns djupt i det förkroppsligade jaget (embodied self). Kvinnor som får uppleva "genius birth" känner efteråt känslor av stolthet och glädje över sitt barn men även över sin egen prestation. Teorin säger att kvinnor som upplevt "genius birth" har en positivare uppfattning om sig själva och anknytningen till babyn är bättre. Detta oberoende hurudan förlossningen var, normal eller komplicerad. Motsatsen till "genius birth" är en styrd förlossning. Vid en styrd förlossningen används energin istället till att försöka styra förlossningen till att bli en viss typ av förlossning. Det gör att kvinnans egen energi bryts och kan leda till att kvinnan inte uppskattar sig själv lika mycket och glädjen blir fokuserad på barnet istället. (Fahy et.al., 2011, 215–235).

Även de som är med under förlossningen kan påverka kvinnans välbefinnande under förlossningen beroende på vilken sorts energi de utstrålar. Hurudan energi kvinnan själv utstrålar påverkar också. Energin som de utstrålar kan vara integrerande eller icke-integrerande. Ifall integrerande energi utstrålas förenas alla energier och gör att högre mål kan nås, det vill säga att "genius birth" kan nås. Detta gör att sambandet mellan sinne och kropp främjas hos kvinnan och de som är med under förlossningen. När sinne och kropp samarbetar kan kvinnan spontant svara på kroppens intuitioner och känslor. Om energin är icke-integrerad är den egocentrerad vilket leder till att alla energier inte samarbetar och vissa energier stängs ut. Kvinnan själv eller personer som är med under förlossningen kan utstråla en icke-integrerad energi. Om denna energi finns med är det svårare för kvinnan

att uppleva "genius birth". "Genius birth" uppnås enklast om miljön är en helig plats och integrerande energi finns. (Fahy et.al., 2011, 215–235).

Teorin beskriver två olika sorts platser att föda på, en helig plats (sanctum) eller övervakningsrum (surveillance room). Sanctum är definierad som en hemtrevlig miljö där kvinnans integritet och komfort är i fokus. Där är det lättillgängligt till wc, bad eller utomhusplats och möjlighet för kvinnan att stänga en dörr om sig ifall hon vill vara ensam. Ju mera komfort och familjär miljö är för kvinnan desto säkrare och mera självsäker känner hon sig. (Fahy et.al., 2011).

Surveillance room definierar en klinisk miljö utformad för att övervaka kvinnan och att optimera personalens bekvämlighet och komfort. Surveillance room har ett kliniskt utseende där utrustning som personalen kan behöva är framme och sängen dominerar. Det har en dörröppning men ingen stängd dörr eller så har dörren ett fönster. Kvinnan har inte lättillgängligt till wc, bad eller utomhusplats. Ju mera ett förlossningsrum avviker från sanctum desto mer troligt är det att kvinnan känner rädsla. Denna avvikelse från sanctum kommer i sin tur minska kvinnans känsla av det förkroppsligade jaget, minska emotionellt välbefinnande och kan ge emotionell ångest. (Fahy et.al., 2011).

6 Kvalitativ studie

I det här kapitlet beskriver vi vad en kvalitativ studie är, hur vi samlat in vårt data och hur vi analyserat materialet. Även olika etiska överväganden beskrivs. Vi har gjort en kvalitativ studie för att få svar på vårt syfte och våra frågeställningar. Vi väljer att samla in data från sociala medier, bloggar och från artiklar ur dagstidningar. Vi hade som mål att hitta åtminstone fem artiklar eller sociala medier att analysera. Kvinnornas ålder spelade ingen roll men vi ville helst inte att det skulle vara mer än tio år sedan hon oplanerat födde utanför sjukhus. Vi har sökt olika texter på internet för att sedan läsa igenom texterna och analysera dem för att få fram ett resultat. Vi använder en kvalitativ innehållsanalys med ett induktivt närmelsesätt när vi analyserar.

Vi har gjort samma typ av studie i detta arbete som vi gjorde i examensarbetet "Att föda hemma" (Ahlvik, Grankulla & Vähäkangas, 2018). Med en kvalitativ studie menas att materialet kan samlas in med hjälp av intervjuer, dokument eller från andra källor och att

materialet sedan analyseras och tolkas. Det insamlade materialet används för att få mera förståelse och kunskap om ämnet. När man gör en kvalitativ studie är det meningen att forskaren använder sig själv som forskningsinstrument. Vid denna typ av studie bör forskaren vara flexibel samt ha ett öppet förhållningssätt mot ämnet man forskar om. (Henricson & Billhult, 2012, 130–133).

6.1 Datainsamlingsmetoder

För att få fram nödvändig information om vårt forskningsämne har vi sökt texter om kvinnor som beskriver sina upplevelser av oplanerad förlossning utanför sjukhuset. Vi använder material från både Finland och Sverige. Vi hade först planerat att ta endast material från Finland men märkte efter ett tag att det fanns mycket mera från Sverige och valde därför att ta därifrån också. Texterna vi använt oss av är tidningsartiklar och inlägg från diskussionsforum. Vi har tagit med fyra tidningsartiklar från Finland, fyra tidningsartiklar från Sverige och två inlägg från olika diskussionsforum. Kvinnorna har endera fött hemma, i bilen eller i ambulansen. När vi sökte material valde vi att åldern eller hur många barn kvinnan hade fött inte spelade någon roll. Vi valde att göra så eftersom ifall vi skulle ha valt att välja ut till exempel bara förstföderskor skulle materialet kanske ha varit mindre och sett annorlunda ut på grund av att omföderskor oftast har snabbare förlossningar. I bakgrunden använde vi oss av vetenskapliga artiklar, internet och böcker för att samla material.

Som datainsamlingsmetod kan man använda observationer på bloggar, personliga hemsidor och diskussionsforum. Man kan i sitt arbete diskutera det som skrivs på dessa olika internetsidor. (Skärsäter & Ali, 2012, 259). Vid innehållsanalys är ett rikligt textmaterial som till exempel dokument lämplig som grund. Numera är även intervjuer och observationer betydelsefulla metoder. När man skall söka dokument och texter gör man det genom att kolla lämpligheten med tanke på syftet och frågeställningarna. Man bör även följa kriterierna som man själv gjort upp för litteratursökningen. (Danielson, 2012, 334–335).

6.2 Analysmetod

Vi har analyserat texterna med en kvalitativ innehållsanalys-metod med induktiv ansats. Vi analyserade också texterna till examensarbetet enligt den metoden och vi tyckte att den passade bra till den typen av studie. Denna metod var redan bekant för oss vilket underlättade arbetet. (Ahlvik, Grankulla & Vähäkangas, 2018). Vi började med att läsa igenom tidningsartiklarna och inläggen i forumen för att få en helhetsbild av materialet. Vi läste texterna var för sig flera gånger. Eftersom vi analyserade det insamlade materialet genom ett induktivt närmelsesätt innebar det att vi sökte olika meningsenheter från vårt material och sedan bildade vi underkategorier utgående från dem. Meningsenheterna sökte vi först på egen hand och färgkodade enligt innebörden i dem. De meningsenheterna som hade samma innebörd fick en färg medan en annan innebörd fick en annan färg. Vi färgkodade meningsenheterna för att ha bättre översikt över vårt material. När vi båda hade gjort det träffades vi för att tillsammans gå igenom våra meningsenheter och innebörden i dem. Utifrån det började vi bilda underkategorier av våra meningsenheter. Här skilde sig våra åsikter åt och vi fick fundera och prata igenom hur vi tänkte för att förstå varandra bättre och till sist komma fram till en gemensam underkategori som passade meningsenheterna. När vi gått igenom materialet flera gånger och bildat underkategorier fortsatte vi med att bilda kategorier av det material vi fått fram genom meningsenheterna. (Henricson, 2012).

Vid en kvalitativ innehållsanalys skall skribenterna utgå från det insamlade materialet. Innan man börjar själva analysen kan det vara bra att läsa igenom materialet några gånger för att få en bra helhetsbild. Efter det kan materialet läggas in i en tabell. När man har en bra insikt i materialet kan man bilda olika kategorier. (Danielson, 2012, 336–337).

Induktiv analys har tre faser; förberedelse, organisering och rapportering. När man analyserar med induktiv ansats börjar man med att plocka ut meningsenheter ur materialet. Sedan kan man läsa igenom meningsenheterna och på samma gång göra anteckningar eller rubriker i marginalen för att göra det lite mera organiserat. De kodade meningsenheterna läggs sedan på samma dokument och utifrån dem kan man börja bilda underkategorier och kategorier. Kategorierna bildas utifrån underkategorier som liknar varandra och teman bildas utifrån kategorier som liknar varandra. Kategorierna och underkategorierna får sedan namn utifrån innehållet i dem. (Elo & Kyngäs, 2008, 110–111).

7 Forskningsetik

När man gör en studie behöver man tänka på några saker för att studien skall vara etisk. Man använder sig av forskningsetik för att reflektera över alla moment som görs i ett arbete och för att tänka på vilka de aktuella etiska aspekterna är. Forskningsetik och reflektion över ämne, praktiskt genomförande och rapportering behövs genom hela arbetet. (Sandman och Kjellström, 2013, 311).

För att en studie skall vara etiskt korrekt måste forskaren beakta vissa aspekter, till exempel att man använder sig av centrala frågor, att man har en god vetenskaplig kvalitet samt att den genomförs på ett etiskt sätt. Med forskningsetik menas de etiska överväganden man gör inför och under en vetenskaplig studie. Forskningsetiken används för att skydda och värna om människornas grundläggande rättigheter och värde. Etiken skall vara bidragande till skyddandet av personerna som på något sätt medverkar i studien. Etikens syfte är att ta deltagarna på allvar samt att visa respekt för de som deltar i studien. (Kjellström, 2012, 70–76).

I Finland finns allmänna etiska principer för forskare inom alla vetenskapsområden. Forskaren ska beakta människovärde och självbestämmanderätt hos alla personer som berörs i studien och även beakta naturens mångfald och det materiella och immateriella kulturarvet. Studien får inte skada eller utgöra risker och men för människor, samhället eller andra objekt. Man följer även i Finland TENKs anvisningar om god vetenskaplig praxis. (FD), 2019, 28–29).

I vårt arbete har vi funderat kring etiken för våra informanter. Alla har de varit med i offentliga tidningar eller diskussionsforum vilket leder till att deras namn finns tillgängligt för alla. Trots detta behöver vi visa respekt för våra informanter och skydda och värna om deras grundläggande rättigheter och värde. För att bevara konfidentialiteten på bästa vis hos våra informanter har vi valt att inte skriva ut deras namn eller sätta med källor till vårt material.

8 Resultat

I vårt resultat kommer vi att beskriva upplevelser kvinnor har av att föda oplanerat utanför sjukhus. Vi har fått fram sju kategorier samt underkategorier i vårt resultat. Här nedanför beskriver vi noggrannare varje enskild kategori och underkategori.

8.1 Orsak

Från vårt material kom det fram olika faktorer som kunde vara en möjlig orsak till att förlossningen skedde utanför sjukhus. Under denna kategori kom det fram tre underkategorier; Lång väg till sjukhus, Snabb förlossning och Fullt på sjukhus.

Flera av kvinnorna hade ringt förlossningen och fått rådet att stanna hemma och vänta en stund ännu eftersom barnmorskorna tyckte att det lät som att förlossningen inte riktigt var igång ännu. Detta tyckte de för att kvinnorna lät så lugna i telefonen. Det slutade ändå med att förlossningen gick fort framåt och att de inte hann fram i tid. De som tidigare hade haft snabba förlossningar hade ändå själva avgjort att det är dags att åka in direkt men ändå inte hunnit.

Lång väg till sjukhus

En av orsakerna till att förlossningen skedde utanför sjukhus var att vägen till sjukhuset var lång. Fast kvinnorna hade startat tidigt efter att förlossningen kommit igång så hann de inte fram. Att flera förlossningsenheter stängs ner gör också att flera kvinnor får längre väg till sjukhuset.

“Men vägen till sjukhuset var för lång och X (kvinna) fick ställa sig på alla fyra på en grusväg”

Snabb förlossning

Många av kvinnorna som inte hade hunnit fram till sjukhuset hade snabba förlossningar och hade troligtvis hunnit fram om inte förlossningen hade varit så snabb. Fast de hade startat direkt de började känna av någonting hade de inte hunnit. De som fick första barnet räknade med att det skulle ta längre tid än det gjorde och startade därför för sent.

“Vid tretiden på natten vaknade jag av att det plötsligt gjorde mycket ont i magen. Jag steg upp och i detsamma gick vattnet. Jag började få kraftiga sammandragningar som kom mycket tätt, med en minuts mellanrum.”

Fullt på sjukhus

En annan orsak var att sjukhuset som låg närmast var fullt och de måste åka till ett sjukhus längre bort. Någon hade ringt först när sammandragningarna pågått en stund och fick först då veta att det är fullt på förlossningen. Vissa önskar att de hade vågat stå på sig mera och kräva att få ambulans när det var fullt på det närmaste sjukhuset.

“Tanken var att hon skulle föda på X (sjukhus) men när hon ringde in till förlossningen efter att ha haft värkar i två timmar fick hon veta att det var fullt.”

8.2 Positiva känslor

Under kategorin Positiva känslor framkom underkategorierna; Glädje, Stark kropp och Stolthet. Exempel på positiva känslor kvinnorna kände var glädje när de äntligen kom fram till sjukhuset, en känsla av att kroppen klarar av förlossningen själv samt stolthet över babyn som de fött och över sin egen prestation.

Glädje

Kvinnorna kände glädje över att äntligen komma fram till sjukhuset och att allt hade gått bra. För de som inte hade haft med sig sin partner under förlossningen var det en glädje när de möttes efteråt. De tyckte även att det var en glädje att komma hem från sjukhuset.

“Sen äntligen kom vi in till sjukhuset! Det var så skönt att få träffa och se X (partner) igen efter transporten som kändes som en evighet.”

Stark kropp

Flera upplevde att deras kropp var stark och att kroppen självständigt jobbade. De kände att kroppen själv gjorde det den skulle oavsett vad de själv tänkte och upplevde. En säger att fast krystvärkarna var fruktansvärda så kände hon ändå att hon kunde lita på kroppen som visste vad den höll på med.

“Kroppen gör vad den ska oavsett vad man tänker och i efterhand känner jag mig mest stark.”

Stolthet

Någon av kvinnorna upplevde en stolthet över att deras kropp hade klarat det och att de hade klarat det tillsammans med partnern och barnet. De kände sig även stolta över sina barn som de fött.

“Han var alltså ute. Vår son. Jag var så chockad och förstod inte att han var här nu. Det är över. Vi klarade det. JAG klarade det.”

8.3 Negativa känslor

Många av kvinnorna hade negativa upplevelser från förlossningen och beskrev bland annat känslor av panik, besvikelse och oro. Under denna kategori kom det fram dessa underkategorier; Utlämnad, Rädsla, Känsla av att inte hänga med, Stressad och Uppgivenhet.

Flera av kvinnorna hade någon gång under förlossningen fått panik och känt sig orolig. Någon beskriver också att de kände sig besvikna eftersom det inte var sådär de hade tänkt sig att det skulle gå till. En kvinna skriver att hon kände att hon var till besvär när hon ringde efter ambulansen och tyckte till och med att det var lite pinsamt.

“Jag gråter förtvivlat och skriker Niklas flera gånger i hopp om att han kan trola bort det onda.”

Utlämnad

Många av kvinnorna beskrev att de kände sig naken, blottad och utlämnad. En beskriver att det plötsligt stod sju män omkring henne när hon låg naken hemma på badrumsgolvet. En annan minns att hon låg naken i baksätet i bilen med dörren öppen mot parkeringen och hoppades att ingen såg.

“Jag känner mig otroligt utlämnad som ligger helt naken undertill men det är bara att gilla läget.”

Rädsla

De flesta av kvinnorna beskrev att de kände rädsla under förlossningen. De var rädda att barnet eller de själva inte skulle klara sig och kände att det inte kommer att gå bra. En var livrädd att falla ner från britsen i ambulansen. Någon kvinna berättar att hon inte var speciellt rädd innan men blev rädd när barnet föddes och hade navelsträngen runt halsen. Några av kvinnorna berättar att rädslan tog över när krystvärkarna kom och de kämpade emot sin kropp genom att till exempel vägra krysta och hålla ihop benen. En skriver att hon var rädd att det äldre barnet som var hemma skulle se, att babyn skulle fastna, att navelsträngen skulle vara runt halsen eller att hjärtljuden skulle bli dåliga.

“Men jag vägrade, och sa att jag väntade på ambulansen. Jag stod och höll i våran köksö, krystvärkarna kom, jag krystade det allra minsta jag kunde och jag kände hennes huvud. Hela kroppen skrek att hon ville ut, men min rädsla tog överhand. Mina tankar cirkulerade.”

Känsla av att inte hänga med

Många av kvinnorna upplevde att de inte hängde med under förlossningen eftersom den gick så fort. När allt var över på några minuter så hann de inte tänka så mycket. Någon av kvinnorna beskriver en känsla av att kroppen går på automatik och sköter sitt och att man sen får komma ikapp psykiskt efteråt. En annan mamma beskriver att hjärnan inte hann med i händelseförloppet vilket upplevdes som att graviditeten inte fick ett “riktigt” slut och att den inte avslutades som vanligt. Detta gjorde att hjärnan missade att babyn föddes. En kvinna upplevde att hon var förvirrad och att hon inte hann med och trodde att det var därför hon hade fått babyblues.

“När allt är över på några minuter hinner man inte tänka så mycket.”

Stressad

Kvinnorna upplevde att de var stressade under förlossningen. Bland annat stress och irritation över att partnern inte packade väskan tillräckligt snabbt. Någon beskrev även att de var stressade och arg över att ambulansen dröjde.

“Jag minns att jag var arg, jag ville inte prata med någon. Jag sa bara till dem att kom nu snabbt, jag föder NU.”

Uppgivenhet

En känsla av uppgivenhet kom även fram hos kvinnorna. En av kvinnorna beskrev att hon höll på att ge upp eftersom det kändes som att hon väntade på ambulansen i flera timmar fast det egentligen bara var några minuter. Någon kvinna beskrev att hon under förlossningen var väldigt utmattad och kände att hon inte orkar mera och ville ge upp.

“Jag tittar upp på X (partner) och säger utmattad “jag orkar inte mer”.

8.4 Smärta

De flesta kvinnorna upplevde smärta under förlossningen. Några beskriver att smärtan gjorde att de inte kunde förflytta sig eller röra på sig, som att smärtan paralyserade dem. De beskriver smärtan som outhärdlig och att värkarna var okontrollerbara. En beskriver att värkarna plötsligt blev mycket starka när hon satt på toaletten och att det kändes fruktansvärt. Många av dem beskriver att de fick panik när smärtan var så stark och kändes outhärdlig. I kategorin Smärta kom underkategorin Önskan om smärtlindring fram.

“Ganska fort märkte jag att det gjorde helt enkelt för ont, jag kunde inte ta mig ner för trappan och till bilen.”

Önskan om smärtlindring

Eftersom de flesta kvinnorna upplevde en stark smärta var det många som under förlossningen önskade någon sorts smärtlindring. Flera av dem minns att de grätit och ropat efter smärtlindring. Någon av dem som födde hemma hade testat att ta en varm dusch men det hade inte hjälpt och hon önskade kraftigare smärtlindring.

“Det är ett enda virrvarr av röster som pratar. Jag gråter och ber de ge mig bedövning för jag klarar inte detta, men de kan inte ge mig något och då gråter jag ännu mer och samtidigt skriker av smärta.”

8.5 Vårdpersonal

Under Vårdpersonal kommer vi att ta upp om olika känslor som kvinnorna kände kring vårdpersonalen. Kategorin kan indelas i två underkategorier: Önskan om kompetent personal och Trygg med kompetent personal. En känsla som uppkom var besvikelse på vårdpersonalen eftersom de inte lyssnade på kvinnans rädsla över att föda i bilen. Andra var tacksamma över kvinnlig personal och någon tyckte att det skulle ha varit skönt att få vara på sjukhus med kompetent personal ifall några komplikationer skulle ha uppstått.

Önskan om kompetent personal

Någon av kvinnorna kände sig otrygg på grund av den långa vägen till BB och hade önskat att kompetent personal skulle ha varit med. En annan upplevde inte sin förlossning utanför sjukhus som något traumatiskt men var ändå nyfiken på hur det skulle vara att föda på sjukhus med kompetent personal omkring sig.

“Hon är dock nyfiken på hur det skulle vara att föda på BB och att ha kompetent personal runt sig.”

Trygg med kompetent personal

Kvinnorna kände sig trygga eftersom de upplevde att akutvårdarna var duktiga och hade lugnande inverkan på dem. De upplevde även att akutvårdarna visste vad de gjorde och att de handlade professionellt. En av kvinnorna kände att hon kunde lita på dem, vilket bidrog till hennes trygghet. Någon av dem beskrev även att de fick bra bemötande på sjukhuset efteråt och upplevde det som en trygghet.

“Ett stort tack går till akutvårdarna som visste vad de gjorde.”

8.6 Tiden efteråt

I kategorin tiden efteråt kom det fram känslor som tacksamhet över friska barn trots dramatiska förlossningar och att det nuförtiden är en del av livet. Även ilska över att förlossningen klassades som normal förlossning trots att det varit en bilförlossning kom fram hos någon av kvinnorna. Annat som kom fram var att det hade varit chockartat och

omtumlade men de kände även glädje och tacksamhet över att allt slutade väl. Kategorin tiden efteråt kan delas in i underkategorierna: Tacksam, Oro, Skärrad och Lugn.

“Nuförtiden, tacksam över mina två friska barn, ser jag på mina dramatiska förlossningar som helt enkelt en del av mitt liv.”

Tacksam

I underkategorin Tacksam kom det fram att kvinnorna var tacksamma över att allt gått bra. Någon kvinna var tacksam över att förlossningen gått snabbt och hon funderade att hon kanske är skapt för att föda barn. En annan upplevde tacksamhet över sin familj efter förlossningen. Tacksamheten uppstod trots att de var i chock och hade svårt att förstå vad som hänt.

“Det viktiga är att det går bra och att jag har fått friska barn.”

Oro

Oro kunde vissa kvinnor känna med tanke på framtiden ifall flera förlossningar stänger eftersom detta kan leda till att förlossningar utanför sjukhus blir vanligare. Någon av kvinnorna var orolig över att flera kvinnor ska behöva föda i en bil även fast det gick bra för henne. En annan uttryckte sin oro över att komplikationer kan uppkomma och att det i så fall inte är bra att föda i en ambulans eller bil.

“Det är synd om BB stänger och det kan säkert leda till att akuta hemförlossningar blir vanligare, säger Marit.”

Skärrad

Flera av kvinnorna var skärrade efter händelsen. Detta på grund av den dramatiska förlossningen som för flera hade varit en stor chock. En kvinna nämnde att på grund av chocken mindes hon inte allt efteråt som till exempel babyns första skrik. Kvinnorna upplevde även att de inte bearbetat förlossningen helt ännu.

“Som ni kanske förstår så var detta en stor chock för mig. Jag mår inte jättebra men jag kämpar på.”

Lugn

Några av kvinnorna upplevde en känsla av lugn efteråt. En av dem tror att det berodde på att hon inte haft tid att reflektera så mycket över händelsen och kanske inte förstått vad som hänt. En annan skrev att hon trodde att det berodde på att hon inte är så känslig och inte drabbas av panik så fort.

“X (kvinna) skrattar när hon tänker tillbaka på händelserna för en vecka sedan. Hon säger att hon inte är så känslig och därför drabbades hon inte av panik heller när hon förstod att förlossningen hade börjat och hon var ensam hemma.”

8.7 Partnern

Alla kvinnorna hade någon stödperson med sig under förlossningen och hos de flesta var det partnern. För partnern var det också en upplevelse som innebar många olika känslor. En av kvinnornas partner upplevde frustration över att inte få vara bak i ambulansen med sin fru och aktivt vara med i förlossningen som han hade varit vid de tidigare förlossningarna. Chock var också en känsla som kom fram hos partnern samt stress över att se kvinnan så smärtpåverkad. Vissa av kvinnornas partner höll sig mera i bakgrunden. Flera såg att vårdarna var nervösa eftersom de inte hade mycket erfarenhet av förlossningar och det gjorde att de själva också blev mer nervösa.

“Situationen var frustrerande för X (partner) som varit aktivt med i de två tidigare förlossningarna. - Jag kunde bara se och höra X (kvinna) skrik och senare babys skrik. Han berättar att hela händelsen var chockartad.”

9 Spegling av resultatet mot teorier och tidigare studier

I detta kapitel diskuterar vi resultatet mot bakgrunden och den teoretiska utgångspunkten. Resultatet är indelat i sju olika kategorier med tillhörande underkategorier.

9.1 Orsak

Det kom fram i resultatet att en möjlig orsak till att förlossningen skedde utanför sjukhus var att vägen till sjukhuset var lång. Perera (2016) skriver i en artikel på YLE att THL säger att risken att man föder på väg till sjukhuset är tre gånger större om man har över 35

kilometer eller 30 minuter till närmaste sjukhus. Bengtsson (2018) säger att det är större risk att man föder snabbt om man tidigare haft snabba förlossningar. Även Javaudin et.al. (2019) menar att de flesta förlossningar som sker utanför sjukhus är hos omfödskor eftersom de oftast har snabbare förlossningar. Några av kvinnorna i vår studie hade haft snabba förlossningar tidigare och även fött utanför sjukhus en gång förr.

9.2 Positiva känslor

Flera av kvinnorna upplevde att deras kroppar var starka och att de kunde lita på att kroppen gjorde det den skulle. Enligt Fahy et.al. (2011) kan detta förklaras som en "genius birth" där kvinnor klarar svåra förlossningar genom dolda styrkor som finns i det förkroppsligade jaget.

I vår studie kom det fram att kvinnor upplevde en stolthet över sina kroppar och barnet de födde. Fahy et.al (2011) menar att kvinnor som får uppleva en "genius birth" känner efteråt känslor av stolthet och glädje över sitt barn och sin egen prestation. De menar också att detta kan göra att kvinnor kan ha en positivare uppfattning om sig själva och att anknytningen till babyn är bättre.

9.3 Negativa känslor

Kvinnorna i vår studie beskrev flera olika negativa känslor de kände under förlossningen. De var rädda, oroliga och kände sig nakna och utlämnade. De beskrev även en känsla av att inte hänga med när förlossningen gick så snabbt och de själva var så smärtpåverkade. Under förlossningen kände de sig uppgivna och stressade. Erlandsson et.al (2015) säger att kvinnorna upplevt den mest sårbara tiden strax efter att babyn var född på grund av den begränsade kunskapen om hantering av navelsträngen, moderkakan och blödningen. De hade känt sig ifrågasatta när partnern eller sjukhuspersonal inte tagit kroppens signaler på att förlossningen var igång på allvar. De kände ångest och rädsla men när de fokuserade på förlossningen försvann det gradvist. Kvinnorna var oroliga över att komplikationer skulle uppstå med till exempel navelsträngen och babyn.

9.4 Smärta

Flera av kvinnorna i vår studie nämnde om smärtan under förlossningen. De upplevde en stark smärta och flera av dem hade önskat att de skulle ha fått smärtlindring. I en studie av McLellan et.al (2015) beskrivs att ambulanspersonalen hjälpt kvinnor under förlossningen med att ge massage och smärtmedicin intravenöst.

9.5 Vårdpersonal

I vår studie upplevde en kvinna besvikelse på vårdpersonalen eftersom de inte lyssnade på kvinnans rädsla över att föda i bilen. Flanagan et.al. (2019) menar att det finns ett återkommande behov av respekt, erkännande och accepterande av delaktighet i beslutsfattande samt att de flesta av kvinnorna i deras studie upplevde att det viktigaste av respekten var att deras individuella behov uppmärksammades och att deras åsikter värderades.

Någon av kvinnorna i vår studie önskade kompetent personal under sin förlossning och att inte ha med dem gjorde att de kände sig otrygga. Bondas (2000) menar att kvinnor behöver känna att det finns hjälp att få och därför är meningen med postpartumvården att lindra och förebygga lidande. Bondas (2000) beskriver också att vårdlidande kan uppstå vid utebliven vård.

McLellan et.al (2015) studie demonstrerar hur viktig ambulanspersonalens kunskaper i grundläggande vård vid en födsel är och hur man tar hand om en nyförlöst kvinna och hennes barn. Att akutvårdarna har kunskaper och kompetens kom också fram i vår studie där kvinnorna kände sig trygga då de upplevde att akutvårdarna var duktiga och visste vad de gjorde. I Flanagan et.al. (2019) studie framkommer vikten av akutvårdarnas bemötande och hur de kan bidra till en positiv eller negativ förlossningsupplevelse. Det framkommer i vår studie att när en mamma fick bra bemötande upplevde hon trygghet. Även Fahy et.al (2011) menar att de som är med under förlossningen kan påverka kvinnans välbefinnande under förlossningen beroende på vilken sorts energi de utstrålar.

9.6 Tiden efteråt

I vår studie kom det fram tacksamhet över friskt barn trots att förlossningen varit dramatisk. Bondas (2000) tar upp paradoxen mellan lidande och glädje, att båda två exciterar kring varandra och vid lidande finns glädjen närvarande över barnet och i glädje finns lidande genom oro och viljan att beskydda barnet. Tacksamheten över sin familj kom också upp i vår studie och Bondas (2000) lyfter fram kvinnans strävan efter en gemenskap med sin partner och eventuella syskon. Även en önskan om att det nya barnet blir väl emottaget och att familjegemenskapen ändras till en ny sorts gemenskap. Man menar att familjen är en helhet som får en ny mening när ett nytt barn kommer.

Mammorna i vår studie uttryckte en oro över framtiden och att ifall flera förlossningar stänger kan det leda till att förlossningarna i hemmen eller i bilen blir vanligare. Perera (2016) skriver att avståndet till förlossningssjukhusen ökar för varje år och att allt fler föds på väg till sjukhuset eller hemma utan en barnmorska. I Erlandsson et.al. (2015) studie framkom också en typ av oro när kvinnorna tittade tillbaka och ifrågasatte sina egna val och handlingar under förlossningen och funderar på alternativa sätt för framtida graviditeter och förlossningar.

I vår studie kom det upp att kvinnorna varit i chock under förlossningen och kanske inte mindes allt efteråt medan det i en studie av Erlandsson et.al. (2015) kom fram att mammorna kunde uppleva att de var närvarande i stunden.

9.7 Partnern

Bondas (2000) menar att när partnern deltar i förlossningen handlar det främst om en strävan efter en familjegemenskap vilket gör att mannens närvaro vid en förlossning inte kan bytas ut mot någon annans närvaro. Ett tydligt exempel på det här kom fram i vårt resultat där partnern kunde känna frustration över att inte kunna vara så delaktig i förlossningen som han ville. Flera av kvinnornas partner blev nervösa då de såg att vårdarna var nervösa. Bondas (2000) tar fram att genom den professionella vården kan familjen få hjälp att förstå och förhindra lidande inom familjen. McLellan et.al (2015) studie demonstrerar hur viktig ambulanspersonalens kunskaper i grundläggande vård vid en födsel är och hur man tar hand om en nyförlöst kvinna och hennes barn.

10 Metoddiskussion

När vi skulle börja skriva vårt utvecklingsarbete hade vi planerat att göra en kvalitativ intervjustudie och intervjua kvinnor som oplanerat fött barn utanför sjukhus. Vi var till en början tre studerande som skulle skriva det men efter en stund drog sig en ur och vi lämnade på två. Vi beslöt då att istället analysera texter från internet eftersom vi heller inte hade så mycket tid kvar. Vi började med att göra en idé för utvecklingsarbetet och fortsatte sedan med att bygga på bakgrunden när idén var godkänd. Planen var att vi skulle ha färdigt utvecklingsarbetet och presentera det våren 2019 men eftersom vi båda hade praktik och var borta hemifrån en hel del så hann vi inte och presenterar det istället hösten 2019.

Efter att bakgrunden var klar började vi söka efter material på internet. Vid en kvalitativ studie använder forskaren sig själv som forskningsinstrument (Henricson & Billhult, 2012, 130–133). Vi hade först tänkt använda endast material från Finland men efter att vi sökt en stund märkte vi att vi får mycket mera material om vi tar både från Finland och Sverige. Planen var att analysera blogginlägg, artiklar, texter från sociala medier och diskussionsforum. Vi hittade inga blogginlägg som vi tyckte var passande men vi hittade istället flera artiklar och texter från sociala medier och diskussionsforum. Vi tyckte att det var enkelt att hitta material och det tog inte speciellt lång tid.

För att få förståelse om ett särskilt ämne analyseras och tolkas materialet. När vi tyckte att vi hade tillräckligt material började vi analysera materialet. (Henricson & Billhult, 2012, 130–133). Det märktes nog att vi redan hade analyserat och gjort ett arbete tillsammans eftersom det gick mycket smidigare denna gång och vi förstod varandra bättre. Ändå har vi nog fått diskutera och kompromissa en hel del. Men som vi även skrev i examensarbetet så är det nog ändå en styrka att vara flera eftersom man då får flera synvinklar på materialet. (Ahlvik, Grankulla & Vähäkangas, 2018). Vi tycker själv att materialet var tillräckligt men resultatet skulle säkert ha blivit rikare ifall vi hade tagit med ännu mera.

Vid en kvalitativ innehållsanalys kan man lägga in materialet i en tabell och sedan dela in det i teman, kategorier och underkategorier. Det är bra att läsa igenom materialet flera gånger före man börjar analysera och efter att man lagt in det i de olika kategorierna. (Henricson, 2012). Vi analyserade genom ett induktivt närmelsesätt. Meningsenheterna sökte vi först efter på egen hand och färgkodade dem enligt innebörden i dem. När vi hade

gjort det träffades vi för att diskutera igenom det och börja bilda underkategorier och sedan kategorier.

Vi valde att inte ta med källorna till artiklarna och diskussionsforumen vi använt oss på grund av etiska skäl. Trots att de alla är offentliga och öppna för alla att läsa kändes det bättre för oss att inte sätta med källorna. Vi valde att föröka skydda informanternas integritet och konfidentialitet så gott det gick. Ifall vi skulle ha satt med källorna till artiklarna skulle det vara ännu enklare att få reda på vem som sagt exakt vad.

11 Slutdiskussion

Syftet med vår studie var att ta reda på kvinnors upplevelser av att oplanerat föda utanför sjukhus och vad som kunde ha varit orsaken. Vi tog även med lite om partnerns upplevelser i resultatet eftersom det kom fram på flera ställen i vårt material och vi tyckte det berikade resultatet. Vi tycker att vi har fått svar på vårt syfte och våra frågeställningar. Resultatet var ganska överensstämmande med vad vi hade förväntat oss. Det vi hade förväntat oss före vi började var att kvinnorna skulle nämna om rädsla och smärta och det kom också fram i resultatet. En sak som överraskade oss lite var att kvinnornas upplevelser varierade väldigt mycket. Vissa upplevde det bara som positivt medan andra nästan hade lämnat med trauma.

Att skriva detta arbete har lärt oss en hel del om hur kvinnor upplever att oplanerat föda utanför sjukhus och hur de vill bli bemötta. Vi förstår bättre nu hur skrämmande det kan vara för kvinnor som haft snabba förlossningar att föda igen. Denna studie har även gjort att vi börjat fundera mera på vad stängningar av förlossningsavdelningar kan leda till och hur lång väg vissa kvinnor kan få till närmaste förlossning. Detta leder ju även till att förlossningsavdelningarna blir allt fullare och det får oss att börja fundera på ifall det sedan även leder till att barnmorskorna tvingas uppmana kvinnorna att stanna hemma längre. Det kom ju fram i vårt resultat att flera av kvinnorna fått rådet att stanna hemma lite längre när de ringt förlossningen.

I resultatet och de tidigare förlossningarna kom det fram mycket om hur kvinnorna upplevt bemötandet och vården från akutvårdspersonalen. De som hade blivit bra bemötta hade oftast en positivare upplevelse än de som upplevde dåligt bemötande. Det få oss också att

tänka på hur stort ansvar akutvårdarna har. De borde få mera utbildning och kunskap om förlossningsvård så att de kan stöda kvinnorna på bästa sätt. Som det även kom fram i artiklar och studier så upplever de själva att de har för lite kunskap om ämnet och att de aldrig riktigt får någon rutin på det eftersom det händer så sällan. (Nöjd, 2016)

Vi hoppas att vår studie kan ge kunskap om oplanerade förlossningar utanför sjukhus åt vårdpersonal, både inom förlossnings- och akutvård eftersom det hela tiden ökar i vårt land. Det är viktigt att känna till hur stor betydelse bemötandet har för kvinnan och hur hon kan uppleva tiden efteråt. Även kvinnor som själv varit med om detta kanske kan känna igen sig i denna studie.

12 Källförteckning

Ahlvik, Grankulla & Vähäkangas, 2018. Att föda hemma - En kvalitativ intervjustudie om kvinnors val och upplevelse av att föda hemma. Vasa: Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård. Yrkeshögskolan Novia, Enheten för social – och hälsovård.

Agnaou, N. 2015/2016. Tips om förlossningen startar hemma. Födelsevrålet. [Online]

<http://www.fodelsevralet.org/tips-om-forlossningen-startar-hemma/> [Hämtad 29.10.2019]

Bengtsson, 2018. Snabb förlossning. 1177 Vårdguiden. Jönköping. [Online]
<https://www.1177.se/barn--gravid/forlossning/olika-satt-att-foda-barn/snabb-forlossning/> [Hämtad 20.10.2019]

Ekblad, 2018. Synnytyksen hoito sairaalan ulkopuolella. Terveysportti. [Online]
https://ezproxy.novia.fi:2277/dtk/ltk/kotip_artikkeli=ykt00648&p_haku=synnytys%20sairaaan%20ulkopuolella [Hämtad 20.10.2019]

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115.

Erlandsson, K., Lustig, H. & Lindgren, H., 2015. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in Sweden – a phenomenological description. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 6(4), 226–229.

Etiska principer för humanforskning och etikprovning inom humanvetenskaperna i Finland. 2019. [Online]
https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/lhmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf [Hämtat: 2.11.2019]

Fahy, K., Parratt, J., Foureur, M. & Hastie, C., 2011. Birth Territory: A Theory for Midwifery Practice. In: R. Bryar & M. Sinclair red. *Theory for midwifery practice*. (2nd ed.), 215–235. Basingstoke: Palgrave Macmillian.

Flanagan, B., Lord, B., Reed, R. et al. 2019. Women's experience of unplanned out-of-hospital birth in paramedic care. *BMC Emerg Med* 19, 54

Gissler, M., Heino, A., Vuori, E., 2019. Perinataaltilasto -synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2018. [Online] <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet/perinataaltilasto-synnyttajat-synnytykset-ja-vastasyntyneet> [Hämtat: 25.10.2019]

Heino, A., Vuori, E., Kiuru, S. & Gissler, M. 2018. Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2017. Tilastoraportti 38/2018. THL. [Online]

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137072/Tr38_18.pdfsequence=5&isAllowed=y [Hämtat 5.5.2019]

Henricson, M., 2012. Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad. Lund: Studentlitteratur.

Hälsobyn.fi, u.å. Bilförlossning. [Online] <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/sv/graviditet-och-forlossning/forandringar-och-vanliga-orosmoment-under-graviditeten/bilforlossning> [Hämtat: 17.9.2018]

Javaudin, F., Hamel, V., Legrand, A., Goddet, S., Templier, F., Potiron, C., Pes, P., Bagou, G. och Montassier, E. (2019) Unplanned out-of-hospital birth and risk factors of adverse perinatal outcome: findings from a prospective cohort. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine.* (27)26

McLellan, G., McKenna, L., Morgans, A. och Smith K. (2015) Epidemiology of unplanned out-of-hospital births attended by paramedics. *BMC Pregnancy Childbirth.*

Nöjd, K., 5.3.2016. Allt fler barn föds utanför sjukhus. Svenska Yle. [Online] <https://svenska.yle.fi/artikel/2016/05/03/fler-fods-pa-landsvagen-utan-lamplig-varld> [Hämtat: 17.9.2018]

Perera, A., 17.8.2016. Fler föds på landsvägen utan lämplig vård. Västra Nyland. [Online] <https://www.vastranyland.fi/artikel/allt-fler-barn-fods-utanfor-sjukhus/> [Hämtat: 17.9.2018]

Ritzen, C., Sagen, F., Sjöberg, L. & Thunstedt, F., 2016. Forskningsstrategier. [Online] <http://www.forskningsstrategier.wordpress.com> [Hämtat: 17.9.2018]

Silfvast, T., Oulasvirta, J. & Halmesmäki, E., 2007. Suunnittelematon synnytys sairaalan ulkopuolella Medi-Heli 01:n toiminta-alueella 1.4.2003-31.12.2005. 40(5), 449–452.

Tillstånd

Jag, Jessica Ahlvik tillåter att Madelen och Nina använder material från vårt gemensamma examensarbete Att föda hemma när de skriver sitt utvecklingsarbete.

<i>Jessica Ahlvik</i>	<i>Jessica Ahlvik</i>	<i>5.11.2019</i>	<i>BOSUND</i>
Underskrift	Namnförtydligande	Datum	Plats